



**ATENCIÓN CENTRADA EN PERSONAS CON DEMENCIA**

---

**PERSON CENTERED CARE OF PEOPLE WITH DEMENTIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Autora: Carmen Jiménez Ortiz**  
**Directora: Josefina González Expósito**  
**Grado de Enfermería**  
**Curso Académico: 2017/2018**



Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC.

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

---

Resumen, palabras clave.....	pág.3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	pág.4
Objetivos generales y específicos .....	pág.5
Metodología.....	pág.6
Descripción breve de cada capítulo .....	pág.6
<b>1. CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL</b> .....	pág.7
1.1. Atención Centrada en la Persona. ....	pág.7
1.2. Conceptos básicos .....	pág.7
<b>2. CAPÍTULO 2. ACP Y DEMENCIAS</b> .....	pág.10
2.1. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.....	pág.10
2.2. ACP en servicios gerontológicos .....	pág.11
2.3 Aplicación del modelo ACP en personas con demencia .....	pág.12
<b>3. CAPÍTULO III: CÓMO AVANZAR EN EL MODELO ACP</b> .....	pág.15
3.1. Diferencias con el modelo de atención tradicional .....	pág.15
3.2. Metodologías e instrumentos facilitadores. ....	pág.16
3.2.1. Biografía.....	pág.17
3.2.2. Proyecto de vida .....	pág.17
3.2.3. Actividades significativas .....	pág.17
3.2.4. Roles profesionales. Profesional de referencia .....	pág.18
3.2.5. Las familias .....	pág.19
3.2.6. Espacio físico .....	pág.20
<b>4. CAPÍTULO IV: ESTRATEGIAS PARA REALIZAR EL CAMBIO DE MODELO</b> .....	pág.21
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	pág.22
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	pág.24

## RESUMEN

Tradicionalmente la atención prestada en los servicios gerontológicos sigue el modelo biomédico, que enfoca los cuidados en los déficits y la enfermedad y se dispensan desde una organización rígida y poco flexible. En contraposición a este modelo de cuidados surge el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), que otorga un papel protagonista y activo a la persona receptora de los mismos, desde el respeto a su autonomía y el reconocimiento de su singularidad. En el campo de las demencias, y en los entornos residenciales, se han puesto en marcha diferentes estrategias de intervención basadas en los principios de la ACP, personalización de los entornos, actividades significativas, biografía, personal de referencia, entre otras.

Por otro lado, se ha evidenciado que la prestación de cuidados desde el modelo ACP mejora la calidad de vida, disminuye el malestar emocional, la agitación y las alteraciones del comportamiento y favorece la implicación de la persona en el entorno. Asimismo, se ha comprobado que los profesionales que trabajan en organizaciones alineadas con la ACP sienten mayor satisfacción laboral y personal y las familias están más integradas y satisfechas con la atención dispensada.

**Palabras clave:** Atención centrada en la persona, Enfermedad de Alzheimer, Cuidados de Larga duración, Residencias de personas mayores, Atención de Enfermería.

## ABSTRACT

Traditionally, the care provided in gerontological services follows the biomedical model which focuses care on deficits and disease and is dispensed from a rigid and inflexible organization. In contrast to this care model, the model of Person Centered Care (PCC) emerges, that grants a protagonist and active role to the person receiving them, from the respect to their autonomy and the recognition of their uniqueness. In the field of dementias, and in residential environments, different intervention strategies based on the principles of the PCC model have been put in place, personalization of environments, significant activities, biography, and reference personnel, among others.

On the other hand, it has been shown that the provision of care from the PCC model improves the life quality, decreases emotional distress, agitation and behavioral changes and promotes the involvement of the person in the environment. Likewise, it has been proven that professionals working in organizations aligned with the PCC model feel greater labor and personal satisfaction. Also, families are more integrated and satisfied with the care provided.

**Keywords:** Person-centered care, Alzheimer Disease, Long-Term Care, Nursing home, Nursing Care.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la esperanza de vida está en continuo crecimiento a nivel mundial. Esto supone una mayor demanda de cuidados de personas en situación de dependencia ya que la sociedad actual vive durante más años, pero con más enfermedades.

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística para el 2031, la esperanza de vida en España al nacimiento será de 83,2 años para los hombres y 87,7 para las mujeres. Esto supondrá una ganancia respecto a los valores actuales de 3,3 y 2,3 años respectivamente (1). Además, la Unión Europea (UE) informa de que a consecuencia del aumento de la esperanza de vida, se está produciendo un desequilibrio en la economía. Se prevé que en 30 años, el envejecimiento de la población supondrá un aumento importante del gasto público, ya sea por las partidas destinadas a cubrir las pensiones o por los gastos derivados del cuidado de este grupo poblacional (2).

Por otro lado, cabe señalar que en los últimos años se ha producido un cambio radical en las estructuras familiares, como la incorporación de la mujer al mundo laboral o la notable disminución de la descendencia. Una consecuencia de este hecho es que las personas en situación de dependencia pueden sentirse más solas e indefensas, lo que provoca un aumento en la utilización de los recursos sociosanitarios que faciliten su atención y cuidado. Tradicionalmente, en los centros residenciales se presta una atención centrada en los servicios, con horarios rígidos y actividades muy protocolizadas, donde los cuidados están poco personalizados. Este modelo de atención ocasiona una disminución del bienestar de las personas a las que van dirigidos los cuidados, ya que no se tiene en cuenta sus gustos y preferencias, ni se respeta su autonomía (3).

En contraposición a este tipo de prestación de cuidados, en los últimos años, ha surgido un movimiento a nivel mundial que recoge las inquietudes de familiares, usuarios y trabajadores del ámbito de la geriatría que ven cómo se ha ido avanzando en recursos técnicos y metodológicos, sin prestar atención a los derechos, preferencias, deseos, y calidad de vida de las personas a las que van dirigidos estos servicios. Esta inquietud está también relacionada con el incremento del nivel de estudios de la población y la aparición de las nuevas tecnologías, que han dado lugar a una sociedad más informada, crítica y concedora de sus derechos.

Esta corriente crítica ha propiciado el desarrollo de un modelo de cuidados que otorga a la persona receptora de los mismos un papel protagonista y activo en todo lo relacionado con su propia vida. Aunque existen diferentes terminologías para denominarlo, una de las más utilizadas es la de Atención Centrada en la Persona (ACP).

Los objetivos de este modelo están dirigidos al respeto a los derechos de los usuarios y su empoderamiento, para que por sí solos sean capaces, dentro de sus posibilidades, de tener control sobre su vida. En los últimos años, este modelo se ha establecido como uno de los ejes fundamentales de calidad de la atención gerontológica. (4)

Diferentes autores ponen de manifiesto que la implementación de prácticas centradas en la persona con demencia en los centros residenciales, reducen la agitación (5), la ansiedad relacionada con el aseo (6) y el uso de neurolépticos para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) (7,8). En este sentido, en usuarios con demencia avanzada, el psico-gerontólogo Kitwood enfatizó la importancia del conocimiento de la persona por parte de los cuidadores, y la influencia que el entorno puede ejercer en las personas cuidadas (9). Este autor afirmaba que el bienestar de las personas con demencia es el resultado directo de la calidad de las relaciones que mantienen con quienes les rodean.

El trabajo de Kitwood es la base de otras teorías centradas en la persona. La enfermería como disciplina también ha hecho aportaciones al modelo de ACP al interpretar que su implementación mejora la calidad de los cuidados. Concretamente, en el campo de la geriatría, Brendan McCormack (10) destaca el enfoque humanístico de los cuidados. Señala la importancia que tiene la relación que se establece entre enfermeras/os y persona cuidada, y lo relevante del conocimiento de la biografía de la persona para saber lo que es importante para ella y utilizarlo como base en la toma de decisiones sobre su plan de cuidados. Por otro lado, en su libro “Strategies for theory construction in nursing” Walker y Avant (11) destacan como atributos necesarios en el modelo de enfermería centrada en la persona, el enfoque holístico, la atención individual, el respeto a la persona y sus valores, y el empoderamiento de la misma.

El desarrollo a nivel internacional de este modelo de cuidados no es uniforme. Los países del norte de Europa, como el Reino Unido, Holanda, Suecia y Dinamarca, llevan años trabajando desde esta nueva perspectiva del cuidado. De la misma forma, Australia, Canadá y Estados Unidos también han experimentado, desde hace décadas, una evolución hacia la atención centrada en la persona ofreciendo diferentes alojamientos alternativos a las residencias de tipo institucional, con el objetivo de vivir fuera de casa, pero como en casa (2).

La situación en España es de una escasa implantación y a pesar de que existe un interés creciente por parte del sector sociosanitario por avanzar hacia la ACP, todavía queda un largo camino por recorrer. Dentro del territorio español, hay comunidades en las que este tipo de atención está más desarrollado. En el País Vasco, el proyecto Etxean Ondo (En casa, bien) promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco con la colaboración de la Fundación Matía (12), tiene como objetivo la creación de alojamientos con ambiente hogareño, accesibles y seguros en los que se respeten las preferencias de los usuarios. En la comunidad de Castilla y León, el proyecto “en MI casa”, tiene los mismos objetivos, alojamientos en los que la atención pivota sobre el principio de autodeterminación de la persona (13). El proyecto “Tú decides como envejecer” de Cataluña, busca que las personas que reciben atención gerontológica en centros de apoyo se sientan realizadas, útiles y cómodas (14). En otras comunidades como Madrid, Asturias o Andalucía, también hay experiencias relacionadas con este modelo de atención.

Cabe señalar, que la aplicación del modelo de ACP en centros asistenciales ha generado un impacto positivo en la calidad de vida de los residentes y en bienestar emocional, además crece la satisfacción de las familias con la atención dispensada, y aumento la satisfacción laboral y personal por parte de los trabajadores (15-18).

## **1.1 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.**

### **General:**

- Realizar una aproximación al modelo de Atención Centrada en la Persona con demencia.

### **Específicos:**

- Identificar los principios básicos en los que se fundamenta la ACP.
- Analizar la implantación del modelo ACP en el ámbito residencial y en el campo de las demencias.
- Revisar las principales metodologías e instrumentos utilizados para avanzar en el modelo ACP.
- Identificar lo que aporta el modelo ACP frente al modelo tradicional con enfoque biomédico.
- Señalar algunas estrategias útiles para realizar el cambio al modelo ACP.

## 1.2 METODOLOGÍA

Para la realización de esta monografía se han consultado las siguientes fuentes:

- Bibliografía de la doctora Teresa Martínez Rodríguez.
- Varios sitios web de diferentes organismos como la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, IMSERSO, Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, entre otros.
- Fundaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, como la Fundación Pilares para la autonomía personal, la Fundación Matía, la Fundación Ingema, la Fundación Eguía-Careaga, la Fundación Alzheimer España o la Fundación Cuidados Dignos.
- Bases de datos como Google Académico, Scielo y PubMed, a través de la biblioteca de la Universidad de Cantabria.

## 1.3 DESCRIPCIÓN BREVE DE CADA CAPÍTULO

En este apartado se detalla brevemente una descripción de los capítulos que componen el trabajo.

**Capítulo 1:** En este capítulo se define el modelo de ACP y se describen los valores y principios básicos que lo sustentan (dignidad, autonomía, singularidad, intimidad y capacidades).

**Capítulo 2:** A lo largo de este capítulo se describe la aplicación del modelo ACP en el campo de las demencias, definiendo previamente los síntomas psicológicos y conductuales característicos de esta enfermedad. Se desarrolla el término de psicología social maligna acuñado por Kitwood y el modelo VIPS que recoge las cuatro áreas fundamentales incluidas en la atención a las personas con demencia. Finalmente se describen las nuevas tendencias en alojamientos alineados con el modelo ACP y se mencionan brevemente algunas terapias no farmacológicas que están en consonancia con esta nueva filosofía del cuidado.

**Capítulo 3:** En este capítulo se realiza un análisis de las características del modelo tradicional, o modelo biomédico comparándolas con las del modelo ACP. También se describen las principales metodologías e instrumentos que han demostrado ser valiosos como facilitadores del modelo ACP. Algunos de estos instrumentos son la biografía de la persona, el proyecto de vida, las actividades cotidianas y significativas y la adecuación del espacio físico. Por otro lado, se desarrolla la figura del profesional de referencia como elemento clave del modelo y el cambio en los roles profesionales. La implicación y participación de la familia en los cuidados también se ha destacado como elemento importante y necesario para continuar con el proyecto vital de la persona y poder avanzar en el modelo ACP.

**Capítulo 4:** En este último capítulo se analizan las dificultades que existen a la hora de pasar del modelo tradicional, actualmente predominante en las residencias, al modelo ACP. Asimismo, se especifican algunas estrategias que pueden ayudar a realizar el cambio.

## **CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL.**

### **1.1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

En la actualidad, no existe una definición consensuada de lo que es la atención centrada en la persona. Son varios los términos que se utilizan para referirse al mismo concepto, “Atención centrada en la persona”, “Atención centrada en el paciente”, “Cuidados centrados en la persona”, pero todos ellos hacen referencia a un tipo de atención en el que existe un denominador común, reconocer a la persona cuidada como agente activo y dueño de su vida, apostando por su autonomía. Se trata de una atención profesionalizada que busca la calidad de vida de las personas necesitadas de cuidados, pero dando prioridad al respeto a su individualidad, a su modo de vida y preferencias (19).

Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares, la define como *“La atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”* (20).

Todas las definiciones sobre la ACP tienen tres características comunes: el respeto a la dignidad de las personas, apoyar sus proyectos de vida y basarse en un modelo profesionalizado en busca de calidad de vida. El objetivo es individualizar los cuidados para dar respuesta a las necesidades derivadas de la dependencia, pero haciendo que la persona participe en el proceso. Este rol activo de la persona genera cambios en la relación profesional/persona y por lo tanto en el modo de intervenir. En este modelo los profesionales y los servicios se convierten en parte fundamental de apoyo para que las personas continúen su proyecto de vida.

La ACP tiene las siguientes características que se desarrollarán más adelante (3)

- Se trabaja desde la promoción de la autonomía y el fomento de la independencia. El usuario tiene un rol activo.
- Se prestan cuidados sanitarios desde la flexibilidad, adaptando la atención a cada persona.
- Respeto a la dignidad, singularidad, intimidad, capacidades y fortalezas.
- Protección del bienestar físico.
- Integración social y participación en actividades creativas y significativas.
- Ambiente agradable y significativo que favorezca y estimule la actividad física y las relaciones sociales.
- Realización personal favoreciendo la autoestima.
- Trabajo en equipo. Asunción de nuevos roles profesionales. Figura del profesional de referencia.
- Se facilita la implicación y colaboración de los familiares en el cuidado.

### **1.2. CONCEPTOS BÁSICOS PARA ENTENDER LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

El modelo de atención centrada en la persona se asienta sobre un conjunto de principios y conceptos esenciales, en torno a los cuales deben girar todas las intervenciones que vayamos a realizar (2,21).

Los principios o valores que fundamentan el modelo de ACP son:

### **1.2. 1. Dignidad**

Es el derecho que tiene cada persona por el simple hecho de serlo para que, en cualquier situación, sea respetado y valorado como ser individual y social (22). Tratar a la persona respetando la dignidad es reconocerla como un ser valioso, independientemente de sus características personales, situación económica, nivel cognitivo, grado de dependencia, etc. En los principios de la bioética de justicia y no maleficencia se reconoce que todo ser humano merece ser tratado con igual consideración y respeto, desde la premisa de no dañar (23). Además, estos principios generan obligatoriedad en los profesionales sanitarios, las instituciones y los responsables de su gestión. Las personas que se encuentran en una situación de fragilidad, debilidad o dependencia, y requieren cuidados constantes, tienen mayor riesgo de que se vulnere su dignidad (2).

### **1.2.2. Autonomía o autodeterminación**

Fomentar la autonomía de la persona para que por sí sola y dentro de sus capacidades pueda gestionar su vida mediante la toma de decisiones, es uno de los objetivos de la ACP (24). Este término hace referencia a la capacidad de cada persona para tomar decisiones, hacer elecciones y asumir las consecuencias de las mismas. Las personas tienen derecho a mantener el control de su propia vida y los cuidadores tienen que generar oportunidades para facilitárselo. Hay que tener en cuenta que la autonomía personal no es una capacidad estática ni única, depende de cada situación, de las competencias de la propia persona, y del entorno en el que ésta se relaciona, ya sea el entorno físico o el social. (25)

En caso de tratarse de una persona que no pueda decidir por sí misma, el ejercicio de su autonomía o autodeterminación suele hacerse de manera indirecta a través de otras personas. Joan Canimas (26), entiende que los representantes o tutores de personas sin capacidad de decisión deben seguir unas pautas concretas a la hora de actuar. Las decisiones deben tomarse en función de los valores y preferencias de la persona representada, respetando su dignidad, su libertad, y el derecho a la igualdad. A veces, estas preferencias están recogidas en el documento de voluntades previas o testamento vital, y siempre tienen que ser tenidas en cuenta.

Como ya se ha mencionado, en este modelo, la autonomía se concibe como capacidad y como derecho, la persona se considera un agente activo y protagonista de su plan de cuidados incluso en los casos en los que exista una gran afectación cognitiva.

En la tabla 1, se recogen las actitudes que favorecen la autonomía de las personas en los centros residenciales. Éstas son aquellas que permiten a las personas tener control sobre lo cotidiano, las que tienen en cuenta las capacidades, fortalezas y los ritmos de cada persona, las que buscan el equilibrio entre la autonomía y la seguridad, y en general, las que se realizan desde la flexibilidad. Trabajar favoreciendo la autonomía de las personas genera beneficios importantes ya que mejora el bienestar emocional y se favorece la autoestima, con lo que se facilita el establecimiento de relaciones sociales (25).

Sin embargo, hay que tener en cuenta, que no siempre es posible respetar todos los deseos de las personas. Cuando las personas viven en una institución, la autonomía o autodeterminación debe ir unida a los derechos de los demás, a los que también prestamos apoyos y cuidados. Lo

importante es encontrar la mejor opción en cada situación para cada persona, valorando alternativas posibles, asumiendo riesgos prudentes y consensuados y evaluando posteriormente las medidas acordadas (25).

Tabla 1: Actitudes que favorecen la autonomía de las personas.

	Se permite a la persona tener control sobre lo cotidiano.
	Se trabajan las capacidades y las fortalezas, teniendo en cuenta los ritmos de cada persona.
Se trabaja sobre la autonomía cuando...	Se busca el equilibrio entre seguridad y autonomía.
	Se flexibiliza la organización.
	Se buscan alternativas y se trabaja con la historia de vida.
	Se tienen en cuenta las expresiones de las personas con demencia, sin desatenderlas o incluso reprimirlas.
	No se considera que la igualdad de trato justifique la igualdad de derechos.
	No se abusa de las medidas de contención física o química.

Fuente: Elaboración propia a partir de (25).

### 1.2.3. Singularidad

También conocido como individualidad. Se trata de un concepto clave ya que es el principio por el que una persona es considerada única como ser humano, pero igual en el ejercicio de sus derechos. Este principio se basa en que todas las personas son consideradas únicas y diferentes, con sus biografías y proyectos de vida. Desde esta premisa se entiende que cualquier tipo de intervención debe ser planificada para cada persona, adaptándola a las características y a las necesidades de cada individuo (22).

### 1.2.4. Intimidad

La Intimidad, según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología se engloba dentro de la privacidad, *“Es la zona más reservada de cada persona, es todo aquello que la persona reserva para sí, y por ello no tiene un límite exacto ni objetivo, siendo ella quien decide con quién y en qué grado lo comparte. Hace referencia a lo más privado del ser humano, a lo que no se puede acceder sin autorización de la persona que normalmente se obtiene cuando se establecen relaciones de confianza y seguridad”* (22). El derecho a la intimidad, además de estar recogido en el artículo 18 de la Constitución Española, también está regulado en varias normas jurídicas como la Ley General de Sanidad en el artículo 10.3 (27) y en la Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia informativa y documentación clínica, en el artículo 7 (28). Además, el secreto profesional es una obligación para los profesionales sanitarios y así aparece recogido en sus respectivos códigos deontológicos. Por lo tanto, la protección de la intimidad es un derecho y un deber exigible para todas las personas con independencia de su competencia para tomar decisiones.

En la atención sanitaria, una de las características más relevantes llevadas a cabo por los diferentes profesionales con el fin de ayudar a los individuos, es acceder a la vida privada de las personas y sus familiares. Este hecho conlleva una gran responsabilidad por parte del personal, ya que se accede a información confidencial que debe ser gestionada como tal (29). En este sentido, se entiende que respetar la intimidad de las personas hace referencia a evitar las intromisiones innecesarias en su vida privada y cuando se intervenga, hacerlo respetando su dignidad, su valía como persona. Hay que tener en cuenta que, en el ámbito asistencial, se tiene acceso no solo a la intimidad informativa o confidencialidad, sino también a la intimidad

corporal, a la intimidad de su espacio y sus objetos personales, y a la intimidad afectiva y sexual (30).

Una de las consecuencias de la invasión reiterada de la intimidad en las personas en situación de vulnerabilidad es la inactividad aprendida, denominada por Seligman “indefensión aprendida” (31). Este término está relacionado con la sensación de pérdida de control sobre su entorno que sienten las personas cuando se invade su intimidad, y a la que responden con pasividad, resignación, ansiedad y depresión.

### **1.2.5. Capacidad**

Entendemos como tal “la facultad o competencia que tienen las personas para desarrollar determinadas actividades y conductas que le permiten funcionar en el medio social” (22). Incluye lo que la persona puede hacer por sí misma con o sin apoyos, y lo que podría hacer, si recibiera los apoyos oportunos. En las personas en situación de dependencia, las valoraciones individualizadas nos ayudan a reconocer las capacidades actuales y los apoyos necesarios. Este reconocimiento de las capacidades y fortalezas (aspectos positivos) de la persona cuidada, refuerza su autoestima, y una autoestima positiva es la base para que las personas se muestren activas y tengan interés por seguir controlando su vida. Por lo tanto, los profesionales implicados en la prestación de cuidados deberían ser capaces de identificar y fomentar las capacidades y fortalezas de las personas para fomentar su independencia y apoyar su autodeterminación.

## **CAPÍTULO II. ACP Y DEMENCIAS**

### **2.1. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA**

Según la OMS, la demencia es un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia normal del envejecimiento (32). Las formas más comunes de demencia son la Enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia mixta (vascular y Alzheimer) y la demencia por cuerpos de Lewy. En general, las manifestaciones clínicas tienen que ver con la afectación de la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Como consecuencia de estas alteraciones en las funciones cognitivas, las personas experimentan un deterioro importante a nivel funcional, que ocasiona dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). Por otro lado, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación, ocasionándose los denominados síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD). Estos pueden estar presentes hasta en un 68-90% de los casos en algún momento de la enfermedad (33). Aunque pueden irrumpir en cualquier fase de la enfermedad, su frecuencia e intensidad tiende a incrementarse según avanza el deterioro cognitivo y funcional (33,34).

Se caracterizan por alteraciones en el contenido del pensamiento (fabulaciones, interpretaciones falsas), la percepción (alucinaciones, ilusiones), el estado de ánimo (euforia, apatía) y la conducta (trastornos del apetito, desinhibición, agresividad) (34,35). Cuando el paciente está institucionalizado, la presencia de estos síntomas genera estrés en el personal sanitario, ya que se dificulta la prestación de cuidados y se alteran los ritmos de trabajo (36).

La génesis de estos síntomas está asociada a múltiples factores. Se ha relacionado con el estadio en el que se encuentra la enfermedad, la cantidad de medicación psicoactiva prescrita (33,35), las restricciones físicas utilizadas y otros factores de tipo ambiental, psicológico o

biológico. Factores relacionados con la personalidad previa del paciente, la existencia de otros síntomas asociados a patologías concomitantes (dolor, fiebre, etc.), la iatrogenia, y la idiosincrasia propia del cuidador, también están implicados en la producción de estos síntomas (34). Kitwood, puso en relieve la importancia de quienes cuidan a las personas con deterioro cognitivo, indicando que la falta de conocimiento y comprensión de la enfermedad y sus síntomas desencadena en muchas ocasiones alteraciones conductuales en los pacientes (9), como respuesta al malestar que sienten por la falta de comprensión de sus necesidades.

En contraposición al modelo biomédico, en el que los síntomas mentales, emocionales y conductuales de la demencia se explican desde los cambios producidos en el sistema nervioso, desde la ACP se pone el acento en el carácter individual de la expresión de la demencia como un proceso en el que existen otras variables relacionadas con la persona o con el entorno en el que se desenvuelven.

## 2.2. ACP EN CENTROS RESIDENCIALES O EN ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

El aumento de las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento de la población hace necesario mejorar o adaptar los servicios y apoyos destinados a proporcionar cuidados de larga duración, ya sean dentro del mismo domicilio, o en centros residenciales. Las residencias tradicionales ofrecen cuidados muy alejados del modelo ACP. Las quejas que con más frecuencia se formulan sobre estas residencias tienen que ver con la pérdida de control sobre la propia vida y el empobrecimiento de las relaciones sociales (37). Como ya se ha mencionado, en los últimos años, se aprecia un interés creciente dentro de los servicios sociales de apoyo a las personas mayores dependientes, por los modelos de ACP. Una línea de actuación y de desarrollo del modelo ACP en el campo de la asistencia residencial, son los alojamientos alternativos en los que la idea es ofrecer cuidados profesionales, respetando las preferencias y los ritmos de las personas, pero desde un ambiente que parezca y funcione como una casa.

En los años 80, surgió en EEUU, el movimiento “*Culture Change Movement*”, que perseguía un cambio cultural en las residencias de personas mayores. En otros países, este movimiento se ha visto reflejado en diferentes alternativas de alojamientos para personas mayores como las unidades de convivencia desarrolladas en los Países Nórdicos y del centro de Europa, o los Cantou de Francia (2). En este tipo de alojamientos se pretende crear espacios comunitarios en los que los elementos de construcción y decorativos se apliquen de modo que favorezcan el bienestar y el desarrollo de las personas, evitando su aislamiento y recuperando lo terapéutico y estimulante de la vida cotidiana (38). El objetivo de las *Unidades de convivencia o modelo residencial Housing*, es hacer que las personas que se ven obligadas a vivir en una residencia lo puedan hacer recibiendo atención profesional, que favorezca la continuidad de su proyecto de vida, desde un entorno que se asemeje lo más posible a su casa

Estos alojamientos se caracterizan por (24):

- Disponer de espacios tanto privados como públicos, para garantizar la privacidad y la socialización de los usuarios. Deben tener habitaciones y baños privados. Los espacios públicos, como las salas comunes, los comedores o el jardín, ayudan a potenciar la socialización evitando la tendencia al aislamiento.
- Los alojamientos intentan imitar “su propia casa” por lo que cada residente puede llevar sus propios muebles y pertenencias significativas o importantes, para que el ambiente sea lo más hogareño posible. Se intenta buscar una rutina de vida similar a la que tenía anteriormente en su domicilio. Por eso se anima a realizar actividades cotidianas como cocinar o salir a la compra. Es relevante destacar la importancia que

- tiene en estos alojamientos la presencia de animales de compañía o plantas, para potenciar la motivación. Existen, además, espacios habilitados para los niños.
- La ubicación es una característica importante. Es aconsejable que se encuentren en un lugar cercano a un núcleo urbano o con transporte público, para que los residentes no pierdan el contacto con familiares o amigos, además, de esta manera, se facilita la salida para diferentes fines.
  - Deben ofrecer atención personalizada y profesional las 24h del día, para asegurar los cuidados de las personas muy dependientes. Se basan en el concepto de “vivienda para toda la vida”.
  - Las unidades de convivencia están destinadas a un mínimo de 6 personas y un máximo de 20, con el fin de garantizar una atención personalizada.
  - El ritmo de atención lo marcan las personas en función de sus gustos y preferencias. Los cuidados se alinean con los valores de la ACP, favoreciendo la participación de la persona en todo lo concerniente a su vida.
  - El papel de las familias es relevante, se busca su participación y colaboración en los cuidados y el día a día de sus familiares.

Asimismo, hay que tener en cuenta que en los últimos años se están desarrollando intervenciones en consonancia con los valores del modelo ACP para tratar el deterioro cognitivo. Estas intervenciones son conocidas como terapias no farmacológicas o terapias blandas y se definen como la *“Intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”* (39). Son terapias complementarias al tratamiento farmacológico y muchos centros residenciales empiezan a incluirlas en su oferta de servicios. Algunas de las más utilizadas son la musicoterapia, la estimulación sensorial, el entrenamiento cognitivo, la terapia asistida con animales, o las terapias de reminiscencia (40).

En el desarrollo de estas terapias, se han tenido en cuenta los modelos de comunicación y atención centrados en la persona con demencia, como el desarrollado por Kitwood o Yanguas (41). La *“Terapia de validación”* descrita por la gerontóloga Naomi Feil (42) también es una propuesta de terapia no farmacológica. Esta autora propone distintas técnicas de comunicación verbales y no verbales para facilitar el contacto y la comunicación interpersonal en las personas con deterioro cognitivo.

### **2.3. APLICACIÓN DEL MODELO EN PERSONAS CON DEMENCIA.**

En el campo de las demencias Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de la Universidad de Bradford, acuñó el término de ACP con demencia y señaló la necesidad de revisar los modelos de atención a personas con deterioro cognitivo en su obra *“Dementia reconsidered: the person comes first”* (9). Kitwood, señalaba que en las demencias además del daño neurológico, había otras variables (biografía, personalidad, salud) que explicaban la conducta y el bienestar de las personas con deterioro cognitivo. Identificó cinco necesidades psicosociales universales: confort, identidad, apego, ocupación y la inclusión, y argumentó que la no atención de las mismas, podía ser la causante de la aparición de alteraciones de conducta.

Posteriormente, la autora Dawn Brooker, discípula de Kitwood, propuso la ecuación VIPS (ACP= V + I + P + S) como guía para orientar las acciones encaminadas a poner a la persona receptora de los cuidados en el centro de la atención dispensada. Brooker, recoge en el acrónimo VIPS, las cuatro áreas fundamentales que debe incluir la atención a la persona con demencia. Cada una de las letras tiene un significado concreto (43).

“V”- VALORAR: a las personas con demencia además de a sus cuidadores, ya sean familiares o no. Los profesionales deben fomentar los derechos de las personas, independientemente de su deterioro cognitivo.

“I”- INDIVIDUALIZAR: Cada individuo tiene su personalidad, su estado de salud y unos recursos económicos y sociales concretos, lo que le hace ser único.

“P”- PERSPECTIVA DEL USUARIO: los profesionales deben de interiorizar este factor y actuar desde la perspectiva de la persona con demencia. Una de las principales características para llevar a cabo una atención centrada en la persona con demencia, es la empatía por parte de los profesionales.

“S” ENTORNO SOCIAL: Algo característico de las personas con demencia es la pérdida de relaciones sociales, ya que tienden al aislamiento y a la soledad en su día a día. Una de las bases de la ACP es promover la participación y las relaciones sociales de las personas, con el fin de compensar sus limitaciones y promover su crecimiento personal.

Cuando la atención a personas con demencia se limita a cubrir las necesidades físicas ignorando las psicosociales, se puede incurrir en pautas de deshumanización o cosificación. Como ya se ha mencionado, en la aplicación del modelo ACP en el campo de las demencias, Kitwood destacó la importancia de la biografía, personalidad y las características del entorno, marcando la diferencia con otros modelos de atención tradicionales.

Fue también este autor el que acuñó el término “*psicología social maligna*” para referirse a la falta de comprensión y manejo ambiental inadecuado por parte de los profesionales proveedores de cuidados, como causa de aparición de los SPCD (9).

Diferentes estudios evidencian que las personas atendidas bajo PSM se ven perjudicadas, rebajando su bienestar emocional y aumentando su malestar, por lo que están desmotivados para entablar relaciones con otras personas o participar en actividades (44).

La PSM engloba diferentes actuaciones, realizadas sin intencionalidad y de forma inconsciente por los profesionales, donde la persona con demencia es intimidada, desatendida, culpada, desautorizada, infantilizada, tratada a un ritmo inadecuado, ignorada, estigmatizada, excluida o ridiculizada. Estas acciones producidas en la interacción con las personas fueron denominadas por Kitwood detractores personales y aparecen recogidas en la Tabla 2.

Sorprendentemente, estas acciones ocurren con frecuencia en los centros residenciales de todo el mundo, ya que son actos que se extienden entre los profesionales de manera rápida. Kitwood afirmaba que “*Si el estilo de comunicación tiende a la infantilización, el paternalismo o a la desautorización, el personal recién llegado lo adoptará*” (46).

La PSM tiene su base en la sociedad actual, en la que se da más importancia a la juventud y al desarrollo intelectual, y se desvaloriza a las personas con demencia (43).

En contraposición a estas actuaciones, Kitwood recoge otras actividades potenciadoras que determinarán la buena praxis. Están recogidas en la Tabla 3.

Desde la mirada en los principios de la ACP, las personas con demencia severa atendidas en entornos positivos, donde se respeta su dignidad y su valía como personas, muestran comportamientos más competentes. De la misma forma, en los entornos en los que predominan actitudes alineadas con la PSM, las personas se ven perjudicadas y disminuye su bienestar emocional (44).

**Tabla 2: Detractores personales en la interacción con las personas con demencia. Conceptos relacionados con la PSM según Kitwood.**

<b>Manipulación</b>	Uso del engaño para distraer o manipular el comportamiento.
<b>Desempoderamiento</b>	No permitir que una persona use las habilidades que todavía tiene.
<b>Evitar</b>	No prestar atención o no satisfacer una necesidad de contacto.
<b>Infantilización</b>	Tratar como a un niño.
<b>Intimidación</b>	Provocar temor en la persona como resultado de una amenaza.
<b>Etiquetar</b>	Referirse a las personas de forma inapropiada.
<b>Estigmatización</b>	Tratar a la persona como si fuera una persona excluida, marginada.
<b>Invalidación</b>	No reconocimiento de la valía de la persona.
<b>Excluir</b>	Excluir a la persona ya sea de manera física o emocionalmente.
<b>Cosificación</b>	Tratar a la persona como si fuera una cosa (por ejemplo, durante el baño).
<b>Ignorar</b>	Actuar o hablar en su presencia como si no estuviera.
<b>Imposición</b>	Forzar a la persona a realizar algo contra su voluntad.
<b>Interrumpir</b>	Molestar a la persona interrumpiendo su actividad o pensamientos.
<b>Acusar/ Culpabilizar</b>	Culpabilizar a una persona por cosas que ha hecho o no ha podido hacer.
<b>Ridiculizar/Hacer Burla</b>	Bromear a costa de la persona.
<b>Menospreciar</b>	Haciendo ver a la persona que no vale nada.
<b>Ritmo inadecuado/ Presionar</b>	Dar información o elecciones demasiado rápido sin dar tiempo a que la persona lo entienda.

*Fuente: Elaboración propia a partir de (45).*

**Tabla 3: Potenciadores para una buena praxis. Conceptos relacionados para el trabajo positivo de la persona según Kitwood.**

<b>Calidez</b>	Demostrar afecto, cariño y preocupación por otra persona.
<b>Apoyar</b>	Proporcionar seguridad y confort.
<b>Ritmo adecuado</b>	Reconocer la importancia de ayudar a crear un ambiente relajado.
<b>Respetar</b>	Tratar a la persona como un miembro de la sociedad valioso y reconocer su experiencia y edad.
<b>Aceptar</b>	Establecer una relación basada en una actitud de aceptación y visión positiva del otro.
<b>Celebración</b>	Reconocer, apoyar y disfrutar de las habilidades y logros de una persona.
<b>Reconocimiento</b>	Reconocer, aceptar y apoyar a la persona como un ser único y valorarla como individuo
<b>Autenticidad</b>	Ser sincero y abierto con la persona, con sensibilidad hacia sus necesidades y sentimientos
<b>Validación</b>	Reconocer y apoyar la realidad de la persona. Acoger sus sentimientos y emociones
<b>Empoderamiento</b>	Delegar el control y ayudar a la persona a descubrir o emplear habilidades y aptitudes.
<b>Facilitación</b>	Calcular el nivel de apoyo requerido y proporcionarlo.
<b>Capacitar</b>	Reconocer y fomentar el nivel de compromiso y capacidad de una persona dentro de un marco de referencia. Dar apoyos para que las personas tomen decisiones y desarrollen acciones.
<b>Colaboración</b>	Tratar a la persona como un compañero completo e igual en lo que está sucediendo, consultarle y trabajar con ella
<b>Identificar</b>	Conocer a la persona en su sentido de ser único, con una actitud abierta y sin prejuicios.
<b>Incluir</b>	Permitir y fomentar que una persona esté y se sienta incluido, física y psicológicamente
<b>Integrar</b>	Aceptar y apoyar la participación de la persona en un escenario concreto, independientemente de sus habilidades y discapacidades.
<b>Diversión</b>	Adoptar una manera libre y creativa de ser, utilizar y reaccionar al uso de la diversión y el humor integrando a la persona.

*Fuente: Elaboración propia a partir de (45).*

## **CAPÍTULO 3. COMO AVANZAR EN EL MODELO ACP.**

### **3.1. DIFERENCIAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN TRADICIONAL**

Como se ha venido diciendo, tradicionalmente el modelo de atención a las personas mayores que sufren demencia se ha basado en una atención en la que el paciente es un sujeto pasivo y receptor de recursos y cuidados, centrado en las limitaciones de la propia persona. En este

modelo la forma de tomar las decisiones recae sobre el equipo multidisciplinar sin tener en cuenta las diferentes características de la persona atendida (44). El proceso suele ser rígido, delegando actividades sobre los profesionales que componen el equipo y sin considerar lo que puede aportar cada paciente a su atención. Por otro lado, destaca también la manera de dirigirse al paciente, utilizando un lenguaje complejo y difícil de entender (22).

Por el contrario, con el modelo de ACP, la persona cuidada adquiere un rol activo, ya que participa en la toma de decisiones facilitando de esta forma que se personalicen los cuidados (24).

En este modelo la responsabilidad de los cuidados recae sobre el propio paciente o su cuidador principal, que serán los que indiquen cómo se va a realizar el proceso de atención y cuáles son los pilares en los que se basará, intentando hacer el proceso más flexible. Esto es posible gracias al empoderamiento del residente y su familia. Es importante enseñarles habilidades y conocimientos necesarios para dirigir sus cuidados. De esta forma y, en la medida de lo posible, la persona planifica sus cuidados de acuerdo a su capacidad y autonomía, considerando los aspectos sociales y personales de su vida (22).

Otro aspecto diferenciador con el modelo tradicional es el papel que adquieren los profesionales. En este modelo, la labor de la persona que cuida, cobra mayor protagonismo y se convierten en el eje de los cuidados. Su labor es polivalente, pasan a tener un papel facilitador, motivador, de acompañante y proveedor de apoyos. Adquieren un rol de escucha activa, tratando a la persona mayor con cercanía y apego, no simplemente como el encargado de dirigir los cuidados (24).

Las características de ambos modelos aparecen recogidas en la tabla 4.

**Tabla 4: Diferencias entre el modelo centrado en la persona y el modelo biomédico.**

<b>Modelo centrado en la persona</b>	<b>Modelo biomédico</b>
La persona mantiene un rol activo.	La persona es un agente pasivo en los cuidados.
Centrado en las necesidades individuales de cada persona.	Centrado en los déficits del paciente.
Participa en la toma de decisiones.	Los profesionales son los principales encargados de tomar decisiones.
EL objetivo es aumentar la calidad de vida de la persona.	El objetivo es seguir programas predeterminados.
Proceso individualizado, flexible y adaptable a cada situación.	Proceso de atención basado en las decisiones del equipo multidisciplinar.
Apoyo, cercanía, lenguaje coloquial y apropiado.	Lenguaje técnico y difícil de comprender.
Se tienen en cuenta las necesidades, deseos y habilidades de cada paciente.	Las decisiones dependen de lo que el paciente puede o no puede hacer.

*Fuente: Elaboración propia a partir de (24).*

### 3.2. METODOLOGÍAS E INSTRUMENTOS FACILITADORES DE LA ACP

En determinados entornos residenciales que trabajan en ACP, se están utilizando una serie de instrumentos o metodologías que están resultando útiles para prestar una atención personalizada. Se sabe que el entorno en el que se desenvuelve la persona con demencia es

fundamental para su bienestar y para que pueda ejercer su autonomía. En este entorno existen una serie de elementos que pueden facilitar o dificultar su autodeterminación. Desde el enfoque ACP se busca un acercamiento a la persona, para poder ofrecer una atención personalizada. Algunos de estos elementos son:

### **3.2.1. Biografía.**

En numerosas ocasiones, cuando una persona ingresa en un centro residencial, se produce una ruptura importante con su vida anterior. Los profesionales tienden a intervenir solo en el presente. Para garantizar una atención centrada en la persona, es necesario conocer qué tipo de vida ha llevado el usuario antes de institucionalizarse. La biografía de la persona es un elemento primordial para ofrecer un trato personalizado, es la razón de su singularidad. Ramón Bayés, dijo que *“la persona es el producto singular de su biografía”*. Podemos conocer la biografía a través de la propia persona o de sus familiares y amigos. Los profesionales encargados de prestar cuidados son los que deben recoger la información sobre gustos y preferencias, identificar los comportamientos que les generan bienestar y aquellos que les producen rechazo y favorecer su identidad personal y social (25). En los centros residenciales, se debe usar esta información para elaborar los planes de cuidados en base a sus preferencias y deseos.

Algunos datos que nos ayudan a conocer la biografía de la persona son los que hacen referencia a contenidos biográficos relacionados con diferentes períodos de su vida (infancia y juventud, vida adulta, jubilación/vejez) y el momento actual.

### **3.2.2. Historia de vida/Proyecto de vida**

Otra forma de conocer la biografía de la persona que nos ayude a proporcionar cuidados personalizados es la elaboración de su historia de vida. Se entiende por historia o proyecto de vida a la forma en la que nos planteamos la existencia, nuestras metas y deseos, ya sean en el ámbito personal o social (47). Además, estas metas pueden cambiar a lo largo de nuestra vida, según momentos y circunstancias determinadas, es, por lo tanto, un relato constructivo. El proyecto vital solo concluye con la muerte.

Las personas con demencia siguen teniendo su proyecto de vida, pero necesitan apoyos de los demás. Si prestamos atención a los recuerdos que provocan emociones intensas o a los contenidos que repite con más intensidad, se pueden identificar sus recuerdos y vivencias más significativos y encontrar sentido a algunos comportamientos (25).

### **3.2.3. Actividades significativas**

La actividad ya sea física, cognitiva o social, tiene beneficios importantes para las personas, previenen la dependencia, mejoran la salud, el estado de ánimo, se reduce el consumo de fármacos y se fortalece la autoestima (48).

Sin embargo, en el día a día de la vida en las residencias, el desarrollo de actividades cotidianas acaba convirtiéndose en rutina para los residentes y los trabajadores lo que ocasiona una clara desmotivación por ambas partes ya que resultan monótonas y aburridas. Como ya se ha mencionado, Kitwood identificó cinco necesidades psicosociales en las personas y la ocupación junto con el confort, la identidad, el apego y la inclusión, forma parte de éstas. Para este autor, la no satisfacción de estas necesidades ocasiona desconfort y malestar (9). En la evolución de la enfermedad, los pacientes van perdiendo el interés por su entorno y por desarrollar actividades. Los profesionales implicados en los cuidados deben estar capacitados para animar

a la actividad, pero desde el respeto y en armonía con sus intereses y preferencias. En este sentido, las actividades significativas, con propósito o plenas de sentido, cobran gran importancia, porque tienen una estrecha relación con la historia de vida de la persona, con sus hábitos, y experiencias y se caracterizan por su flexibilidad, ya que se adaptan a las circunstancias de cada individuo. Las pertenencias y los objetos personales significativos para cada persona forman parte importante en el desarrollo de estas actividades, ya que proporcionan seguridad, refuerzan la identidad y actúan como facilitadoras de recuerdos (49). Al sintonizar con los intereses de las personas, éstas participan de manera voluntaria y colaboran activamente.

Sin embargo, a pesar de que la actividad reporta muchos beneficios, hay veces que la inactividad no es algo negativo, sobre todo si es una decisión personal. Lo importante, en estos casos, es saber identificar si esta pasividad les genera malestar (50).

Asimismo, en sintonía con los valores de la ACP, cobran protagonismo las actividades cotidianas (vestirse, conversar, escribir, pasear, comprar, etc.) y las actividades espontáneas ya que favorecen la autonomía y la independencia.

Finalmente cabe señalar que el desarrollo de este tipo de actividades minimiza la ocurrencia de SPCD, favorece la condición de persona, el empoderamiento y la calidad de vida, por lo que se convierten en un recurso esencial en la atención a las personas con demencia (38).

#### **3.2.4. Roles profesionales y profesional de referencia**

Cuando se prestan cuidados desde el enfoque ACP, los profesionales se relacionan con los usuarios de manera horizontal, menos paternalista, ya que la persona tiene un papel activo. Como se ha comentado anteriormente, la promoción de la autonomía y la independencia son los objetivos fundamentales de la ACP. Estos dos conceptos son diferentes. La Ley de promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, define autonomía como la “*capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*” (51). Por otro lado, el concepto de independencia está relacionado con la posibilidad de realizar sin ayuda de otras personas, las actividades de la vida diaria. En este sentido, los profesionales que trabajan alineados con los valores de la ACP tienen que posibilitar la autodeterminación de las personas y su independencia, desde un rol polivalente, ya que se convierten en acompañantes, y proveedores de apoyos y oportunidades. Intervienen en los cuidados desde las fortalezas y las capacidades, son conocedores de sus gustos y preferencias, identifican lo que es importante para cada persona y son capaces de evaluar las situaciones que implican asumir ciertos riesgos para no limitar la autonomía, procurando entornos facilitadores de apoyos.

Pero para poder conocer a las personas y prestar cuidados de calidad, es necesario que exista una asignación estable del personal. Esta circunstancia asegura la continuidad de los cuidados, se crean relaciones estables y se favorece el trabajo en equipo. Por otro lado, para poder garantizar el cumplimiento de los valores del modelo ACP los profesionales deben tener capacidades técnicas y relacionales. En este sentido, deben ser capaces de establecer una comunicación que permita el conocimiento mutuo y la interacción. La forma en que los cuidadores se comunican es muy importante para que las personas con demencia sientan y actúen de una manera determinada. En este contexto, podemos hablar de dos tipos de comunicación. La *comunicación potenciadora* que es la que cubre las necesidades psicosociales de las personas con demencia y la *comunicación detractora*, la que las ignora (52). El desarrollo de modos de comunicación positivos es clave en el abordaje de las alteraciones de conducta, porque se dirigen a la emoción, no al comportamiento. Una comunicación centrada en la persona respeta la singularidad, es empática y estimuladora. Como se ha expuesto en

este trabajo anteriormente, Kitwood ya señaló las características y acciones relacionadas con la comunicación que favorecerían que las personas con demencia vieran cubiertas sus necesidades psicosociales (9).

Por otro lado, en el modelo ACP cobra especial relevancia la figura del *profesional de referencia*, ya contemplada en diferentes normativas autonómicas. En la Guía de Buenas Prácticas para guiar las intervenciones en residencias, editado por la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, se desarrollan una serie de aspectos básicos concernientes a la figura del profesional de referencia. (53)

Algunas de estos aspectos son:

- Elección del profesional de referencia en el momento de la acogida para enseñar el centro y aportarle información.
- Aunque de entrada haya que asignar un profesional de referencia, con el tiempo hay que posibilitar la elección por parte del usuario que lo hará buscando la mayor sintonía posible con su personalidad. Si se trata de una persona con demencia se valorarán durante un tiempo las relaciones de los profesionales con ella, y se optará por aquella que resulte más beneficiosa para la persona.
- El profesional de referencia debe apoyar a la persona para mejorar su vida en el centro y ayudarle a conseguir los objetivos planteados en su plan de atención personalizado. Debe estar disponible, demostrar cercanía e interés, conocer sus necesidades y preferencias, gestionar la información desde el respeto a su intimidad, favoreciendo su independencia y coordinando la continuidad de las intervenciones (54).

En los servicios residenciales el personal de atención directa es el que suele asumir las competencias del profesional de referencia por ser las que desarrollan su actividad de forma más cercana. Esta cercanía posibilita el conocimiento de la persona y favorece una visión más completa y profunda del usuario, ofreciéndole seguridad y confianza.

Por lo tanto, se puede resumir que el profesional de referencia actúa dentro de dos ámbitos: el organizativo, basándose en una atención centrada en la persona, y el emocional, estableciendo relaciones de confianza tanto con la persona usuaria como con sus familiares.

Sin embargo, a pesar de lo necesario de esta figura, su existencia se ve limitada por diversos factores, entre los que podemos encontrar la rotación del personal que limita establecer una continuidad de los cuidados, la sobrecarga de tareas del personal que impide su disponibilidad, y la falta de reconocimiento por parte del resto de los profesionales (53).

Apostar por este modelo de cuidados significa en muchas ocasiones modificar rutinas y hábitos muy consolidados, por eso es un camino difícil de recorrer aunque no imposible.

### **3.2.5. Familias**

En general, las familias son importantes para el bienestar de la persona cuidada, incluso cuando no hay relación, al convertirse en estos casos, en motivo de preocupación. El equipo multidisciplinar debe animar y facilitar la participación de las familias, evitando realizar prejuicios, y habilitando una estancia en la que puedan reunirse en busca de intimidad. De esta forma, se puede reducir la sensación de “abandono” que sienten los usuarios en la mayoría de las ocasiones (49) y el sentimiento de culpabilidad de los familiares.

Para poder avanzar en el modelo ACP, hay que dejar que las familias sigan cuidando a sus seres queridos. El trabajo de los profesionales es importante, pero no excluye la participación de los familiares, que proporciona una mayor amplitud de los cuidados, ofreciendo cuidados integrales y complementando la atención. No hay que olvidar que familias y allegados son el principal nexo de unión con el proyecto de vida de las personas.

Cabe mencionar, que para conseguir la implicación de las familias es necesario divulgar y sensibilizar en la filosofía del modelo ACP. Sin embargo, deben ser los propios usuarios los que deciden el grado de implicación de sus familiares. En ocasiones, se pueden llegar a producir conflictos entre usuarios y familiares, por lo que es aconsejable que los centros dispongan de protocolos de actuación, para conseguir un manejo apropiado de la situación (22).

Por otro lado, cuando se facilita la participación de las familias hay que tener en cuenta que éstas, en muchas ocasiones, deciden por el paciente anulando sus decisiones y su autonomía. Esta conducta se debe evitar en todos los aspectos, salvo en el caso de pacientes con deterioro cognitivo en los que el ejercicio de su autonomía se hará por representación.

Otro de los problemas que puede surgir con los familiares, es el exceso de demanda, que pone a prueba la profesionalidad de los cuidadores. En estos casos hay que saber gestionar las emociones, establecer unos límites, desde la flexibilidad y la comprensión y nunca culpabilizando de dicha demanda (21).

Para mantener los vínculos familiares algunos centros residenciales han desarrollado diferentes estrategias, como la posibilidad de que pacientes con demencia puedan invitar a sus familiares a comer en la residencia, o compartir en las zonas ajardinadas actividades relacionadas con la naturaleza, que permiten a las personas con deterioro cognitivo recuperar su papel en el círculo familiar (55).

Podemos concluir, que las familias pueden actuar como barreras o como facilitadoras en la aplicación de cuidados de calidad desde el enfoque de la atención centrada en la persona. Esto dependerá de la comunicación que exista entre los profesionales y los familiares, de los intereses comunes y de la actitud familiar.

### 3.2.6. Espacio físico

Existen evidencias que demuestran que el entorno es fundamental en el bienestar físico y subjetivo de las personas (56). El ambiente puede ser un proveedor de oportunidades y de demandas, pero también de limitaciones. A menor nivel de competencia personal mayor influencia ejerce el ambiente físico sobre el bienestar de la persona (57). En las personas con deterioro cognitivo, las capacidades y facultades que poseen van disminuyendo con el paso del tiempo dificultándose la vinculación con el entorno. En estas personas, los entornos deben ser cotidianos, significativos y personalizados, que parezcan un hogar y no un espacio residencial (38).



Habitación personalizada, con objetos significativos y cotidianos

*Fuente: CAD Santander. Reproducida con autorización.*

Son recomendables los ambientes hogareños, seguros y accesibles, donde la persona pueda manejar de forma autónoma sus pertenencias. En estos casos, las pertenencias y los objetos significativos actúan como claves visuales, estimulan la actividad, orientan a la persona y generan bienestar y confort, al tener muchas veces significado emocional y provocar recuerdos. En las personas con demencia institucionalizadas, permitir el acceso y el control de sus pertenencias y objetos significativos, es una estrategia de intervención importante, ya que se favorece la orientación, dan seguridad y facilitan la comunicación interpersonal (19).

Como se ha mencionado anteriormente, una concreción del modelo ACP en las residencias, son las unidades de convivencia, entornos pequeños que funcionan como un domicilio, combinando espacios privados y públicos. En estas unidades suelen vivir personas que llevan una forma de vida similar a la que llevaban en sus casas, con rutinas, horarios y actividades personalizadas significativas y gratificantes para las personas que viven en ellas.

#### **CAPÍTULO 4: ESTRATEGIAS PARA REALIZAR EL CAMBIO DE MODELO.**

A pesar de las evidencias que existen sobre los beneficios que aporta a los usuarios, familiares y trabajadores la aplicación de modelos centrados en la persona (18) la mayoría de los centros que prestan cuidados de larga duración siguen un modelo de atención tradicional, enfocado en la enfermedad y los déficits.

Para poder avanzar en ACP, es necesario un cambio cultural bastante complejo, ya que supone realizar modificaciones en aspectos organizativos, y arquitectónicos por lo que debe hacerse de manera progresiva (58).

Realizar este cambio es difícil, pero existen algunos aspectos que pueden facilitararlo (24, 59). Por un lado, es necesario gestionar correctamente la información, explicando lo que se va a hacer y cómo, identificando los miedos e inseguridades y favoreciendo una comunicación fluida que ayude a resolver dudas y vencer resistencias (21). La información a todos los agentes implicados en el cambio, incluyendo familiares y usuarios, es fundamental.

Otro aspecto a destacar es la formación y sensibilización de los profesionales proveedores de cuidados, ya sean los del equipo técnico o los de atención directa. No hay que olvidar que para poder impulsar el cambio es necesario que exista un liderazgo de los responsables de la organización y la creación de grupos de líderes o promotores que hayan sido formados previamente en el modelo ACP. Es interesante que estos grupos estén integrados por profesionales del equipo técnico y profesionales de acción directa que son los que están más tiempo apoyando a las personas.

Para emprender el cambio con éxito es necesario conocer el punto de partida para poder evaluar posteriormente el impacto que los cambios generan en los tres pilares fundamentales del modelo, los usuarios, las familias y los trabajadores. Este conocimiento se adquirirá examinando y analizando la realización de las actividades cotidianas, con el fin de establecer unos objetivos concretos.

Cabe señalar que cada organización creará su propia ruta de mejora teniendo en cuenta sus características y los recursos económicos de los que dispone.

Otras características que deben darse en los centros que quieran trabajar en sintonía con los principios de la ACP son:

- Centros pequeños o diseños modulares con personal y funcionamiento propio.
- El personal asignado en cada unidad debe ser estable y polivalente alejado de las funciones laborales rígidas.

- El centro debe disponer de ratios de personal suficiente.
- Tiene que haber equipos técnicos que actúan como apoyo y asesores de los profesionales de atención directa.
- Deben producirse cambios en los modelos de gestión del centro, en las normativas y en los sistemas de evaluación de la calidad asistencial. Las normas tienen que ser pocas y flexibles que faciliten diferentes elecciones o alternativas a los usuarios.

Por lo tanto, incluir el modelo ACP en centros residenciales puede resultar un cambio complicado, porque cuesta cambiar las rutinas de trabajo. Muchas veces, se cree que este tipo de modelos no son viables económicamente. Sin embargo, distintos estudios evidencian un ahorro en costes indirectos como la disminución en el consumo de fármacos y en el absentismo laboral (24).

Finalmente, cabe recordar que en la aplicación del modelo ACP, se han evidenciado beneficios en los usuarios, los trabajadores, las familias y las organizaciones (15,18). En los usuarios, los beneficios están relacionados con la disminución de la agitación en personas con demencia, el aumento de la calidad de vida, la mejora de las relaciones sociales y la disminución de la inactividad (8,60). En las familias este tipo de atención produce satisfacción con la atención dispensada y una mayor participación e implicación en los cuidados de su familiar.

Por otro lado, los profesionales tienen mayor satisfacción laboral y personal, disminuyen el estrés y el síndrome de Burnout. Además, indirectamente, las organizaciones se ven beneficiadas al aumentar la calidad asistencial, disminuir el absentismo laboral y los conflictos con los usuarios y las familias.

## 5- CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo ha sido realizar una aproximación al modelo de Atención Centrada en la Persona, en general y específicamente en el campo de las demencias, desde la perspectiva de los entornos residenciales.

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

El modelo de cuidados centrados en la persona es un modelo ético. Su objetivo es que la persona cuidada sea tratada con dignidad, respetando su autonomía y singularidad, teniendo en cuenta su vida anterior, sus gustos y preferencias. Desde este enfoque, la persona pasa a tener un papel activo en su plan de cuidados, lo que supone un aumento de su bienestar emocional y calidad de vida. El equipo multidisciplinar, especialmente el personal de atención directa, pasa a tener un papel polivalente, en el que además de ayudar a satisfacer las necesidades básicas, tienen que asumir otros cometidos de tipo psicosocial. Se convierten en proveedores de apoyos y oportunidades, desde la perspectiva de las capacidades y fortalezas de las personas. Por otro lado, el profesional de referencia es una figura relevante en esta forma de entender el cuidado. Sus funciones están relacionadas con favorecer una atención personalizada, establecer una relación de confianza con la persona atendida y de coordinación entre los distintos miembros del equipo asistencial y la familia. La asignación estable de los profesionales se considera un elemento imprescindible y facilitador del cambio de modelo asistencial.

En el campo de las demencias destaca el enfoque realizado por Kitwood, quien señaló la importancia de la expresión individual de las demencias, independientemente del daño neurológico existente. El ambiente y la relación que se establece entre los profesionales y las personas receptoras de los cuidados es determinante para ofrecer cuidados de calidad y mejorar el estado emocional de las personas con demencia. Por otro lado, cuando se prestan cuidados desde el enfoque ACP disminuye la ocurrencia de los síntomas psicológicos y

conductuales de la demencia, y por lo tanto el uso de neurolépticos y de contenciones físicas. Concretamente, se ha evidenciado que la agitación y otros trastornos conductuales mejoran considerablemente con las prácticas profesionales alineadas con el modelo ACP. Asimismo, la mejora de las relaciones sociales y la disminución de la inactividad asociada a las prácticas dispensadas desde este modelo de cuidados minimiza la aparición de otros síntomas psicológicos asociados a la demencia, como la apatía y la depresión.

Los beneficios de la aplicación del modelo ACP también se ven reflejados en los trabajadores, que expresan una mayor satisfacción laboral y personal, al sentirse más motivados, tener menos carga psicológica, más independencia y control de su trabajo y sentirse reconocidos y apoyados por el resto de los profesionales.

Conseguir la participación y la implicación de las familias es otro aspecto esencial de los modelos ACP. En muchos casos esta implicación supone una disminución de los conflictos y las demandas asociadas al cuidado de su familiar. Además, la colaboración familiar ayuda a la persona a continuar con su proyecto de vida.

Cabe señalar que las organizaciones que han apostado por este modelo de atención también se ven beneficiadas ya que mejora el clima laboral, se reduce el absentismo laboral y, en definitiva, se mejora la calidad de la atención dispensada.

A pesar de que la ACP se considera un enfoque beneficioso y valioso en la atención a las personas con demencia y en los cuidados de larga duración, su desarrollo en España todavía es escaso. Es el momento de aprovechar sinergias y apostar decididamente por el cambio hacia este modelo, que tiene un enfoque ético, está avalado científicamente y ha demostrado ser beneficioso en todos los entornos profesionales de cuidados.

El cambio al modelo ACP, según Teresa Martínez, *“Merece la pena porque éste es un enfoque que trabaja desde la defensa del ejercicio de los derechos de las personas, desde los valores humanos, de personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad, y eso nos humaniza y nos engrandece”*



*Fuente: Archivo documental de la Fundación Matía. Reproducida con autorización*

## 6- BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística. INE. [pág web]. 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Rodríguez P. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Fundación Pilares para la autonomía personal. 2011. Disponible en: [http://www.fundacionpilares.org/docs/las\\_residencias\\_que\\_queremos.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf)
3. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M y Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos, nº 1 ¿En qué consiste este modelo de atención? Fundación Matia. Julio 2015.
4. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. The person-centered approach in Gerontology: new validity evidence of the staff assessment person-directed care questionnaire. Int J Clin Health Psycho. 2016;16:175-85. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-resumen-the-person-centered-approach-in-S1697260016000028>
5. Cohen-Mansfi eld J, Libin A, Marx M. Non-pharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualised intervention. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62: 908–16.
6. Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2004; 52: 1795–804
7. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. BMJ 2006; 332: 756–61)
8. Villar F, Vila – Miravent J, Celdrán M, Fernández E. La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: impacto en el bienestar y la calidad del cuidado. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(6):259-264.
9. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Maidenhead- Berkshire (UK): Open University Press; 1997.
10. McCormack B. Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. International. Journal of Older People Nursing, 2004, 13,31-38
11. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. 5<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall. 2011
12. Fundación Matia. Proyecto Etxean Ondo residencias. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Disponible en: <http://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/proyecto-etxean-ondo-residencias-modelo-de-atencion-centrado-en>

13. De Pablos CR. Proyecto “en mi casa” y centros multiservicios de Castilla y León. Innovaciones para vivir bien en casa. Cuando las personas tienen una situación de dependencia. Disponible en: [http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/paravivirbienencasa/paravivirbienencasa\\_07\\_CRP.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/paravivirbienencasa/paravivirbienencasa_07_CRP.pdf)
14. Consorci d’Acció Social de Catalunya. Tú decides cómo envejecer. Julio 2013.
15. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clin Interv Aging. 2013(8): 1-10
16. VV.AA. Modelo de atención centrado en la persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana: Intervenciones Terapéuticas basadas en la vida cotidiana y las preferencias de los usuarios. Fundación Ingema.2012
17. Díaz P, Sancho M. Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para “vivir como en casa”. Madrid. Informes Portal de Mayores; 2012;132
18. Beneficios descritos en centros que apuestan por la Atención Centrada en la Persona. [Internet]. Acpgerontología.com. 2018. (citado el 5 de abril del 2018). Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/merecelapena.htm>
19. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelo de atención y evaluación. Fundación pilares para la autonomía nº3. 2016.
20. Rodríguez Rodríguez P, Vilá i Mancebo A. Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid. 2014.
21. Martínez Rodríguez T. Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Informe Portal Mayores. 2010; 98: 1-22.
22. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 3 de Febrero 2014. 50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP); [consultado 15 de Abril de 2018]. Disponible en: [https://www.segg.es/media/descargas/50\\_Recomendaciones\\_PAGCP\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf)
23. Diego Gracia. Fundamentos de bioética. 2º ed. Madrid. Ed. Triacastela; 2008.
24. Martínez Rodríguez, T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Fundación Caser para la dependencia. 2013.
25. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. Cuadernos prácticos, nº7: el plan de atención y vida. Fundación Matía. 2013.

26. Canimas J. Decidir por otro. Nueve pautas para aquellas personas que tienen responsabilidades de apoyo, guarda o tutela. Observatorio de Ética Aplicada a la Acción Social y Psicoeducativa y Sociosanitaria. Gerona. 2013
27. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº102, (19-05-1986)
28. Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia informativa y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº274, (15-11-2002)
29. Consejería de Servicios y Derechos Sociales [Internet]. Oviedo; Octubre 2016. Respetando la intimidad: protección y trato cálido, [citado 15 de Abril de 2018]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2016\\_11\\_22\\_guia\\_intimidad\\_proteccion\\_y\\_trato\\_calido.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2016_11_22_guia_intimidad_proteccion_y_trato_calido.pdf)
30. VV.AA. Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales. Serie Ética y Servicios Sociales, nº 2. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias; 2016
31. Seligman MEP. Indefensión. Madrid: Debate; 1985.
32. Organización Mundial de la Salud. Demencia. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/topics/dementia/es/>
33. Robles A, Díaz G, Reinoso S, López A, Vázquez C, García A. Prevalencia de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:96-101
34. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2012;55:598-608.
35. Pérez-Romero A, González-Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. Neurología [Internet]. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>
36. Rodney V. Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. J Adv Nurs. 2000;31:172-80
37. Monforte JA, Franco MA y Conde VJ. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias. Madrid. IMSERSO. 2001
38. Bermejo García L. Estudio sobre la creación de una unidad de calidad de vida en personas con demencia en sus fases iniciales. Imsero [Internet]. 2014 citado 1 abr 2018]; 12015: 25-36. Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/12015\\_unidad\\_calidad\\_vida.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/12015_unidad_calidad_vida.pdf)

39. Muñiz R, Olazarán J. Mapa de TNF'S para demencias tipo Alzheimer. Guía de Iniciación Técnica para profesionales. Extraído del documento preparado para el CRE de Atención a Personas con EA y otras demencias. Salamanca. 2009.
40. Hernandez Ferrandíz M. Estrategias no farmacológicas en la demencia. Informaciones psiquiátricas. 2013;212(2): 137-151. [acceso 5 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.informacionepsiquiaticas.com/anteriores/212\\_inf%20psiq.pdf](http://www.informacionepsiquiaticas.com/anteriores/212_inf%20psiq.pdf)
41. Yanguas J et al. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos nº21011. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. IMSERSO. 2007
42. Feil N. Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas. Barcelona: Editorial Herder. 2002. ISBN: 9788425422584
43. Brooker D. La atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Traducido por Elena Cavero Mariné. Octoedro Psicoterapias. Barcelona. Octubre 2013
44. Miravent J, Villar F, Celdrán M, Fernández E. El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. Barcelona.2012
45. Gary M, Agnelli J. Person -centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. Nurs Stand. 2015;30:46-50
46. Kitwood T. Repensant la demencia: pels drets de la persona. Vic: Eumo. Universitat de Vic.2003
47. Fundación Matía Instituto Gerontologico. [Internet]. Obra Social La Caixa; 2016. Cuidar como nos gustaría ser cuidados, [citado 1 May 2018]. Disponible en: [https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/566144/carta\\_primeros\\_las\\_personas\\_es.pdf/c61be0b7-4139-465e-8f07-941574d0a2ac](https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/566144/carta_primeros_las_personas_es.pdf/c61be0b7-4139-465e-8f07-941574d0a2ac)
48. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Vida cotidiana. Cuadernos prácticos, nº9: Realizar actividades. Fundación Matía. 2013.
49. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Doc bienestar soc [Internet]. 2011. [citado 1 May 2018]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaelapersona.pdf>
50. Martínez T. Los proyectos de vida en personas con Alzheimer. EM. 2012. Disponible en: <http://www.entremayores.es>

51. Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299 (15-12-2006).
52. Brooker D, Surr C. DCM: Principles and Practice. Bradford: University of Bradford. 2005.
53. Consejería de bienestar social y vivienda del principado de Asturias [Internet]. Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situaciones de dependencia; [citado 1 May 2018]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2\\_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf)
54. Martínez T, Díez P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos. Madrid: Informes de Envejecimiento en red; 2015. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
55. Rodríguez Rodríguez P. Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: diseño arquitectónico y modelo de atención. Fundación Caser para la dependencia; 2012.
56. Cegarra M, Hassoun H, Villacieros M, García D, Bermejo JC. Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos tras su remodelación. Med Paliat. 2018; 25(2).
57. Izal M, Fernández-Ballesteros R. Modelos ambientales sobre la vejez. An. Psicol. 1990;(2),181-198.
58. Díaz-Veiga P, Uriarte A, Yanguas J, Cerdó M, Sancho M, Orbeagozo A. ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al modelo de atención centrado en la persona en un grupo residencial. 2016;(61): 53-63.
59. Martínez T, Díaz P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la persona. Cuadernos prácticos, nº2. La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica? Fundación Matía. 2014.
60. Díaz P, Sancho M, García A, Rivas E, Abad E, Suárez N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014; 49:266-71.