

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN EL ÁMBITO DE LA GERONTOLOGÍA

IMPLEMENTATION OF A PERSON-CENTERED MODEL OF ATTENTION IN GERONTOLOGY

Rubén Yusta Tirado

Trabajador social en Sanitas mayores

Resumen: *La Atención Centrada en la Persona supone uno de los modelos de atención que están cambiando la forma de entender la gerontología en la actualidad, en cambio en ocasiones los profesionales encuentran problemas a la hora de desarrollar las propuestas fundamentales que recoge esta técnica. Por ello el presente artículo trata de desarrollar una propuesta de implantación de un Modelo de Atención Centrada en la Persona en un centro residencial para personas mayores. Este plan de mejora centra sus esfuerzos en la implantación de las principales medidas del modelo actuando en cuatro vías fundamentales: usuarios/as, entorno sociofamiliar, trabajadores/as del centro y organización de la residencia. De esta forma pretendemos hacer una implantación multifactorial que mejore las condiciones generales del centro en relación a todos los perfiles que confluyen en él.*

Palabras Clave: *Gerontología, Personas Mayores, Atención Centrada en la Persona, Residencias de Mayores, Dependencia.*

Abstract: *Person-Centered Care is one of the models of attention that are changing the way of understanding gerontology today, but sometimes professionals find problems when developing the fundamental proposals that this technique includes. Therefore, this article tries to develop a proposal for the implementation of a Person-Centered Care Model in a residential center for the elderly. This improvement plan focuses its efforts on the implementation of the main measures of the model acting in four fundamental ways: users, social and family environment, workers of the center and organization of the residence. In this way we intend to make a multifactorial implementation that improves the general conditions of the center in relation to all the profiles that come together in it.*

Key Words: Gerontology, Senior Citizens, Person-Centred Care, Retirement homes, Dependence.

| Recibido: 24/03/2018 | Revisado: 08/05/2018 | Aceptado: 15/05/2018 | Publicado: 31/05/2018

Correspondencia: Rubén Yusta Tirado. Trabajador Social Col. Nº 8539. Trabajador Social en Sanitas Mayores. Docente del curso Intervención Social en el ámbito Geriátrico-Residencial en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Dirección postal: Plaza de Miguel Hernández Nº18 1ºB 28914 Leganés. Madrid. Email: rubenyusta.ryt@gmail.com.

Referencia normalizada: Yusta, R. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. Trabajo Social Hoy, 84, 45-62. doi: 10.12960/TSH.2018.0009

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Centrada en la Persona (ACP) supone un cambio fundamental en la atención sociosanitaria y residencial tal y como estaba planteada antes de la llegada de este modelo. Se trata de un cambio de rumbo y una ruptura con las teorías basadas en la institucionalización de los centros residenciales, dando paso a una atención individualizada del/de la residente donde comenzamos a dar importancia a aspectos como la dignidad del/de la usuario/a, el empoderamiento del mayor, la individualidad de la persona y la calidad de la propia atención, entre otros. Tal ha sido la repercusión de este modelo en el panorama residencial que actualmente la gran mayoría de los centros incluyen dentro de su plan estratégico bastantes aspectos propios de este modelo, entre los cuales destaca la exitosa medida de la retirada de sujeciones.

Pero dejando a un lado las ventajas en el cuidado que aporta la no utilización de sujeciones, los modelos de Atención Centrada en la Persona desarrollan una serie de medidas que mejoran considerablemente no solo la vida del residente, sino el desarrollo general del centro residencial y de todas las personas que intervienen en el devenir de la institución. Si nos fijamos en el Decálogo de la ACP desarrollado por Teresa Martínez (2013) veremos cómo de él se desprenden nueve claves fundamentales del Modelo que, de ser aplicadas en un centro residencial, se obtendrá una mejora general en la atención y, por tanto, una mejora en la calidad de vida de los/as residentes:

- *Dignidad*: Supone la piedra angular de todo el modelo. Medidas como la retirada de sujeciones se basan en los principios de dignidad y respeto en el cuidado de las personas dependientes, los cuales son fundamentales a la hora de entender la finalidad del modelo y su razón de ser.
- *Individualidad*: Como bien indica el decálogo las personas son únicas y, por tanto, cada una tiene su propio proyecto vital, independientemente de que se encuentre en un centro residencial conviviendo con otras personas con patologías similares.
- *Biografía*: La biografía de cada persona es fundamental a la hora de conocer al residente y de elaborar el plan de intervención en el centro. A partir de este concepto se desarrollan herramientas como el Plan de Atención y Vida o la propia Historia de Vida del/de la usuario/a.
- *Autonomía*: El principio de autonomía es fundamental a la hora de aplicar el Modelo ACP; cada persona tiene derecho a controlar su propia vida, independientemente de su estado físico o cognitivo.
- *Fortalezas y capacidades*: El Modelo de ACP propone un giro a la hora de centrarnos en las fortalezas y capacidades en lugar de en las debilidades como en muchos casos se producía anteriormente. En este aspecto supone una reformulación del modelo de atención que se basa en la potenciación del/de la usuario/a en lugar de proceder en función de las limitaciones.

- *Ambiente físico:* Concretamente los aspectos de accesibilidad, personalización y confort, rompen con la estética habitual de los grandes centros residenciales basados en el corporativismo y los espacios impersonales. Se trata de generar un espacio adaptado a las necesidades y preferencias del/de la usuario/a que a su vez sirva para generar un espacio acogedor que facilite el reconocimiento por el propio residente como su hogar.
- *Actividades cotidianas:* Son fundamentales en el despliegue de este modelo ya que a través de ellas el/la usuario/a mantiene un desarrollo de sus capacidades físicas y cognitivas. Se proponen actividades “con sentido”, que estén adaptadas a las capacidades de los/as residentes y que tengan una finalidad concreta.
- *Interdependencia:* Las relaciones sociales son fundamentales en nuestra vida y no podía ser de otra forma en el ámbito residencial. Por ello el Modelo de ACP destaca el efecto positivo de estas en el desarrollo vital del mayor y potencia en todo momento la participación social de la familia, profesionales, conocidos y de todas las personas que forman parte del entorno vital del/de la usuario/a. Todos estos agentes sociales tienen un papel fundamental en el desarrollo de la vida del residente.
- *Multidimensionalidad:* Las personas somos seres multidimensionales y sensibles a cambios, por tanto las intervenciones que planteemos desde el Modelo de ACP deberán ser flexibles y adaptadas a los posibles cambios en el ciclo vital del mayor.

Otra de las variantes en relación a los modelos centrados en la persona es la definición de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) desarrollada por Pilar Rodríguez (2013), que supone una síntesis entre la Atención Centrada en la Persona y la Atención Integral. La AICP por tanto 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 la persona, partiendo desde el respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con la participación efectiva del/de la usuario/a.

La Atención Centrada en la Persona (ACP) no es algo que haya surgido en los últimos años; es frecuente que se atribuya su origen a Carl Rogers, psicoterapeuta humanista que formuló la Terapia Centrada en el Cliente en 1961. La teoría humanista es fundamental a la hora de entender la Atención Centrada en la Persona, ya que pretende alejarse de la idea de que el ser humano es la suma de sus partes para dar lugar a una definición de las personas como seres con experiencia, dignidad o interdependencia, valores fundamentales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona. Pero este Modelo también debe su evolución a campos tan diversos como la medicina, la enfermería o la terapia ocupacional entre otros.

Otra definición importante de la ACP que es clave a la hora de desarrollar cualquier intervención según este modelo es la desarrollada por Down Brooker (2004). Brooker

formula el Modelo VIPS, con el que pretende desarrollar los elementos que componen la Atención Centrada en la Persona. Según esta autora la ACP es igual a la suma de V+I+P+S:

- V: Valorar y respetar a la persona con demencia.
- I: Individualización o trato individualizado a través de un plan de atención individualizada en relación a las necesidades actuales de la persona, las cuales están sujetas a cambios.
- P: Perspectiva. Se debe comprender la situación de la persona con demencia con perspectiva, analizando de forma empática las diferentes reacciones del/de la usuario/a en relación a su entorno y a todas las contingencias que la rodean.
- S: Entorno Social positivo en el que la persona con deterioro tenga y perciba bienestar.

Pero los modelos de Atención Centrada en la Persona no basan su intervención únicamente en el/la residente, se trata de métodos de intervención plurales y multifactoriales que engloban todos los aspectos relacionados con la atención sociosanitaria dentro o fuera de un centro residencial, proponiendo por tanto una actuación que mejora las condiciones del/de la usuario/a, del entorno familiar, de los/as profesionales que trabajan con él/ella y de la propia organización residencial. En este sentido el modelo supone una ruptura con los modelos anteriores proponiendo la adaptación de los servicios, las prestaciones y las dinámicas de la residencia a las características propias del/de la usuario/a en lugar de ser el/la residente el que tenga que adaptarse a una rígida organización prediseñada.

Por todo lo anterior no es de extrañar que el Modelo de ACP proponga un detallado y minucioso plan de implantación propio que engloba, al igual que en sus objetivos, todos los aspectos que confluyen en la atención sociosanitaria en el ámbito de la gerontología. Uno de los elementos más importantes a tener en cuenta en la implantación del Modelo en un centro residencial es la formación de su personal. Al tratarse de una nueva visión de la atención residencial respecto a lo que conocíamos hasta el momento, el Modelo de ACP propone una formación de todos/as los/as profesionales que van a intervenir en el centro en los principios generales del modelo, potenciando de este modo la adecuación de la atención según el nuevo paradigma desde los/as propios/as profesionales que intervienen a diario con el residente. En esta formación no solo se muestran los contenidos del modelo, sino que se lleva a cabo una serie de estrategias basadas en la sensibilización y la formación de liderazgos que ayuden a vencer las resistencias de los/as profesionales implicados en la atención directa o indirecta.

2. LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN USUARIOS/AS CON DETERIORO COGNITIVO

Teniendo en cuenta la temática de este proyecto y las características de los/as usuarios/as con los que podemos encontrarnos en los centros, es interesante que nos fijemos en los efectos de utilizar un modelo de atención centrado en la persona con personas que sufren algún tipo de deterioro cognitivo. Si retrocedemos unos años, hasta el momento en el que Kitwood describió la “nueva cultura” de la atención, veremos como muchas de las características de esta han sido adaptadas y puestas en marcha por el Modelo de ACP con personas con deterioro cognitivo (Kitwood y Benson, 1995).

Por un lado, el autor define el trabajo con personas con demencia como una opción creativa y dinámica, en la que el propio deterioro debe ser tomado como un elemento con el que hay que contar y no como un concepto que determine toda nuestra intervención. En otras palabras, a través de los métodos de atención alternativos que propone el Modelo ACP hacemos especial hincapié en las capacidades y fortalezas que el/la usuario/a aún conserva, en lugar de dar mayor protagonismo del que ya tiene a los efectos que el deterioro ha producido en la persona. De esta forma se consigue una intervención efectiva e individualizada que permite el trabajo con la persona con demencia sin que su grado o condiciones impidan la intervención en pos de mejorar la calidad de vida del mismo.

Otro de los aspectos fundamentales que propone Kitwood a la hora de intervenir con la persona con demencia es que todas las personas son únicas, independientemente de su capacidad cognitiva. Este aspecto es uno de los pilares básicos de la Atención Centrada en la Persona, la importancia de individualidad y del empoderamiento del mayor sea cual sea su estado cognitivo. Desde esta perspectiva, las personas con deterioro cognitivo vuelven a tener un papel decisivo en el rumbo de la intervención y, lo que es más importante, en la elección de su plan de vida. La persona con demencia, de forma directa o indirecta, es dueña de su propia vida y, como tal, relevante en todo su desarrollo vital.

Kitwood también determina que las conductas problemáticas se consideran principalmente como intentos de comunicación y, como tal, el Modelo de ACP hace especial hincapié en ellas, analizando de forma directa e individualizada la “comunicación” de este tipo de personas y cómo esta puede ayudar a mejorar la intervención y la calidad de vida del/de la usuario/a. En este sentido nos encontramos en un punto importante en el cambio de rumbo de la intervención gerontológica; ya no perseguimos acabar de una forma drástica con las incidencias ocurridas con las personas con demencia, sino que se pretende analizarlas y darle un sentido dentro del proceso de cambio que supone este Modelo.

Por último, y como si hubiera sido sacado literalmente del decálogo de la ACP que veíamos anteriormente, Kitwood pretende con su “nueva cultura” mantener la condición de persona y respetar la singularidad e individualidad de los/as usuarios/as, independientemente de su estado. Sin duda una medida que bien podría resumir gran parte de la fundamentación del Modelo de Atención Centrada en la Persona.

Otra referencia en relación a los efectos de los modelos centrados en la persona en individuos con deterioro cognitivo, y más concretamente en personas con enfermedad de Alzheimer, es la revisión desarrollada por Edvardsson, Winblad, y Sandman (2008). En esta revisión se pone de manifiesto que las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer en un grado avanzado tienden a ser despersonalizadas y “cosificadas” por sus cuidadores/as principales. Esta despersonalización provoca que haya un especial cuidado de las necesidades básicas de la persona dependiente como la higiene, la alimentación o la hidratación entre otras, pero se ignoren las necesidades psicosociales que toda persona requiere para un desarrollo vital completo y satisfactorio. En este sentido estos autores defienden la necesidad y la importancia de valorar de igual manera las necesidades fisiológicas y relacionales de las personas con demencia.

En definitiva, aunque el Modelo de Atención Centrada en la Persona está muy relacionado con la implantación de un método de convivencia de personas con una gran autodeterminación, que cuentan con un empoderamiento importante y que son generalmente “autónomas”, vemos cómo la mayoría de sus ideas principales pueden ser aplicadas a la hora de intervenir con personas con deterioro cognitivo. Es más, con este grupo de personas, aspectos como la creación de espacios accesibles, la personalización de entornos o la utilización de medidas y herramienta personalizadas entre otras, toman bastante más sentido y se convierten en procesos clave a la hora de intervenir con las personas que sufren demencia. Sin duda el Modelo de ACP supone un cambio en la atención gerontológica tal y como la conocemos hoy en día y sus medidas son claves a la hora de mejorar las condiciones de vida de las personas con demencia en los entornos residenciales.

3. METODOLOGÍA

El desarrollo de este proyecto está basado en un tipo de investigación cualitativa, método utilizado habitualmente por las ciencias sociales. El principal motivo que nos ha llevado al enfoque cualitativo del proyecto reside en la propia especificidad del trabajo; al tratarse de un diseño de un plan de intervención no vamos a analizar información cuantitativa de estudios anteriores ni resultados propiamente dichos. El proyecto se basa en el análisis cualitativo del Modelo de Atención Centrada en la Persona y en la posibilidad de implantación en centro residencial de personas mayores.

Nuestro principal foco de actuación, las personas, es otra de las razones del carácter cualitativo del proyecto. Las personas que conforman todo el escenario residencial serán el principal sujeto de actuación y, por tanto, las que posteriormente nos aportarán el feedback que será clave para analizar los resultados de nuestra intervención.

El objetivo principal por tanto de nuestro proyecto será incorporar los principios básicos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en una residencia de personas mayores y la propuesta de un método de trabajo basado en la ACP con cuatro factores fundamentales: usuarios/as, familiares, profesionales y elementos organizativos del centro.

4. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO

Este proyecto ha sido desarrollado en tres fases fundamentalmente:

1. Estudio y valoración de la situación de partida.

Una vez que nos encontramos en el centro llega el momento de analizar la situación actual que se desarrolla en la residencia. Se trata del primer paso de nuestro proyecto, el cual nos servirá para ser conscientes de los retos a los que nos enfrentamos y conocer el punto de partida desde donde comenzaremos. En esta etapa haremos una observación generalizada de todos los aspectos relevantes del centro, intentando influir lo mínimo posible en el desarrollo normal de la residencia. Durante este análisis fijaremos nuestra atención en los siguientes aspectos clave de la atención residencial:

- Organización profesional en el centro.
- Principales técnicas de intervención y relación entre usuarios/as, familiares y profesionales.
- Liderazgo entre los miembros del equipo multidisciplinar.
- Arquitectura y diseño de espacios en el centro.
- Perfil generalizado de los residentes que conviven en el módulo para personas que necesitan ayuda en el que vamos a trabajar.
- Protocolos y planes de actuación activos.
- Medios técnicos, humanos y materiales con los que contamos.
- Conocimiento de los/as profesionales acerca del Modelo de Atención Centrada en la Persona.
- Herramientas utilizadas para medir los niveles de calidad del trabajo.
- Actividades que se desarrollan en la residencia.

Cuando tengamos información de todos los aspectos citados anteriormente podremos tener una visión bastante completa del funcionamiento del centro. También nos

habrá servido para detectar dónde debemos hacer especial hincapié a la hora de llevar a cabo nuestro proyecto y para guiar nuestra intervención durante todo el proceso.

Este diagnóstico supone la valoración de los elementos que pueden ser válidos a la hora de trabajar según el Modelo de ACP y en la detección de procedimientos, herramientas o protocolos que no se ajustan a esta disciplina. Para esta labor es fundamental que tengamos un conocimiento previo del trabajo que se lleva a cabo en la residencia: protocolos de actuación, organigrama del centro, tipologías de residentes, liderazgos dentro del equipo multidisciplinar y filosofía general del grupo residencial en el que nos encontramos.

Para llevar a cabo este diagnóstico nos centraremos en seis aspectos principales a través de los cuales intentaremos analizar la situación real del centro en relación con los principios y teorías propias del Modelo de Atención Centrada en la Persona. La metodología de trabajo en esta fase de diagnóstico será llevada a cabo a través de un documento de evaluación individual para cada una de las áreas de análisis en el que se irá marcando como “Adecuado”, “Poco Adecuado” o “Nada Adecuado” cada uno de los aspectos clave de cada elemento de análisis. Una vez que hayamos valorado estas seis áreas fundamentales podremos desarrollar un plan de mejora personalizado y acorde a la situación actual existente en la residencia. Estos seis puntos con los que vamos a analizar la “realidad” del centro son: Actividades, Espacio físico, Familias, Metodologías e instrumentos, Criterios organizativos y Profesionales.

2 Fase. Análisis de los datos.

Como hemos comentado en el diseño del trabajo, nuestro proyecto está basado en un análisis cualitativo. Este análisis estará dirigido a identificar las fortalezas y las áreas a mejorar en cada área evaluada. De esta forma se procederá a hacer un análisis pormenorizado de cada uno de los aspectos relevantes en cada una de las áreas seleccionadas, de tal manera que, tras la realización de la observación y el análisis, tengamos una visión global de la realidad que actualmente se desarrolla en el centro residencial.

3 Fase. Elaboración de una propuesta de plan de mejora.

Tras realizar el análisis que hemos citado anteriormente, llegará el momento de proponer el plan de mejora enfocado a la unidad de convivencia en la que hemos centrado nuestro proyecto en relación a cada una de las áreas principales que hemos seleccionado y analizado. Se trata de un plan de trabajo planificado y organizado, que tiene como finalidad principal la mejora de las condiciones de vida del centro en relación al desarrollo de un modelo de atención centrada en la persona.

Posteriormente también realizaremos un sistema de evaluación del plan de mejora, lo cual nos ayudará a controlar aspectos relacionados con la idoneidad de nuestro proyecto, su alcance y su repercusión.

5. INSTRUMENTOS

En cuanto a los instrumentos necesarios para la realización de este proyecto, diseñamos unas fichas destinadas a la valoración de cada una de las áreas que hemos seleccionado previamente (Actividades, Familias, Espacio físico, Metodologías e instrumentos, Criterios organizativos y Profesionales). En cada una de las áreas se analizarán aspectos clave para cada apartado, teniendo en cuenta prácticas, medidas y procedimientos claves en los modelos de atención centrados en la persona. De esta forma podremos conocer en qué medida se adaptan los procedimientos que se están llevando a cabo actualmente en el centro con las principales ideas de la Atención Centrada en la Persona, utilizando un sistema de valoración basado en la clasificación como “Adecuado”, “Poco adecuado” o “Nada adecuado”.

Estas son las fichas utilizadas para el análisis de cada una de las áreas:

Tabla 1: Análisis de las Actividades

ÁREA A EVALUAR: ACTIVIDADES

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
Las actividades que se desarrollan tienen un horario flexible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades son significativas y acordes a la biografía de la persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades están enfocadas a temáticas relacionadas con tareas de la vida diaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se realizan actividades de Musicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se realizan actividades con animales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de los/as cuidadores/as participan en las actividades con los/as usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los familiares participan en las actividades diarias que se llevan a cabo en el centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 2: Análisis del Espacio Físico

ÁREA A EVALUAR: ESPACIO FÍSICO

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
Los/as usuarios/as han colaborado en la decoración de las zonas comunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las habitaciones están personalizadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El centro cuenta con la iluminación y una entrada de luz natural adecuadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las habitaciones son individuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las habitaciones cuentan con unas dimensiones adecuadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El centro cuenta con una zona exterior habilitada y segura para la estancia de este tipo de usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El módulo es cómodo y confortable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El módulo tiene una sensación hogareña y está decorado con elementos reminiscentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los aseos tienen las dimensiones y la luminosidad adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El/la usuario/a puede moverse libremente por todo el módulo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los pasillos son amplios y decorados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las puertas de las habitaciones están personalizadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El número de usuarios/as es adecuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La organización de los asientos y el mobiliario favorecen la relación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Análisis del trabajo con las familias

ÁREA A EVALUAR: FAMILIAS

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
Las familias participan de forma activa en las actividades que se desarrollan en el centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El entorno sociofamiliar del/de la usuario/a tiene reuniones periódicas con el equipo técnico de la residencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las familias participan en el Proyecto de Vida de su familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las familias cuentan con actividades/recursos específicos y dirigidos a ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El horario de visitas es abierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Análisis de las metodologías e instrumentos

ÁREA A EVALUAR: METODOLOGÍAS E INSTRUMENTOS

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
Se realiza la Historia del Vida del/de la usuario/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se desarrolla el Plan de Vida desde objetivos vinculados a la calidad de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as profesionales cuentan con la información necesaria del/de la usuario/a en el propio módulo y pueden consultarla en cualquier momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación de los/as usuarios/as en el Plan de Atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existen elementos de evaluación de la calidad del servicio adaptados al Modelo ACP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Análisis de los criterios organizativos

ÁREA A EVALUAR: CRITERIOS ORGANIZATIVOS

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
El personal que trabaja en el módulo tiene una permanencia estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tienen en cuenta las preferencias de los/as usuarios/as en relación a sus cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El uniforme de los/as trabajadores/as rompe con la estética propia del ámbito sanitario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existen pautas personalizadas de cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe autonomía para que los/as cuidadores/as trabajen de forma flexible y adapten su día a día a las necesidades de los/as usuarios/as.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as profesionales trabajan de forma calmada y relajada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trato entre los/as profesionales es cordial y carente de jerarquías muy marcadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe un clima de colaboración y convivencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6: Análisis de la praxis de los/as profesionales

ÁREA A EVALUAR: PROFESIONALES

Tarea, Herramienta o Protocolo	Adecuado	Poco Adecuado	Nada Adecuado
Los/as profesionales tienen tiempo para realizar o proponer actividades espontáneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe una relación cercana entre usuarios/as y profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as profesionales potencian la participación de los/as usuarios/as en las tareas de la vida diaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as profesionales tienen tiempo para conversar con los/as usuarios/as de aspectos no relacionados con la atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as cuidadores/as conocen las preferencias y rechazos de los/as usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los/as cuidadores/as están formados y saben manejar las alteraciones de conducta de los/as usuarios/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeto a la intimidad y a la privacidad corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeto a la confidencialidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Elaboración propia.

6. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Las fichas anteriores nos han servido para tener una visión concreta del estado del centro y de las principales actividades que se están desarrollando en él. A través de estos instrumentos hemos podido obtener datos de cada una de las áreas seleccionadas, identificando tanto fortalezas como áreas de mejora en función de los resultados de la evaluación realizada. Una vez obtenidos, estos datos serán clasificados y analizados, dando origen a los resultados de nuestro análisis.

7. PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORA

Cuando hayamos analizado los datos recogidos tras nuestro análisis del centro, llegará el momento de formar, informar y sensibilizar a todos los agentes sociales que intervienen en el día a día del centro. Como comentábamos anteriormente, este proyecto está basado en una intervención global dentro de la residencia, por lo que esta etapa estará dirigida a la organización del centro, profesionales, familiares y usuarios/as.

Organización del centro: Las personas encargadas de la gestión del centro serán las primeras personas a las que tendremos que informar del proyecto que vamos a llevar a cabo. En esta reunión trataremos de dar una visión clara acerca del análisis del centro que hemos hecho previamente, destacando los puntos mejorables de la atención para, posteriormente, exponer nuestro plan de trabajo a través de la ACP. Es importante que en esta formación seamos capaces de transmitir los principios fundamentales del Modelo de Atención Centrada en la Persona y en como este puede mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de todas las personas que confluyen en la residencia.

Profesionales: Sin duda este se trata de uno de los momentos claves de nuestra intervención. A través de diversas jornadas formativas tendremos que formar a todos los/as trabajadores/as del centro en los principios clave del Modelo de Atención Centrada en la Persona. En esta formación tendremos que destacar los principios fundamentales del modelo, los aspectos que se pueden mejorar en la atención, los beneficios en el cuidado que esta implantación va a suponer y el plan de trabajo que se va a seguir durante todo el proceso. Es importante que en este momento, como bien referencia el informe elaborado por Red Zona de Calidad de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2015), seamos capaces de vencer las resistencias al cambio de los/as trabajadores/as; este tipo de resistencias pueden estar motivadas por escepticismo, miedo a lo desconocido o por una creencia errónea de que no van a ser capaces de llevarlo a cabo. En este sentido debemos mostrarnos firmes y convencidos del proceso que vamos a llevar a cabo y ser capaces de sensibilizar e implicar a todas estas personas en el proyecto que vamos a realizar, rompiendo falsos mitos y destacando los beneficios que este Modelo va a aportarles. En este momento también será importante identificar y establecer liderazgos dentro del equipo multidisciplinar, los cuales serán los responsables y el motor principal del cambio que estamos proponiendo.

Familiares: Las familias suponen un elemento fundamental en el Modelo de Atención Centrada en la Persona, por ello es necesario que desde el primer momento contemos con ellos, no solo para que den su aprobación y conozcan el proyecto que vamos a desarrollar, sino para encontrar un elemento de apoyo fundamental para el desarrollo de nuestra labor. En estas sesiones de sensibilización expondremos de forma clara los puntos fundamentales del Modelo de Atención Centrada en la Persona, el plan de trabajo que vamos a llevar a cabo y cómo este va a mejorar la calidad de vida de sus familiares.

Usuarios/as: Nuestro trabajo en este sentido tendrá que ir dirigido a sensibilizar a los/as residentes de una forma clara y sencilla sobre los cambios que van a suceder en el centro tras el desarrollo de un modelo de ACP. En este sentido podremos explicar las nuevas actividades que se van a realizar, los posibles cambios en la organización del día a día en el centro o la participación activa en el desarrollo vital de la residencia, entre otros. Es importante que a la hora de trasladar esta información a los residentes tengamos en cuenta sus características individuales, adaptando nuestra comunicación a las fortalezas y capacidades que presenta cada uno de ellos.

El plan de mejora contiene la implantación del Modelo de Atención Centrada en la Persona en sí mismo en relación a los conceptos que hemos analizado en el apartado anterior. Hasta ahora hemos analizado el centro en profundidad, conocemos a las personas que trabajan allí, somos conscientes del perfil de los/as usuarios/as con los que vamos a trabajar y hemos hecho un diagnóstico de las prácticas afines, y no tan afines, al Modelo; por ello llega el momento de desarrollar y poner en marcha las distintas mejoras derivadas de las propuestas que plantea la ACP.

Todo plan de mejora basado en el Modelo de Atención Centrada en la Persona tiene como punto inicial la formación, concienciación y puesta en marcha del Modelo dentro de la organización y del personal del centro donde nos encontramos. Si nos fijamos en la reflexión de Teresa Martínez (2013) “La implicación de los/as profesionales del centro tiene una gran trascendencia. No es suficiente con informar a los/as profesionales sino que resulta de la máxima trascendencia “saber llegar” a cada uno de ellos/as. Para ello se deberá propiciar un espacio de reflexión colectiva poniendo en marcha estrategias que conduzcan además a la reflexión y percepción individual de la necesidad de cambio. En otras palabras, es fundamental ser capaces de “movilizar al individuo”. Vemos como esta etapa es fundamental para sentar las bases de nuestro proyecto y, como bien referencia la autora, “movilizar al individuo” y hacerle participe del proceso de cambio. Por tanto en este punto tendremos que intentar ser lo más claros posible a la hora de exponer las principales ideas del Modelo en contraposición con el análisis que hemos llevado a cabo.

Este plan de mejora estará sujeto a los seis elementos de evaluación que hemos seleccionado en el anterior apartado y, por tanto, tendremos que tenerlos muy presentes ya que a través de ellos desarrollaremos los cambios y la planificación estratégica de nuestro proyecto. Por todo esto el proyecto estará dividido en los mismos seis elementos analizados anteriormente y desarrollados a partir de los resultados obtenidos. En otras palabras, trataremos de formular medidas concretas propias de la ACP en relación a cada una de las áreas que en nuestro análisis hayamos clasificado como poco o nada adecuado.

Cuando demos por finalizada la etapa de implantación del plan de mejora en el centro que hemos diseñado llegará el momento de comprobar la repercusión y los resultados

de todo el proyecto. Para ello abriremos dos vías de análisis, las cuales deberán reportarnos una información completa del efecto de nuestro trabajo durante el tiempo que ha durado la adecuación del centro al Modelo de Atención Centrada en la Persona.

La primera evaluación consistirá en un análisis similar al que habíamos utilizado previamente para evaluar las prácticas, herramientas y formas de trabajo que se estaban llevando a cabo en el centro previo al inicio de nuestro proyecto. Se trata de una técnica de evaluación imprescindible en este tipo de proyectos puesto que nos permitirá poner en contraposición los resultados obtenidos en nuestra observación inicial en el centro junto con los resultados o “puntuaciones” obtenidos tras la puesta en marcha del proyecto. Además, al utilizar los mismos ítems de evaluación, nos aseguramos de estar trabajando cada uno de los aspectos recogidos en cada área que hemos valorado inicialmente.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que nuestra intención con la implantación del Modelo de ACP era mejorar todos los aspectos del cuidado, volveremos a reunirnos con las personas que trabajan en el centro para conocer sus impresiones en relación a los cambios y las sensaciones tras la puesta en marcha del proyecto. Se trata de obtener un feedback por parte de las personas que han sido los actores principales de nuestro proyecto.

Unida a esta última evaluación también solicitaremos a los órganos organizativos y directivos del centro que utilicen las herramientas de evaluación de calidad y conformidad utilizadas habitualmente en el centro. Es importante que los implicados entiendan que el Modelo de Atención Centrada en la Persona no está basado en la búsqueda de una mayor conformidad de los/as usuarios/as o familiares con el centro, sino que se trata de un cambio de modelo de cuidado basado en el aumento de la dignidad y la autodeterminación de los residentes, por lo que en muchas ocasiones no está relacionada la utilización del Modelo de ACP con la disminución de las sugerencias, quejas o disconformidades de los grupos de familias que confluyen en el centro.

Por último es fundamental que la dirección del centro entienda que el Modelo de ACP no es algo estático y que requiere del trabajo diario para que realmente sea un modelo de cuidado efectivo. Por tanto recomendaremos que esta evaluación que hemos llevado a cabo se realice de forma periódica e incluso que sea incluida dentro de los criterios de evaluación que utilizan habitualmente. También es importante que la organización del centro pueda llegar a plantearse la evaluación de los criterios de cumplimiento con el Modelo de Atención Centrada en la Persona a través de un organismo externo, el cual, evalúe de forma objetiva la evolución del proyecto que se ha iniciado.

8. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este proyecto ha sido implantar los principios básicos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en un centro residencial. Tras el desarrollo del mismo observamos que hemos podido desarrollar un plan de análisis del centro basado en ideas fundamentales del Modelo de ACP, el cual, teniendo en cuenta las características propias de cada módulo o centro donde vaya a llevarse a cabo, pueden ser útil a la hora de abordar la implantación de este Modelo. Estos elementos de evaluación utilizados suponen la síntesis de un Modelo que pretende marcar un cambio de rumbo en la atención gerontológica dentro de entornos institucionalizados. El análisis de estos en relación al centro o al módulo concreto marcará las distancias o aproximaciones entre el modelo tradicional de cuidado y el Modelo de Atención Centrada en la Persona, desarrollando en sí mismo un plan de mejora que nos ayude a avanzar y a cambiar la concepción de cuidado que se estaba desarrollando hasta el momento en este ámbito.

Actualmente apenas existen grupos residenciales que no se estén haciendo eco del éxito de las medidas desarrolladas por el Modelo de ACP, en cambio encontramos múltiples formas de llevarlo a cabo y, sobre todo, bastante disparidad en relación al objetivo final de estos centros frente a los del propio Modelo. Mientras que la Atención Centrada en la Persona persigue única y exclusivamente la mejora general de las condiciones de vida de las personas mayores, actualmente estamos viendo que muchos centros residenciales utilizan técnicas propias del Modelo de ACP, generalmente la retirada de sujeciones, a modo de “reclamo” o marketing. En este sentido se está viviendo una retirada de sujeciones en masa, las cuales en muchos casos no se están fundamentando en criterios que apoyen la dignidad del cuidado sino que andan más cerca de colgar el cartel de sujeciones cero tan mediatizado en estos momentos. Es fundamental hacer una revisión de los criterios que motivan esta retirada de sujeciones para entender la razón de ser de los modelos de atención centrados en la persona y evaluar los centros que están llevando a cabo este tipo de prácticas, reforzando en cualquier caso la necesidad de valorar individualmente cada caso en pos de un trato más digno en lugar de la búsqueda de datos cuantificables en relación al número de sujeciones eliminadas.

Al hilo de la retirada de sujeciones también es importante que profesionales, usuarios/as y familiares entiendan que no se trata de un sinónimo de la Atención Centrada en la Persona. Aunque es una de las técnicas de cuidado más mediáticas y que en ocasiones crea más controversia, la retirada de sujeciones es una más de las ideas que este Modelo aporta al ámbito de la gerontología. Es fundamental que evitemos asemejar ambos conceptos ya que, de ser así, estaremos obviando la mayor parte del contenido de un Modelo que está cambiando el enfoque del ámbito gerontológico tal y como lo conocíamos hasta el momento.

9. AGRADECIMIENTOS

Este artículo parte de un Trabajo Fin de Máster que fue realizado gracias a las orientaciones, sugerencias y estímulos de Dña. Teresa Martínez Rodríguez, quien me guió durante meses y me ayudó a entender lo que realmente supone la Atención Centrada en la Persona. También me gustaría agradecer los consejos y las pautas de D. Javier Charroalde Vallés, quien me aportó su enfoque del trabajo desde un ámbito externo a la Gerontología.

Y por último agradecer a todas las personas que día tras día trabajan para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y la atención gerontológica, luchando por la visibilidad, el empoderamiento y la eliminación de los edadismos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Brooker, D. (2004) What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.
- Edvardsson, D., Winblad, B., y Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 4, 362 – 367.
- Kitwood, T., y Benson, S. (1995). *The New Culture of Dementia Care*. Hardcover: Hawker Publications Ltd.
- Martínez, T. (2013a). *La Atención Centrada en la Persona*. Recuperado de www.acpgerontología.com.
- Martínez, T. (2013b). *Avanzar en AGCP. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Oviedo: AGCP.
- Rodríguez, P. (2013). *La Atención Integral y Centrada en la Persona*. Papeles de la Fundación Pílares para la Autonomía personal Nº 1. Madrid: Fundación Pílares.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.