

# APLICAR Y EVALUAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS: EL MODELO ACP-GERONTOLOGÍA

PERSON-CENTERED CARE IMPLEMENTATION AND ASSESSMENT  
IN GERONTOLOGICAL SERVICES: THE PCC-GERONTOLOGY MODEL

Teresa MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

*Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias*

## Resumen

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es objeto de un creciente interés en los cuidados de larga duración a personas mayores, al ser considerada como uno de los ejes estratégicos en la calidad de los servicios sociales y sanitarios. Este artículo, en primer lugar, describe el giro que se está produciendo en la mirada a la calidad en los servicios gerontológicos, otorgando cada vez más importancia a las dimensiones subjetivas de la calidad de vida. En segundo lugar, se destaca la especial contribución del enfoque de Atención Centrada en la Persona en esta nueva visión. Finalmente se presenta el modelo ACP-Gerontología como una propuesta capaz de orientar el desarrollo de modelos ACP en centros de atención a personas mayores que precisan cuidados. Su propósito es guiar un proceso de implementación global de la ACP, evitando estancarse en intervenciones aisladas, así como facilitar la evaluación de su progreso. El modelo se compone de dos dimensiones (prácticas centradas en la persona y entorno facilitador), diez componentes y 50 intervenciones clave. Para su evaluación se han diseñado un conjunto de instrumentos de evaluación que permiten medir el grado de ACP dispensado desde distintas estrategias: la opinión subjetiva de los diferentes actores en el cuidado (personas mayores, familiares, profesionales y directores), la revisión participativa interna de los equipos de los centros y la evaluación externa por parte de expertos.

**Palabras clave:** *Atención Centrada en la Persona, calidad, evaluación de servicios gerontológicos, cuidados de larga duración.*

## Summary

There has been a growing interest in the Person-Centered Care (PCC) involving old people's long-term care as considered a strategic approach in social and health services quality. Firstly, this article describes the change that is taking place in Gerontological Services towards quality of life subjective dimensions. Secondly, it emphasizes the special contribution of the PCC approach in this new vision. Finally, it presents the PCC-Gerontology model as a framework for developing the PCC approach in nursing homes in order to avoid fragmented implementations and to allow the assessment of its progress. The PCC-Gerontology model is described to be composed by 2 dimensions (Person-Centered practices and supportive environment), 10 components and 50 key interventions. Regarding evaluation, an assessment toolkit has been designed to measure the degree of PCC provided including different strategies: subjective opinions (old people's, families', professionals' and directors'), team's self-assessment and external evaluation by experts.

**Key words:** *Person-Centered Care, quality, gerontology service assessment, long term care.*

## El necesario giro en la visión de la calidad de los servicios gerontológicos

El término *calidad* se viene utilizando en distintos campos y se expresa desde diversas acepciones. Su extendido uso hace que no exista una definición única del mismo. La Real Academia Española define *calidad* como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor», y también como «superioridad o excelencia».

El interés por la calidad en los servicios se remonta al período posterior a la segunda guerra mundial. Surge, inicialmente, en sectores industriales preocupados por el control y el aseguramiento de la calidad de los productos. De esta primera etapa, centrada exclusivamente en la garantía de la calidad del producto establecida por criterios técnicos, se va virando paulatinamente hacia un concepto más amplio de la calidad en el cual esta es entendida como un proceso que debe implicar a toda la organización. En esta evolución, la mirada hacia la calidad de los servicios se amplió buscando la participación de los trabajadores en la definición de la calidad y entendiendo la satisfacción del cliente como un aspecto fundamental. Una visión que se formula en la actualidad desde el concepto de excelencia o calidad total de la organización (Talavera, 1999).

El concepto de calidad total tiene hoy día gran vigencia y es aplicable a distintas organizaciones, con independencia de su objeto o de sus cometidos. Se orienta bajo diversos principios que buscan la excelencia de la organización, entendiendo esta como un todo. Estos principios son la orientación al cliente, la orientación hacia los resultados, el liderazgo y la coherencia en los objetivos, la gestión por procesos y hechos, el desarrollo e implicación de las personas, el aprendizaje, innovación y mejora continua, el desarrollo de alianzas y la responsabilidad social (Leturia, 2012).

El interés por la calidad se ha trasladado al campo de los servicios sociales (Casado y Guillén, 2001) y, más concretamente, a los servicios de atención social o sociosanitaria destinados al cuidado de las personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2000).

Con carácter general, cabe observar que en los servicios gerontológicos el esfuerzo e interés en la mejora de la calidad se ha centrado más en aspectos generales, relacionados con la gestión del centro o del servicio, que en las dimensiones o va-

riables relacionadas con la calidad de la atención. Leturia (2012) afirma que, de hecho, se ha producido un sesgo en la evaluación de los servicios gerontológicos hacia la calidad de la gestión, lo que ha conducido a infravalorar dimensiones relacionadas con la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, se argumenta que, además de los criterios técnicos y objetivos, cuestiones como la protección de derechos, el bienestar subjetivo o el respeto a las preferencias de las personas en su vida cotidiana han de cobrar una relevancia máxima. En línea similar, Martínez (2011) mantiene que la calidad de la gestión y la de la atención en los servicios gerontológicos, dada su interacción, deben ser consideradas como las dos caras de una misma moneda, siendo ambos niveles complementarios e irrenunciables.

En este sentido, la *AGE Platform Europe* y la *European Association for directors of residential homes for the elderly* (AGE y EDE, 2012), en su documento de consenso *El marco europeo para la calidad de los cuidados de larga duración a personas mayores*, enuncian los principios que definen un servicio de calidad, incorporando consideraciones relacionadas con la gestión y con la atención. Según estos organismos, un servicio de calidad debe ser: 1. Respetuoso con los derechos y la dignidad humana; 2. Centrado en la persona; 3. Preventivo y rehabilitador; 4. Disponible; 5. Fácilmente accesible; 6. Económicamente abordable; 7. Completo; 8. Continuado; 9. Orientado a los resultados y basado en la evidencia; 10. Transparente; y 11. Sensible al género y a la cultura.

Cada vez existe una mayor conciencia de que no podemos conformarnos con el mero objetivo de poner en marcha recursos para atender a personas en situación de dependencia. Es necesario que los servicios que ofrecen cuidados den respuesta a una creciente exigencia ciudadana que demanda nuevas formas de hacer que sintonicen con las preferencias y el bienestar subjetivo de las personas que son atendidas, prestando una especial atención al respeto de la dignidad de quienes tienen un gran deterioro.

Desde este planteamiento, el concepto de calidad de vida cobra una especial relevancia. De hecho, la gerontología, como ciencia que se ocupa del estudio del envejecimiento del ser humano y de las poblaciones, tiene como principal finalidad la búsqueda de la calidad de vida de las personas. Sin duda, esto responde a un creciente interés social que busca no solo vivir más años, sino disfrutarlos y vivirlos de una forma satisfactoria (Fernández-Ballesteros, 2000).

Cabe poner de relieve la evolución del concepto de calidad de vida, el cual ha ido incorporando progresivamente componentes objetivos y subjetivos (Felce y Perry, 1995). Las dimensiones objetivas contemplan distintas condiciones de vida, como la vivienda, los ingresos económicos, la salud, la red de apoyo existente o la disponibilidad de recursos comunitarios. Las dimensiones subjetivas, por su parte, hacen referencia a la satisfacción personal que cada individuo expresa sobre dichas condiciones de vida. Por tanto, son apreciaciones subjetivas que, a su vez, están mediadas, por los valores personales.

La Organización Mundial de la Salud establece la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida subrayando la importancia de sus dimensiones subjetivas. Este organismo define la calidad de vida como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno» (The WHOQOL Group, 1995).

Por su parte, las aportaciones de Schalock (1996 y 1997), procedentes del campo de la discapacidad, se han convertido ya en un importante referente al formular de un modo operativo el concepto de la calidad de vida en los servicios de atención personal a personas con necesidad de apoyos o cuidados. Su modelo de calidad de vida identifica ocho dimensiones de calidad de vida que, además, pueden ser evaluadas mediante distintos indicadores. Las dimensiones propuestas son: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos (Verdugo y Schalock, 2001). Estas dimensiones han sido constatadas en diversos estudios transculturales en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores, y han sido utilizadas para el diseño de distintas escalas de evaluación de calidad de vida en personas adultas con discapacidad o dependencia (Verdugo, Gómez y Arias, 2009; Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996) también han enunciado un modelo de calidad de vida en la vejez desde una aproximación multidimensional. Su modelo propone ocho dominios, que incorporan dimensiones objetivas y sub-

jetivas: Salud (objetiva, subjetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental (vivienda), Satisfacción con la vida, Educación, Capacidad económica y Servicios sociales y sanitarios.

Como se ha señalado anteriormente, la evaluación de la calidad de la atención no es algo nuevo en los servicios de atención social o sociosanitaria a las personas mayores. De hecho, en este sector se han ido introduciendo y consolidando distintas estrategias con el propósito de comprobar y asegurar la calidad de los servicios. En la **Tabla 1** se muestran las más utilizadas.

Sin lugar a dudas, estas estrategias e instrumentos resultan de interés en las evaluaciones de los servicios gerontológicos. Sin embargo, cabe observar que existe un peso escaso de las dimensiones vinculadas a la calidad de vida de las personas usuarias. Se echan especialmente en falta criterios que permitan evaluar en qué grado los servicios conocen y reconocen a las personas usuarias como «personas» en su globalidad (y no solo como enfermas), o en qué medida apoyan la autodeterminación de las personas en su atención para que adquieran control sobre su vida cotidiana. Asuntos de suma importancia para hacer efectiva una atención personalizada.

Según Leturia (2012), en las últimas décadas en España los centros y servicios gerontológicos han ido adoptando sistemas de gestión de la calidad, sin que ello haya asegurado la calidad de la atención vinculada a la calidad de vida (Leturia, 2012). Unos sistemas de calidad que conviven y avalan, en no pocas ocasiones, modelos de organización y actuación muy orientados al servicio y escasamente a las personas, lo cual hace muy difícil que estas puedan mantener su modo de vida e identidad y recibir una atención realmente personalizada y orientada a lograr una mayor calidad de vida (Martínez, 2011 y 2013; Rodríguez, 2012).

Por todo ello, ahora nos enfrentamos al reto de integrar en los modelos de calidad de los servicios y centros gerontológicos los aspectos vinculados tanto a una gestión ordenada y eficiente como a una atención que sitúe con claridad en el centro del proceso asistencial a las personas, dando un peso relevante a la apreciación subjetiva de la calidad de vida.

Cabe insistir en que, hoy en día, crecer en recursos no es suficiente. La misión de los centros y servicios que ofrecen cuidados a las personas mayores no puede conformarse con dispensar un conjunto de atenciones. El objetivo debe ser ofre-

**Tabla 1. Estrategias de evaluación más utilizadas en los servicios gerontológicos**

Tipo de estrategia	Normas o instrumentos
Normas de calidad reguladoras de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ISO 9001:2008, que regula los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad (AENOR, 2008a)</li> <li>- ISO 9004:2009, que describe las directrices para la mejora del desempeño de estos sistemas (AENOR, 2009)</li> <li>- UNE 158101:2008 para la gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado (AENOR, 2008b)</li> <li>- UNE 158201:2007 para la gestión de centros de día y de noche (AENOR, 2007a)</li> <li>- UNE 158301:2007 para la gestión del servicio de ayuda a domicilio (AENOR, 2007b)</li> <li>- UNE 158401:2007 a la gestión del servicio de teleasistencia (AENOR, 2007c)</li> </ul>
Modelos de Gestión de la Excelencia o Calidad Total	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo europeo EFQM (European Foundation for Quality Management)</li> <li>- Modelo de Evaluación, Aprendizaje y Mejora-EVAM (AEVAL, 2009)</li> <li>- Modelo SEVQUAL (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993)</li> </ul>
Modelos de evaluación de la calidad específicos para servicios gerontológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de evaluación mediante indicadores de calidad para servicios gerontológicos ICASS, elaborados en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian (Generalitat de Catalunya, 2000)</li> <li>- Sistema de evaluación de residencias de ancianos-SERA (Fernández-Ballesteros, 1995)</li> <li>- Sistema de Garantía de Calidad - Kalitatea Zainduz</li> </ul>
Las encuestas de satisfacción sobre la atención recibida y servicios que ofrece el centro	

cer servicios, atenciones y apoyos que permitan a las personas vivir acorde a sus valores de vida, preferencias e identidad. Los servicios formales deben desempeñar un papel relevante en la atención integral a las personas, convirtiéndose en auténticos apoyos para que las personas, a pesar de precisar cuidados, puedan seguir ejerciendo control sobre su atención y desarrollando proyectos de vida significativos. Una visión de la calidad que, a juicio de muchos, debe ser incorporada en los modelos de atención y evaluación de los cuidados de larga duración a las personas mayores.

## La contribución de la Atención Centrada en la Persona a la calidad de los servicios gerontológicos

Como se acaba de argumentar, la mirada a la calidad de los servicios no siempre ha estado orientada a conseguir logros en la calidad de vida de las personas. La conciencia de esta desviación ha hecho que en estos últimos años distintos organismos internacionales de reconocido prestigio apuesten por un enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) como eje estratégico orientador de la calidad de los servicios (Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2015).

La ACP aboga porque las personas sean el eje vertebrador de los servicios y su auténtico fin, partiendo del reconocimiento de la dignidad de toda persona con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociopersonales.

A pesar del general reconocimiento de la capacidad de la ACP como enfoque referencial para un cuidado de calidad, no existe una denominación única ni una definición consensuada, lo que en ocasiones se ha considerado como una limitación (Morgan y Yoder, 2012). Ello podría deberse a que estamos ante un constructo complejo y multidimensional que adopta matices diferenciales en función del ámbito donde se desarrolla (McCormack, 2004).

No obstante, a pesar de la diversidad conceptual de la ACP, esta es reconocida, básicamente, como una filosofía del buen cuidado que propone un conjunto de valores rectores de la atención. Entre sus elementos definitorios se suelen destacar dos aspectos fundamentales: el reconocimiento de cada persona como ser global, singular y valioso, junto a su derecho a seguir gestionando, con apoyos, la propia vida y a decidir sobre los cuidados (Martínez, 2011 y 2016; Rodríguez, 2013). En la **Tabla 2** se muestra el decálogo de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (Martínez, 2013c y 2017), donde se enuncian los principales valores de la ACP en el ámbito de la atención a las personas mayores.

Desde una perspectiva aplicada, la ACP aporta elementos metodológicos innovadores, como el cuidado basado en la biografía o historia de vida (Bayés, 2009; McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan y Repper, 2010), la planificación centrada en la persona (Sevilla, Avellán, Herrera, Pardo, Casas y Fernández, 2009) o los profesionales de referencia (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014). Además, desde la ACP se enfatiza el papel del entorno como facilitador (o barre-



Tabla 2. Decálogo de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona

1. **Todas las personas tenemos dignidad.** Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
2. **Cada persona es única.** Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.
3. **La biografía es la razón esencial de la singularidad.** La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, esta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.
4. **Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida.** La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que estas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.
5. **Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía.** La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.
6. **Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades.** Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en las fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.
7. **El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.** Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación al bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.
8. **La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal.** Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores, influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes a sus intereses. Actividades que, además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.
9. **El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde la interdependencia.** Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y

(Continúa)

Tabla 2 (Cont.)

en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros –los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios– son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

**10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos y, por tanto, sujetos a cambios.**

En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

ra) de la aplicación de la misma, cobrando gran relevancia elementos como una actividad cotidiana significativa (Sancho y Yanguas, 2014), el diseño de espacios físicos hogareños (Reigner, 2012) o los criterios organizativos de los servicios (Bowers, Nolet, Roberts y Esmond, 2009; Bowman y Schoeneman, 2006; Martínez, 2015).

El origen de la ACP suele atribuirse a Rogers y a la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961), cuyos postulados han trascendido al ámbito de la psicoterapia teniendo gran repercusión y desarrollo en campos aplicados, como la educación, la salud o la discapacidad. En relación con las personas mayores, este enfoque ha suscitado un especial interés en el cuidado de personas con demencia. Cabe destacar las aportaciones de Tom Kitwood, fundador del grupo de Bradford, quien precisamente acuñó el término «atención centrada en la persona con demencia» al poner de manifiesto la importancia de factores como la personalidad, la biografía o el entorno social en la expresión de la demencia, además del daño cerebral (Kitwood, 1997). También hay que mencionar algunos trabajos que ponen de relieve el gran potencial que encierra la ACP para el cuidado de personas con demencia severa (Edvardsson, Winblad y Sandman, 2008).

Así pues, la ACP viene siendo objeto de un creciente interés en general en el campo de la salud, y especialmente en los cuidados de larga duración a personas mayores. En este ámbito se viene insistiendo en la urgencia de revisar los servicios

gerontológicos actuales analizando la visión subyacente que tienen de las personas mayores y el papel que en ellos les es otorgado (Díaz-Veiga y Sancho, 2013; Martínez, 2010; Rodríguez, 2012).

Según esta reflexión, muchos de los servicios gerontológicos actuales se organizan desde una mirada que está más centrada en la enfermedad que en las personas, de tal forma que la atención se concibe desde necesidades asociadas a perfiles de pacientes, prestando una escasa atención a la diferencia individual. De hecho, en lo que respecta a la toma de decisiones que afectan a la atención y la vida de las personas, tienden a prevalecer criterios técnicos y organizativos frente a la escucha de las preferencias, deseos y voluntades de las personas (Martínez, 2013a y 2014).

El recurso residencial es el que ha recibido mayores críticas en cuanto a su rigidez organizativa (normas dictadas desde la organización del trabajo y no desde las necesidades de las personas), a su escasa personalización, a la falta de privacidad o a una visión uniforme de las personas como enfermas o carentes de capacidades (Koren, 2010). La atención en estos centros tiende a ser altamente protocolizada según tareas asistenciales programadas, horarios fijos y procedimientos uniformes. La historia y el modo de vida de las personas, sus ritmos y sus preferencias quedan en segundo plano, o directamente son ignorados. Las personas tienen que adaptarse y supeditarse a lo que dicta la organización. Todas estas características afectan negativamente al bienestar de las personas en la medida en que limitan su capacidad para tomar decisiones y poder seguir viviendo de una forma acorde a sus hábitos y preferencias (Misiorski y Kahn, 2005).

De hecho, en los países que cuentan con un mayor avance en políticas socio-sanitarias (países nórdicos y de Europa Central, Estados Unidos, Australia o Canadá) hace ya varias décadas que se han puesto en marcha iniciativas para reorientar los recursos tradicionales residenciales, alejándose de los modelos organizativos medicalizados e institucionales, hacia lo que se ha denominado el modelo hogareño o *housing*. Estos nuevos modelos buscan ofrecer cuidados profesionales de calidad en lugares que parezcan y funcionen como una casa, posibilitando una vida cotidiana dirigida por las personas que allí conviven (Díaz-Veiga y Sancho, 2012).

En este sentido, la ACP se reconoce como una estrategia especialmente válida para orientar el necesario cambio en el modelo residencial, al abogar por la flexibilidad y la personalización en los cuidados. Una corriente que cuenta ya con un

importante recorrido en distintos países, y que es considerada por muchos como un cambio cultural, dada sus envergadura. Este el caso del movimiento que en Norteamérica desde hace varias décadas se conoce como *The Nursing Home Culture-Change Movement*, es decir, el movimiento por el cambio cultural en residencias (Brownie y Nancarrow, 2013; Edvardsson e Innes, 2010; De Silva, 2014).

En cuanto a los servicios gerontológicos españoles, se aprecia en estos últimos años un creciente interés hacia la ACP como un referente capaz de guiar un necesario cambio de modelo. Sin embargo, el cambio real está solo en sus inicios. Queda, por tanto, un largo camino por recorrer, con muchos retos pendientes. Un camino en el cual deben ir de la mano creencia y rigor. Un camino de cambio y progreso en el que la evaluación de los servicios, incorporando la óptica del enfoque ACP, debe ser una condición imprescindible.

## El modelo ACP-Gerontología: dimensiones, componentes y acciones clave

Con el propósito de diseñar un marco que permita orientar el diseño de aplicaciones y evaluar el grado de ACP dispensado en los centros gerontológicos españoles nace el modelo ACP-Gerontología (Martínez, 2017).

Este modelo propone dos grandes dimensiones y se concreta en diez componentes. La primera, denominada *Prácticas centradas en la persona*, hace referencia tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como a las diversas interacciones comunicativas informales que los cuidadores formales mantienen en el cuidado a lo largo del día. Incluye cinco componentes: Conocimiento, Autonomía, Comunicación, Individualización/bienestar e Intimidad. La segunda dimensión, *Entorno facilitador de la ACP*, incluye un total de cinco componentes: Actividad cotidiana, Espacio físico, Familia y amistades, Comunidad y Organización. Elementos importantes para facilitar (o, en su caso, obstaculizar) la aplicación de prácticas centradas en la persona. Sus definiciones aparecen en la **Tabla 3**.

El modelo ACP-Gerontología, en cuanto a su estructura según componentes y a la definición de éstos, fue definido tras realizar una revisión de las publicaciones

Tabla 3. Modelo ACP-Gerontología. Dimensiones y componentes

<p><b>Dimensión I. Prácticas centradas en la persona</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Conocimiento de la persona.</b> Grado en que los profesionales del servicio reconocen a las personas mayores que atienden como seres singulares y valiosos, conociendo y respetando sus biografías, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar (o malestar) en la vida cotidiana y sus preferencias en los cuidados.</li> <li>2. <b>Autonomía.</b> Grado en que el centro y sus profesionales permiten y apoyan que las personas mayores tomen sus propias decisiones, participen en la atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. En el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado, grado en que estas decisiones se toman teniendo en cuenta la historia de vida, valores y observación del bienestar de la persona.</li> <li>3. <b>Comunicación.</b> Grado en que los profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de estas, incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.</li> <li>4. <b>Individualización y bienestar.</b> Grado en que la atención dispensada es flexible y se adapta a las necesidades y preferencias de cada persona mayor buscando tanto su bienestar físico como emocional.</li> <li>5. <b>Intimidad.</b> Grado en que se protege la intimidad de las personas mayores, tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.).</li> </ol>
<p><b>Dimensión II. Entorno facilitador</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. <b>Actividad cotidiana.</b> Grado en que el centro y sus profesionales proponen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecen apoyos para que estas participen si así lo desean.</li> <li>7. <b>Espacio físico.</b> Grado en que el espacio físico del centro está orientado a las personas mayores siendo accesible, seguro, personalizado y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.</li> <li>8. <b>Familia y amistades.</b> Grado en que las familias (o amistades muy allegadas) pueden y son animadas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana del centro o servicio.</li> <li>9. <b>Comunidad.</b> Grado en que el centro estimula el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro, y ofrece apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro o servicio.</li> <li>10. <b>Organización.</b> Grado en que la organización explícita y lidera un modelo ACP, forma y apoya a sus profesionales, utiliza metodologías facilitadoras, es flexible y modifica su sistema organizativo para que ello sea posible.</li> </ol>

técnicas y científicas en el campo de la ACP en servicios gerontológicos. Posteriormente fue validado por un grupo de 22 expertos de ámbito nacional. La composición del grupo era interdisciplinar y sus participantes, todos expertos tanto en gerontología como en modelos ACP, contaban con una especialización en áreas y materias diversas y relevantes para la definición de un modelo de cuidados centrado en la persona (medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, gestión e inspección de servicios sociales y ética).

El modelo ACP-Gerontología concreta sus diez componentes en un total de 50 intervenciones clave (pueden ser criterios o acciones), con el propósito de orientar y concretar la aplicación de la ACP en un centro gerontológico. Estas intervenciones clave proceden de la herramienta *Avanzar-AGCP* (Martínez, 2013b), instrumento cualitativo diseñado en su día para facilitar la revisión participativa de los centros gerontológicos. Dicho instrumento permite identificar tanto prácticas alineadas como distancias en relación a la ACP en un total de 85 acciones clave vinculadas a distintos procesos del centro (15 de atención y vida y 5 de soporte). Un chequeo que permite conocer la situación del centro, reflexionar sobre la práctica asistencial, así como proponer medidas para la mejora desde el marco de una buena praxis afín a la ACP.

La herramienta original *Avanzar-AGCP* ha sido objeto de una reciente evaluación (Martínez, 2018) de sus utilidades y de la pertinencia de las 85 acciones clave y los descriptores de buena praxis que las concretan. Estos resultados han permitido elaborar una versión revisada del instrumento, en la que, además de reducir su amplitud inicial, se ha adaptado a la estructura de diez componentes que formula el modelo ACP-Gerontología.

En la **Tabla 4** se muestran las 50 intervenciones clave que contempla la versión revisada de la herramienta de autoevaluación *Avanzar-AGCP*. Estas 50 acciones clave, lejos de pretender estandarizar y limitar las intervenciones afines a la ACP, ofrecen un marco operativo para orientar una implementación gradual a la vez que global, evitando el riesgo de quedarse en desarrollos descompensados o en intervenciones aisladas.

**Tabla 4. Modelo ACP-Gerontología. Acciones clave**

Componente	Intervenciones clave
<b>Dimensión 1. Prácticas centradas en la persona</b>	
1. Conocimiento de la persona	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocimiento de la persona antes del ingreso en el servicio</li> <li>2. Valoración integral desde el conocimiento de la globalidad de la persona</li> <li>3. Reconocimiento del valor de cada persona</li> </ol>
2. Autonomía	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Información, conocimiento y consentimiento antes de incorporarse al servicio</li> <li>5. Participación en el plan de atención</li> <li>6. Elecciones en los cuidados personales</li> <li>7. Elección en la comida</li> <li>8. Elección y libre participación en actividades</li> <li>9. Libertad para caminar y moverse</li> <li>10. Apoyo a preferencias que implican riesgos</li> <li>11. Planificación anticipada de decisiones</li> </ol>
3. Comunicación	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Trato respetuoso y comunicación positiva</li> <li>13. Trato cálido en los cuidados personales</li> <li>14. Comunicación empoderadora</li> <li>15. Empatía y comprensión de la perspectiva de la persona con demencia</li> <li>16. Estímulo a la producción de narraciones personales</li> </ol>
4. Individualización y bienestar	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Atención personalizada en la llegada y adaptación al servicio</li> <li>18. Respeto a las preferencias en los cuidados personales</li> <li>19. Cuidado de la imagen personal</li> <li>20. Uso adecuado de contenciones físicas</li> <li>21. Uso adecuado de contenciones farmacológicas</li> <li>22. Flexibilidad y no demora en ir al baño y atención a la incontinencia</li> <li>23. Atención integral en el final de la vida y control del dolor</li> </ol>
5. Intimidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>24. Protección de la intimidad corporal en los cuidados personales</li> <li>25. Habitaciones como lugares de vida privada</li> <li>26. Confidencialidad de la información personal</li> <li>27. Respeto a las relaciones afectivas y expresiones sexuales</li> <li>28. Protección de la intimidad y la confidencialidad en las relaciones sociales</li> </ol>
<b>Dimensión 2. Entorno facilitador ACP</b>	
6. Actividad cotidiana	<ol style="list-style-type: none"> <li>29. Actividades personalizadas y significativas</li> <li>30. Actividades adecuadas para las personas con demencia</li> <li>31. Fomento de la independencia en las actividades cotidianas</li> </ol>

(Continúa)

Tabla (Cont.)

Componente	Intervenciones clave
7. Espacio físico	32. Ambiente hogareño «no institucional» 33. Entorno significativo y estimulador de la actividad 34. Confort y estimulación sensorial 35. Habitaciones personalizadas 36. Pertenencias y objetos significativos 37. Entorno accesible, seguro y nuevas tecnologías 38. Ambiente agradable en el comedor y comida
8. Familia y amistades	39. Relación y colaboración con familias 40. Contacto con amistades 41. Visitas
9. Comunidad	42. Cercanía con la comunidad 43. Voluntariado 44. Encuentro intergeneracional
10. Organización	45. Valores, normas y cultura ACP 46. Profesionales y equipos de trabajo 47. Asignación estable de los gerocultores/as 48. Profesional de referencia 49. Formación, apoyo y puesta en valor de los profesionales 50. Evaluación y participación

## Instrumentos de evaluación del modelo ACP-Gerontología

Como se ha mencionado anteriormente, es indispensable evaluar la implementación de un modelo ACP. Para ello, tomando como referente el modelo ACP-Gerontología, se está trabajando en el diseño y validación de un conjunto de instrumentos que permitan su evaluación.

El conjunto de instrumentos para evaluar los diez componentes del modelo ACP-Gerontología pretende integrar tres visiones: la individual de los actores del cuidado, la grupal de los equipos de atención directa y la valoración externa experta. Ofrece un kit de instrumentos que pueden ser utilizados tanto en conjunto, permitiendo una visión más integrada del avance en ACP, como de forma independiente.

a) *La opinión subjetiva de los diferentes actores en el cuidado (personas mayores, familiares, profesionales y directores)*. En primer lugar, es posible co-



nocer la opinión de estos grupos utilizando cuatro modelos de cuestionarios que miden en qué grado el centro ofrece una atención centrada en la persona. Ello posibilita comparar la opinión de cada grupo sobre el desarrollo de cada componente.

- Cuestionario ACP-G, versión personas mayores (22 ítems).
- Cuestionario ACP-G, versión familias (22 ítems).
- Cuestionario ACP-G, versión profesionales (23 ítems).
- Cuestionario ACP-G, versión dirección (23 ítems).

b) *La autoevaluación grupal reflexiva de equipos*. Además, en segundo lugar, se puede realizar una evaluación interna de la práctica profesional del centro revisando, desde una estrategia grupal participativa, las 50 intervenciones clave que propone el modelo. Para ello se ofrece la versión revisada de la herramienta *Avanzar-ACP-G* comentada anteriormente, la cual conduce un proceso de revisión sobre cómo se realiza la práctica profesional en el centro. Los equipos que la realizan se autoevalúan en cada una de las acciones propuestas, analizando en qué grado en el centro se está llevando a cabo según los descriptores de buena praxis ACP ofrecidos por el instrumento, para posteriormente proponer medidas de mejora. Se obtiene, por tanto, información de cada una de las intervenciones consideradas clave para la aplicación del modelo, apreciando el grado de desarrollo de los diez componentes del modelo. La finalidad de esta autoevaluación es, fundamentalmente, reflexiva, buscando la implicación de los equipos en la mejora continua hacia la ACP.

c) *La evaluación externa realizada por expertos* (Martínez, 2018b). En tercer lugar, se ofrece la opción de solicitar una evaluación externa, realizada por expertos, para comprobar de una forma más objetiva el grado de ACP alcanzado por el centro. Para ello se ha diseñado un instrumento de 50 indicadores referidos a los diez componentes del modelo. El instrumento de indicadores debe ser aplicado por expertos formados y entrenados en el uso de la herramienta mediante una visita *in situ* al centro. Con ello se constata el grado de cumplimiento del conjunto de indicadores combinando varias técnicas (entrevista al responsable del centro junto con otros profesionales, visita a las distintas dependencias y observación de diversos momentos de actividad e interacción profesionales/personas mayores).

Para finalizar, hay que recordar la importancia de utilizar instrumentos que cuenten con propiedades psicométricas que avalen su validez y su fiabilidad, consi-

deración altamente relevante a la hora de seleccionar las herramientas de evaluación, tanto en la evaluación de servicios como en la investigación.

Los instrumentos descritos se encuentran actualmente en fase de estudio de validación psicométrica en una amplia muestra de residencias españolas. Un proyecto de investigación que cuenta con la colaboración del Grupo de Investigación «Evaluación Psicométrica» de la Universidad de Oviedo.

## Conclusiones

La ACP es un enfoque con un importante potencial para orientar la mejora de la calidad de los servicios gerontológicos. Un eje que, en ocasiones, ha sido ignorado o dado por hecho en el ámbito aplicado y que en las últimas décadas está siendo objeto de un creciente interés para reorientar las políticas sociosanitarias.

Con el fin de hacer efectivas estas propuestas y que no queden en un plano declarativo, resulta primordial utilizar modelos fundamentados que desarrollen de forma coherente los valores rectores del enfoque ACP, que orienten el progreso desde intervenciones relevantes y que ofrezcan instrumentos validados que permitan una evaluación integradora de las distintas visiones que conviven en el cuidado.

El modelo ACP-Gerontología define la ACP en dos dimensiones, diez componentes y 50 intervenciones clave. Ello facilita hacer operativo este constructo y evitar así aplicaciones parciales en los servicios. Además, ofrece un conjunto de instrumentos que permiten evaluar el alcance de la implementación de un modelo ACP definido en diez componentes en los servicios gerontológicos integrando varias estrategias: a) la opinión de los actores del cuidado sobre la atención dispensada; b) la autoevaluación reflexiva interna de los equipos sobre prácticas cotidianas vinculadas a los diez componentes del modelo, y c) la evaluación externa por parte de expertos. La combinación de estas medidas ofrece información sobre el grado de implantación del enfoque ACP en el centro evaluado, identificando el desarrollo de cada uno de estos diez componentes, lo que ayudará a orientar el proceso de mejora.

La aplicación de la ACP hace necesario implementar intervenciones globales e interconectadas que alimenten un progresivo cambio cultural, asistencial y organizativo. Ello precisa compromiso y liderazgo de los responsables, implicación de los agentes, así como formación y apoyo a los profesionales. También es indispensable

realizar aplicaciones rigurosas, bien planificadas y que sean evaluadas con instrumentos debidamente validados.

Esperamos que este modelo y sus herramientas de evaluación contribuyan humildemente a avanzar en este camino. No hemos de olvidar que los instrumentos son simples medios y nunca deben ocupar ni suplantar el lugar destinado a los auténticos fines.

## Referencias

AENOR (2007a). *UNE 158201:2007. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de centros de día y de noche. Requisitos.*

Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AENOR (2007b). *UNE 158301:2007. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos.*

Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AENOR (2007c). *UNE 158401:2007. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos.*

Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AENOR (2008a). *ISO 9001:2008. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.* Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AENOR (2008b). *UNE 158101:2008. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos.*

Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AENOR (2009). *ISO 9004:2009. Gestión para el éxito sostenido de una organización. Enfoque de gestión de la calidad.* Disponible en: [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

AEVAL-AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (2009). *Guía de evaluación modelo EVAM – Modelo de evaluación, aprendizaje y mejora.* Madrid: AEVAL-Ministerio de la Presidencia.

- AGE PLATFORM EUROPE y EDE (EUROPEAN ASSOCIATION FOR DIRECTORS OF RESIDENTIAL HOMES FOR THE EDERLY) (2012). *Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Europa: AGE y EDE.
- BAYÉS, R. (2009). *Sobre la felicidad y el sufrimiento*. Discurso de investidura como doctor *Honoris Causa* en Psicología por la UNED. Universidad Nacional Educación a Distancia.
- BOWERS, B.J., NOLET, K., ROBERTS, T. y ESMOND, S. (2009). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation*. Artifacts of Culture (Change website. Disponible en: [http://artifacts-of-culture-change.org/Data/Documents/Implementation\\_Manual\\_ChangeInLongTermCare%5B1%5D.pdf](http://artifacts-of-culture-change.org/Data/Documents/Implementation_Manual_ChangeInLongTermCare%5B1%5D.pdf))
- BOWMAN, C.S. y SCHOENEMAN, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool* (Action Pact webside). Disponible en: <http://actionpact.com/assets/cache/artifacts.pdf>
- BROOKER, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley.
- BROWNIE, S. y NANCARROW, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10.
- CASADO, D. y GUILLÉN, E. (2001). *Manual de Servicios Sociales*. Madrid: CCS.
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS SIIS (2009). *Garantía de Calidad – Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. País Vasco: Fundación Eguia-Careaga.
- DE SILVA, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London: The Health Foundation.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2012). Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa. *Informes Portal Mayores*, nº 132. Madrid: Imserso.

- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 48 (39), 101-102.
- EDVARDSSON, D. e INNES, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *Gerontologist*, 50, 834-846.
- 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.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *The EFQM Excellence Model*. Disponible en: <http://www.efqm.org/>
- FELCE, D. y PERRY, J. (1995). Quality of Life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 6 (1): 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1995). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA)*. Madrid: IMSERSO.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y ZAMARRÓN, M.D. (1996). Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). En: R. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, M.D. ZAMARRÓN y A. MACIÁ (eds.). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. (2000). *Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- KITWOOD, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead-Berkshire: Open University Press.
- KOREN, M.J. (2010). Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement. *Health Aff*, 29 (2), 321-317.

- LETURIA, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, 2, 5, 43-66.
- MARTÍNEZ, T. (2010). Urge cambiar el modelo residencial. (ACPGerontología página web). Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/articulos%20prensa/urdecambiarmodelo.pdf>
- MARTÍNEZ, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- MARTÍNEZ, T. (2013a). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- MARTÍNEZ, T. (2013b). *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona*. Disponible en: [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)
- MARTÍNEZ, T. (2013c). *Decálogo de la atención gerontológica centrada en la persona*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>.
- MARTÍNEZ, T. (2014). La atención personalizada en los servicios gerontológicos. En: P. RODRÍGUEZ y T. VILÀ (eds.). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos, pp. 280-293.
- MARTÍNEZ, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación*. [Tesis doctoral]. Oviedo: Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.
- MARTÍNEZ, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- MARTÍNEZ, T. (2017). La evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 31 (3), 83-89.

- MARTÍNEZ, T. (2018). *Uso y aplicaciones de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP*. Informes acpgerontologia, nº 6. Disponible en: [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)
- MARTÍNEZ, T., DÍAZ-VEIGA, P., SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2014). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.
- MCCORMACK, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31-38.
- MCKEOWN, J., CLARKE, A., INGLETON, C., RYAN, T. y REPPER, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 148-158.
- MISIORSKI, S. y KAHN, K. (2005). Changing the culture of long-term care: moving beyond programmatic change. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3 (3/4), 137-146.
- MORGAN, S. y YODER, L.H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30 (1), 6-15.
- REGNIER, V. (2012). Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. En: P. RODRÍGUEZ (ed.). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia*. Madrid: Fundación Caser para la dependencia, pp. 123-153.
- RODRÍGUEZ, P. (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.
- RODRÍGUEZ, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la Fundación, nº 1. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- ROGERS, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.

- SANCHO, M. y YANGUAS, J. (2014). Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En: P. RODRÍGUEZ (ed.). *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.
- SCHALOCK, R.L. (ed.). (1997). *Quality of Life. Vol. 2: Application to Persons with disabilities*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- SCHALOCK, R.L. (ed.). (1996). *Quality of Life. Vol.1: Its Conceptualization, Measurement and Use*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- SEVILLA, J., ABELLÁN, R., HERRERA, G., PARDO, C., CASAS, X. y FERNÁNDEZ, R. (2009). *Un concepto de Planificación Centrada en la Persona para el siglo XXI*. Fundación Adapta.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2016). *Sistema de Acreditación de Calidad para los servicios de atención a personas mayores*. Disponible en: <https://www.segg.es/acreditacion.asp>
- TALAVERA, C. (1999). *Calidad total en la administración pública*. Granada: CEMCI.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- VERDUGO, M.A., GÓMEZ, L.E. y ARIAS, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Salamanca: INICO.
- VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R.L., GÓMEZ, L. y ARIAS, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, vol. 38, n.º 224, 57-72.



VERDUGO, M.A. y SCHALOCK, R.L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M.A. VERDUGO y B. JORDÁN DE URRIES (eds.). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amarú, pp. 105-112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva (Switzerland): WHO. Service Delivery and Safet.

ZEITHAML, V.A., PARASURAMAN, A. y BERRY, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

Teresa MARTÍNEZ RODRÍGUEZ  
Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias  
[m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org](mailto:m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org)