¿Estamos mejorando la atención?
Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención centrado en la Persona en un grupo residencial (*)

Autores: Pura Díaz-Veiga, Alberto Uriarte, Javier Yanguas, Ma. Francesca Cerdó, Mayte Sancho y Ana Orbegozo

Centros : Matia Fundazioa – Matia Instituto Gerontológico

(*) **Premio ACRA 2015 a la "**Innovación en la atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal"

Resumen

La incorporación de dimensiones y prácticas profesionales asociadas a Modelos de Atención Personalizados (MACP) en centros Gerontológicos está cobrando una gran relevancia para planificadores, responsables y profesionales del sector de todo el Estado.

En respuesta a este interés, desde hace algún tiempo, se vienen originando iniciativas, variadas en su amplitud e intensidad, que tienen como objetivo aportar herramientas, procedimientos o experiencias en relación con la implantación de modelos de atención que respondan a los intereses y preferencias de las personas.

Este trabajo es una aportación singular en este sentido. En él se exponen los resultados de la evaluación desarrollada para identificar los efectos de intervenciones asociadas al Modelo de Atención Centrado en la persona (en adelante MACP) en 9 centros residenciales. Las diferentes intervenciones habían sido previamente contrastadas en un investigación aplicada, desarrollada en unidades de convivencia pertenecientes a residencias del mismo grupo en el que se ha desarrollado el estudio

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de pruebas de evaluación, adaptadas a población española, a una muestra de 232 profesionales indican que los participantes informan prácticas asociadas al MACP, en un grado mayor que el registrado en otras muestras de profesionales del sector. Además, se ha puesto de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las respuestas, teniendo en cuenta modificaciones asociadas al MACP tales como la formación recibida, la no rotación, o el desarrollo del rol de profesional de referencia.

Se trata en definitiva de un estudio que muestra, por un lado la posibilidades de la transferencia de los resultados de la investigación a prácticas profesionales relacionadas con el MACP y resalta la utilidad de la aplicación de herramientas de evaluación para contrastar los efectos de las intervenciones e, identificar nuevas áreas de actuación asociadas a una atención personalizada y de calidad en centros Gerontológicos.

Introducción

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es considerado un enfoque de gran valor para mejorar la calidad de los cuidados a las personas mayores (Nolan, Davies, Brown, Keady, & Nolan, 2004). Es considerado en la actualidad como: a) un eje fundamental en el diseño de los servicios sanitarios y sociales; b) un eje fundamental en la evaluación de la calidad asistencial; y c) el principal referente para el movimiento por el cambio de modelo en residencias de personas mayores.

En general se considera que las residencias tradicionales parten de una visión vinculada a la enfermedad y al déficit, ofreciendo una atención uniforme basada en la protocolización de las tareas y un predominante criterio clínico que restringe seriamente la libertad de las personas usuarias (Koren, 2010; Misiorski & Kahn, 2005). Frente a esta visión, la ACP sitúa a la persona mayor como agente activo, ofreciendo unos cuidados que reconocen a cada persona con independencia de su estado como ser singular y su derecho a decidir sobre sus cuidados y vida cotidiana.

Aunque no existe una definición consensuada sobre la ACP, la mayoría de los autores destacan su complejidad y multidimensionalidad y entre los componentes que más consenso demuestran se puede destacar:

i. la singularidad de la persona,
ii. la autonomía personal,
iii. el bienestar subjetivo,
iv. la actividad significativa, la relación social,
v. el espacio físico,
vi. Diferentes variables de la organización

En nuestro contexto, la implantación y consolidación de prácticas profesionales asociadas a Modelos de Atención Personalizados (MACP) constituye un fenómeno de progresivo interés. Así, estamos asistiendo a innumerables iniciativas que, con diferentes grados de intensidad y amplitud están desarrollando cambios en los entornos físicos y organizativos en centros Gerontológicos, así como actuaciones dirigidas a las prácticas profesionales (Villar et. al, 2013)

El “cambio cultural” asociado a la transformación de los modelos asistenciales predominantes a otros centrados en las preferencias y deseos de las personas constituye un proceso complejo en el que se han de incorporar de modo progresivo muy diversas intervenciones en entornos diferenciados en sus características físico-arquitectónicas, organizativas, dotación de personal auxiliar, equipos técnicos, etc. (Kane, 2007)

Por otro lado, el avance en la implantación de los cambios ha de incorporar una evaluación continuada de los efectos de los mismos. El análisis de las evaluaciones orientará, entre otros aspectos, a la toma de decisiones sobre la modificación o permanencia de las intervenciones establecidas.

La identificación de los efectos de cambios asociados al MACP resultan especialmente necesarios en el momento actual, dado el interés que muy diversas instancias tanto profesionales, investigadoras o políticas están mostrando por la transición hacia modelos de atención acordes a las preferencias de las personas.

Este trabajo pretende responder a este interés reciente. Se trata de presentar los efectos que las intervenciones desarrolladas en un grupo residencial de 9 centros Gerontológicos tienen en las opiniones de una muestra de profesionales en relación con el modelo de atención que desarrollan.

Además, la iniciativa que se presenta constituye una aportación en relación con la transferencia de intervenciones contratadas en una investigación aplicada a la práctica asistencial de centros Gerontológicos.

Objetivos

- Presentar el Modelo de transferencia utilizado para la incorporación de intervenciones asociadas al Modelo ACP en un grupo asistencial, a partir de una investigación aplicada

- Mostrar los resultados obtenidos en base a la evaluación de las opiniones de los Profesionales en relación con el Modelo ACP

3. Metodología

3.1. Antecedentes

Las intervenciones asociadas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en los centros del grupo asistencial a los que hace referencia este trabajo parten de una investigación (Díaz-Veiga et al.; 2014) consistente en la creación de un grupo de unidades de convivencia en las que se implantaron de una serie de cambios en los entornos físico-arquitectónicos y organizativos. Las intervenciones implementadas en esta investigación fueron seleccionadas considerando las evidencias disponibles sobre sus efectos en dimensiones relativas al bienestar, independencia y autonomía de residentes y competencias y actitudes de los profesionales.

El análisis de los procedimientos y resultados alcanzados en la investigación permitió establecer efectos positivos en la calidad de vida y participación en actividades de los residentes, así como un notable grado de satisfacción tanto entre familiares como profesionales.

En base a todo ello, se estableció por parte de los responsables del grupo residencial la generalización de las actuaciones desarrolladas a los nueve centros Gerontológicos del grupo en el que se desarrolló la investigación inicial.

La mayoría de los centros Gerontológicos (5) son de construcción reciente (después del año 2000). El más antiguo data de 1881 y el más reciente de 2009. Su capacidad oscila entre 59 plazas (el más pequeño) y 183 (el que dispone con más plazas). La mayoría de ellos albergan unidades psicogeriátricas y centros de día. Asimismo la mayor parte de ellos ofrecen plazas concertadas y/o privadas.

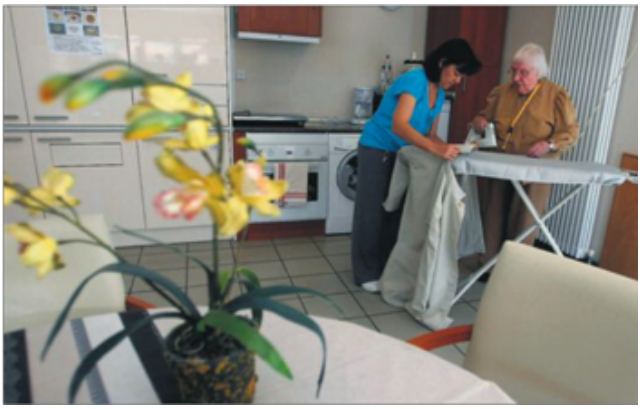
3.2. Intervenciones desarrolladas

El objetivo principal de las actuaciones puestas en marcha ha sido la consecución de ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Para la consecución de todo ello, se han incorporado modificaciones tanto en los entornos físicos, como modificaciones de carácter organizativo. Se describen a continuación las actuaciones desarrolladas

Se han ido incorporando **elementos decorativos** (iluminación, textiles, mobiliario, etc.) para maximizar la orientación, la estimulación sensorial (visual, acústica -música- y táctil) y la seguridad. Se ha favorecido la incorporación de muebles, y otros objetos decorativos propios y significativos tanto en espacios públicos como en los espacios privados (habitaciones). Se ha pretendido, en definitiva, diversificar espacios que permitan formas de estar diferentes a las tradicionales en centro asistenciales y se aproximen lo más posible a los entornos de referencia de las personas usuarias.

Por último, en la mayor parte de los centros se ha favorecido la sustitución de uniformes blancos por indumentaria más normalizada

Ejemplos de Equipamientos y modificaciones ambientales



En lo que hace referencia a **dimensiones organizativas,** se desarrollaron intervenciones en relación con la sensibilización, formación **y** organización del personal.

Se ha proporcionado formación periódica al personal sobre las características del modelo de atención centrado en la persona Además, se han desarrollado nuevas herramientas y reorganizado y potenciado algunas funciones profesionales. Así, se obtiene información relativa a los valores, intereses, hábitos, costumbres y gustos de cada persona con el fin de considerarla en el desarrollo del plan de atención y vida. Se ha implantado progresivamente el rol de profesional de referencia, profesional de atención directa que vela por los intereses, preferencias y derechos de los residentes y, actúa como su interlocutor en el

centro residencial. Por otro lado, se han ajustado las competencias de monitores y encargados de servicios en relación como la promoción e instauración de actividades de la vida cotidiana y modificaciones ambientales, respectivamente.

Con el fin de favorecer la implantación y consolidación de las nuevas figuras y competencias profesionales se ha transformado la reunión semanal de todo el centro en un encuentro semanal en cada unidad o módulo, en el que en base a la información del profesional de referencia se establecen las decisiones oportunas para ajustar la atención de cada persona a sus las necesidades, preferencias e intereses de cada residente.

Por último y a través de la modificación de calendarios, turnos, etc, se ha disminuido la rotación del personal entre los diferentes espacios de los centros, procurándose la **estabilidad** del mismo con el fin de proporcionar una relación cotidiana continuada y estable entre las personas residentes y el personal. .

En relación con **las familias**, se ha favorecido su participación e implicación en la vida cotidiana de las distintas unidades favoreciendo sus visitas, fomentando su participación para el desarrollo de nuevas iniciativas y estableciendo relaciones habituales con los profesionales de referencia.

Cuadro 1. Intervenciones relativas al Modelo ACP incorporadas en los centros

Modificaciones ambientales	**Cambios Organizativos**	**Recursos para Profesionales**	**Apoyo a las Familias**
Creación de Unidades de Convivencia Incorporación de cambios en el equipamiento y/o reorganización del mobiliario e incorporación de elementos decorativos acordes al Modelo ACP. Ropa de trabajo normalizada. Retirada de uniformes.	Incorporación Profesional de Referencia Reducción del grado de Rotación de las auxiliares en los centros Reuniones profesionales de referencia- Equipos técnicos.	Formación periódica en bases, del Modelo ACP Incorporación de la herramienta de Intereses, hábitos y preferencias.	Acompañamiento a familias Promoción de presencia y participación Oportunidades para la participación en actividades cotidianas.

La planificación e implantación de los diversos elementos se ha desarrollado en base a una "hoja de ruta" establecida por cada centro. Los planes de los centros fueron seguidos y apoyados a lo largo de un año por un Equipo de Apoyo integrado por profesionales, investigadores y responsables del Grupo residencial. Actualmente se está liderando el seguimiento y la implantación desde la dirección asistencial del grupo y el proceso de atención.

Paralelamente, se han identificado nuevos indicadores de avance que se han incorporado en el proceso de atención residencial y en los cuadros de mando de cada centro, etc.

Las actuaciones desarrolladas llevaron consigo la elaboración de **documentos de apoyo** con el fin de describir, ejemplificar y facilitar los cambios deseados:

-Documento para registrar la información relativa a la historia de vida: Registro de valoración de hábitos, preferencias y expectativas

-Guía para orientar el desarrollo de modificaciones ambientales,

-Documento en el que se sistematizaban y describían las funciones del profesional de referencia,

-Guía para el diseño e implantación de actividades significativas en centros residenciales y centros de días

-Encuestas de satisfacción para personas y sus familias

-Documento para el uso de videos como herramienta

Se presentan en el siguiente cuadro indicadores de implantación de algunos de los elementos indicados

Cuadro 2 Indicadores de avance de implantación de dimensiones del MACP

CENTROS	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4	C. 5	C. 6	C. 7	C. 8	C. 9
% personas en unidades de convivencia	17%	31%	20%	13%	100%	100%	27%	20%	73%
Alcance cambios ambientales	100%	44%	91%	13%	100%	100%	27%	71%	73%
Fecha comienzo implantación	2013	2011	2014	2014	2013	2013	2014	2011	2011
Índice de rotación personal (1)	Bajo	No hay rotación	Bajo	Bajo	No hay rotación	No hay rotación	Bajo	Medio	No hay rotación
Ratio horas de formación por persona (2)	10	12	4	5	18	42	8	13	6

(1) Inexistente (no hay rotación) Bajo (entre el 75% y el 99% de los trabajadores están asignados a una unidad o módulo siempre) Medio (entre el 50 y el 75% de los trabajadores están asignados a una unidad o módulo siempre) Alto (menos del 50 de los trabajadores están asignados a una unidad o módulo siempre)

(2) Desde el año 2013.

En resumen, se han desarrollado acciones en los entornos físicos y organizativos con el fin de modificarlos y ajustarlos a los requisitos necesarios para proporcionar una atención acorde a la que las personas necesitan y desean. El proceso desarrollado ha implicado la participación de los múltiples implicados en el cambio (familias, profesionales, investigadores, responsables organizacionales, etc) y se ha efectuado en base a las decisiones, opciones y posibilidades de cada uno de los centros, en los que éstos se han desarrollado.

3.3. Evaluación

3.3.1. Instrumentos y Procedimiento de Administración

Con el fin de obtener información relativa a los efectos de las intervenciones desarrolladas en las opiniones de los profesionales en relación a la atención dispensada, se procedió, a administrar en todos los centros participantes dos cuestionarios, año y medio después de incorporar las intervenciones.

El primero de ellos fue el "Person-centered Care Assessment Tool -P-CAT-" (Edvardsson et al., 2010). Este Cuestionario está formado por 13 ítems que evalúan en qué grado el centro ofrece una atención centrada en la persona, según la opinión de los/as profesionales de atención directa. Su puntuación mínima es 13 y la máxima 65. A mayor puntuación, mayor grado de atención centrada en la persona es percibida por los profesionales. La consistencia interna de la prueba es alta (Alfa Cronbach= ,890 para residencias y , 817 para centros de día),

El segundo cuestionario es " The Staff Assessment Person Directed Care" (White et al., 2008). Se trata de un instrumento integrado por un total 50 ítems diseñado para conocer en qué medida el centro proporciona una atención centrada en la persona, también según la valoración de los profesionales de atención directa. Se compone de dos dimensiones y ocho factores. A) Atención personalizada (Factor 1. Autonomía; Factor 2. Perspectiva de la persona; Factor 3. Conocimiento de la persona; Factor 4. Bienestar en los cuidados; Factor 5. Relaciones sociales y B) Apoyo del entorno (Factor 6. Ambiente Personalizado; Factor 7. Profesionales de atención directa; Factor 8. Organización). Ofrece puntuaciones independientes para cada factor, además de una puntuación total que es el sumatorio de estos ochos factores. Su rango de puntuación es entre 50 y 250. A mayor puntuación obtenida, mayor es el grado de atención centrada en la persona que dispensa el centro. Existen una validación española con una consistencia interna alta (Alfa Cronbach= ,968 tanto para residencias como para centros de día).

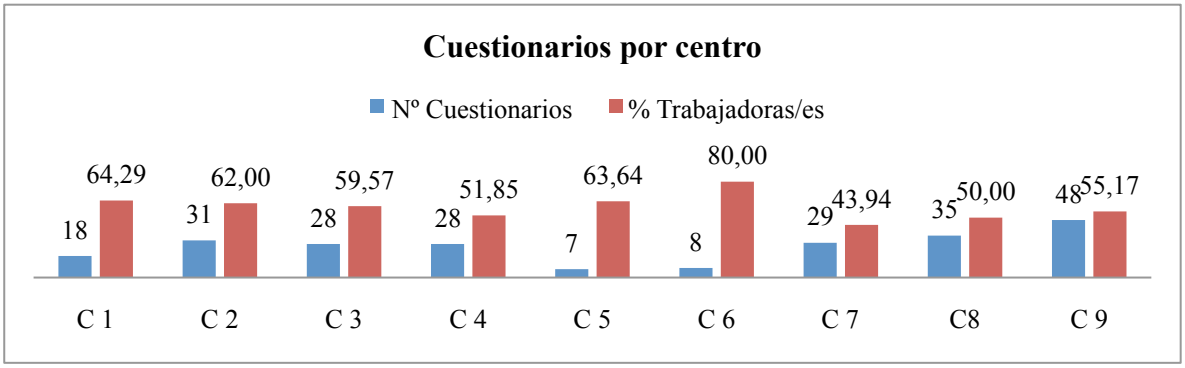
Se aplicaron en ambos casos la versión española de los cuestionarios (Martinez, 2015; Martinez et al. 2015)

.

3.3.2. Participantes

Los cuestionarios indicados se han administrado en los centros Gerontológicos mediante reuniones a las que asistieron voluntariamente las personas que deseaban participar en el proceso de evaluación. Todas las reuniones fueron conducidas por un responsable de calidad del Grupo Residencial, que aportó las instrucciones necesarias para la cumplimentación de los cuestionarios. Se obtuvieron de este modo 232 cuestionarios, correspondientes al 54,8 % de los trabajadores de los 9 centros del grupo residencial.

Cuadro 3. Distribución de cuestionarios administrados por centros



La mayoría de los respondientes fueron mujeres (89,7 %), con una edad media de 42 años. Los varones que respondieron (10,3%) registran una edad ligeramente superior a las mujeres (46).

La experiencia media de los participantes trabajando en el sector de personas mayores es de 11,43 años, y de 6,78 años en el grupo residencial en el que ahora trabajan.

La mayor parte de las personas que respondieron a los cuestionarios eran auxiliares (75,2%), y el resto (24,8%) integrantes de los Equipos Interdisciplinares (psicólogos, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, etc.

En relación con los componentes desarrollados del MACP, más de la mitad (55,3%) de las personas que respondieron indican que trabajan de modo estable en una unidad o modulo en el que se desarrollan intervenciones asociadas al Modelo ACP. Asimismo, la mitad (49,7%) de las personas que respondieron ejercen el rol de profesional de referencia y, por último, casi la totalidad (91,3%) de las personas que respondieron han recibido formación en el Modelo ACP.

3.3.3. Análisis de Datos

En primer lugar, se ha efectuado un análisis descriptivo de los resultados registrados en los cuestionarios aplicados. Con el fin de establecer el alcance de los mismos en relación con grupos de profesionales similares, se han utilizado como referencia los datos relativos a la muestra española con la que se han validado ambos cuestionarios y con la muestra sueca que participo en la validación del P-CAT.

En segundo lugar se ha efectuado análisis comparativos (análisis de varianza) de las puntuaciones medias totales de ambas pruebas en las dimensiones del Modelo ACP sobre las que se intervino en los centros de del grupo residencial y acerca de las que informaron los respondientes a los cuestionarios.

Además se han analizado considerando la antigüedad de implantación de modificaciones ambientales y el formato para incorporar los cambios (en todo el centro) o de modo progresivo.

Concretamente:

- Pertenencia Equipo Interdisciplinar /Auxiliares
- Profesionales de referencia vs No profesional de referencia
- Formación ACP vs No formación ACP
- Asignación fija en módulos vs No asignación estable
- Trabajo menos de un año en módulos ACP vs Trabajo más de un año en módulos ACP
- Incorporación antigua de cambios ambientales vs. Incorporación reciente
- Incorporación global de cambios vs incorporación progresiva

Se han realizado los análisis de estadísticos descriptivos y análisis de varianza de un factor con el programa SPSS (v21).

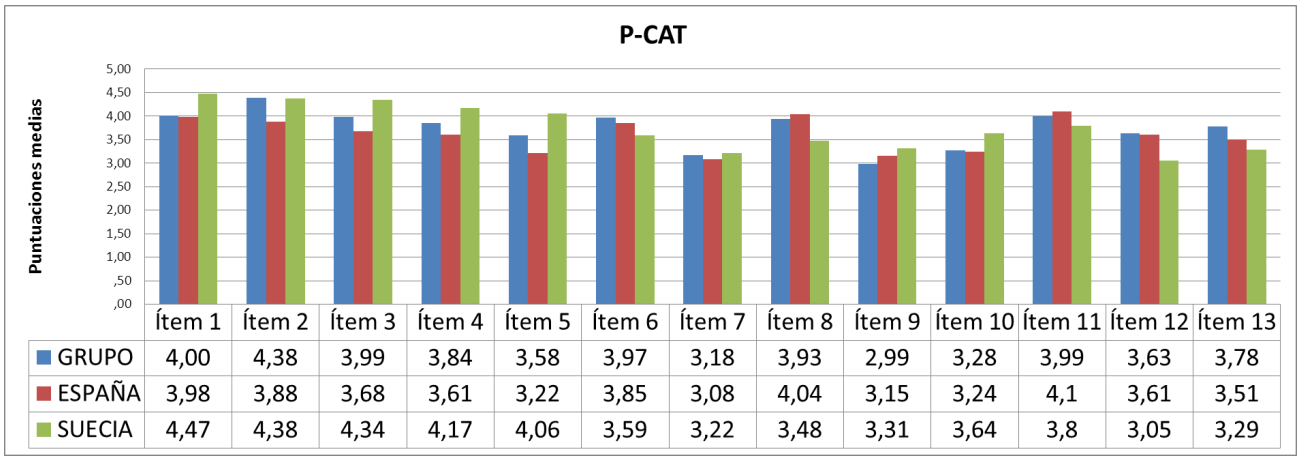
4. Resultados: Mejoras en la eficacia, eficiencia y aplicabilidad en el sector

Tal y como se puede comprobar las puntuaciones totales de los cuestionarios administrados a la muestra participante en este estudio son ligeramente superiores a las obtenidas en la muestra española en la que ambos fueron validados.

En el caso del P-CAT, las puntuaciones medias registradas de la muestra del estudio (48,55) son ligeramente superiores a la española en la que se adaptó el

cuestionario (46,95). Sin embargo, la puntuación media de la muestra de este trabajo es similar que la obtenida en la muestra sueca con la que se puso a punto el cuestionario (48,56).

Tabla 1. Puntuaciones medias de los ítems del P-CAT

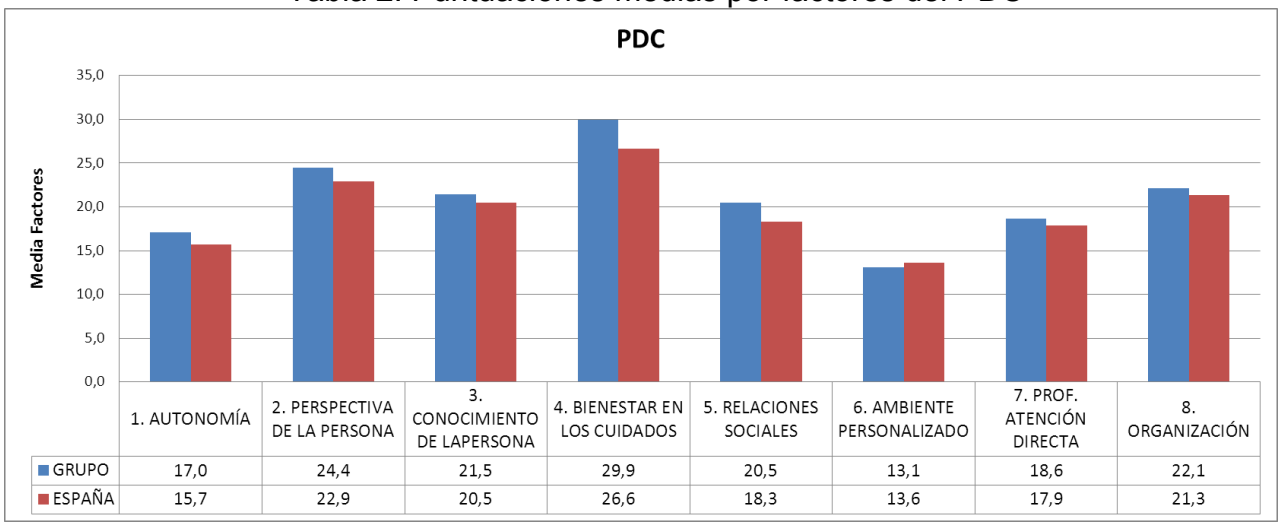


	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13
GRUPO	4,00	4,38	3,99	3,84	3,58	3,97	3,18	3,93	2,99	3,28	3,99	3,63	3,78
ESPAÑA	3,98	3,88	3,68	3,61	3,22	3,85	3,08	4,04	3,15	3,24	4,1	3,61	3,51
SUECIA	4,47	4,38	4,34	4,17	4,06	3,59	3,22	3,48	3,31	3,64	3,8	3,05	3,29

Tal y como se muestra el gráfico correspondiente, el patrón de resultados indicado en el P-CAT es similar al registrado en el PDC. Sin embargo en este caso la muestra del estudio registra una diferencia mayor (10,4 puntos) en la puntuación media total (167,2) con respecto a la obtenida por la muestra participante en la adaptación del cuestionario (156,8).

En relación con las puntuaciones relativas a los factores, las puntuaciones obtenidas son superiores en todos los casos a excepción del factor 6 (Ambiente Personalizado).

Tabla 2. Puntuaciones medias por factores del PDC



	1. AUTONOMÍA	2. PERSPECTIVA DE LA PERSONA	3. CONOCIMIENTO DE LAPERSONA	4. BIENESTAR EN LOS CUIDADOS	5. RELACIONES SOCIALES	6. AMBIENTE PERSONALIZADO	7. PROF. ATENCIÓN DIRECTA	8. ORGANIZACIÓN
GRUPO	17,0	24,4	21,5	29,9	20,5	13,1	18,6	22,1
ESPAÑA	15,7	22,9	20,5	26,6	18,3	13,6	17,9	21,3

En relación con los resultados de los análisis comparativos se registran los siguientes resultados:

El Equipo Interdisciplinar obtiene puntuaciones estadísticamente significativas más elevadas que los Auxiliares en las puntuaciones totales de P-CAT (7%) y PDC (6,4%) y en los Factores 1(9,7%), 4(8,2%), 5(7,4%), 7(16,2%) y 8(7,6%) del PDC.

En cuanto a la **estabilidad,** los datos obtenidos indican que las/os trabajadoras/es que llevan más de un año trabajando de forma más estable en alguna unidad ACP registran superiores puntuaciones en la puntuación total del PDC (6,8%) y en los factores 5 (14.2%) 7 (10%).

Las trabajadoras/es que refieren haber recibido **formación** en el Modelo de Atención Centrado en la Persona obtienen puntuaciones estadísticamente significativas superiores que las/os que no la han recibido en las puntuaciones totales de P-CAT (8.7%) y PDC (8.1%), y en los factores 1 (9.6%), 4(9.6) y 8(9.2%) del PDC.

Las/os auxiliares que actúan como **profesionales de referencia** de alguno de las/os residentes o usuarias/os dan puntuaciones en los totales de P-CAT (4,5%) y PDC (10,9%) y en cada uno de los factores del PDC menos en el 6 sobre ambiente personalizado, 1(14,9%), 2(10,5%), 3(10,9%), 4(12,1%), 5(10,27%), 7(12,6%) y 8(7,6%).

Paralelamente en las dos **dimensiones** del PDC en las que se agrupan los factores se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p<.001$), Atención personalizada y Apoyo del entorno (ver Apartado 3.3.1). Así, los miembros del **equipo interdisciplinar** obtienen puntuaciones medias superiores en la dimensión de atención personalizada (6,7 puntos) y en la de apoyo del entorno (5,98 puntos). También los que han recibido **formación en** el modelo ACP, 3,87 puntos en atención personalizada y 1,37 puntos en apoyo del entorno. Las/os trabajadoras/es que ejercen de **profesional de referencia** obtienen en atención personalizada 16,5 puntos más y 5,4 puntos en apoyo del entorno.

Los centros en los que se implantaron **cambios ambientales** de forma más temprana ofrecen diferencias estadísticamente significativas con respecto a los que las han implementado más tardíamente en las puntuaciones totales del P-

CAT (4,7%) y PDC (7,03%), y en los factores 1(11%), 5(13%) y 6(10,7%) del PDC.

En relación al **formato de implantación** del modelo, los centros que iniciaron la misma de forma global en el centro, dan diferencias estadísticamente mejores en las puntuaciones totales del P-CAT (5,9 puntos) y del PDC (24,72 puntos) y en los factores 1(6,49puntos), 5(2,88 puntos), 6(2,8puntos), 7(3,41puntos) y 8(2,4puntos). Respecto a los que iniciaron los cambios de forma parcial, esto es sólo en algunas unidades del centro.

En el cuadro 4 se resumen (resaltados en azul) se muestran los resultados significativos identificados en distintos elementos del MODELO

Cuadro 4. Resultados significativos en elementos del Modelo

	EQUIPO P./ AUXILIARES	AUXILIAR REFERENCIA	FORMACIÓN MODELO	TIEMPO EN MÓDULO	CAMBIOS AMBIENTALES	FORMATO IMPANTAC.
P-CAT						
PDC						
1. AUTONOMÍA						
2. PERSPECTIVA DE LA PERSONA						
3. CONOCIMIENTO DE LAPERSONA						
4. BIENESTAR EN LOS CUIDADOS						
5. RELACIONES SOCIALES						
6. AMBIENTE PERSONALIZADO						
7. PROF. ATENCIÓN DIRECTA						
8. ORGANIZACIÓN						

En resumen, los resultados muestran que:

- Los profesionales participantes en el estudio **manifiestan opiniones asociadas a prácticas profesionales acordes a una atención personalizada**. Las puntuaciones obtenidas son además superiores a las registradas por otros trabajos similares de dentro y fuera de nuestro país

- Aspectos como asumir el rol de **profesional de referencia, haber recibido formación sobre el Modelo ACP y trabajar con las mismas personas se han identificado como aspectos significativos** para que los trabajadores manifiesten prácticas profesionales asociadas al MACP.

- Las personas que trabajan en centros en los que se **han incorporado cambios ambientales desde el comienzo del proceso de cambio tienen opiniones más cercanas a la ACP** que los que trabajan en centros en los que los cambios son recientes

- Los trabajadores de centros en los que **ha sido posible incorporar globalmente los cambios presentan mejores puntuaciones** que aquellos en los que las modificaciones se están haciendo de modo progresivo.

5. Conclusiones

Mediante el desarrollo de este trabajo se ha pretendido obtener información relativa a los efectos que cambios asociados al Modelo ACP tienen en las opiniones de los profesionales de un grupo de centros residenciales.

Aunque el diseño del estudio no permite establecer que las opiniones recogidas se deban de modo exclusivo a las actuaciones desarrolladas; el consistente patrón de resultados obtenido constituye una muestra del **impacto de las modificaciones desarrolladas en las opiniones de los profesionales.**

Además, ha permitido identificar la relevancia de factores asociadas al **tiempo de implantación** –al menos en los cambios físicos- y a la **forma** en la que ésta se efectúa, en las opiniones de los profesionales. Aspecto éste ligado a su vez al tamaño del centro, su capacidad y a los recursos disponibles para la incorporación de modificaciones.

En definitiva, los hallazgos registrados indican que las opiniones de los profesionales en relación con la atención que dispensan están relacionadas con muy diversos factores que configuran los entornos en los que acompañan y apoyan a las personas que necesitan apoyo. En otras palabras, **los cambios efectuados podrían considerarse herramientas** para ayudar a que los profesionales entiendan la atención “desde la perspectiva de las personas que apoyan”.

El progreso hacia el cambio cultural asociado al Modelo ACP requiere, por tanto, la implantación y consolidación de intervenciones que afectan a muy diversas áreas y elementos de los centros gerontológicos. Además las intervenciones han de basarse en a los recursos y entornos en los que éstos se desarrollan e implicar a todos: residentes, profesionales, responsables institucionales, investigadores y familiares.

El presente estudio es una aportación en este sentido. El trabajo que se presenta en esta Memoria sucede a otros previos, constituyendo un paso más en un itinerario de integración entre la generación de conocimiento y su aplicación para la mejora de las prácticas profesionales de personas de centros gerontológicos.

6. Bibliografía

Díaz-Veiga, P.; Sancho, M.; Garciaza.; Rivas, E.; Abad, E.; Suarez, N.; Mondragón, N.; Buiza, C.; Orbegozo, A,; Yanguas, J. (2014)
Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros Gerontológicos
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(6):266–271

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. and Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101–108.

Kane R A, Lum T Y, Cutler L J, Degenholtz H B, Yu T C. Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. Journal of the American Geriatrics Society, 2007; 55(6): 832–839.

Koren, M.J. (2010). Person-Centered Care for nursing Home residents: ThCulture-Change Movement. *Health Affairs*, 29, 2, 321-317.

Martinez, T.: (2015) La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Martinez, T.; Suarez-Alvarez, J.; Yanguas,J.; Muñiz, J. (2015) Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) *Aging & Mental Health,*Vol. 0, No. 0, 1_9,

Misiorski, S., & 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.

Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004) Beyon 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45-53

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., Edvardsson, D. (2012) "Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT)" *International psychogeriatrics*, 24(3): 406-415

Villar, F.; Vila-Miravent, J.; Celdrán, M.; Fernández, E.: La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: impacto en el bienestar y la calidad del cuidado *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013, 48, 6

White, D. L., Newton-Curtis, L. and Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of persondirected care. *Gerontologist*, 48 (Special issue 1), 114–123.