

¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial^{1,2}

Pura Díaz Veiga

Matia Instituto Gerontológico
<pura.diaz-veiga@matiainstitutu.net>

Alberto Uriarte Méndez

Matia Fundazioa

Javier Yanguas Lezaún

Matia Instituto Gerontológico

Maria Francesca Cerdó i Pasqual

Matia Fundazioa

Mayte Sancho Castiello

Matia Instituto Gerontológico

Ana Orbegozo Aramburu

Matia Fundazioa

Matia Fundazioko 232 adituz osatutako lagin batetatik abiatuta, Pertsona Oinarri duen Arreta Ereduarekin lotutako eskuartzeek sortutako ondorioen ebaluazio bateko emaitzak aurkezten dira artikulu honetan. Eskuartze horiek aurretiaz ezarriak zeuden, 'Etxean Ondo Egoitzak' Proiektuaren baitan. P-CAT eta The Staff Assessment Person Directed Care galdetegiak erabili dira. Beste aditu-talde batzuetan ez bezala, Pertsona Oinarri duen Arreta Ereduarekin lotutako jardunbide gehiago erabiltzen direla erakusten dute emaitzek. Jasotako formazio motaren, errotaziorik ezaren, edo erreferentziazko profesionala izatearen arabera, emaitzak ezberdinak dira. Era berean, aldaketek martxan dirauten epeak, eta hauek aurrera eramateko moduak berak ere, erantzunetan eragina dute. Aditu-taldearen iritzia, Pertsona Oinarri duen Arreta Eredua egituratzen duten faktore ugariarekin lotua dagoela ondorioztatzen da. Burututako aldaketek, "babesa ematen duten pertsonen perspektibatik" ulertuko den arreta emateko tresna gisara ulertzea erraztu dezakete.

Este artículo expone los resultados de una evaluación para identificar los efectos de las intervenciones asociadas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en una muestra de 232 profesionales de Matia Fundazioa. Las intervenciones fueron implementadas en el proyecto Etxean Ondo Residencias y, para evaluarlas, se administraron los cuestionarios Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) y Staff Assessment Person Directed Care (PDC). Los resultados indican que los participantes informan de más prácticas asociadas al modelo que otras muestras de profesionales. Hay diferencias según la formación, la no rotación o el ser profesional de referencia. Asimismo, el tiempo que llevan los cambios instaurados y su formato de instauración afectan a las respuestas. Los hallazgos indican que las opiniones de los profesionales están relacionadas con muy diversos factores que configuran el citado modelo. Los cambios efectuados podrían considerarse herramientas para ayudar a que los profesionales entiendan la atención desde la perspectiva de las personas a las que apoyan.

GAKO-HITZAK:

Zentru gerontologikoak, Pertsona Oinarri duen Arreta Eredua, ebaluazioa, langileak.

PALABRAS CLAVE:

Centros gerontológicos, Atención Centrada en la Persona, evaluación, profesionales.

¹ Este artículo deriva del proyecto Etxean Ondo Residencias, desarrollado en el marco de un convenio del Dpto. de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco con Fundación Matia Instituto Gerontológico.

² Este trabajo obtuvo el premio ACRA 2015 a la innovación en la atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal.

1. Introducción

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque de gran valor (Morgan y Yoder, 2012; National Ageing Research Institute, 2007, 2012) para mejorar la calidad de los cuidados a las personas mayores (Nolan *et al.*, 2004; De Silva, 2014). 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, y ofrecen una atención uniforme basada en la protocolización de las tareas y un criterio predominantemente clínico, que restringe seriamente la libertad de las personas usuarias (Koren, 2010; Misiorski y 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 con 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 suscitan, se pueden destacar:

- La singularidad de la persona.
- La autonomía personal.
- El bienestar subjetivo.
- La actividad significativa, la relación social.
- El espacio físico.
- Diferentes variables de la organización.

En nuestro contexto, la implantación y consolidación de prácticas profesionales asociadas a modelos de atención personalizados 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 y dinámico, en el que se han de incorporar, de modo progresivo, muy diversas intervenciones en entornos diferenciados en sus características físico-arquitectónicas, organizativas, de dotación de personal auxiliar o de equipos técnicos, entre otras (Kane *et al.*, 2007).

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

de los efectos de cambios asociados a estos modelos resulta especialmente necesario en el momento actual, dado el interés que instancias profesionales, investigadoras o políticas están mostrando por la transición hacia modelos de atención acordes a las preferencias de las personas.

2. Objetivos

Este trabajo pretende responder a ese interés reciente, presentando los efectos que las intervenciones desarrolladas en Matia Fundazioa tienen en las opiniones de una muestra de profesionales en relación con el modelo de atención que desarrollan. Además, constituye una aportación a la transferencia de intervenciones contratadas en una investigación aplicada a la práctica asistencial de centros gerontológicos. En concreto, el artículo persigue dos 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 a través de la evaluación de las opiniones de los profesionales sobre el modelo ACP.

3. Metodología

3.1. Antecedentes

Las intervenciones asociadas al Modelo de Atención Centrada en la Persona en los centros de Matia Fundazioa parten de un estudio (Díaz-Veiga *et al.*, 2014) consistente en la creación de un grupo de unidades de convivencia en las que se implantaron 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 los residentes, y a las competencias y actitudes de los profesionales. El análisis de los procedimientos y de los resultados alcanzados en el estudio permitió identificar efectos positivos en la calidad de vida y la participación en actividades de los residentes, así como un notable grado de satisfacción tanto entre familiares como entre profesionales.

Tomando como base dicha investigación, a partir del primer trimestre de 2014 las actuaciones desarrolladas se fueron implantando en los nueve centros gerontológicos de Matia Fundazioa. La mayoría (cinco) son de construcción reciente (posterior al año 2000); el más antiguo data de 1881, y el más reciente, de 2009. Su capacidad se sitúa entre 59 y 183 plazas. La mayoría alberga unidades psicogeríátricas y centros de día. Asimismo, la mayor parte de ellos ofrecen plazas concertadas 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 conseguirlo, se han incorporado modificaciones tanto en los entornos físicos como en aspectos organizativos. Se describen a continuación las actuaciones desarrolladas (Cuadro 1).

Se han ido incorporando elementos decorativos (iluminación, textiles, mobiliario) para maximizar la orientación, la estimulación sensorial (visual, acústica —música— y táctil) y la seguridad. Se ha favorecido la incorporación de muebles y de otros objetos decorativos, propios y significativos, tanto en los espacios públicos como en los privados (habitaciones). Se ha pretendido, en definitiva, diversificar espacios que permitan formas de estar

diferentes a las tradicionales en centros asistenciales y se aproximen lo más posible a los entornos de referencia de las personas usuarias (Figura 1). Por último, en la mayor parte de los centros se ha favorecido la sustitución de uniformes blancos por indumentaria más normalizada.

En cuanto a las dimensiones organizativas, se han desarrollado intervenciones relativas a la sensibilización, la formación y la 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 de evaluación, y reorganizado y potenciado algunas funciones profesionales. Ello permite obtener 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. Por otro lado, se ha

Cuadro 1. Intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrada en la Persona incorporadas en los centros

Modificaciones ambientales	Cambios organizativos	Recursos para profesionales	Apoyo a las familias
<ul style="list-style-type: none"> Creación de unidades de convivencia. Incorporación de cambios en el equipamiento, reorganización del mobiliario e incorporación de elementos decorativos acordes con el Modelo. Ropa de trabajo normalizada. Retirada de uniformes. 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación del profesional de referencia. Reducción del grado de rotación de las auxiliares en los centros. Reuniones entre profesionales de referencia y equipos técnicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Formación periódica en las bases del Modelo. Incorporación de la herramienta de intereses, hábitos y preferencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Acompañamiento a familias. Promoción de presencia y participación. Oportunidades para la participación en actividades cotidianas.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Ejemplos de equipamientos y modificaciones ambientales



Fuente: Periódico *Nosotros Los Mayores*.

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. Finalmente, se han ajustado las competencias de monitores y encargadas de servicios en lo que respecta a la promoción e instauración de actividades de la vida cotidiana y a las 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 a partir de la información del profesional de referencia, se establecen las decisiones oportunas para ajustar la atención de cada persona a las necesidades, preferencias e intereses de cada residente.

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

En cuanto a las familias, se ha favorecido su participación e implicación en la vida cotidiana de las distintas unidades, favoreciendo sus visitas,

fomentando su participación en el desarrollo de nuevas iniciativas y estableciendo relaciones habituales con los profesionales de referencia.

La planificación e implantación de los diversos elementos se ha desarrollado mediante una hoja de ruta establecida por cada centro. Los planes de los centros fueron seguidos y apoyados a lo largo de un año (2014) por un equipo de apoyo integrado por profesionales, investigadores y responsables del grupo residencial. Posteriormente, la implantación fue liderada por el equipo de directores de la Fundación (2015), y actualmente (desde otoño de 2015), por el equipo de profesionales que tiene a su cargo el proceso de atención residencial de la Fundación.

Las actuaciones desarrolladas han conllevado la elaboración de documentos de apoyo con el fin de describir, ejemplificar y facilitar los cambios deseados. Entre ellos, cabe indicar los siguientes:

- Guía para orientar el desarrollo de modificaciones ambientales.
- Documento en el que se sistematizan y describen las funciones del profesional de referencia.
- Guía para el diseño e implantación de actividades significativas en centros residenciales y centros de día.

Cuadro 2. Descripción de indicadores		
Indicador	Descripción	Forma de cálculo
% de personas en unidades de convivencia	Es el número de personas que conviven en unidades donde se han adecuado los espacios, que tienen un número de plazas reducido, con un equipo de profesionales que no rotan y donde se han implantado las actividades significativas en las rutinas diarias y la figura del profesional de referencia, y donde se ha realizado la valoración de hábitos, preferencias y expectativas, y se trabaja plenamente de acuerdo con ella.	$\frac{\text{Nº de personas en unidad de convivencia}}{\text{Nº de personas en el centro}}$
Alcance de los cambios ambientales	Hace referencia al número de personas que conviven en zonas del centro donde se han adecuado los espacios (mejorando los ambientes, incorporado muebles de casa, cambiado la iluminación, diversificados ambientes).	$\frac{\text{Nº de personas que conviven en espacios mejorados}}{\text{Nº de personas en el centro}}$
Fecha del comienzo de la implantación	Se contempla el año en que se inicia la implantación de cambios relacionados con la atención centrada en la persona.	
Índice de rotación del personal asistencial	Este indicador refleja el nivel de fijación/continuidad en el cuidado (las personas residentes son atendidas por un número reducido de trabajadores).	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistente (no hay rotación, el personal está siempre en la misma unidad o módulo). • Bajo (entre el 75 % y el 99 % de los trabajadores están asignados a y trabajan en una única unidad o módulo). • Medio (entre el 50 % y el 75 % de los trabajadores están asignados a y trabajan en una única unidad o módulo). • Alto (menos del 50 % de los trabajadores están asignados a una unidad o módulo siempre).
Ratio de horas de formación por persona	Es el número de horas de formación por persona en relación con el modelo de atención centrada en la persona.	$\frac{\text{Nº de horas de formación en MACP (período 2013-2015)}}{\text{Nº de personas trabajadoras del centro}}$
% de personas con valoración de hábitos, preferencias y expectativas	Es el número de personas a las que se ha realizado la valoración de hábitos, preferencias y expectativas, para incorporarlas al plan de atención y vida.	$\frac{\text{Nº de personas valoradas}}{\text{Nº de personas en el centro}}$

MACP: Modelo de Atención Centrado en la Persona.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Indicadores de avance de implantación de dimensiones del Modelo de Atención Centrada en la Persona en los centros gerontológicos de Matia Fundazioa en los que se ha aplicado. Diciembre 2015

Centros	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
% personas en unidades de convivencia	17	31	20	13	100	100	27	20	71
Alcance de los cambios ambientales (%)	100	44	20	13	100	100	27	71	71
Fecha del comienzo de la implantación	2013	2011	2014	2014	2013	2013	2014	2011	2011
Índice de rotación personal	Bajo	No hay rotación	Bajo	Bajo	No hay rotación	No hay rotación	Bajo	Medio	No hay rotación
Ratio horas de formación por persona	10	12	4	5	18	42	8	13	6
% de personas con valoración de hábitos, preferencias y expectativas	91	86	17	77	100	90	67	71	74

Fuente: Elaboración propia.

Paralelamente, se han identificado y elaborado nuevos indicadores de los avances que se han incorporado en el proceso de atención residencial y en los cuadros de mando de cada centro (Cuadro 2).

En la Tabla 1, se presentan los indicadores registrados en diciembre de 2015 para cada uno de los centros participantes en el estudio.

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 con la que las personas necesitan y desean. El proceso desarrollado ha supuesto la participación de los múltiples agentes implicados en el cambio (familias, profesionales, investigadores, responsables organizacionales) y se ha efectuado a partir de las decisiones, opciones y posibilidades de cada uno de los centros.

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 sobre la atención dispensada, año y medio después de iniciarse las intervenciones se procedió a administrar en todos los centros participantes, entre los meses de junio y septiembre de 2015, dos cuestionarios, en ambos casos, en su versión española:

- Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) [Edvardsson *et al.*, 2010; Martínez *et al.*, 2016]: 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. La 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 ($\alpha = ,890$ para residencias y $,817$ para centros de día).

- The Staff Assessment Person Directed Care (White, Newton-Curtis y Lyons, 2008; Martínez *et al.*, 2015): instrumento integrado por un total de 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) dimensión 'atención personalizada' (factores 'autonomía', 'perspectiva de la persona', 'conocimiento de la persona', 'bienestar en los cuidados' y 'relaciones sociales'); y b) dimensión 'apoyo del entorno' (factores 'ambiente personalizado', 'profesionales de atención directa', 'organización'). Ofrece puntuaciones independientes para cada factor, además de una puntuación total, que es el sumatorio de los ocho factores. Su rango de puntuación es de entre 50 y 250; a mayor puntuación obtenida, mayor es el grado de atención centrada en la persona que dispensa el centro. Existe una validación española con una consistencia interna alta ($\alpha = ,968$) [Martínez, 2015].

3.3.2. Participantes

Los cuestionarios indicados se administraron en los centros gerontológicos mediante reuniones a las que asistieron voluntariamente las personas que deseaban participar en el proceso de evaluación, guardándose la debida confidencialidad de los datos. Todas las reuniones fueron conducidas por un responsable de calidad de la Matia Fundazioa, 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 análisis de los datos se deduce que:

- La mayoría de las personas participantes fueron mujeres (89,7%), con una edad media de 42 años. Los varones que respondieron (10,3%) registraban una edad ligeramente superior (46)³.

³ El 85% de los trabajadores del área asistencial de la Fundación Matia son mujeres, con una edad media de 43,54 años; y el 15% son hombres, con un promedio de edad de 47,29 años.

- La experiencia media en el sector de personas mayores era de 11,43 años, y de 6,78 años en el grupo residencial en el que trabajaban en ese momento.
- 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 o enfermeras, entre otros perfiles profesionales).
- En relación con los componentes desarrollados del Modelo de Atención Centrada en la Persona, más de la mitad de quienes respondieron (55,3%) indicaron que trabajaban de modo estable en una unidad o módulo en el que se desarrollaban intervenciones asociadas a dicho modelo. Asimismo, la mitad (49,7%) de las personas que respondieron ejercían el rol de profesional de referencia y, por último, casi la totalidad (91,3%) de quienes respondieron habían recibido formación en el citado modelo.

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 éstos 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 (cfr. Martínez *et al.*, 2015, 2016) y con la muestra sueca que participó en la validación del P-CAT (Edvardsson, *et al.*, 2010).

En segundo lugar, se ha efectuado un análisis comparativo de las puntuaciones medias totales de ambas pruebas en las dimensiones del Modelo ACP sobre las que se intervino en los centros del grupo residencial y acerca de las que informaron quienes respondieron a los cuestionarios. Dicho análisis se ha realizado, además, considerando la antigüedad de implantación de modificaciones ambientales y el formato para incorporar los cambios (en todo el centro, o de modo progresivo). En concreto, se han contrapuesto los resultados asociados a los siguientes pares de variables:

- Pertenencia al equipo interdisciplinar vs. auxiliares.
- Profesionales de referencia vs. resto de profesionales.
- Formación en ACP vs. no formación.
- 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.

También se han analizado los estadísticos descriptivos y las varianzas de cada factor, ya que permite contrastar la hipótesis nula de que las medias de K poblaciones ($K > 2$) son iguales, frente a la hipótesis alternativa de que por lo menos una de las poblaciones difiere de las demás en cuanto a su valor esperado.

Los análisis se han efectuado con el programa SPSS versión 21.

4. Resultados

4.1. Análisis descriptivo

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 (Martínez 2015, Martínez *et al.*, 2016).

En el caso del P-CAT (Gráfico 1), las puntuaciones medias registradas de la muestra del estudio ($X = 48,55$) son ligeramente superiores a las obtenidas en la muestra española (Martínez *et al.*, 2015) en la que fue validado el cuestionario ($X = 46,95$). Sin embargo, la puntuación media de la muestra de este trabajo es similar a la obtenida en la muestra sueca (Edvardsson *et al.*, 2010) con la que se puso a punto el cuestionario ($X = 48,56$).

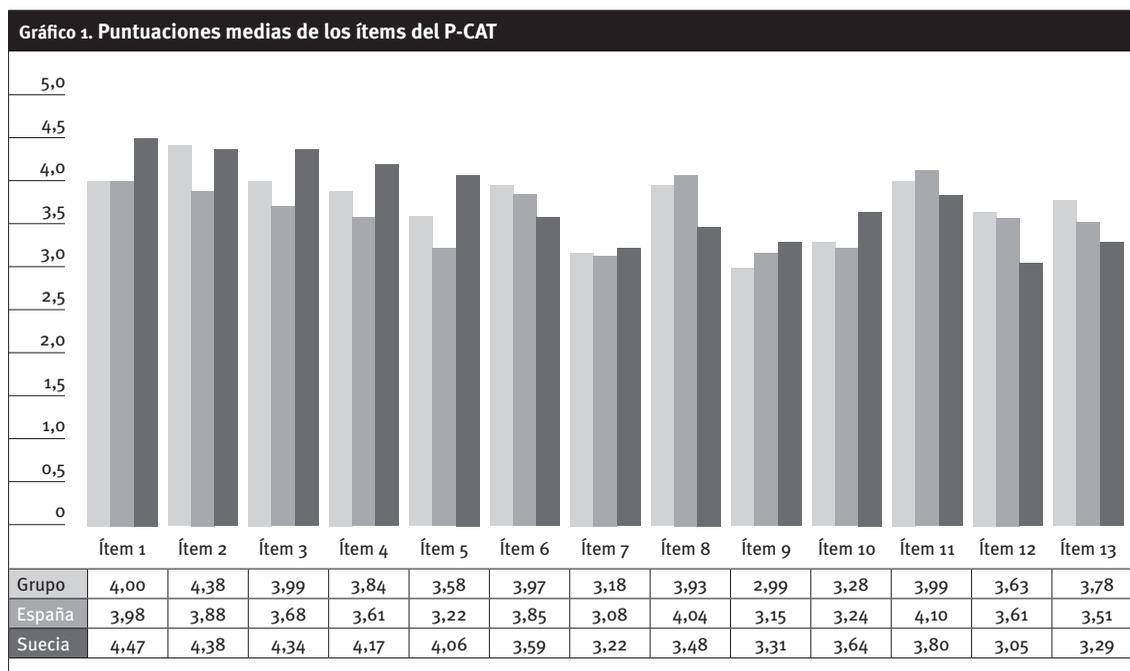
Tal y como se muestra los Gráficos 1 y 2, el patrón de resultados indicado en el P-CAT es similar al registrado en el PDC. Sin embargo, en este caso la muestra del estudio registra una diferencia mayor (10,4 puntos) en la puntuación media total (167,2) con respecto a la obtenida por la muestra participante en la adaptación del cuestionario (156,8).

Por su parte, las puntuaciones relativas a los factores son superiores en todos los casos, a excepción de la correspondiente al ‘ambiente personalizado’ (Gráfico 2).

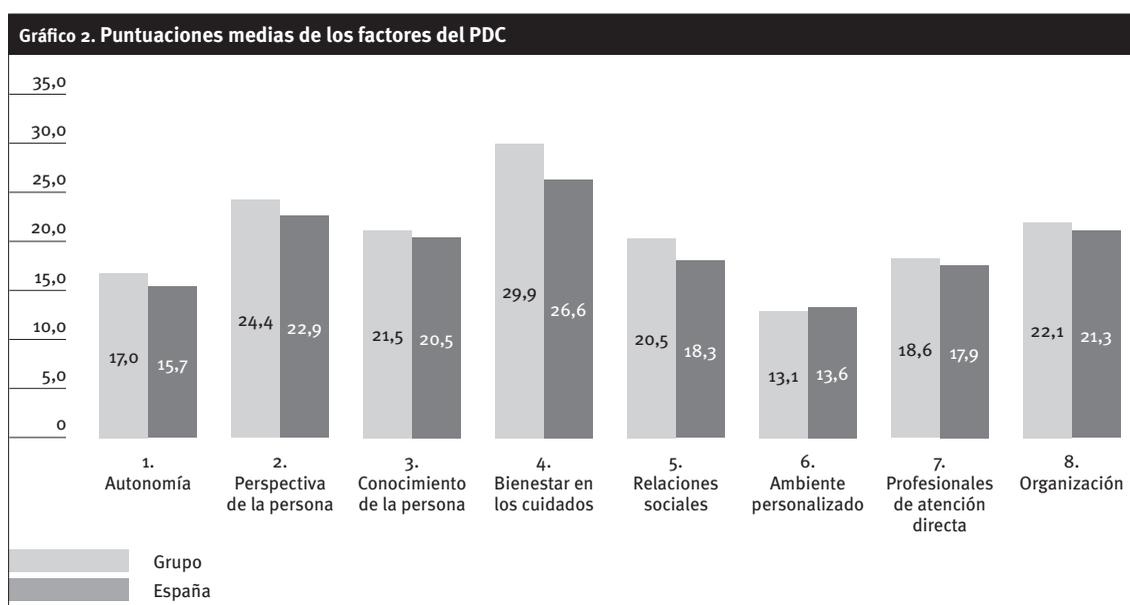
4.2. Análisis comparativo

El ‘equipo interdisciplinar’ obtiene puntuaciones estadísticamente significativas ($p < ,05$) más elevadas que los ‘auxiliares’ en las puntuaciones totales de P-CAT y PDC, así como en cinco de los ocho factores de esta herramienta: ‘autonomía’, ‘bienestar en los cuidados’, ‘relaciones sociales’, ‘profesionales de atención directa’ y ‘organización’ (Tabla 2).

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 valores superiores ($p < ,05$) en la puntuación total del PDC y en los factores ‘relaciones sociales’ y ‘profesionales de atención directa’ (Tabla 3).



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Puntuaciones medias obtenidas por profesionales del equipo interdisciplinar y por auxiliares

Factor	Equipo interdisciplinar	Auxiliares	Dif. media	%*	Sig.
P-CAT (total)	51,30	47,64	3,65	7,02	,001
PDC (total)	176,89	163,94	12,94	6,47	,008
Autonomía	19,03	16,30	2,72	9,74	,002
Bienestar en los cuidados	31,94	29,31	2,63	8,22	,004
Relaciones sociales	21,85	20,07	1,78	7,45	,047
Profesionales de atención directa	21,08	17,83	3,24	16,22	,000
Organización	23,49	21,65	1,83	7,65	,011

* Variación respecto al total de la prueba/factor.

Fuente: Elaboración propia.

Las trabajadoras/es que refieren haber recibido formación en el Modelo de Atención Centrada en la Persona obtienen valores estadísticamente significativos superiores ($p < ,05$) a quienes no la han recibido en las puntuaciones totales de P-CAT y PDC, igual que en los factores 'bienestar en los cuidados' y 'organización' del PDC (Tabla 4).

Las/os auxiliares que actúan como profesionales de referencia de alguno de las/os residentes o usuarias/os obtienen puntuaciones significativamente más elevadas ($p < ,05$) en los totales de P-CAT y PDC y en cada uno de los factores del PDC, menos en el de 'ambiente personalizado' (Tabla 5).

También en las dos dimensiones ('atención personalizada' y 'apoyo del entorno') en que se agrupan los factores del PDC (Martínez, 2015) se obtienen diferencias estadísticamente significativas

($p < ,05$) en relación con el grupo profesional de los/as participantes (auxiliares o equipo interdisciplinar), la formación recibida y el desarrollo del rol de profesional de referencia (Tabla 6).

Al agrupar los centros según la fase de implantación, se han encontrado diferencias significativas ($p < ,05$) entre los centros que implantaron cambios ambientales en una segunda fase con respecto a los que los realizaron de forma más temprana en las variables del P-CAT total y el PDC total, así como en los factores del PDC de 'autonomía', 'relaciones sociales', 'ambiente personalizado', 'profesionales de atención directa' y 'organización' (Tabla 7).

El procedimiento de implantación de los cambios ambientales se hizo a través de dos variantes: cambio simultáneo en todo el centro y cambio progresivo por unidades. Se han encontrado diferencias significativas

Tabla 3. Puntuaciones medias obtenidas por profesionales del equipo interdisciplinar y por auxiliares

Factor	< 1 año	> 1 año	Dif. media	%	Sig.
PDC (total)	157,91	171,40	13,67	6,83	,033
Relaciones sociales	18,49	21,63	3,42	14,26	,004
Profesionales de atención directa	16,79	18,99	2,07	10,38	,017

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Puntuaciones medias obtenidas por profesionales sin y con formación en el Modelo de Atención Centrada en la Persona

Factor	Sin formación	Con formación	Dif. media	%	Sig
P-CAT (total)	44,42	48,98	4,56	8,77	,007
PDC (total)	152,28	168,68	16,39	8,19	,029
Autonomía	14,60	17,29	2,68	9,60	,046
Bienestar en los cuidados	27,12	30,21	3,08	9,64	,025
Organización	20,12	22,31	2,18	9,12	,049

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Puntuaciones medias obtenidas por profesionales que actúan como profesionales de referencia y por los que no asumen ese rol profesional

Factor	Referencia	No referencia	Dif. media	%	Sig
P-CAT (total)	174,11	152,14	2,35	4,52	,040
PDC (total)	49,10	46,75	21,97	10,98	,000
Autonomía	18,46	14,27	4,18	14,95	,000
Perspectiva de la persona	25,38	22,42	2,95	10,56	,002
Conocimiento de la persona	23,03	19,97	3,06	10,93	,001
Bienestar de los cuidados	31,08	27,19	3,89	12,18	,000
Relaciones sociales	21,17	18,71	2,46	10,27	,012
Profesionales de atención directa	19,07	16,55	2,52	12,62	,000
Organización	22,65	20,82	1,83	7,63	,014

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Diferencias en puntuaciones medias de las dimensiones del Modelo de PDC en distintos roles profesionales

Dimensión	Roles profesionales		Dif. media	%	Sig.
	Auxiliar asistencial	Equipo interdisciplinar			
Atención personalizada	111,60	118,57	6,97	3,9	,045
Apoyo del entorno	52,34	58,32	5,98	7,97	,000
Dimensión	Formado/a	No formado/a	Dif. media	%	Sig.
Atención personalizada	103,45	114,40	10,95	6,25	,040
Apoyo del entorno	48,83	54,28	5,45	7,26	,038
Dimensión	Auxiliar	Profesional de referencial	Dif. media	%	Sig.
Atención personalizada	102,56	119,13	16,57	9,46	,000
Apoyo del entorno	49,58	54,98	5,4	7,2	,002

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Diferencias de las puntuaciones medias entre centros con distintas fases de implantación

Factor / centro de implantación	Primera implantación	Segunda implantación	Tercera implantación	Sig.
P-CAT (total)	48,64	52,57	46,87	,001
PDC (total)	167,56	184,72	160,00	,001
Autonomía	17,12	21,65	15,16	,000
Relaciones sociales	21,07	22,02	19,15	,020
Ambiente personalizado	13,22	14,96	12,16	,001
Profesionales de atención directa	18,53	21,18	17,77	,001
Organización	21,76	24,03	21,89	,044

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Diferencias de las puntuaciones medias entre centros con distintos formatos de implantación de los cambios ambientales

Factor / implantación	Simultánea (en centros de menos de 60 residentes)	Por unidades (en centros de hasta 100 residentes)	Por unidades (en centros de más de 100 residentes)	Sig.
P-CAT (total)	52,57	47,85	47,92	,002
PDC (total)	184,72	161,01	167,31	,001
Autonomía	21,65	15,98	16,55	,000
Perspectiva de la persona	26,61	23,64	24,46	,048
Ambiente personalizado	14,96	12,26	13,22	,001
Profesionales de atención directa	21,18	17,66	18,69	,000
Organización	24,03	21,26	22,31	,013

Fuente: Elaboración propia.

($p < ,05$) entre los centros que implantaron los cambios en todo el centro a la vez con respecto a los que los realizaron progresivamente por unidades (tanto en centros medianos como grandes) en las variables P-CAT total y PDC total, y en los factores del PDC de 'autonomía', 'ambiente personalizado' y 'profesionales de atención directa'. Los factores relativos a 'perspectiva de la persona' y 'organización'

son significativos solamente entre la implantación simultánea y la desarrollada por unidades en centros medianos (Tabla 8).

En el Cuadro 3, se muestran (sombreados) los resultados significativos en las dos escalas, distribuidos en relación con las distintas variables analizadas.

	Equipo p./ auxiliares	Auxiliar de referencia	Formación en modelo	Tiempo en módulo	Cambios ambientales	Formato implantación
P-CAT (total)						
PDC (total)						
Autonomía						
Perspectiva de la persona						
Conocimiento de la persona						
Bienestar en los cuidados						
Relaciones sociales						
Ambiente personalizado						
Profesionales de atención directa						
Organización						

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Síntesis de resultados

En resumen, los resultados del presente estudio muestran que:

- Los profesionales participantes manifiestan opiniones asociadas a prácticas profesionales acordes con una atención personalizada. Las puntuaciones obtenidas son, además, superiores a las registradas por otros trabajos similares llevados a cabo 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 a dicho modelo.
- 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.
- Se constata una mayor homogeneidad en las diferencias significativas identificadas en dimensiones del PDC relacionadas con la autonomía y con aspectos organizativos. En cambio, la uniformidad es menor en dimensiones relacionadas con el bienestar y las relaciones sociales, ambientes personalizados y el conocimiento de la persona.

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 gerontológicos. Aunque el diseño del estudio no permite establecer que las opiniones recogidas se deban de modo exclusivo a las actuaciones implantadas, el patrón de resultados muestra el efecto de las modificaciones desarrolladas en las opiniones de los profesionales. Además, el estudio ha permitido identificar la relevancia de factores asociados 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. Este aspecto aparece, a su vez, ligado 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 respecto a 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 a las 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. Estas intervenciones han de basarse en los recursos y entornos en los que los profesionales se desarrollan, e implicar a todos: residentes, profesionales, responsables institucionales, investigadores y familiares. El presente estudio es una aportación en este sentido. Este trabajo 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 en centros gerontológicos.

- DE SILVA, D. (2014): *Helping Measure Person-centred Care*, Londres, The Health Foundation.
- DÍAZ-VEIGA, P. *et al.* (2014): “Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 49, nº 6, págs. 266-271.
- EDVARDSSON, D. *et al.* (2010): “Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)”, *International Psychogeriatrics*, vol. 22, págs. 101-108.
- KANE, R. A. *et al.* (2007): “Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, nº 6, págs. 832-839.
- KOREN, M. J. (2010): “Person-Centered Care for nursing home residents: The Culture-Change Movement”, *Health Affairs*, vol. 29, nº 2, págs. 321-317.
- MARTÍNEZ, T.: (2015): “La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación” [tesis doctoral], Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología.
- MARTÍNEZ, T. *et al.* (2016): “The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 16, nº 2, págs. 175-185 [<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>].
- (2015): “Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)”, *Aging & Mental Health*, vol. 20, nº 5 [<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>].
- 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*, vol. 3, nº 3-4, págs. 137-146.
- MORGAN, S.; y YODER, L. (2012): “A concept analysis of person-centered care”, *Journal of Holistic Nursing*, vol. 30, nº 1, págs. 6-15.
- NATIONAL AGEING RESEARCH INSTITUTE (2012): *Person-Centered Health Care for Older Adults Survey: Self and Service Checklist on Person-centered Care*, Victoria, National Ageing Research Institute.
- (2007): *Best Practice in Person-centered Health Care for older Victorians: Report of Phase 1*, Melbourne, Victorian Department of Human Services.
- NOLAN, M. (2004): “Beyond ‘person-centered’ care: A new vision for gerontological nursing”, *International Journal of Older People Nursing* (en asociación con la *Journal of Clinical Nursing*), vol. 13, nº 3a, págs. 45-53.
- VILLAR, F. *et al.* (2013): “La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: impacto en el bienestar y la calidad del cuidado”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 48, nº 6.
- WHITE, D. L.; NEWTON-CURTIS, L.; y LYONS, K. S. (2008): “Development and initial testing of a measure of person directed care”, *Gerontologist*, vol. 48, nº esp. 1, págs. 114-123.