



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

Curso Académico: 2017/2018

## **MODELO ASISTENCIAL ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTROS RESIDENCIALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPERIENCIA PRÁCTICA**

Estudiante: Cristina López Pagán

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 28 de Mayo de 2018

*“La Atención Centrada en la Persona no es un destino, es un viaje sin fin”*

*Susan Misiorski*

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La Atención Centrada en la Persona es un modelo asistencial que busca y prioriza el respeto de la Dignidad y Calidad de Vida en la atención de las personas mayores que precisan cuidados en centros residenciales. Este modelo indica la creación de Unidades de Convivencia, que imitan el hogar de las personas. La implantación y consolidación progresiva de este modelo está generando unas importantes expectativas de mejora en la calidad asistencial de los Centros residenciales de mayores.

**OBJETIVOS:** Analizar el nuevo modelo asistencial residencial de Atención Centrada en la Persona, identificar qué elementos definen este modelo y su relación con enfermería y por último, describir la percepción de los profesionales en las unidad de convivencia de una residencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza una revisión bibliográfica sobre el modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona y un estudio cualitativo fenomenológico sobre la vivencia de los profesionales responsables del desarrollo de este modelo asistencial en un centro residencial.

**RESULTADOS:** Se analizaron 17 publicaciones científicas y 15 relatos de profesionales con experiencia en estas Unidades de Convivencia. La Atención Centrada en la Persona es un tema novedoso en nuestro país, con escasa bibliografía relacionada con el modelo. En este modelo se plantean modificaciones en el concepto de atención individual, en el entorno y a nivel organizativo de los profesionales.

**CONCLUSIONES:** La implementación de este modelo residencial requiere de cambios organizativos. La figura del profesional de enfermería en este modelo asistencial todavía no está claramente identificada. Es necesario continuar con estudios que evidencien los beneficios del modelo de Atención Centrada en la Persona y la implicación enfermera.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Centrada en la Persona, enfermería, centro residencial, calidad de vida.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	3
3. OBJETIVOS .....	3
4. METODOLOGÍA .....	4
4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
4.2. ESTUDIO CUALITATIVO.....	5
5. RESULTADOS .....	7
5.1 RESULTADOS REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ...	7
5.2 RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO .....	7
6. DISCUSIÓN.....	10
6.1. Instrumentos de evaluación.....	10
6.2. Usuarios// persona.....	11
6.3. Profesionales // cuidado .....	12
6.4. Entorno.....	14
6.5. Salud .....	14
7. CONCLUSIONES .....	16
8. BIBLIOGRAFÍA.....	17
9. ANEXOS .....	19

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo: Estrategia de búsqueda bibliográfica realizada .....	4
Tabla 1 (Anexo V): Síntesis de artículos seleccionados e indicadores de calidad CASPe .....	VI
Tabla 2: Perfil de los informantes Centro Residencial “Los Royales” .....	7
Tabla3: Resumen de categorías y verbatines identificados en relatos de los informantes....	9

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- ACP:** Atención Centrada en la Persona
- CyL:** Castilla y León
- PCC:** Person-Centered Care
- CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme Español
- P-CAT:** Person-Centered Care Assessment Tool
- PDC:** The Staff Assessment Person Directed Care
- DCM:** The Dementia Care Mapping
- CMAI:** Cohen Mansfield Agitation Inventory
- ABVD:** Actividades Básicas Vida Diaria
- MEC:** Mini- Examen Cognoscitivo
- MACP:** Modelo Atención Centrada en la Persona
- Inf:** Informante
- Et. al. :** Otros autores

## 1. INTRODUCCIÓN

La mejora en la esperanza de vida junto con la disminución de la tasa de natalidad, son las principales causas del rápido y creciente envejecimiento poblacional a nivel mundial, reflejo del progreso en las condiciones sanitarias, económicas, sociales y mejora de los estilos de vida<sup>1</sup>. Esta tendencia hacia el envejecimiento en los países desarrollados ha ocasionado un aumento importante en la necesidad de una atención profesional para las personas mayores en situación de dependencia, además de un gran interés por todo lo relacionado con la calidad de la asistencia que ofrecen los servicios de atención a este sector poblacional<sup>2</sup>. Dentro de estos servicios, los centros de atención tradicionales son objeto de crítica debido a la rigidez organizativa, atención altamente protocolizada y enfoque paternalista, donde los profesionales son quienes dictaminan los aspectos de la vida cotidiana de las personas<sup>2-3</sup>.

Recientemente se aprecia en el sector sociosanitario de nuestro país un creciente interés en los servicios gerontológicos hacia lo que se ha denominado Atención Centrada en la Persona, en adelante ACP, enfoque que los países más avanzados en políticas sociales (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos, entre otros) vienen señalando como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores<sup>2-3</sup>.

El origen de la ACP se atribuye a Carl Rogers, psicoterapeuta enmarcado en la corriente de la psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente, también denominada terapia no directiva (Rogers, 1961). Sus postulados han trascendido al ámbito de la psicoterapia teniendo gran repercusión y desarrollo en campos aplicados como la educación, la salud o la discapacidad. La ACP ha sido también, objeto de una especial atención en el campo de la demencia, Tom Kitwood en 1997 acuñó el término “Atención Centrada en la Persona con Demencia” incidiendo en la importancia de que el cuidado de la persona con demencia debe contemplar no sólo las necesidades neurobiológicas sino también las psicosociales. Se definen cinco necesidades universales presentes en las personas con demencia: identidad, confort, ocupación, apego e inclusión<sup>2-6</sup>.

Los países pioneros en implementar este modelo residencial han sido los países nórdicos, como hemos mencionado anteriormente, países más avanzados en políticas sociales. Su apuesta fundamental es integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, han impulsado la creación de viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. La gran evolución, de las últimas décadas, se ha producido desde los modelos de centros institucionales muy grandes, con gran capacidad de residentes, hacia la construcción de viviendas en grupos muy reducidos de residentes, que comparten espacios comunes con apartamentos privados<sup>3</sup>.

Como ya se ha indicado, en España nos encontramos en un momento de desarrollo inicial de este enfoque de atención<sup>3</sup>. Entre las pioneras en nuestro país está Martínez Rodríguez<sup>2-4,7</sup> sus aportaciones sobre el tema serán el marco de referencia para este trabajo.

Las primeras experiencias de la implementación del modelo en España actúan como referentes para aquellos Centros Residenciales que quieren iniciar el cambio hacia el denominado “Modelo ACP”. La Residencia para Mayores “Los Royales” con el proyecto “En mi casa”, ha sido líder en su

implementación en Castilla y León. El proyecto tiene como objetivo impulsar un nuevo modelo residencial inspirado también en los modelos housing y optando por reconvertir las residencias tradicionales en pequeñas unidades de convivencia<sup>8</sup>.

Diversos autores están profundizando en aportaciones que permitan un desarrollo más amplio de las implicaciones de este modelo asistencial, recordemos que todavía son pocos los centros implicados en el estudio y desarrollo de este concepto. La Atención Centrada en la Persona (ACP) se reconoce como un enfoque que facilita la personalización de los cuidados y, por tanto, con una enorme capacidad tanto para orientar el diseño de los servicios y la buena praxis profesional<sup>3,9</sup>. También se describe la ACP en términos de calidad asistencial desde la óptica de la calidad de vida de las personas y sitúa la atención personalizada como objetivo principal de los servicios para que la persona mayor, además de obtener los cuidados que precise, pueda seguir teniendo control sobre su vida cotidiana y viviendo de forma acorde a sus valores de vida y preferencias<sup>7</sup>.

Las publicaciones sobre la Atención Centrada en la Persona, en nuestro país, a pesar de los proyectos pilotos desarrollados en el País Vasco con el proyecto "Extean Ondo"<sup>10</sup>, en Castilla y León con el proyecto "En mi casa"<sup>8</sup> y Cataluña con el proyecto "Tú decides como envejecer"<sup>11</sup>, todavía son escasas<sup>3</sup>. Sin embargo, consideramos que es un modelo que genera gran interés entre las instituciones y los profesionales. La puesta en marcha de modelos aplicados y experiencias en España aunque es escasa en la actualidad, está generando un interés creciente, todavía queda por afrontar diferentes retos y riesgos, como indica Martínez<sup>3</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Observamos que es un tema novedoso con tendencia a la implementación progresiva en los centros residenciales, en un futuro próximo, y considero importante profundizar e identificar aquellos aspectos que lo componen. Como futura enfermera con opciones de desarrollo laboral en centros residenciales, creo que es importante trabajar en todo lo que suponga una mejora de calidad de vida de las personas y de la calidad asistencial, objetivos del modelo ACP.

Como estudiante de 4º tenía la opción de hacer prácticas en la Residencia “Los Royales”, pionera en CyL en implementar el modelo ACP, y me surgieron numerosas dudas y preguntas, a las que he pretendido dar respuesta durante el desarrollo de este Trabajo Fin de Grado. ¿Qué se entiende por ACP?, ¿Qué lo diferencia de modelos anteriores?, ¿Qué percepción tienen los profesionales sobre la implementación de este modelo asistencial?, ¿Qué papel desempeñan los profesionales de enfermería en este modelo asistencial?.

## 3. OBJETIVOS

- Objetivo general:
  - Analizar las implicaciones que el nuevo modelo asistencial residencial, Atención Centrada en la Persona, tiene para los profesionales de enfermería.
- Objetivos específicos:
  - Identificar los elementos que definen el modelo asistencial de la Atención Centrada en la Persona.
  - Valorar la producción científica sobre Atención Centrada en la Persona y las implicaciones enfermeras.
  - Describir la percepción de los profesionales con experiencia en el desarrollo de unidades de convivencia desde el concepto de Atención Centrada en la Persona en un Centro Residencial.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica, se efectuó la búsqueda entre los meses de diciembre del 2017 y febrero del 2018. Se centró la búsqueda sobre todo lo relacionado con la Atención Centrada en la Persona en los centros residenciales. La información se obtuvo a través de los artículos indexados en las bases de datos: CINAHL, Cuiden plus, Medline y otras fuentes relacionadas con las autoras pioneras de este modelo, la búsqueda se realizó según se indica en la figura 1.

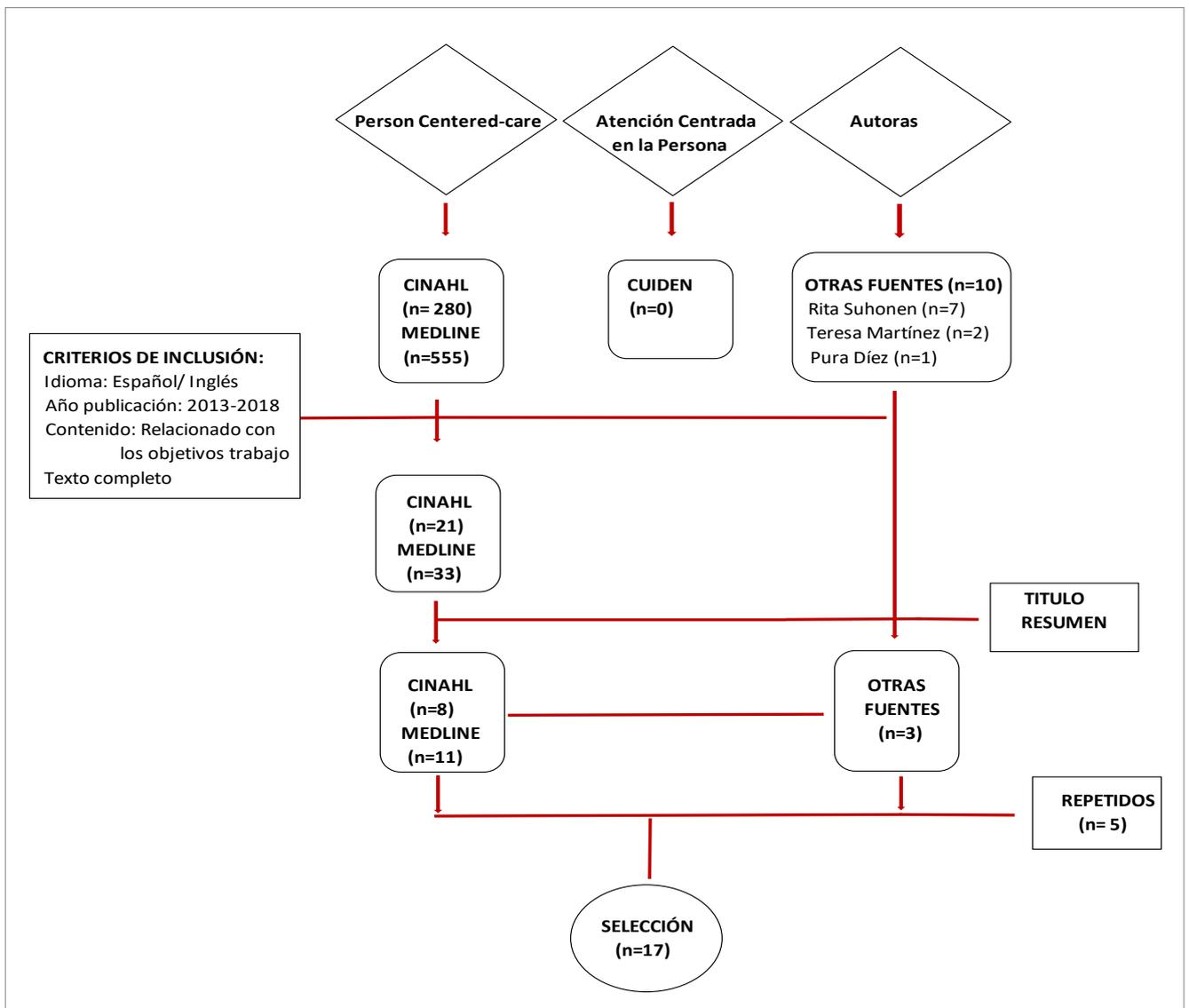


Figura 1: Diagrama de flujo: Estrategia de búsqueda bibliográfica realizada. Fuente: elaboración propia

Los descriptores de Ciencias de la Salud empleados fueron: "Person- Centered Care" y "Atención Centrada en la Persona". No se hace uso de operadores booleanos debido a la escasez de publicaciones relacionadas con el tema. Los criterios de inclusión fueron todas las publicaciones disponibles en texto completo, idioma español y/o inglés relacionados con los objetivos del trabajo y publicadas en los últimos 5 años.

Para valorar la calidad de los artículos seleccionados se emplea la herramienta de análisis propuesta por el programa de habilidades de lectura crítica CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme Español*), herramienta que propone una serie de preguntas cortas diseñadas para evaluar diferentes tipos de estudio que permiten identificar la calidad metodológica de estos a través de respuestas cerradas<sup>12</sup>.

#### 4.2. ESTUDIO CUALITATIVO

Para el trabajo de campo se utilizó un enfoque cualitativo, ubicado dentro de la fenomenología para la recopilación y el análisis de datos. El análisis del paradigma cualitativo se utiliza para comprender los fenómenos naturales que ocurren a través de fuentes narrativas orales. Se incorpora la visión de los expertos que han vivido y participado activamente en el desarrollo de las Unidades de Convivencia del Centro Residencial "Los Royales".

Los participantes fueron seleccionados intencionalmente para incluir diferentes perspectivas según la formación académica y el grado de responsabilidad en el proyecto "En mi casa". Algunos informantes fueron identificados de manera secuencial como parte de la estrategia de muestreo (muestreo en bola de nieve). Finalmente, la calidad de los datos se aseguró mediante la triangulación, al comparar diferentes trabajos, grupos de informantes y fuentes de literatura científica.

El guion de la entrevista se desarrolló para incluir preguntas e indicaciones sobre los datos sociodemográficos y la experiencia en relación al proceso de desarrollo de la ACP del centro residencial. Estos datos fueron recogidos en el mes de marzo de 2018, utilizando entrevistas semiestructuradas con la previsión de una duración de unos 15 minutos. (ANEXO I)

Contactamos telefónicamente para explicar el proyecto a los responsables del Centro y solicitar su colaboración (Modelo solicitud al centro en ANEXO II), previa autorización de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Soria (autorizado el 19 de marzo de 2018 - ANEXO III) se acuerda con los responsables del centro iniciar el estudio. Posteriormente se realizaron las entrevistas en el lugar y fecha que los informantes clave propusieron.

La información se recogió en un audio y antes de comenzar la grabación, todos los participantes fueron informados sobre el propósito, el procedimiento y las contribuciones de este estudio. Se explicó el proceso de almacenamiento, manejo y publicación de los resultados. Se acordó y firmó un consentimiento escrito y verbal, y a los informantes se les explicó la posibilidad de abandonar la entrevista en cualquier momento, si así lo solicitaban. También se ofreció la opción de revisar la transcripción para comentarios, énfasis y corrección de la información recogida.

La codificación se realiza de forma manual, se discutieron las unidades significativas para su posterior interpretación. La transparencia del proceso analítico y la verificabilidad de la investigación se potenciaron mediante el uso de memorandos elaborados por la investigadora para explicar interpretaciones y conclusiones.

La segunda etapa es el análisis estructural, un método sistemático que identifica y explica la estructura principal de la esencia del fenómeno. Para esta etapa realizamos un análisis de contenido de cada transcripción. Comenzamos por identificar unidades de significado, que luego agrupamos para formar categorías.

Los estándares éticos propuestos internacionalmente fueron respetados para proteger los derechos humanos. Los participantes fueron informados sobre el propósito, el procedimiento y las contribuciones de este estudio, y su derecho a rechazar la participación. Se aseguró el anonimato de los datos de los informantes. Se explicó el proceso de almacenamiento, manejo y publicación de los resultados. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. (Modelo del consentimiento en ANEXO IV)

## 5. RESULTADOS

### 5.1 RESULTADOS DE REVISIÓN BILIOGRÁFICA

Se seleccionan de 17 artículos originales en base a los criterios de inclusión, se detalla el contenido de cada uno de ellos en la Tabla1 (ANEXO V). Según su metodología, 8 artículos corresponden a metodología cuantitativa, 1 cualitativa, 1 combinaba y 7 a revisiones bibliográficas. En cuanto a la autoría recaía mayoritariamente en psicólogos y gerontólogos. El contexto de las publicaciones es internacional (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Suecia o Estados Unidos, entre otros) a excepción de 4 de nacionalidad española. Todos los artículos seleccionados cumplen con los criterios que plantea el programa CASPe, según se indica en la columna indicadores de calidad CASPe (tabla 1. ANEXO V). Los temas identificados en el análisis cualitativo de las publicaciones son: instrumentos de evaluación del modelo, los usuarios, los profesionales y el entorno.

### 5.2 RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

En el trabajo de campo se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas, en 6 Unidades de Convivencia de un Centro Residencial de Castilla y León, los entrevistados fueron el equipo gestor y asistencial del centro, abordando la percepción de los profesionales sobre la implementación del modelo asistencial Atención Centrada en la Persona. La información fue redundante con 15 entrevistas, según el género, 13 profesionales eran mujeres y 2 varones. La experiencia laboral media de los informantes en asistencia sociosanitaria era de 15,53 años, 12 años en el cuidado de ancianos y 11,46 años en el centro actual. En cuanto a la disciplina 6 son profesionales de la Ciencias de la Salud y 9 de Ciencias Sociales y/o cuidadores gerontológicos (Tabla 2).

Tabla 2: Perfil de los informantes Centro Residencial "Los Royales". Fuente: Elaboración propia.

INFORMANTE	ÁMBITO DISCIPLINAR	AÑOS ASISTENCIA SOCIO SANITARIA	AÑOS CUIDADO DE ANCIANOS	AÑOS CENTRO ACTUAL
Inf.1	CC Sociales y/o cuidadores	9	9	9
Inf.2	CC Sociales y/o cuidadores	15	14	10
Inf.3	Ciencias de la Salud	2	2	1
Inf.4	CC Sociales y/o cuidadores	7	5	5
Inf.5	CC Sociales y/o cuidadores	11	10	9
Inf.6	CC Sociales y/o cuidadores	12	10	10

Continuación Tabla 2: Perfil de los informantes Centro Residencial "Los Royales".

Inf.7	CC Sociales y/o cuidadores	6	1	1
Inf.8	CC Sociales y/o cuidadores	15	6	4
Inf.9	CC Sociales y/o cuidadores	30	24	24
Inf.10	Ciencias de la Salud	18	18	18
Inf.11	Ciencias de la Salud	25	25	25
Inf.12	Ciencias de la Salud	8	2	2
Inf.13	Ciencias de la Salud	30	25	25
Inf.14	Ciencias de la Salud	29	19	19
Inf.15	CC Sociales y/o cuidadores	16	10	10

Tras el análisis e interpretación de las entrevistas, las categorías se organizaron desde el marco del metaparadigma enfermero, es decir, las dimensiones que identifican los modelos de cuidados enfermeros, siguiendo las aportaciones de Kerouac<sup>13</sup>: entorno, persona, salud y cuidado, según se indica en la tabla número 3.

Tabla 3. Resumen de las categorías y verbatines identificados en relatos de los informantes. Fuente: Elaboración propia

	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	VERBATÍN	
<b>M E T A P A R A D I G M A</b>	<b>Entorno.</b> "Condiciones que afectan a la persona, a la institución y/o servicios comunitarios, en la que se presta el cuidado" (Kérouac. Et al) <sup>13</sup>	Físico	"Se crearon las Unidades de Convivencia, que están integradas por un número pequeño de residentes que simulan el modelo de hogar" (Infor.10)  "Es muy difícil venir y en una maleta meter toda tu vida, ...ellos puedan traer cosas personales desde su domicilio" (Inf.7)  "Se ha quitado la frialdad de una Institución mediante elementos decorativos, colores vivos, luces indirectas, plantas, fotos..." (Inf.10)  "Antes estaba todo muy estandarizado siguiendo unas normas y un cumplimiento de horarios estricto y ahora con el nuevo modelo es todo más flexible" (Inf.2)  "Este modelo te da un abanico más amplio de trabajo... te permite el poder indagar e investigar y generar actividades que se adaptan a los gustos y preferencias de los residentes" (Inf. 1)	
		Cambios organizativos	Dignidad	"Lo que se pretende en el centro es potenciar los valores de la persona, la dignidad, la honestidad, se les escucha más, se les hace más partícipes" (Inf.10)  "Se trata de que el residente pueda continuar con su proyecto cuando viene al centro..."(Inf.7)
			Individualidad	
			Autonomía/empoderar	
<b>E N F E R M E R O</b>	<b>Persona.</b> "Sujeto de derechos y susceptible por tanto de contraer obligaciones" (Kérouac. Et al) <sup>13</sup> .	Gustos y preferencias		
		Calidad de vida	"La historia de vida es clave en este modelo, a través de ella conocemos en profundidad al residente y ..." (Inf.9)	
		Proyecto de vida	... enriquece la calidad de vida del residente." (Inf.6)	
		<b>Cuidado.</b> "Aquellas actividades que contribuyen a la salud y/o recuperación o a una muerte tranquila del individuo". (Kérouac. Et al) <sup>13</sup>	Profesional de referencia	"Hemos apostado como profesional de referencia por el auxiliar de enfermería, se les asigna varios residentes que conocen en mayor profundidad" (Inf.10)  "...desde la Fundación Pilares nos asesoraron todo, nos informó y nos han formado, nosotros luego hemos ido formando a otros profesionales en base a lo aprendido" (Inf.10)
Formación				
Trabajo en equipo	"Aquí cada profesional tiene su papel y al ponerlo en común con el resto del equipo eso enriquece..." (Inf.6)			

## 6. DISCUSIÓN

La discusión se va a estructurar en base a los temas identificados en el análisis cualitativo de los artículos: instrumentos de evaluación, usuarios, profesionales y entorno. Y las categorías identificadas en los relatos de los informantes: entorno, persona, salud y cuidado. Entendemos que los conceptos de usuario (fuentes bibliográficas) y persona (fuentes orales) son similares, el de cuidado, según el metaparadigma enfermero lo identificamos con los profesionales que realizan el cuidado según se identifica en las fuentes bibliográficas, y el de entorno es el mismo concepto en las dos fuentes de información. Las medidas de evaluación de resultados de ACP es un tema que se aborda de forma más detallada en las publicaciones científicas y sin embargo, el concepto de salud, no se aborda en las publicaciones y lo analizamos a través de los relatos de los informantes.

### 6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El interés por avanzar hacia una Atención Centrada en la Persona como estrategia de mejora de la calidad de los servicios gerontológicos ha venido acompañado por la construcción de instrumentos que permitan la evaluación de la implantación de este enfoque<sup>14</sup>. Esta revisión pone de manifiesto que los instrumentos de evaluación existentes, así como las aproximaciones utilizadas, son diversos y no siempre persiguen los mismos objetivos<sup>4</sup>.

Varios autores<sup>4</sup> recomiendan la combinación de instrumentos evaluadores a la hora de plantear el seguimiento de un centro residencial. De Silva<sup>15</sup> señala las tres estrategias más utilizadas, hasta la fecha, en la evaluación de servicios sociosanitarios desde el enfoque ACP: la observación de la atención dispensada, las encuestas destinadas a recoger la opinión y preferencias de los usuarios de los servicios y las encuestas a profesionales.

El instrumento con mayor evidencia aportada hasta el momento<sup>2,4,7,9,16</sup> es el Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT) propuesto por Edvardsson, que mide el grado de ACP dispensado, según la opinión de los profesionales, evaluando tres dimensiones: cuidado personalizado, accesibilidad ambiental y apoyo de la organización. Este instrumento evaluador ha sido adaptado y validado en centros residenciales de Suecia, Noruega, China y en España por Martínez et.al. Todas las publicaciones<sup>7</sup> confirman unas buenas propiedades psicométricas del instrumento. La principal ventaja de éste es su sencilla y rápida aplicación<sup>2,4,7</sup>.

The Staff Assessment Person-Directed Care (PDC), es un cuestionario que evalúa dos dimensiones y ocho factores. La primera dimensión, es la atención dirigida por la persona que incluye cinco factores: autonomía, perspectiva de la persona, conocimiento de la persona, bienestar en los cuidados y relaciones sociales. La segunda dimensión, apoyo del entorno, engloba tres factores: ambiente personalizado, profesionales de atención directa y organización<sup>2,4,9</sup>. Recientemente se han realizado dos versiones españolas del instrumento, una para residencias y otra para centros de día<sup>2</sup>.

Martínez et al.<sup>2</sup> presentan y describen en su publicación el modelo ACP-gerontología, compuesto por dos dimensiones: prácticas centrada en la persona y entorno facilitador y diez componentes. Este modelo es presentado, por los autores, como un referente para orientar la implementación del modelo ACP en centros gerontológicos españoles. A diferencia del PDC, Martínez et al. añaden dos factores más, haciendo un total de diez, para que así sea más comprensible en nuestro entorno.

En el caso de los usuarios con deterioro cognitivo avanzado resulta complejo recoger su opinión, a través de instrumentos como entrevistas o cuestionarios. Por ello, algunos instrumentos han sido diseñados específicamente para este grupo poblacional, bien a través de la observación de su conducta y bienestar, bien recogiendo información relevante a través de profesionales de atención directa o familiares. En tres artículos, los autores<sup>4,17-18</sup> analizan la herramienta evaluadora para este grupo de personas The Dementia Care Mapping (DCM). Éste, consiste en la observación de tres aspectos: **1.** El bienestar/malestar de la persona incluyendo el estado de ánimo y la implicación de cada persona usuaria en su entorno, **2.** Los comportamientos de las personas, que incluyen un total de 23 categorías conductuales y **3.** La interacción de las personas con demencia con los profesionales a su cuidado. Se trata de la herramienta de observación que mayor difusión ha tenido y que con mayor frecuencia está siendo utilizada en los estudios relacionados desde la ACP<sup>4,17</sup>. Además, existe otra propuesta de Roberts et al.<sup>17</sup> el Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), instrumento que evalúa síntomas conductuales y psicológicos específicos como la agitación en las personas de edad avanzada en el contexto residencial. Este instrumento ofrece buenos resultados en cuanto a su fiabilidad y validez.

En España, según Díaz-Veiga et al.<sup>19</sup> la evaluación de la capacidad funcional y del estado cognitivo de los residentes se efectúa a través, de escalas de uso habitual en nuestro entorno como el Índice de Barthel, que mide el grado de independencia en las ABVD y el Mini examen cognitivo de Lobo (MEC). Para valorar la calidad de vida del residente, se utiliza la escala FUMAT y Quali<sup>19</sup>, este último instrumento es el que se está utilizando para evaluar la experiencia piloto del centro donde se han realizado las entrevistas.

*“Sí que medimos la calidad de vida de los residentes, utilizamos las escalas FUMAT y QUALI, pero sobre todo nos guiamos mucho por la observación del día a día, si sonrío, si no gritan, si están tranquilos...” (Inf.1)*

## 6.2. USUARIOS // PERSONA

Existe unanimidad entre los autores de las publicaciones sobre la acepción de ACP y su finalidad. La ACP defiende la personalización de la atención, entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de interdependencia y comunicación con los demás<sup>2,21</sup>. El objetivo de este modelo es que cada persona, incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía decisoria, tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es sólo individualizar la atención sino empoderar a la persona, dándole los apoyos que precise, para que ella, bien directamente, bien con el apoyo de quien la representa o cuida, pueda seguir gestionando su vida y tomando sus decisiones. En España el equipo que está liderando su puesta en marcha es el de Martínez<sup>2-4,7</sup>.

Las publicaciones analizadas<sup>3,21-22</sup> plantean los efectos de la aplicación de este modelo o intervención ACP en las personas usuarias. Se aporta evidencia sobre la importancia de conocer la opinión de los usuarios con el fin de respetar su proyecto de vida y los valores de cada ciudadano, como indica el modelo, para mejorar la percepción de calidad de vida. Ésta aportación coincide con la percepción de los informantes.

*“Se valora a la persona como un ser total, con necesidades de afecto, con unos gustos y preferencias, con unos hábitos, no es solo una persona de la tercera edad dependiente, hay que tener en cuenta su opinión” (Inf. 8)*

*“Yo los veo más tranquilos, se escuchan menos gritos, están más despiertos y sonríen más...” (Inf.1)*

Destacar, que desde este modelo se incluye a las personas con deterioro cognitivo, a pesar de que en un principio se puede llegar a pensar que este colectivo no puede participar en la toma de decisiones y que son sujetos carentes de personalidad, sin embargo, es un perfil de usuarios a tener en cuenta, ya que cada vez es más habitual su presencia en los centros residenciales y este modelo está aportando mejoras conductuales en los individuos con deterioro cognitivo<sup>2-3,6,17</sup>. Percepción corroborada en los relatos.

*“En el caso de que la persona tenga deterioro cognitivo y no tenga capacidad de decisión, es vital conocer cuáles han sido sus preferencias y sus gustos para mantenerlos y evitar que quede excluida” (Inf.8)*

*“Yo veo a los residentes con demencia más tranquilos en cuanto a su conducta, no gritan tanto... creo que es su manera de expresar su bienestar con el modelo...” (Inf.3)*

### 6.3. PROFESIONALES // CUIDADO

Los trabajos revisados están orientados a buscar vínculos entre el modelo de ACP y los profesionales a través de diferentes aspectos. Unos analizan qué tipos de cambios produce el modelo en las prácticas y conducta de los profesionales<sup>16,24</sup>, otros estudios, en cambio, se dirigen a conocer cambios en el modo de trabajar, principalmente en el método y en la organización del trabajo<sup>16,18</sup>.

Según la percepción de los profesionales implicados en este modelo asistencial, éste permite identificar fortalezas y aspectos de mejora en los equipos de atención, lo que sin duda es de gran interés para planificar un proceso de mejora de la asistencia centrada en ACP.

*“Aún nos queda mucho por mejorar pero este modelo es un pasito hacia delante para mejorar la atención de los residentes” (Inf.3)*

Como hemos mencionado en el apartado anterior, existen instrumentos evaluadores que permiten cuantificar los resultados y valorar los elementos de mejora desde el punto de vista de este colectivo<sup>2,4,7,9,17</sup>.

Sobre los resultados de los artículos de metodología cualitativa que permiten conocer la opinión de los profesionales sobre la atención o el proceso de implementación de este modelo asistencial, destacan dos trabajos<sup>9,17</sup>. Éstos coinciden con la percepción de los informantes, de nuestro estudio, e indican una satisfacción dispar en cuanto a la implementación del nuevo modelo, según la

responsabilidad o los cambios asumidos por las distintas disciplinas implicadas en el modelo. En el colectivo sanitario, las enfermeras sostienen que aún no han encontrado su lugar en este modelo, pero que creen que pueden aportar mucho como profesionales, percepción que coincide con el discurso de los informantes de este estudio.

*“Mi papel como enfermera sigue siendo el papel que desempeñaba antes de la implantación del modelo, no he notado el cambio; bueno sí, este modelo me aporta más carga de trabajo” (Inf.14)*

*“Creo que sí que podemos tener un lugar en el modelo y debemos de buscarlo quizá la sobrecarga de trabajo no nos deja tiempo para buscarlo.” (Inf.15)*

Por otro lado, el colectivo social se encuentra muy implicado en el modelo (auxiliares, trabajadores sociales y psicólogos)

*“Para mí es una oportunidad importante formar parte del modelo, puedo dar parte de mis conocimientos y aportaciones, se me tiene más en cuenta. Desde que funciona el modelo sí que me da la sensación que al estar dentro de esos equipos técnicos puedo aportar más.”(Inf.2)*

Los efectos de la ACP en los profesionales, en relación a variables como satisfacción laboral, así como una reducción en el estrés laboral y en el burnout, son favorables cuando se evalúa el modelo de unidades de convivencia, en comparación con quienes trabajaban en las residencias tradicionales<sup>7,17</sup>. Se ha evidenciado que un trato cercano y una relación de confianza, entre los profesionales y los residentes, mejora la valoración que las personas mayores realizan sobre la calidad de la atención recibida<sup>24</sup>. Según la literatura científica las intervenciones orientadas desde la ACP en centros de atención a personas mayores produce, en los profesionales, un incremento de la satisfacción con el trabajo, del orgullo profesional, una mayor satisfacción con la atención dispensada, crecimiento profesional y reducción del estrés<sup>6,24</sup>.

*“Yo me voy a casa todos los días con la satisfacción del trabajo bien hecho, con eso te lo digo todo, me aporta mucho... el trabajo es duro pero compensa, compensa mucho...” (Inf.13)*

Como se ha mencionado en la introducción, los países nórdicos han sido pioneros en este modelo asistencial, haciendo aportaciones de mejora e indicando referentes que permiten implementar este modelo residencial. Su apuesta fundamental es integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia<sup>2-3,7</sup>.

#### 6.4. ENTORNO

El entorno se ha convertido en un componente clave de los modelos asistenciales ACP, diversos estudios analizan este concepto<sup>2-3,5,21,23</sup>. Los autores realizan diversas aproximaciones, unos plantean el objetivo de conocer la relación entre las características de un determinado centro o de las diferentes dependencias y los efectos en las personas usuarias<sup>2,23</sup>, otros se centran en identificar los objetivos terapéuticos del espacio para las personas, también para aquellas que presentan demencia<sup>23</sup>. Existen estudios que comparan los ambientes tradicionales con ambientes en los que se ha implementado el modelo ACP<sup>2,19</sup>. Distintos artículos evidencian como desde el diseño y la modificación ambiental pueden generarse espacios terapéuticos y de promoción del bienestar de las personas mayores que los frecuentan<sup>4</sup>. La influencia del espacio físico ha sido especialmente estudiada en las personas con demencia, con el objetivo de conocer cómo potenciar habilidades cognitivas y funcionales, minimizar los cambios o alteraciones conductuales y ofrecer una atención personalizada<sup>23</sup>. En esta línea, Chaudhury<sup>26</sup> concreta alguno de los resultados terapéuticos que, el diseño espacial, tiene en las personas mayores con demencia: estar y sentirse seguro, desarrollar habilidades funcionales mediante actividades significativas, favorecer la estimulación, maximizar la autonomía y el control del entorno, dar oportunidades de socialización y proteger la privacidad<sup>3,25</sup>.

La base funcional del modelo son las “unidades de convivencia”, espacios con aspecto y dimensiones similares a las a un “hogar” en las que convive un número reducido de personas a las que, con el objetivo de promover su autonomía, integración social e independencia, se proporcionan los apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto de vida, de acuerdo a sus valores y deseos.

*“Se crearon las Unidades de Convivencia, que son unidades integradas por un número pequeño de residentes que simulan el modelo de hogar” (Inf.10)*

Los modelos ACP vienen siendo analizados desde los efectos que este tipo de atención tiene en la gestión del centro, servicio u organización. Como ya se ha mencionado, las residencias son instituciones caracterizadas por una organización con horarios y normas rígidas, falta de privacidad, escasa personalización, actividades escasamente significativas, en la actualidad, están siendo sustituidas por centros que se asemejen lo más posible al concepto de hogar.

*“Antes estaba todo muy estandarizado siguiendo unas normas y un cumplimiento de horarios estricto, ahora con el nuevo modelo es todo más flexible” (Inf.2)*

#### 6.5. SALUD

Esta dimensión del metaparadigma enfermero, no ha sido analizada explícitamente en los artículos seleccionados. Se puede considerar según indica Kerouac<sup>13</sup> como un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, haciendo referencia al bienestar y a realización del potencial de cada persona.

Autores como Martínez et al. y Díaz-Veiga et al. resaltan en sus estudios la importancia de conocer a la persona; para ello es necesario saber su biografía, experiencias vividas, características personales, necesidades y expectativas antes de proporcionar cuidados de calidad aportando bienestar y optimizando la calidad de vida de los usuarios, según sus preferencias<sup>3,19</sup>.

*“La historia de vida es clave en este modelo, a través de ella conocemos en profundidad al residente y sus expectativas (su proyecto de vida)...”(Inf.9)*

En el nuevo modelo de atención se considera que es vital conocer a la persona a la que se cuida, para entender de manera global su comportamiento, reacciones, puntos de vista, promoviendo el cumplimiento del proyecto de vida de cada individuo, que mejora la percepción de calidad de vida.

*“Es importantísimo entender que el residente es único, hay que individualizar la atención y hacerla personalizada para que pueda continuar en la residencia con sus proyectos personales...” (Inf.7)*

## **7. CONCLUSIONES**

Progresar hacia modelos de ACP es un trayecto que algunos centros residenciales españoles ya han iniciado. Una transformación organizacional y cultural que, sin estar libre de dificultades, desafíos y riesgos, es posible y beneficiosa, como indican los estudios analizados, no sólo para los residentes, sino también para los profesionales y para las propias organizaciones.

La ACP implica generar cambios organizativos para facilitar una transformación profunda en las residencias. En este modelo se potencia un ambiente hogareño, donde las personas tengan oportunidades reales de controlar sus vidas, velando por los derechos individuales de los residentes. Plantea, un cambio en cuanto a los tradicionales centros residenciales para mayores.

Pese a que es necesario contar con más estudios que aporten evidencia sobre los beneficios de la ACP y sus diferentes modelos aplicados en centros residenciales, existen ya algunos datos, procedentes de países con políticas sociosanitarias avanzadas, que muestran los efectos positivos de la ACP en los servicios de atención a personas mayores.

La figura del profesional de enfermería dentro de este modelo todavía está sin definir claramente. Es necesario continuar profundizando en la implicación y en las aportaciones que desde la disciplina enfermera se pueden realizar para mejorar la calidad asistencial de los cuidados prestados y contribuir con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar en la mejora de la calidad de vida de los residentes.

Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo, consideramos que el camino por recorrer es largo y presenta retos y desafíos. Es de esperar que en estos próximos años nuevas experiencias aplicadas puedan ser convenientemente evaluadas y aporten evidencias sólidas sobre la mejor forma de cuidar a los mayores. Sin duda, un cambio, un camino y un esfuerzo que merecen la pena.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellan Garcia A, Ayala García A, Pérez Díaz J, Pujol Rodriguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Inf en Red. 2018;17. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
2. Martínez Rodríguez .T. Evaluación de los servicios gerontológicos: Un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. Rev Argentina Gerontol y Geriatria.2017;31(3):83–9.
3. Martínez Rodríguez T. La Atención Centrada En La Persona. Algunas Claves Para Avanzar en Los Servicios Gerontológicos. Actas la Depend. 2013; 8:25-47. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
4. Martínez Rodríguez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. Psicothema. 2016;28(2):114–21. DOI: <https://10.7334/psicothema2015.263>
5. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. Int. J. Nurs. Stud.2014;51(10):1395–415. DOI: <https://10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
6. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clin Interv Aging [Internet]. 2013 Jan 3 [cited 2018 March 27];8:1. Available from: <http://www.dovepress.com/effects-of-person-centered-care-on-residents-and-staff-in-aged-care-fa-peer-reviewed-article-CIA>
7. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). Aging Ment Heal. 2016;20(5):550–8. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
8. Junta de Castilla y León. Servicios Sociales de Castilla y León. Nuevo modelo de Atención residencial a personas mayores “en mi casa”. [Internet]. Disponible en: [http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/\\_/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/_)
9. Díaz Veiga P, Uriarte Méndez A, Yanguas Lezaún J, Cerdó i Pasqual MF, Sancho Castiello M, Orbegozo Aramburu A. ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. Zerbitzuan. 2016;(61):53–63. DOI: <https://10.5569/1134-7147.61.04>
10. Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Proyecto Etxean Ondo residencias. Modelo de Atención Centrada en la Persona. [Internet].Disponible en: <http://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/proyecto-etxean-ondo-residencias-modelo-de-atencion-centrado-en>
11. Sumar acció social. “TU DECIDEIXES com vols envellir”: projecte pioner a Catalunya que aperta felicitat a través de la identitat. [Internet]. Disponible en: <http://www.sumaracciosocial.cat/ca/acp.html>
12. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español.Critical Appraisal Skills Programme Español.Instrumentos para la lectura crítica. [Internet]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
13. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A MF. Pensamiento enfermero. Masson. Barcelona; 1996. 1.

14. Edvardsson D., Koch S., Nay. Psychometric evaluation of the English language person-centred climate questionnaire. Staff version. Citado en: Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*. 2016;28(2):114–21. DOI: <https://10.7334/psicothema2015.263>
15. De Silva D. Helping measure person-centered care. Citado en: Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*. 2016;28(2):114–21. DOI: <https://10.7334/psicothema2015.263>
16. Edvardsson D, Sandman PO, Borell L. Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *Int Psychogeriatrics*. 2014;26(7):1171–9. DOI: <https://10.1017/S1041610214000258>
17. Roberts G, Morley C, Walters W, Malta S, Doyle C. Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatr Nurs (Minneapolis)*. 2015;36(2):106–10. DOI: <https://10.1016/j.gerinurse.2014.11.003>
18. Yasuda M, Sakakibara H. Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging Ment Health*. 2017;21(9):991–996. DOI: <https://10.1080/13607863.2016.1191056>
19. Díaz-Veiga P, Sancho M, García Á, Rivas E, Abad E, Suárez N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(6):266–71. DOI: <https://10.1016/j.regg.2014.06.003>
20. Simmons SF, Rahman AN. Next steps for achieving person-centered care in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(9):615–9. DOI: <https://10.1016/j.jamda.2014.06.008>
21. Van Haitsma K, Crespy S, Humes S, Elliot A, Mihelic A, Scott C, et al. New toolkit to measure quality of person-centered care: Development and pilot evaluation with nursing home communities. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(9):671–80. DOI: <https://10.1016/j.jamda.2014.02.004>
22. Roos C, Silén M, Skytt B, Engström M. An intervention targeting fundamental values among caregivers at residential facilities: Effects of a cluster-randomized controlled trial on residents' self-reported empowerment, person-centered climate and life satisfaction. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):1–16. DOI: <https://10.1186/s12877-016-0306-2>
23. Online R, Chenoweth L, Forbes I, Fleming R, King M, Stein-Parbury J. PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2014;26(7):1147–60.
24. Van der Cingel M, Brandsma L, van Dam M, van Dorst M, Verkaart C, van der Velde C. Concepts of person-centred care: a framework analysis of five studies in daily care practices. *Int Pract Dev J*. 2016 [cited 2018 March 27];6(2):1–17. Available from: <http://www.fons.org/library/journal/volume6-issue2/article6>
25. Stranz A, Sörensdotter R. Interpretations of person-centered dementia care: Same rhetoric, different practices? A comparative study of nursing homes in England and Sweden. *J Aging Stud*. 2016;38:70–80. DOI: <https://10.1016/j.jaging.2016.05.001>
26. Chaudhury H, Cooke H, Frazee K. Developing a physical environmental evaluation component of the Dementia Care Mapping (DCM) Tool. Citado en: Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*. 2016;28(2):114–21. DOI: <https://10.7334/psicothema2015.263>

## **9. ANEXOS**

*ANEXO I: MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. PREGUNTAS CLAVE.*

1. ¿Cómo percibe su aportación profesional en el Modelo de Atención Centrada en la Persona? Desde su perspectiva ¿qué aportan los distintos componentes del equipo?
2. ¿Puede explicar, con detalle, los principales cambios que percibe en cuanto a la asistencia de los residentes (sus ventajas y desventajas)?
3. Como profesional, ¿Cómo considera que le afecta este nuevo modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona?
4. ¿Qué retos y metas tiene, a día de hoy, este modelo?

## ANEXO II: SOLICITUD AL CENTRO



SOLICITUD DE COLABORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE UN TRABAJO FIN DE GRADO, CURSO ACADÉMICO 2017/18.  
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA- U. DE VALLADOLID.

Trabajo fin de grado - tema: EL MODELO ASISTENCIAL ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LAS UNIDADES DE CONVIVENCIA EN LAS RESIDENCIAS PARA MAYORES.	
ESTUDIANTE	CRISTINA LOPEZ PAGAN <a href="mailto:cristina.lopez.pagan@alumnos.uva.es">cristina.lopez.pagan@alumnos.uva.es</a>
TUTORA	LOURDES JIMENEZ NAVASCUES <a href="mailto:lourji@enf.uva.es">lourji@enf.uva.es</a>

### RESUMEN

#### Introducción

La Atención Centrada en la Persona es un modelo asistencial que busca y prioriza la Dignidad y Calidad de Vida de las personas mayores que precisan de cuidados en los centros residenciales. Este modelo se está llevando a cabo a través de Unidades de Convivencia, que imitan el modelo de hogar. La implantación y consolidación progresiva de este modelo es clave para la mejora de la calidad asistencial en las residencias para mayores.

#### Interés del estudio

La finalidad del estudio es la elaboración del Trabajo de Fin de Grado sobre cuidados y atención en la vejez. La elección de este trabajo se debe principalmente a un interés personal, ya que considero que es un tema novedoso con tendencia a implantarse progresivamente en los centros residenciales. Además, de tener la oportunidad de profundizar y entender el modelo durante mis prácticas clínicas en la Residencia "Los Royales".

#### Metodología

Se trata de un estudio desde el paradigma cualitativo fenomenológico, con entrevistas semiestructuradas sobre la percepción de los profesionales, de una residencia para mayores, en relación a su experiencia práctica en el desarrollo de este modelo asistencial. Se plantea incluir como participantes del estudio al equipo gestor y asistencial que conforma las Unidades de Convivencia de la Residencia "Los Royales".

El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Todos los participantes darán su consentimiento informado previo a su participación en la investigación. La recogida de datos se hará mediante una entrevista semiestructurada.

#### Información que se solicita

Con la finalidad de analizar la percepción que tiene el equipo gestor y asistencial sobre el modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona, proyecto desarrollado en su Centro. Se plantearán las siguientes preguntas:

¿Cómo percibe su aportación profesional en el Modelo de Atención Centrada en la Persona? Desde su perspectiva ¿qué aportan los distintos componentes del equipo?

¿Puede explicar, con detalle, los principales cambios que percibe en cuanto a la asistencia de los residentes (sus ventajas y desventajas)? ¿Qué retos y metas tiene, a día de hoy, este modelo?

Como profesional ¿Cómo considera que le afecta este nuevo modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona?

Se solicita su autorización para el desarrollo del estudio que precisa de la colaboración del equipo asistencial de la Residencia Mixta de Personas Mayores "Los Royales".

El trabajo fin de grado será defendido en la Facultad de Enfermería de Soria y posteriormente publicado.

Soria a 19 de febrero del 2018.

Fdo: Lourdes Jiménez Navascués  
Profesora Titular de la Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Soria.  
Tutora del TFG.

Fdo: Cristina López Pagán  
Estudiante de la Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid.  
Responsable del desarrollo del TFG.

Sra. GERENTE DE LA GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE SORIA.

### ANEXO III: AUTORIZACIÓN DE LA GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE SORIA



**AUTORIZACION DE LA GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE SORIA A LA ENTIDAD FACULTAD DE ENFERMERIA DE SORIA PARA LA REALIZACION DE TRABAJO FIN DE GRADO EN EL CURSO 2017-2018 DENOMINADO "EL MODELO ASISTENCIAL ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA EN LAS UNIDADES DE CONVIVENCIA EN LAS RESIDENCIAS PARA MAYORES"**

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> PAZ GIL MARTINEZ, Gerente Territorial de Servicios Sociales de Soria, vista la solicitud presentada por D<sup>a</sup> LOURDES JIMENEZ NAVASCUES, representante de FACULTAD DE ENFERMERIA DE SORIA, relativa a la realización de Trabajo fin de grado en el Centro Residencia Personas Mayores "Los Royales" en desarrollo de la actividad formativa denominada " el modelo asistencial atención centrada en la persona en las unidades de convivencia en las residencias para mayores"

#### CONSIDERANDO

Que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y la entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA comparten objetivos y competencias en materia de formación de los profesionales de los servicios sociales así como la responsabilidad de promover actuaciones encaminadas a dar respuesta a esta necesidad en orden a la consecución de los objetivos establecidos en la Ley 18/1988, de 28 de diciembre de Acción Social y Servicios Sociales;

Que la entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA se construyó para el cumplimiento de, entre otras, las siguientes finalidades: planificación y programación de la formación y los estudios profesionales y ocupacionales, y la gestión y organización de cursos y otras actividades formativas;

Que a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, como entidad titular de una red pública de centros residenciales propios para Personas con Discapacidad en la Comunidad de Castilla y León, y teniendo como función, entre otras, la organización, gestión, desarrollo, control e inspección de dichos centros, le corresponde decidir a cerca de las actividades que se realicen en los mismos en ejecución de la presente autorización;

Y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 57/2002, de 8 de mayo,

#### AUTORIZA

La realización de las prácticas solicitadas, con arreglo a las siguientes

#### CONDICIONES:

##### PRIMERA: Objeto.

La presente autorización tiene por objeto establecer y regular la realización del trabajo fin de grado en el curso 2017/2018, denominado: "El modelo asistencial atención centrada en la persona en las unidades de convivencia en las residencias de mayores"

##### SEGUNDA: Alumnos.

La autorización es de aplicación a los alumnos inscritos en la actividad denominada "El modelo asistencial atención centrada en la persona en las unidades de convivencia en las residencias de mayores"

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA, en virtud de la normativa aplicable, seleccionará a los alumnos propuestos para la realización de las prácticas, siendo tal normativa la reguladora de las relaciones entre dicha entidad y el alumno en prácticas.

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA podrá solicitar de las entidades convocantes acogerse a los incentivos para la realización de prácticas reguladas por la normativa aplicable, sin que ello suponga ningún compromiso para la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

Durante la vigencia de la autorización, podrán incorporarse nuevos alumnos, a propuesta de la entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA previa cumplimentación de tantos modelos recogidos en el Anexo de la presente autorización, debidamente numerados, como sean necesarios.

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA deberá tramitar el modelo del Anexo a través de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

##### TERCERA: Consideración de las prácticas formativas.

El contenido de las prácticas a realizar por los alumnos será única y exclusivamente de carácter educativo, como parte integrante del curso de formación. En consecuencia, la relación que surja de la ejecución de la presente autorización es exclusivamente formativa, no existiendo, por tanto, ninguna relación contractual, mercantil, civil o laboral al no concurrir los requisitos que exigen las leyes y en absoluto supondrán la incorporación del alumno al

Continuación ANEXO III: AUTORIZACIÓN DE LA GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE SORIA



ámbito de organización y dirección de la Gerencia de Servicios Sociales, por lo cual, ésta no está obligada a devengar contraprestación económica alguna.

La realización de las prácticas formativas en ningún caso podrá suponer discriminación positiva o negativa para el acceso al empleo público, frente aquella personas que no hubiesen efectuado tales prácticas en los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales.

**CUARTA: Periodo de prácticas formativas.**

Los aspectos relativos a duración, fechas de comienzo, finalización, lugar, horario de desarrollo y contenido específico de las prácticas se detallarán en los modelos recogidos en el Anexo.

**QUINTA: Régimen de las prácticas.**

La participación de los alumnos inscritos en la actividad formativa se hará de acuerdo con el régimen y horarios que fije la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Soria y no interferirá en ningún caso con los servicios y actividades normales u ordinarios del centro designado para realizar las prácticas.

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA, la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Soria o ambas partes conjuntamente, podrá extinguir las prácticas de los alumnos si concurre alguna de las siguientes causas:

- 1ª.- Faltas repetidas de asistencia y/o puntualidad no justificadas.
- 2ª.- Faltas de aprovechamiento o de conducta que impliquen un perjuicio o quebranto en la convivencia y desarrollo de las actividades del centro, previa audiencia del interesado.
- 3ª.- Petición razonada de los alumnos.
- 4ª.- Incumplimiento del programa formativo, individualizado o global.

**SEXTA: Tutoría.**

Cada parte designará a un tutor por alumno, que en virtud de la presente autorización, realice prácticas formativas, al objeto de llevar a cabo el oportuno seguimiento de las mismas.

**SEPTIMA: Informe sobre las prácticas.**

El tutor de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Soria, al término de las prácticas, emitirá un informe de detalle sobre el desarrollo de las mismas por parte de los alumnos.

**OCTAVA: Seguros.**

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA adquiere el compromiso de disponer de una póliza de seguro de responsabilidad civil que cubra los daños materiales, personales y sus perjuicios consecuenciales causados a terceros por los alumnos en el ejercicio de las prácticas formativas en el centro antes indicado de la Gerencia de Servicios Sociales.

Las garantías y límites del seguro de responsabilidad civil serán como mínimo las siguientes:

*Responsabilidad civil de accidentes, fianza y defensas: 150.000 €*

La cobertura de estos riesgos asumida por la entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA tiene carácter preferente a las suscritas por la Administración autonómica, por tanto la responsabilidad de la Gerencia de Servicios Sociales a este respecto es subsidiaria.

La entidad FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA, a su vez, compromete a dar cobertura a los alumnos que realicen las prácticas mediante un seguro de accidentes.

**NOVENA: Vigencia.**

La presente autorización extenderá su vigencia desde el 19 de marzo de 2018 hasta el 31 de mayo de 2018.

Soria, 19 de marzo de 2018

LA GERENTE TERRITORIAL



Fdo.: M<sup>a</sup> Paz GIL MARTINEZ

Conforme  
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA

Fdo.: Lourdes JIMÉNEZ NAVASCUÉS

#### ANEXO IV: MODELO DE CONSENTIMIENTO

##### INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO PARA EL QUE SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se trata de un estudio para el desarrollo del **trabajo fin de grado**, en el que se describirá la **percepción de los profesionales acerca del modelo asistencial, implantado en la Residencia mixta para mayores "Los Royales", de Atención Centrada en la Persona**. Para ello se solicita la colaboración del equipo gestor y asistencial que integra las Unidades de Convivencia del Centro Residencial "Los Royales".

Se trata de un estudio desde el paradigma cualitativo fenomenológico, con **entrevista semiestructurada** sobre la percepción del equipo gestor y asistencial referente a la implantación del modelo asistencial Atención Centrada en la Persona.

El objetivo general propuesto es: **Analizar la percepción que tiene el equipo gestor y asistencial sobre el modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona, proyecto desarrollado en su Centro.**

La colaboración consiste en un cuestionario sobre sus datos personales, laborales y profesionales y una entrevista sobre la percepción de la implantación de este modelo asistencial.

El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, con total garantía de confidencialidad, justicia, beneficencia y no maleficencia. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información obtenida a partir de sus respuestas al cuestionario y a la entrevista, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Los investigadores se comprometen a aportar cuanta información soliciten los participantes, garantizando en todo momento el respeto a sus decisiones y la confidencialidad de los datos. Podrán retirarse del estudio en el momento que lo decidan, sin ningún tipo de condicionante.

La estudiante responsable de la recogida de información: **Cristina López Pagán.**

Tema del Trabajo Fin de Grado: **Modelo asistencial Atención Centrada en la Persona en las Unidades de Convivencia de la Residencia para mayores "Los Royales".**

**Centro donde se recogerá la información:** Residencia mixta para mayores "Los Royales" Soria.

##### Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

**Nombre:** .....

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY  NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

**Firma del participante:**

**Fecha:**

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

**Firma del investigador principal:**

**Fecha:**

ANEXO V.

Tabla 1. Síntesis de los artículos seleccionados e indicadores de calidad según CASPe. Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	METODOLOGÍA	OBJETIVOS	DATOS DE INTERÉS	PROPUESTAS AUTORES	INDICADORES DE CALIDAD CASPe
<p>Martínez et.al.<sup>7</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Estudio Cuantitativo Retrospectivo</p> <p><b>Muestra nº</b> : 1339 profesionales (56 centros residenciales)</p> <p><b>Participantes:</b> Personal directamente implicado en la atención.</p> <p><b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Analizar la adaptación y aprobación de las herramientas de evaluación de ACP en una muestra española.</p>	<p>La adaptación al español de los instrumentos evaluadores demuestra fiabilidad y validez, siendo útiles para verificar cómo se está proporcionando ACP en las residencias geriátricas españolas. Actualmente están en fase de estudio y validación en una amplia muestra de residencias españolas</p>	<p>Una versión en español de la herramienta de evaluación de ACP sería beneficiosa para fines profesionales y de investigación en los centros residenciales.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 9 No → 0 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Martínez et.al.<sup>4</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Revisión Bibliográfica sistemática</p>	<p>Presentar y describir los principales instrumentos de evaluación de la ACP para su uso en los centros residenciales.</p>	<p>Se organizaron los instrumentos medidores en 5 perspectivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instrumentos de observación de la atención prestada</li> <li>2. Instrumentos evaluadores del entorno</li> <li>3. Instrumentos para evaluar la ACP según los residentes</li> <li>4. Instrumentos para evaluar la participación de la familia</li> <li>5. Instrumentos para evaluar la ACP según la opinión de los profesionales.</li> </ol>	<p>A pesar de las limitaciones las diferentes herramientas evaluadoras, estas orientan a los servicios gerontológicos que están en proceso de cambiar su modelo de atención.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 10 No → 0 No sé → 0</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>

Continuación Tabla 1 (ANEXO V)

<p>Díaz-Veiga et.al.<sup>19</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Estudio cuantitativo Cuasi-Experimental</p> <p><b>Muestra nº</b> : 119 participantes (60 experimental/59 control)</p> <p><b>Participantes:</b> residentes con deterioro cognitivo.</p> <p><b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Establecer los resultados que tienen las intervenciones asociadas al MACP en el Proyecto Etxean Ondo.</p>	<p>Tras las comparaciones intergrupales se identificaron diferencias significativas de mejoras en la calidad de vida de los residentes que recibieron ACP en el Proyecto Etxean Ondo respecto al modelo tradicional.</p>	<p>Es necesaria la implicación de residentes, profesionales, responsables institucionales, investigadores y familiares para la mejorar la calidad en los centros gerontológicos.</p>	<p><b>Protocolo CASPE</b> Sí →10 No→ 0 No sé → 0</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Simmons et.al.<sup>20</sup></p> <p><b>Autores:</b> Gerontólogos</p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Evaluar el desarrollo de un conjunto de herramientas informáticas diseñadas para ayudar a los centros residenciales a medir de manera factible la calidad prestada de ACP.</p>	<p>Es necesario la combinación de diferentes herramientas evaluadoras para la implementación completa de la ACP.</p>		<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →7 No→ 2 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Roberts et.al.<sup>17</sup>.</p> <p><b>Autores:</b> Gerontólogos</p>	<p>Estudio Mixto (perspectivas cualitativas y cuantitativas)</p> <p><b>Muestra nº:</b> 15 residentes y sus familiares.</p> <p><b>Participantes:</b> residentes (demencia severa/moderada), familiares.</p> <p><b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Describir el desarrollo de un modelo de ACP y su impacto en los residentes con demencia, informando sobre la evaluación y los resultados de un proyecto piloto que explora la viabilidad del nuevo modelo.</p>	<p>Se observaron cambios significativos en el comportamiento en los residentes que conformaban las unidades de atención de la demencia después de que se introdujo el modelo, así como las reducciones en los medicamentos antipsicóticos y sedantes.</p>	<p>Es necesario continuar con investigaciones más a largo plazo y con una muestra más amplia para evitar limitaciones metodológicas de los estudios.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →9 No→ 0 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>

Continuación Tabla 1 (ANEXO V)

<p>Roos et.al.<sup>22</sup></p> <p><b>Autores:</b> Enfermera departamento de Salud Pública y Ciencias del cuidado</p>	<p>Estudio Cuantitativo. Experimental. Ensayo clínico aleatorio <b>Muestra nº</b> : 80 residentes (43 experimental/ 37 control) <b>Participantes:</b> residentes municipio de Suecia. <b>Selección:</b> Probabilístico aleatorio</p>	<p>Analizar las percepciones de los residentes suecos respecto a la autonomía, satisfacción y ambiente centrado en la persona.</p>	<p>Existen diferencias significativas entre los dos grupos que evidencian resultados positivos en la muestra de residentes que recibió ACP</p>	<p>Es necesario continuar con estudios rigurosos para obtener evidencias sólidas sobre el tema</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →9 No→ 0 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Martínez et.al.<sup>2</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática</p>	<p>Describir las distintas estrategias que han sido desarrolladas hasta la fecha en la evaluación de la ACP en servicios gerontológicos</p>	<p>Los instrumentos se encuentran actualmente en fase de estudio y validación en numerosas residencias españolas.</p>	<p>Los resultados una vez analizados aportarán información para orientar hacia un proceso de mejora.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →9 No→ 0 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Li et.al.<sup>5</sup></p> <p><b>Autores:</b> Enfermeras</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática</p>	<p>Promover el cambio cultural en los centros y servicios para proporcionar una atención integral a los residentes.</p>	<p>Se hallaron mejoras significativas en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de los residentes con demencia y disminución en conductas de agitación y agresividad.</p>	<p>Es necesario continuar con estudios rigurosos para obtener evidencias sólidas sobre el tema.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →9 No→ 1 No sé → 0</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Martínez et.al.<sup>3</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Conocer el desarrollo y las aportaciones de este modelo de ACP en España.</p>	<p>Es necesario no solo prestar cuidados individualizados si no empoderar a la persona para que ella misma pueda seguir gestionando su propia vida.</p>	<p>La puesta en marcha del modelo hace necesario un liderazgo de los responsables de los servicios, compromiso y cualificación del personal de atención directa al residente.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 6 No→ 2 No sé → 2</p> <p>Resultado: Artículo de no calidad metodológica</p>

Continuación Tabla 1 (ANEXO V)

<p>Edvardsson et.al.<sup>16</sup> <b>Autores:</b> Psicólogos</p>	<p>Estudio epidemiológico cuasi-experimental <b>Muestra nº:</b> 143 miembros <b>Participantes:</b> personal de atención directa. <b>Selección:</b> : Probabilístico aleatorio</p>	<p>Analizar los efectos en los profesionales de atención directa de la aplicación del programa de implementación en Suecia de las Guías nacionales para facilitar la aplicación de la ACP en residencias.</p>	<p>Los objetivos obtenidos señalan que el modelo ACP consiguió una mejora significativa en la atención ACP, una percepción en los profesionales de acogida del centro así como una disminución en el burnout.</p>	<p>Existen limitaciones que sería necesarias de solventar para obtener evidencias sólidas sobre el tema.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 8 No → 0 No sé → 2  Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Stranz et.al.<sup>25</sup> <b>Autores:</b> Departamento de Trabajo Social</p>	<p>Estudio cualitativo etnográfico <b>Muestra nº :</b> Dos hogares de ancianos, uno situado en Suecia y otro en Inglaterra <b>Participantes:</b> 79 residentes <b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Analizar cómo se ha interpretado el enfoque centrado en la persona para la atención de la demencia en dos contextos diferentes, comparando dos entornos residenciales diferentes.</p>	<p>Se encontraron similitudes entre los dos centros en cuanto a proporcionar un buen cuidado a los residentes. Por el contrario también se han hallado diferencias importantes en el contexto del entorno.</p>	<p>A pesar de ser dos entornos diferentes, ambos proporcionan mejoras significativas en los residentes.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 7 No → 1 No sé → 2  Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Van Hantsma et.al.<sup>21</sup> <b>Autores:</b></p>	<p>Estudio epidemiológico descriptivo <b>Muestra nº:</b> 12 centros residenciales de América. <b>Participantes:</b> 23 residentes <b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Dar a conocer instrumentos de evaluación de ACP y justificar la necesidad de su presencia en los centros residenciales a través de un estudio piloto.</p>	<p>Los instrumentos de evaluación tuvieron calificaciones positivas, proporcionando al personal información necesaria para mejorar la atención en los centros residenciales.</p>	<p>Sería beneficioso tener una muestra más amplia de residentes incluyendo también a residentes con deterioro cognitivo y funcional.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 8 No → 1 No sé → 1  Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Yasuda et.al.<sup>18</sup> <b>Autores:</b> Departamento de Enfermería</p>	<p>Estudio epidemiológico <b>Muestra nº:</b> 80 participantes <b>Participantes:</b> residentes con demencia y personal de atención directa <b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Evaluar el estado de bienestar de los residentes con demencia a través de la herramienta evaluadora DCM (Dementia Care Mapping)</p>	<p>Se obtuvieron cambios en favor de las dos intervenciones afines a la ACP en cuanto a reducción de síntomas psicóticos así como de la sintomatología depresiva frente al grupo control.</p>	<p>La formación del personal de atención directa en esta herramienta evaluadora podría mejorar la calidad de vida de los residentes con demencia.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí → 9 No → 0 No sé → 1  Resultado: Artículo de calidad</p>

Continuación Tabla 1 (ANEXO V)

<p>Online R et.al.<sup>23</sup></p> <p><b>Autores:</b> Docentes</p>	<p>Estudio epidemiológico experimental Ensayo clínico aleatorio</p> <p><b>Muestra nº:</b> 38 centros residenciales (601 residentes) <b>Participantes:</b> residentes con deterioro cognitivo. <b>Selección:</b> Probabilístico aleatorio</p>	<p>Evaluar la relación entre tipo de atención, agitación y calidad de vida, comparando tres tipos de atención ACP: atención centrada en la persona; espacio físico centrado en la persona y ACP+ espacio físico centrado en la persona, frente a un grupo control de atención residencial tradicional.</p>	<p>Encontraron mejoras significativas en calidad de vida en ambas tipos de intervenciones ACP frente al grupo de atención tradicional. Sin embargo, el modelo combinado (ACP+ espacio físico centrado en la persona) no añadió mejoras a las intervenciones modulares ACP.</p>	<p>Es necesario investigaciones futuras para crear evidencias sólidas.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →9 No→ 0 No sé → 1</p> <p>Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Cingel et.al.<sup>24</sup></p> <p><b>Autores:</b> Docentes</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática</p>	<p>Clarificar y profundizar en el concepto de ACP con el fin de orientar a los profesionales que lo emplean en la práctica diaria.</p>	<p>Existen limitaciones metodológicas que dificultan el análisis de los estudios que deberían ser resultados.</p>	<p>Es importante tener presente las emociones, aprender a interpretarlas y aceptarlas para proporcionar un buen cuidado.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →6 No→ 2 No sé → 2 Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Brownie et.al.<sup>6</sup></p> <p><b>Autores:</b> Docentes</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática</p>	<p>Evaluar el impacto de las intervenciones del modelo ACP en los residentes y en el personal de los centros residenciales.</p>	<p>A pesar de que las observaciones cualitativas recogían cambios positivos para los profesionales y residentes, los resultados no avalaron mejoras significativas en el nivel funcional cognitivo de los residentes.</p>	<p>Se necesitan más investigaciones para establecer la efectividad de los elementos que componen la ACP, ya sea individualmente o en combinación.</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →8 No→ 1 No sé →1 Resultado: Artículo de calidad</p>
<p>Díaz-Veiga et.al.<sup>9</sup></p> <p><b>Autores:</b> Psicólogos Fundación Matías</p>	<p>Estudio epidemiológico</p> <p><b>Muestra nº:</b> 232 participantes <b>Participantes:</b> Profesionales de la Fundación Matías <b>Selección:</b> No probabilístico intencional</p>	<p>Presentar el MACP a través de un grupo asistencial para evaluar la opinión de los profesionales sobre el modelo ACP</p>	<p>Los profesionales que desempeñan su labor en centros en los que se han incorporado cambios ambientales desde el proceso de cambio tienen opiniones más cercanas a la ACP que los profesionales que trabajan en centros con cambios recientes.</p>	<p>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</p>	<p><b>Protocolo CASPe</b> Sí →8 No→ 1 No sé → 1 Resultado: Artículo de Calidad</p>

