



ORIGINAL

Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. Estudio transversal



Xavier Rojano i Luque^{a,b,*}, Elisenda Serra Marsal^c, Olga Soler Cors^c y Antoni Salvà Casanovas^{a,b}

^a Fundació Salut i Envel·liment, UAB, Barcelona, España

^b Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^c SUMAR. Serveis Públics d'Acció Social de Catalunya, Girona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de enero de 2020

Aceptado el 17 de junio de 2020

On-line el 17 de octubre de 2020

Palabras clave:

Atención centrada en la persona

Bienestar

Calidad de vida

Capacidad de seguir adelante

Residencia

R E S U M E N

Introducción: El envejecimiento de la población hace que se introduzcan cambios cualitativos y cuantitativos en los recursos asistenciales, entre los que están la introducción de modelos de atención centrada en la persona (ACP), aunque hay escasez de información sobre su impacto. El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de un modelo ACP en relación al modelo tradicional sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante (*thriving*) en personas que viven en residencias.

Métodos: Estudio transversal. Población: todas las personas que vivieran de manera indefinida en los dos centros participantes, que dieran su consentimiento. Se evaluó el impacto sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de seguir adelante de un modelo ACP en relación con el modelo tradicional mediante el tamaño del efecto (*d* de Cohen) ajustado por problemas de salud, índice de Charlson y presencia de depresión.

Resultados: La participación general fue del 78% de residentes (59/77 personas del centro convencional y 66/88 del ACP). Las personas del centro ACP presentaron mejor bienestar ($d = 0,378$) y capacidad de seguir adelante ($d = 0,566$). No se encontraron diferencias en la calidad de vida.

Conclusión: El modelo de ACP puede tener un impacto positivo sobre el bienestar y la capacidad de seguir adelante en personas que viven en residencias.

© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Impact of a Person Centred Care Model on the quality of life, well-being, and thriving in nursing homes. A cross-sectional study

A B S T R A C T

Keywords:

Person-centred care

Well-being

Quality of life

Thriving

Nursing Homes

Introduction: The aging of the population has led to the introduction of qualitative and quantitative changes in healthcare resources, among which are the introduction of models of person-centred care (PCC), although there is a lack of information on their impact. The objective of this study is to assess the impact of a PCC model on the quality of life, well-being and thriving, in people living in nursing homes.

Methods: Cross-sectional study. Population: all persons who lived indefinitely in the two participating centres that gave their consent. Impact of PCC vs. traditional model was assessed in terms of quality of life, well-being and thriving. Effect size was estimated with Cohen *d* adjusted for health problems, Charlson index, and presence of depression.

Results: Overall participation was 78% (59/77 persons from the conventional centre and 66/88 from the PCC). The people of the PCC centre had better well-being ($d = 0.378$) and thriving ($d = 0.566$). No differences were found in quality of life.

Conclusion: The PCC model can have a positive impact on well-being and thriving in persons living in nursing homes.

© 2020 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xavier.rojano@uab.cat (X. Rojano i Luque).

Introducción

El incremento de la población mayor de 65 de años ha provocado cambios en los recursos destinados a su atención. Por una parte, han aumentado (entre 2004 y 2017, el número de plazas residenciales se ha incrementado un 24%, pasando de 296.000 a cerca de 367.000¹) y por otra se han producido cambios cualitativos. Junto al modelo tradicional, en que el usuario se ha de ajustar a un sistema centrado en la atención y resolución de deficiencias y problemas (donde los profesionales marcan las directrices) han aparecido modelos de atención centrada en la persona (ACP) en los que el sistema se ajusta al individuo, quien dirige (en función de sus capacidades y preferencias) su proyecto de vida con el apoyo de los profesionales para vivir lo mejor posible, de manera que las residencias son vistas como hogares para vivir donde se ofrecen cuidados de larga duración^{2,3}. Si bien los inicios de la ACP se remontan a la década de 1960, en España los modelos ACP comienzan a eclosionar a partir de la década de 2010 con proyectos como «Etxean Ondo» en Euskadi o «En mi casa» en Castilla y León⁴⁻⁶.

A pesar de las múltiples experiencias desarrolladas bajo el paraguas de la ACP, no ha habido un consenso en su definición ni en sus elementos principales, buenas prácticas o medidas para evaluar su efectividad. En 2015, un panel de expertos de la Sociedad Americana de Geriátría definió que la ACP significa que se averiguan los valores y preferencias de la persona y, una vez expresados, guían todos los aspectos de su cuidado, apoyando sus objetivos realistas de vida y de salud⁷. Entre sus elementos esenciales se encuentra la realización de planes de cuidado individualizados en función de las preferencias de la persona, que son reevaluados periódicamente; la atención integral interdisciplinaria y coordinada; la formación de los profesionales y, si es apropiado, de la persona y sus allegados; la presencia de un profesional de referencia y medidas de rendimiento y de mejora de la calidad que tengan presente la persona y sus cuidadores^{7,8}. La transición de un modelo a otro no es sencilla y requiere la sensibilización de todos los agentes de dentro y fuera del centro que estén implicados en el cambio, liderazgo, la evaluación de la situación y la realización de los cambios estructurales y organizativos que se estime oportunos, que tienen que ser evaluados^{9,10}. El efecto de estos cambios se puede valorar en diferentes dimensiones, desde las propias personas usuarias y sus familiares hasta los profesionales de los centros^{11,12}.

En relación a los resultados de la ACP en personas que viven en residencias, se dispone de pocos estudios y estos son poco concluyentes debido a la heterogeneidad y calidad de los estudios, aunque sugieren que puede tener efectos positivos tanto entre los profesionales como entre los residentes¹³ y, en personas con demencia, favorecer el control de los síntomas de comportamiento y mejorar la calidad de vida¹⁴⁻¹⁶.

Dado que el principal fin de la ACP es proporcionar la mejor vida posible a las personas atendidas, el objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de un modelo de ACP en las personas que viven en residencias sobre su calidad de vida, su bienestar y su capacidad de salir adelante (*thriving*). Esta capacidad para salir adelante se entiende en términos generales como la condición de vida deseable o la situación de vida óptima teniendo en cuenta todas las circunstancias y, en el contexto de centros residenciales, al grado en que la persona se establece, encuentra su sitio, y experimenta su vida tan bien como le es posible¹⁷, no obstante, queremos resaltar que el concepto de *thriving* ha ido evolucionando a lo largo del tiempo¹⁸.

Material y métodos

Diseño y población

Estudio observacional transversal realizado en dos centros residenciales para personas mayores, uno convencional de 77 plazas y otro ACP de 83.

La población objeto de estudio está constituida por todas las personas que estuvieran viviendo de manera indefinida en los centros, quisieran participar y tuvieran una expectativa de vida superior a seis meses.

Modelos

El centro de intervención ha implementado el programa «Tu decideixes com vols envellir»¹⁹, un modelo de ACP que incluye una unidad de convivencia de 15 plazas, basado en valores de respeto a la persona, a su entorno y a su desarrollo, con dos ejes principales:

Eje 1: centrado en la atención a las personas, fundamentada en su conocimiento (biografía, intereses, preferencias y rechazos), el reconocimiento y respeto, la promoción de la autonomía dando información comprensible para la toma de decisiones y tener control sobre la vida cotidiana; trato personalizado, con atención y cuidado integral e individualizado, flexible para adaptarse a cada persona; la protección del bienestar físico, promoviendo hábitos saludables; la promoción de la independencia en las actividades cotidianas y la protección de la intimidad.

Eje 2: centrado en la atención al entorno físico y social, basado en el espacio físico y entorno significativo, que incluyen la accesibilidad, comodidad, ambiente hogareño, espacios estimuladores de la actividad física, las relaciones sociales y las actividades que son significativas para la persona; las relaciones sociales, con la cercanía y la colaboración de las familias, el apoyo a las relaciones sociales, la apertura del centro a la comunidad y el acceso a los servicios y espacios de la comunidad; así como creación de una organización amiga, con profesionales que mantengan relaciones empáticas y empoderadoras con las personas usuarias y la organización, una metodología que permite la autonomía de las personas y la flexibilidad en la atención.

El centro tradicional no recibió ninguna pauta específica sobre ACP. No se recogieron datos que permitieran comparar los recursos y los modelos de atención entre centros, por lo que no se puede descartar que haya elementos de atención comunes a ambos centros

Variables

Un investigador evaluó las personas participantes. En las que no fueran capaces de mantener una comunicación mínimamente fluida o con una puntuación superior o igual a cinco puntos en la escala de deterioro global de Reisberg (GDS)²⁰, la información subjetiva se obtuvo de una persona allegada del participante, o (si no había ninguna disponible) de un profesional del centro.

Para evaluar las variables de resultado se utilizaron cuestionarios que pudieran ser utilizados en personas con deterioro cognitivo: la calidad de vida se evaluó con el EUROQOL 5D-5^{21,22} convirtiendo las puntuaciones en un índice de salud y con preguntas genéricas sobre su situación actual y su evolución percibida en los últimos seis meses, el bienestar con el «OMS (cinco) Índice de Bienestar» (OMS5IB) (versión de 1998)^{23,24} y la capacidad de salir adelante con una adaptación del *Thriving of Older People Assessment Scale* (TOPAS)^{17,25}, una escala de 32 preguntas tipo Likert puntuadas de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo),

Tabla 1
Descriptiva variables categóricas

	ACP		Convencional		Total		p
	%	n	%	n	%	n	
<i>Fuente información</i>		64		59		123	0,969
Persona seleccionada	37,5	24	37,3	22	37,4	46	
Familiar/persona allegada	46,9	30	49,2	29	48,0	59	
Profesional centro	15,6	10	13,6	8	14,6	18	
<i>Motivos para cuestionario indirecto</i>		37		37		74	0,805
Deterioro cognitivo	94,6	35	89,2	33	91,9	68	
Problemas de comunicación	2,7	1	2,7	1	2,7	2	
Otros	2,7	1	8,1	3	5,4	4	
<i>Sexo</i>		66		59		125	0,260
Hombre	15,2	10	23,7	14	19,2	24	
Mujer	84,8	56	76,3	45	80,8	101	
<i>Procedencia</i>		65		57		122	< 0,001
Propia casa	76,9	50	49,1	28	63,9	78	
Casa de familiar	16,9	11	17,5	10	17,2	21	
Otra residencia	4,6	3	10,5	6	7,4	9	
Hospital	.	.	5,3	3	2,5	3	
Centro sociosanitario	1,5	1	17,5	10	9,0	11	
<i>Tiempo en el centro</i>		66		59		125	0,239
Menos de un año	33,3	22	23,7	14	28,8	36	
Uno a menos de 5 años	47,0	31	44,1	26	45,6	57	
5 años o más	19,7	13	32,2	19	25,6	32	
<i>Con pareja estable</i>		65		59		124	0,795
No	87,7	57	84,7	50	86,3	107	
Sí	12,3	8	15,3	9	13,7	17	
<i>Calidad de vida autopercibida</i>		66		59		125	0,126
Muy mala	.	.	.	.	.	.
Mala	4,5	3	16,9	10	10,4	13	
Ni buena ni mala	28,8	19	30,5	18	29,6	37	
Buena	57,6	38	45,8	27	52,0	65	
Muy buena	9,1	6	6,8	4	8,0	10	
<i>Evolución calidad de vida (6 meses)</i>		66		59		125	0,008
Mucho peor	.	.	5,1	3	2,4	3	
Peor	19,7	13	25,4	15	22,4	28	
Más o menos igual	51,5	34	61,0	36	56,0	70	
Mejor	28,8	19	8,5	5	19,2	24	
Mucho mejor	.	.	.	.	.	.
<i>Percepción general salud</i>		65		59		124	0,256
Excelente	.	.	.	.	.	.
Muy buena	3,1	2	3,4	2	3,2	4	
Buena	41,5	27	37,3	22	39,5	49	
Regular	50,8	33	44,1	26	47,6	59	
Mala	4,6	3	15,3	9	9,7	12	
<i>Medicación</i>		66		58		124	0,030
1 a 3 fármacos	18,2	12	5,2	3	12,1	15	
4 o más fármacos	81,8	54	94,8	55	87,9	109	
<i>Caídas</i>		66		59		125	0,736
Ninguna	56,1	37	54,2	32	55,2	69	
Una	13,6	9	10,2	6	12,0	15	
Dos o más	30,3	20	35,6	21	32,8	41	
<i>Escala de deterioro global</i>		64		57		121	0,397
Sin demencia (0 a 3)	32,8	21	40,4	23	36,4	44	
Demencia leve (4)	6,2	4	10,5	6	8,3	10	
Demencia moderada/grave (5 a 7)	60,9	39	49,1	28	55,4	67	
<i>Sintomatología depresiva</i>		65		57		122	0,034
Ausente	41,5	27	22,8	13	32,8	40	
Presente	58,5	38	77,2	44	67,2	82	
<i>NPIQ</i>		62		58		120	0,102
Sin ningún síntoma	24,2	15	12,1	7	18,3	22	
Uno o más síntomas	75,8	47	87,9	51	81,7	98	
<i>Barthel</i>		66		55		121	0,276
Dependencia total (0-20)	22,7	15	32,7	18	27,3	33	
Dependencia severa (25-40)	7,6	5	7,3	4	7,4	9	
Dependencia moderada (45-60)	19,7	13	21,8	12	20,7	25	
Dependencia leve (65-95)	50,0	33	34,5	19	43,0	52	
Autónomo (100)	.	.	3,6	2	1,7	2	
<i>SPPB</i>		41		25		66	0,718
0 a 3 puntos	65,9	27	64,0	16	65,2	43	
4 a 6 puntos	24,4	10	32,0	8	27,3	18	
7 a 9 puntos	9,8	4	4,0	1	7,6	5	
10 a 12 puntos	.	.	.	.	.	.
<i>MNA</i>		61		54		115	0,359
Malnutrición	9,8	6	16,7	9	13,0	15	
Riesgo de malnutrición	47,5	29	51,9	28	49,6	57	
Normal	42,6	26	31,5	17	37,4	43	

Tabla 2
Descriptiva variables cuantitativas

	ACP						Convencional						p
	n	\bar{x}	DS	P25	P50	P75	n	\bar{x}	DS	P25	P50	P75	
Edad (años)	66	86,7	7,5	84,3	87,8	92,2	59	85,3	8,3	81,7	85,9	91,8	0,365
Tiempo en el centro (años)	66	3,0	3,5	0,6	2,0	3,7	59	4,6	4,6	1,0	2,5	6,2	0,041
OMS5IB	65	55,6	21,6	40,0	60,0	72,0	58	43,9	21,0	36,0	42,0	56,0	0,003
EUROQOL5D-5L. Índice de salud	64	64,6	15,5	52,0	64,0	76,0	58	57,8	18,0	44,0	54,0	68,0	0,027
EUROQOL5D-5L. Puntuación EVA	64	55,1	17,5	50,0	50,0	70,0	59	46,1	20,8	30,0	50,0	50,0	0,011
TOPAS. Puntuación general	66	75,6	14,8	66,3	76,9	87,5	59	66,8	14,3	54,2	65,6	80,0	0,001
Dimensión I. Actitud del residente hacia estar viviendo en el centro.	66	71,4	20,6	50,0	75,0	90,0	59	53,9	22,5	35,0	50,0	75,0	< 0,001
Dimensión II. Calidad de los cuidados y cuidadores.	66	88,8	14,3	83,6	94,5	100,0	59	88,5	14,2	81,8	92,7	100,0	0,913
Dimensión III. Compromiso del residente y relación con sus iguales.	66	52,6	32,7	25,0	55,0	82,5	59	32,8	30,4	2,5	22,5	60,0	0,001
Dimensión IV. Mantenimiento del contacto con personas y lugares.	66	79,9	22,2	70,0	87,5	100,0	59	81,4	27,8	70,0	100,0	100,0	0,737
Dimensión V. Calidad del entorno físico	66	83,7	12,5	80,0	84,0	92,0	59	72,1	16,7	60,0	72,0	84,0	< 0,001
Número de problemas de salud	66	4,6	2,1	4,0	5,0	6,0	59	5,6	1,9	4,0	6,0	7,0	0,005
Índice de Charlson	66	1,2	1,1	0,0	1,0	2,0	59	1,8	1,6	1,0	1,0	3,0	0,017
Número de medicamentos	66	6,4	3,0	4,0	6,0	9,0	58	8,2	3,1	6,0	8,0	11,0	0,001
Puntuación MEC Lobo	66	15,3	10,0	8,0	14,0	25,0	54	15,8	12,2	1,0	16,5	25,0	0,819
NPIQ: N° síntomas	63	1,7	1,4	1,0	2,0	3,0	58	1,6	1,3	1,0	1,0	2,0	0,983
NPIQ: Puntuación (frecuencia × severidad).	62	9,7	9,0	1,0	8,0	16,0	58	9,1	8,7	4,0	8,0	12,0	0,475
SPPB	41	2,9	2,5	1,0	3,0	4,0	25	2,8	2,3	1,0	3,0	4,0	0,951
Índice de Barthel	66	54,8	31,7	30,0	62,5	85,0	55	44,6	34,2	0,0	55,0	70,0	0,094
Índice de Lawton (actividades autónomas)	65	1,3	1,4	0,0	1,0	2,0	56	1,4	1,8	0,0	1,0	2,0	0,867

\bar{x} = media; DS = desviación estándar; P25, P50 y P75 percentiles 25, 50 y 75.

Tabla 3
Tamaño del efecto (ajustado)*

	Coefficiente β	Cohen d	Cohen U3	Probabilidad de superioridad
OMS5IB	8,248 (0,626 a 15,869)	0,378 (0,023 a 0,734)	64,7% (50,9 a 76,9%)	60,5% (50,6 a 69,8%)
EUROQOL índice salud	5,568 (-0,538 a 11,674)	0,338 (-0,019 a 0,696)	63,2% (49,2 a 75,7%)	59,4% (49,5 a 68,9%)
EUROQOL EVA	6,290 (-0,873 a 13,454)	0,326 (-0,03 a 0,682)	62,8% (48,8 a 75,2%)	59,1% (49,2 a 68,5%)
TOPAS. Puntuación general	8,195 (2,983 a 13,407)	0,566 (0,208 a 0,924)	71,4% (58,2 a 82,2%)	65,6% (55,8 a 74,3%)
TOPAS. Dimensión I: actitud del residente	14,946 (6,976 a 22,916)	0,676 (0,315 a 1,037)	75,0% (62,4 a 85,0%)	68,4% (58,8 a 76,8%)
TOPAS. Dimensión III: compromiso del residente	19,917 (8,446 a 31,388)	0,632 (0,272 a 0,992)	73,6% (60,7 a 83,9%)	67,3% (57,6 a 75,8%)
TOPAS. Dimensión V: calidad del entorno	10,740 (5,535 a 15,945)	0,767 (0,403 a 1,131)	77,8% (65,7 a 87,1%)	70,6% (61,2 a 78,8%)

* Ajustado por número de problemas de salud, índice de Chalon y presencia de síntomas depresivos. Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%.

estructurada en cinco dimensiones: la actitud del residente en relación a estar viviendo en el centro (cuatro preguntas); la calidad de los cuidados y los cuidadores (11 preguntas); el compromiso del residente y la relación con sus iguales (ocho preguntas); el mantenimiento del contacto con personas y sitios (cuatro preguntas), y la calidad del entorno físico (cinco preguntas). Todas estas escalas se normalizaron de 0 (peor situación) a 100 (mejor situación).

La caracterización de los residentes se realizó utilizando los instrumentos habitualmente utilizados en los centros participantes: el estado cognitivo con el GDS y el minexamen cognitivo (MEC) de Lobo, los síntomas depresivos con la escala de Yesavage o la de Cornell (en caso de demencia), los síntomas neuropsiquiátricos con el Inventario Neuropsiquiátrico Abreviado de Cummings (NPIQ)²⁶, la capacidad funcional con el SPPB y la autonomía con los índices de Barthel y de Lawton. Para evaluar la historia de caídas, el consumo de medicamentos, el índice de Charlson y el número de enfermedades de interés (de un listado cerrado) se consultaron los registros del centro.

Análisis estadístico

El análisis univariado se ha realizado mediante el *test* exacto de Fisher para las variables categóricas y la *t* de Student para las cuantitativas. Para las variables de resultado donde se detectaron diferencias, se evaluó el efecto ajustado por las variables que pudieran afectar los resultados con distribución desigual entre grupos (número de problemas de salud, índice de Chalon y presencia de síntomas depresivos) mediante el coeficiente β de regresión lineal^{27,28} que indica las unidades absolutas de cambio. A partir de su estandarización se calculó la *d* de Cohen²⁹, el indicador U3 de

Cohen (indica el % del grupo de interés que tiene una puntuación por encima de la media del grupo de referencia), y la probabilidad de superioridad (indica la probabilidad que, entre personas sacadas al azar, el resultado de una persona del grupo de interés sea superior a la del grupo de referencia). Se utilizaron los programas SPSS 21 y Microsoft R Open[®] 3.5.3 con el paquete esc 0.4.1.

La empresa gestora de los centros financió el estudio. Las personas fueron incluidas tras obtener su consentimiento informado para participar y consultar sus datos. En el caso de personas que no pudieran entender la información, tomar decisiones o expresarlas, el consentimiento se obtuvo de una persona legalmente habilitada para proporcionarlo.

Resultados

Han participado el 78% de los residentes (59 en el centro convencional y 66 en el ACP), sin que se encuentren diferencias de participación entre centros. Las principales características se encuentran en las [tablas 1 y 2](#). Cabe destacar que en el centro convencional hay un mayor porcentaje de personas provenientes de otras instituciones, más y más graves problemas de salud, mayor prevalencia de síntomas depresivos, mayor consumo de medicamentos y peores niveles de bienestar, calidad de vida y capacidad de seguir adelante. No se han encontrado diferencias en la percepción de salud, capacidad funcional, nivel de autonomía, estado cognitivo o presencia de síntomas neuropsiquiátricos.

En los datos crudos se aprecian diferencias favorables a la ACP en bienestar, calidad de vida y capacidad de seguir adelante (si bien no se encuentran diferencias para la calidad de los cuidados y cuidadores o el mantenimiento del contacto con personas y lugares).

Una vez ajustados (tabla 3) las diferencias en la calidad de vida desaparecen, mientras que se mantienen para el bienestar y en la capacidad de seguir adelante. En relación a esta, los efectos son más notables en la calidad del entorno físico, seguida de la actitud del residente hacia estar viviendo en el centro y del compromiso del residente y relación con sus iguales.

Discusión

Los datos sugieren que el modelo de ACP puede tener un efecto beneficioso sobre el bienestar y la capacidad de salir adelante una vez que se han ajustado por las variables que pudieran influir sobre las mismas, aunque el tamaño muestral no nos permite saber si los cambios en el OMS5IB son superiores a 10 puntos, que es lo considerado como clínicamente relevante²³. No se han encontrado diferencias de calidad de vida en los indicadores del EUROQOL y calidad de vida autorreportada, posiblemente porque en su percepción el papel de capacidad funcional es superior al del modelo de atención. Estos resultados se contraponen con los de una revisión sistemática en personas con demencia¹⁶, que encontraba mejoras en la calidad de vida, pero no el bienestar, así como en unidades de convivencia³⁰, aunque las diferencias con nuestro estudio referentes a la población y diseño los hacen difícilmente comparables. Aunque por el momento no disponemos de datos sobre diferencias relevantes en la escala TOPAS y sus subescalas, la capacidad de salir adelante es donde se obtiene más beneficios de acuerdo con los indicadores del tamaño del efecto, cabiendo destacar las elevadas puntuaciones en el grupo de referencia (con poco margen de mejora) en las dimensiones del TOPAS donde no se han encontrado diferencias. Cabe destacar que hay otras herramientas que tienen ciertas similitudes con el TOPAS^{31–33}, aunque varían en la extensión, las dimensiones evaluadas, la metodología de recogida y a las personas a las que van dirigidas.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones: al ser un estudio transversal, no se puede establecer la direccionalidad de las asociaciones atendiendo únicamente a los datos del estudio, la adaptación del TOPAS utilizada no ha sido formalmente validada y la recogida de la información se ha centrado en los resultados en las personas, sin que se hubieran obtenido datos sobre el contexto organizativo global y los recursos disponibles de cada centro (personal, habilidades, formación, entorno, etc.) por lo que no podemos establecer la importancia de cada elemento sobre los resultados. Por otra parte, al contar únicamente con dos centros no se ha podido realizar un análisis que separe el efecto del centro del efecto del modelo, por lo que no se puede descartar que las diferencias sean debidas a otras causas no relacionadas con el modelo de atención.

Entre las fortalezas del presente estudio está su contribución a la difusión sobre el modelo ACP en nuestro entorno, cuya investigación es escasa, además de ser el primero en evaluar (con las limitaciones mencionadas) la capacidad de salir adelante, siendo el TOPAS uno de los instrumentos recomendados para la evaluación de la humanidad (*personhood*) por la iniciativa WE-THRIVE³⁴.

Conclusión

El modelo ACP puede tener un efecto beneficioso sobre la capacidad de salir adelante y el bienestar en personas que viven en residencias, aunque este punto debe ser confirmado por otros estudios.

El modelo ACP pone el foco en aspectos poco desarrollados bajo el modelo tradicional, por lo que es necesario disponer de instrumentos validados para evaluarlos correctamente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Estadísticas sobre residencias. Otros indicadores. Datos de envejecimiento en red. 2018. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>.
2. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Cuaderno 1. La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención? 2014. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/GobiernoVasco-Matia-cuaderno1-06-2015.pdf>.
3. Koren MJ. Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:312–7.
4. Proyecto Etxean Ondo Residencias. Modelo de atención centrado en la persona. 2014. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/proyecto-etxean-ondo-residencias-modelo-de-atencion-centrado-en>.
5. Servicios Sociales de Castilla y León. Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores “En mi casa”. 2016. Disponible en: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/nuevo-modelo-atencion-residencial.html>.
6. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Madrid: Fundación Pilares; 2016.
7. The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:15–8.
8. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:e1–7.
9. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Cuaderno 2. Modelo de atención centrado en la persona ¿Cómo llevarla a la práctica? 2016. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/2.euskera-castellano.pdf>.
10. Martínez Rodríguez T. Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. 2013. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/AvanzarAGCPmarcoy fases1.pdf>.
11. Shier V, Khodyakov D, Cohen LW, Zimmerman S, Saliba D. What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *Gerontologist*. 2014;54:S6–16.
12. Zimmerman S, Shier V, Saliba D. Transforming nursing home culture: evidence for practice and policy. *Gerontologist*. 2014;54:S1–5.
13. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1–10.
14. Caspar S, Davis ED, Douzich A, Scott DR. Nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia: what works, in what circumstances, and why? *Innov Aging*. 2017;2:igy001.
15. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;12:381–97.
16. Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, Williams A. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS One*. 2019;14:e0212686.
17. Bergland Å, Kirkeveld M, Sandman P-O, Hofoss D, Edvardsson D. The thriving of older people assessment scale: validity and reliability assessments. *J Adv Nurs*. 2015;71:942–51.
18. Bundick MJ, Yeager DS, King PE, Damon W. Chapter 24. Thriving across the Life Span. En: Overton WF, Lerner RM, editores. *The Handbook of Life-Span Development*. Volume 1. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons Inc; 2010. p. 882–923.
19. Serveis Públics D'acció Social de Catalunya. “TU DECIDEIXES com vols envellir”: projecte pioner a Catalunya que aporta felicitat a través de la identitat. 2019. Disponible en: <http://www.sumaracciosocial.cat/ca/acp.html>.
20. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1136–9.
21. EQ-5D-5L. 2020. Disponible en: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>.
22. Orgeta V, Edwards RT, Hounsborne B, Orrell M, Woods B. The use of the EQ-5D as a measure of health-related quality of life in people with dementia and their carers. *Qual Life Res*. 2015;24:315–24.
23. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84:167–76.
24. Lucas-Carrasco R. Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five well-being index in elderly: validity of the Spanish WHO-5 in elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:508–13.
25. Bergland Å, Kirkeveld M, Sandman P-O, Hofoss D, Vassbø T, Edvardsson D. Thriving in long-term care facilities: instrument development, correspondence between proxy and residents' self-ratings and internal consistency in the Norwegian version. *J Adv Nurs*. 2014;70:1672–81.
26. Boada M, Cejudo JC, Tàrraga L, López OL, Kaufer D. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*. 2002;17:317–23.

27. Pek J, Wong O, Wong ACM. How to address non-normality: a taxonomy of approaches reviewed, and illustrated. *Front Psychol*. 2018;9:2104.
28. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the «laws» of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2010;15:625-32.
29. Ventura-León J. Otras formas de entender la d de Cohen. *Rev Evaluar*. 2018;18:73-8.
30. Díaz-Veiga P, Sancho M, García Á, Rivas E, Abad E, Suárez N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2014;49:266-71.
31. Zimmerman S, Allen J, Cohen LW, Pinkowitz J, Reed D, Coffey WO, et al. A measure of person-centered practices in assisted living: the PC-PAL. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:132-7.
32. Van Haitsma K, Curyto K, Spector A, Towsley G, Kleban M, Carpenter B, et al. The preferences for everyday living inventory: scale development and description of psychosocial preferences responses in community-dwelling elders. *Gerontologist*. 2013;53:582-95.
33. Buiza C, García-Soler Á, Díaz-Veiga P, Arriola E, Fernández E. Desarrollo y validación de un instrumento observacional para la evaluación del bienestar en personas con demencia desde la perspectiva de la atención centrada en la persona: Listado de Indicadores de Bienestar. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2020;55:147-55.
34. Edvardsson D, Baxter R, Corneliussen L, Anderson RA, Beeber A, Boas PV, et al. Advancing long-term care science through using common data elements: candidate measures for care outcomes of personhood well-being, and quality of life. *Gerontol Geriatr Med*. 2019;5, 233372141984267.