



L'atenció centrada en la persona en els serveis gerontològics

Models d'atenció i avaluació

Teresa Martínez Rodríguez / 2016

L'atenció centrada en la persona en els serveis gerontològics

Models d'atenció i avaluació

Teresa Martínez Rodríguez / 2016

Títol:
*L'atenció centrada en la
persona en els serveis
gerontològics*
Models d'atenció i avaluació

Autora:
Teresa Martínez Rodríguez

ISBN: 978-84-697-4052-1

DL: GI-970-2017

Traducció al català de Martínez Rodríguez, T. (2016): "LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS. Modelos de atención y evaluación." Berta Crous Castañé, llicenciada en Filologia Catalana i Filologia Hispànica). Amb el suport i la col·laboració de SUMAR, empresa d'acció social S.L.

Pla de Salt, 18. Oficina 2
17190 Salt - Tel. 972 439 168
info@sumaracciosocial.cat

www.sumaracciosocial.cat



EMPRESA PÚBLICA
D'ACCIÓ SOCIAL
DE CATALUNYA

NOTA PRELIMINAR	9
PRÒLEG	11
1. L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA: APROXIMACIÓ CONCEPTUAL I PRINCIPALS APORTACIONS	15
1.1. Introducció	15
1.2. L'atenció centrada en la persona: termes i definicions	16
1.2.1. La varietat de termes utilitzats	16
1.2.2. Definicions de l'atenció centrada en la persona	18
1.3. L'origen de l'ACP: Carl Rogers i la teràpia centrada en el client	21
1.4. L'ACP en l'àmbit de l'atenció sanitària	23
1.4.1. Aportacions a l'ACP des de la medicina	24
1.4.2. Aportacions a l'ACP des de la infermeria	26
1.4.3. Aportacions a l'ACP des de la teràpia ocupacional	27
1.5. La planificació centrada en la persona en l'atenció a la discapacitat	30
1.6. L'ACP en les persones amb demència	33
1.7. Acepcions de l'atenció centrada en la persona en els serveis gerontològics	38
1.8. El desenvolupament internacional de l'ACP en els serveis gerontològics	42
1.8.1. El model <i>Housing</i> , una alternativa a les residències tradicionals	43
1.8.2. L'experiència en països nòrdics	45
1.8.3. L'experiència als Estats Units i el Culture Change Movement	46
1.8.4. L'experiència en altres països	52

1.9. La implementació de l'ACP	55
1.9.1. Barreres i facilitadors de l'ACP	55
1.9.2. Àrees rellevants i fases per liderar canvis	58
1.10. El recorregut de l'ACP a Espanya i l'aplicació als serveis gerontològics	60
1.10.1. Aportacions teòriques i metodològiques	61
1.10.2. Les primeres experiències aplicades	62
1.10.3. Reptes i riscos	65
2. L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I L'EVIDÈNCIA EMPÍRICA EXISTENT EN GERONTOLOGIA	71
2.1. Introducció	71
2.2. Estudis realitzats sobre els efectes de l'ACP	72
2.2.1. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les persones usuàries	73
2.2.2. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en els professionals d'atenció directa	80
2.2.3. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les famílies	85
2.2.4. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les organitzacions	86
2.3. Estudis realitzats sobre alguns components clau del model ACP	90
2.3.1. Autonomia i control	90
2.3.2. La interacció i comunicació entre professionals, persones usuàries i famílies	94
2.3.3. Les activitats quotidianes plenes de sentit	98
2.3.4. L'espai físic	100
2.4. Estudis realitzats sobre les variables de l'organització facilitadores del progrés cap a l'ACP	106

2.4.1. Condicions generals de l'organització per facilitar la implementació de models ACP	106
2.4.2. La influència d'algunes variables organitzatives en la implementació de models ACP	111
2.5. Algunes conclusions sobre les evidències obtingudes i consideracions sobre els estudis realitzats	119
3. L'AVALUACIÓ DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA: TIPUS I INSTRUMENTS D'APLICACIÓ ALS SERVEIS GERONTOLÒGICS	125
3.1. Introducció	125
3.2. Objectius de l'avaluació de l'ACP	125
3.3. Estratègies i instruments utilitzats per a l'avaluació de centres d'atenció a la gent gran des de l'ACP	126
3.3.1. L'observació de l'atenció	127
3.3.2. L'avaluació de l'espai físic	131
3.3.3. L'opinió de les persones usuàries	132
3.3.4. L'opinió de les famílies	135
3.3.5. L'opinió dels professionals	136
3.3.6. L'avaluació i autoavaluació a través de descriptors i indicadors del progrés del canvi de model	139
3.4. Consideracions sobre les estratègies i els instruments d'avaluació existents	142
4. ALGUNES REFLEXIONS SOBRE ELS MODELS D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA SEVA AVALUACIÓ	147
REFERÈNCIES	155

Aquest document ofereix una adaptació dels capítols més innovadors que componen la revisió teòrica duta a terme en la tesi doctoral titulada *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación*, inscrita a la Universitat d'Oviedo i realitzada per Teresa Martínez Rodríguez.

L'autora cedeix de manera altruista la difusió lliure d'aquest treball a Fundació *Pilares* per a l'Autonomia Personal amb el propòsit que el coneixement generat es posi a disposició de professionals, investigadors i de tots aquells que estiguin interessats a conèixer l'enfocament de l'atenció centrada en la persona per aplicar-lo als serveis d'atenció a la gent gran, així com per incrementar el coneixement científic existent. Tot plegat amb la finalitat d'impulsar i afavorir un procés de canvi incipient però necessari en el sector gerontològic espanyol, que busca augmentar la qualitat de l'atenció, i que té com a principal referència la dignitat de les persones grans, la protecció dels seus drets i l'augment de la qualitat de vida.

La Fundació *Pilares* per a l'Autonomia Personal, amb el vistiplau de l'autora, cedeix a SUMAR, empresa d'acció social SL, de manera no exclusiva dels drets d'autor, i amb caràcter gratuït, la traducció, edició i difusió d'aquest document en llengua catalana.

Aquesta cessió no inclou altres drets ni permet cap modalitat d'explotació del document en llengua catalana per part de SUMAR, empresa d'acció social SL.

La versió en llengua castellana forma part de la "Colección Estudios de la Fundación *Pilares*" para la autonomía personal (nº. 3 2016).

L'atenció centrada en la persona no és un destí, és un viatge sense fi

Susan Misiorski (Pioneer Network)

Les persones, afortunadament, envellim. El nostre món, la població i les comunitats envelleixen. Els anys «guanyats a la vida» fan que visquem més i que cada cop siguin més els ciutadans que aconsegueixen arribar a una edat avançada.

Inevitablement, sorgeix la pregunta de si això paga la pena. És una qüestió que fa segles que es tracta des de camps molt diversos, com la filosofia, la geriatria, la sociologia, la psicologia, la biologia, l'economia o el dret, entre altres disciplines. Diferents autors i escoles de pensament han formulat models sobre el bon envelliment, i també han estudiat els factors i les variables que permeten millorar les condicions de vida, i la qüestió fonamental, que no és altra que aconseguir que una vida més llarga pugui anar acompanyada de la percepció subjectiva de viure-la amb una qualitat de vida acceptable.

El text que té a les mans planteja qüestions que es relacionen, almenys parcialment, amb aquest gran repte. Se centra en els serveis que presten atencions de llarga durada a la gent gran en situació de fragilitat o dependència, tot explorant models d'atenció i instruments d'avaluació que permetin envellir i rebre atencions en condicions de respecte a la dignitat, a la preservació de drets i, especialment, generant més qualitat de vida i benestar a les persones que reben assistència professional.

L'enfocament d'atenció centrada en la persona (ACP), tema principal d'aquesta revisió, és considerat per diferents organismes internacionals com un eix clau en la qualitat dels serveis, i la seva aplicació als serveis tant socials com sanitaris dels països més desenvolupats ja presenta un cert recorregut. L'aportació fonamental d'aquest enfocament és situar la persona usuària, com a agent actiu, al centre del servei, l'organització i el procés d'atenció, des del reconeixement de

la seva singularitat i des del respecte a la seva autonomia personal, és a dir, a les seves decisions, al seu mode de vida, a les preferències i als desitjos.

L'ACP és un enfocament reconegut com una estratègia valuosa, especialment en els serveis residencials, per guiar el canvi cap a models més desitjables i amigables per a les persones que hi conviuen i hi reben atencions. Diverses administracions públiques i entitats privades de diferents països han optat per aquests models per conduir la transformació dels serveis residencials existents, conscients que el model imperant, de marcat caràcter hospitalari i institucional, no ofería una qualitat de vida adequada a les persones que hi vivien. Es tractava d'un model dictat per una visió biomèdica tradicional, vinculada al dèficit i a la multimorbiditat de les persones grans i, habitualment, organitzat des d'una protocol·lització rígida de les tasques assistencials, el criteri clínic de l'expert i la recerca fonamental de l'eficiència organitzativa. Un model que, en conseqüència, restringia seriosament la llibertat de les persones, que s'havien de sotmetre a un mode de vida institucional, molt poc personalitzat, que obviava la singularitat, les capacitats, el mode de vida previ, les preferències i els desitjos de les persones.

En els serveis que dispensen atencions de llarga durada a Espanya, l'ACP és un enfocament que està escassament implantat. Això no obstant, aquests últims anys, aquest enfocament, els seus models i les intervencions afins són objecte d'un gran interès en el sector, per la consciència creixent (en responsables de serveis, professionals, persones usuàries, famílies) que el model actual predominant, sobretot als centres residencials, és francament millorable, malgrat que en aquestes últimes dècades ha assolit un cert desenvolupament i ha millorat ostensiblement els nivells de qualitat. I es podria millorar posant les persones al centre de tot, vetllant pel respecte a la seva dignitat, per la defensa dels drets individuals, i especialment, permetent que les persones grans que necessiten atencions a causa de la seva situació de dependència funcional, puguin continuar vivint segons les seves decisions i els seus desitjos, és a dir, puguin tenir control sobre la seva atenció i vida quotidiana.

L'ACP és un enfocament d'atenció que, malgrat que és reconegut des de l'ètica com un marc apropiat pel saber fer professional, ha de ser concretat en models i intervencions concordes que estiguin sòlidament fonamentades i que tinguin l'aval de l'evidència científica. Cal disposar de metodologies que permetin desen-

volupar-lo d'una manera rigorosa. És indispensable, a més, realitzar avaluacions que en documentin els resultats, objectiu que avui en dia resulta complex al nostre país, a causa de la manca d'instruments de mesura dissenyats des d'aquest enfocament que hagin estat validats en població espanyola i que tinguin unes propietats psicomètriques adequades.

Per fer-ho possible, aquest text, organitzat en quatre parts, ofereix una revisió d'aquest enfocament d'atenció, dels seus models, del seu recorregut en l'àmbit aplicat i dels instruments que s'han desenvolupat fins avui per avaluar-lo. En primer lloc, es fa una revisió de l'aproximació conceptual de l'ACP, així com dels desenvolupaments i les aplicacions que ha tingut als serveis gerontològics. Posteriorment, es resumeixen les principals evidències existents en els serveis d'atenció a la gent gran sobre l'aplicació de l'ACP i dels seus components principals. En tercer lloc, es presenta la revisió que s'ha realitzat sobre instruments d'avaluació de serveis gerontològics dissenyats des d'aquest enfocament d'atenció, amb el propòsit de fer conèixer noves eines que permetin una mirada nova en la millora contínua d'aquests serveis. Finalment, es comparteixen algunes reflexions finals sobre els models d'atenció centrada en la persona i la seva avaluació.

1. L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA: APROXIMACIÓ CONCEPTUAL I PRINCIPALS APORTACIONS

1.1. Introducció

L'atenció centrada en la persona (ACP) és reconeguda com un enfocament que facilita la personalització de l'atenció i, per tant, amb una capacitat enorme per orientar el disseny dels serveis i la bona praxi professional (Nolan *et al.*, 2004).

L'ACP entén la qualitat assistencial des de l'òptica de la qualitat de vida de les persones i situa l'atenció personalitzada com a objectiu principal dels serveis, perquè les persones grans, a més d'obtenir les atencions que necessitin, puguin continuar tenint control sobre la seva vida quotidiana, i vivint d'acord amb els seus valors de vida i les seves preferències (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Gibson, 2010).

Diverses organitzacions internacionals avalen l'ACP com un dels eixos que s'han d'incloure en el disseny dels recursos, així com en l'avaluació de la seva qualitat (IOM, 2001; NARI, 2003, 2012; AGE & EDE, 2012).

Un aspecte fonamental que no podem perdre de vista és que aquest enfocament i els models afins aporten una visió radicalment diferent de la d'altres abordatges més clàssics que també busquen l'atenció individualitzada. La diferència principal rau en el paper actiu que l'ACP atorga a les persones usuàries i les conseqüències que aquest fet genera en la relació assistencial i en la forma d'intervenir. L'atenció individual pot dirigir-se a cobrir les necessitats de la persona sense tenir en compte la seva participació en el procés. Succeeix en les pràctiques de tipus paternalista en què els professionals són els que decideixen gairebé totes les qüestions de la vida quotidiana de les persones, des de la creença que, com que tenen la condició d'experts, són els que millor poden discernir sobre el que és beneficiós per a elles.

Els models d'ACP van més enllà de l'atenció individual clàssica, i aporten una mirada que aprofundeix en la idea d'allò que és individual, lligada necessàriament a l'autonomia personal i a la gestió de la vida quotidiana (Martínez, 2014a). Situen la persona al centre de la intervenció, enfront de la primàcia d'altres interessos, relacionats amb l'organització o amb els professionals que, a vegades, han desplaçat

a un segon terme les persones usuàries. L'ACP aposta perquè les persones en siguin l'eix vertebrador i el fi. El centre de l'atenció és la persona usuària, la seva dignitat, el seu benestar, els seus drets i les seves decisions (Martínez, 2011).

L'ACP busca la personalització de l'atenció, entenent que cada individu es construeix com a persona en processos d'interdependència i comunicació amb els altres. Pretén que cada persona (incloent-hi també les que tenen l'autonomia disminuïda) prengui un paper d'agent central i, en la mesura que es pugui, actiu. L'objectiu no és solament individualitzar l'atenció sinó apoderar la persona, donant-li els suports que calguin perquè ella, directament o amb el suport de qui la representa o cuida, pugui continuar gestionant la seva vida i prenent les seves decisions (Martínez, 2010a, 2014a).

1.2. L'atenció centrada en la persona: termes i definicions

L'ACP no té una accepció única. Per bé que el punt de partida i el denominador comú dels diferents models i les intervencions que desenvolupen aquest enfocament d'atenció és reconèixer la persona usuària dels serveis com un agent central i actiu en la seva atenció i vida, apostant per l'autonomia i els drets de les persones, els seus components i l'èmfasi que s'hi posa adquireixen matisos diferencials en funció de l'àmbit en què s'ha desenvolupat (Morgan & Yoder, 2012).

Mentre que algunes aproximacions lligades a les persones amb discapacitat emfatitzen la importància dels seus drets, especialment de l'autodeterminació i de la seva normalització, altres desenvolupaments més propers al camp dels serveis sanitaris destaquen components com l'accessibilitat, la presa de decisions compartides o l'autocura; i, d'altres, més lligats a les persones que tenen més necessitat de suport, com és el cas de les persones amb demència o persones amb una greu afectació cognitiva i emocional, subratllen la importància de recuperar el concepte de «persona» en l'atenció a la gran discapacitat, tot donant valor a la biografia, a l'empatia i al respecte dels valors de vida.

1.2.1. La varietat de termes utilitzats

La varietat terminològica que acompanya l'ACP, com s'acaba d'assenyalar, té a veure en gran part amb el camp d'aplicació en què aquesta s'ha desenvolupat.

A més, fins i tot en un mateix àmbit aplicat, els termes emprats adquireixen matisos especials. Vegem algunes de les denominacions més utilitzades per referir-se a aquest enfocament d'atenció.

Pel que fa al camp de la salut i l'atenció a les persones, l'ACP és habitualment reconeguda com una estratègia per millorar la qualitat assistencial en els serveis de salut i atenció a les persones, i aquesta no s'expressa a través d'una denominació única (De Silva, 2014; IAPO, 2007; Mead & Bower, 2000).

En el camp sanitari, el terme *Patient-centred/centered¹ Care* («atenció centrada en el pacient») és potser el més freqüent, tot i que també se n'utilitzen d'altres, com *Patient-centred Medicine* («medicina centrada en el pacient»), *Patient-centered Practice* («pràctiques centrades en el pacient») o *Patient-centered Care* («atenció centrada en el pacient») (De Silva, 2014).

En els contextos de salut i de atenció menys tradicionals, la tendència actual és substituir el terme *pacient* pel de *persona*, atès que es consideren diferents (Starfield, 2011), entenent que aquest últim és més coherent amb el missatge principal de l'enfocament: reconèixer la persona com a subjecte actiu i situar-la al centre del procés assistencial i de la presa de decisions (Mezzich, 2010).

De la mateixa manera, expressions com *Person-centered Care* («atenció centrada en la persona»), *Personalized Care or Practice* («atenció o pràctica personalitzada») o *Individualized Care* («atenció individualitzada») són utilitzades actualment per anomenar aquesta manera de comprendre la relació assistencial i la provisió d'atencions.

Una altra denominació utilitzada, fonamentalment a l'Amèrica del Nord, és la de *Person-Directed Care*, que es pot traduir per «atenció conduïda/dirigida per la persona». Aquesta expressió introdueix el matís, molt important, que és precisament la mateixa persona usuària la que ha de tenir el control de la seva pròpia vida i, per tant, dirigir la seva atenció i les cures, especialment en el transcurs d'allò que és quotidià (Center for Excellence in Assisted Living, 2010). Pretén evitar que l'ACP s'acabi convertint en una mera elecció d'opcions o serveis oferts que, encara que puguin ser variats, també poden tenir poc a veure

¹ Els termes *centered* o *centred* tenen un significat idèntic. La diferència es deu a la procedència britànica (*centred*) o americana (*centered*). Al llarg del text s'empren indistintament, respectant, en cada cas, les citacions originals dels autors.

amb allò que en el dia a dia realment és important perquè la persona adquireixi un control efectiu sobre la seva atenció (Cambridge & Carnaby, 2005). Amb tot això, es vol posar en relleu la importància d'assegurar el control de la persona en el seu dia a dia, i que, quan aquesta no tingui competència suficient per fer-ho, siguin els professionals els que permetin que la persona continuï exercint aquest control de manera indirecta, a través de la seva representació, tot tenint en compte els seus valors i observant les seves emocions.

En l'àmbit de l'atenció a les persones amb discapacitat, s'utilitza el terme *Person-centred Planning* («planificació centrada en la persona») que també vol accentuar l'objectiu clau del desenvolupament de l'autodeterminació en aquells que, tot i presentar necessitats de suport, continuen tenint dret a exercir control sobre la seva pròpia vida i a desenvolupar-la en un context normalitzat i sense segregació.

Per bé que les diverses expressions mencionades es diferencien tant per l'origen com per l'àmbit d'aplicació i, sens dubte, aporten matisos diferencials, comparteixen el respecte a l'exercici de l'autonomia de les persones usuàries dels serveis i l'aposta per una provisió de suports personalitzats, per tal que aquestes puguin exercir d'una manera efectiva un paper actiu en la planificació de la seva atenció, es tinguin en compte la seva singularitat i biografia, i se'n respectin els valors, les preferències i els desitjos.

1.2.2. Definicions de l'atenció centrada en la persona

La diversitat també concerneix el concepte i l'abast de l'ACP. Tal com han assenyalat Morgan i Yoder (2012), no hi ha una definició única ni consensuada de l'ACP, de manera que ens trobem amb nombroses definicions que varien en funció de l'àmbit d'aplicació, tant en l'enunciat com en els elements o components destacats.

En el camp de l'atenció sanitària, l'ACP és objecte d'un alt interès des de fa diverses dècades (IAPO, 2007) i s'han publicat diferents revisions sobre el concepte i l'aplicació en salut (Ducan, 2011; NARI, 2006; Price, 2006).

Diversos organismes oficials internacionals i nacionals ofereixen definicions de l'ACP, i consideren que aquest enfocament és un eix fonamental en la qualitat dels serveis de salut.

The United States Agency for International Development (USAID) defineix l'ACP en el camp de la salut com

un enfoque en la atención que conscientemente adopta la perspectiva del paciente. Esta perspectiva se caracteriza por dimensiones como el respeto a los valores del paciente, a sus preferencias y necesidades expresadas, así como por la coordinación e integración de la atención, la información, la comunicación y educación, el confort físico, el apoyo emocional y el alivio del miedo y ansiedad, la implicación de la familia y amigos, o la transición y la continuidad (citada a Harkness, 2005).

Per la seva banda, The Institut of Medicine (IOM), prestigiós organisme oficial nord-americà, postula l'enfocament Patient-Centered Care (PCC) com un dels elements crítics en la redefinició del sistema de salut per a la millora de la seva qualitat (IOM, 2001). L'IOM defineix la PCC com l'atenció de la salut que estableix la col·laboració entre professionals d'atenció, pacients i, si és el cas, les famílies. Destaquen el respecte i la resposta individualitzada a les preferències, necessitats i valors del pacient, assegurant que aquests guien les decisions clíniques, així com el suport educatiu del professional perquè les persones puguin prendre les seves pròpies decisions i participar en l'autocura.

De la mateixa manera, a Austràlia, el National Ageing Research Institute (NARI) ha enunciat diversos principis rectors de la PCC aplicada en salut, com un enfocament clau per a la millora de l'atenció a la gent gran. Assenyala els següents: el pacient com a persona; compartir poder i responsabilitat; accessibilitat i flexibilitat; coordinació i integració de les atencions; i ambient (físic i organització) centrat en la persona (NARI, 2003, 2007, 2012).

Des del *Picker-Commonwealth Program for Centred-Patient Care*, delimiten set dimensions, basant-se en la definició de Beach, Saha & Cooper (2006): 1) Respecte als valors, les preferències i necessitats expressats pel pacient; 2) Coordinació i integració de l'atenció; 3) Informació, comunicació i educació; 4) Confort físic; 5) Suport emocional (per a l'ansietat); 6) Implicació de la família i dels amics; i 7) Transició i continuïtat.

Per la seva banda, diferents experts del camp sanitari han contribuït a aquest desenvolupament, proposant diverses definicions de l'ACP.

Grin (1994) la defineix com

un esfuerzo de colaboración entre pacientes, familias de los pacientes, médicos y otros profesionales de salud... para lograr un sistema de educación de los pacientes donde éstos

junto con los profesionales de la salud colaboran en equipo, comparten lenguaje y trabajo desde objetivos comunes de curación y recuperación (citado a Lutz & Bowers, 2000).

Mallet (1996) asseñala que l'ACP «sitúa a los pacientes en el centro del sistema de atención situando a los servicios de calidad alrededor de los mismos» (citado a Lutz & Bowers, 2000).

Laine & Davidhoff (1996) afirman que l'ACP «es la atención sanitaria que es cercana y congruente y da respuesta a los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes» (citado a Lutz & Bowers, 2000).

Cribb (1999) identifica tres components en la definición de l'ACP: el reconeixement de la singularitat dels pacients; l'enfocament holístic de la persona, que contempla variables personals, socials i ambientals; i el reconeixement de l'autonomia, és a dir, el respecte a les persones i a la seva capacitat per decidir, cosa que implica, pel professional, una relació de cooperació sense decidir per elles.

En el camp de l'atenció a les persones amb discapacitat, la planificació centrada en la persona (PCP) també ha estat objecte de diverses definicions. En aquestes es posa en relleu que la PCP ha estat descrita fonamentalment com una metodologia que busca el desenvolupament de l'autodeterminació de les persones, sense deixar de ser conscients que al darrere hi ha una filosofia que la sosté.

D'aquesta manera, López, Marín i De la Parte (2004) defineixen la PCP com «una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida».

Thompson & Sanderson (2008) afirman que «la PCP descubre e interviene sobre lo que es importante para la persona. Es un proceso de continua escucha y aprendizaje que pone el foco en lo que importa a la persona ahora y en el futuro, y actuando en alianza con su familia y amigos».

Per la seva part, la Fundació San Francisco de Borja per a l'atenció de persones amb discapacitat intel·lectual manté que

la PCP es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centran en las elecciones y la visión de la persona y su círculo de apoyo (Fundación San Francisco de Borja, 2007).

En especial referència a les persones en situació de discapacitat o dependència, Rodríguez (2010) proposa una definició d'allò que aquesta autora ha anomenat *atenció integral centrada en la persona*, afirmant que «es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva».

Quant a l'atenció a la gent gran, Martínez (2011) proposa el terme *atenció gerontològica centrada en la persona*, assenyalant que «es un enfoque de la atención donde la persona, desde su auto-determinación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales».

Com a trets comuns a totes aquestes definicions, es pot destacar que l'ACP, tant en el camp de la salut com en el de l'atenció personal o la intervenció psicosocial, busca allunyar-se de models de tipus paternalista, en què el professional, com a expert, és qui té la informació i qui pren les decisions amb relació a la salut i l'atenció de les persones a les quals atén, basant-se en la seva exclusiva consideració sobre el que és millor o beneficiós per a l'altre. L'ACP atorga un paper central a les persones usuàries, principals protagonistes en tot el que està relacionat amb la seva salut, l'atenció i la seva vida quotidiana. El centre de l'atenció i, per tant, de l'organització i dels processos assistencials, és cada persona, des del reconeixement de la seva dignitat com a ésser humà i des del respecte al seu projecte de vida.

1.3. L'origen de l'ACP: Carl Rogers i la teràpia centrada en el client

És freqüent atribuir l'origen de l'ACP a Carl Rogers, psicoterapeuta emmarcat en el corrent de psicologia humanista, que va formular la teràpia centrada en el client (Rogers, 1961).

La psicologia humanista sorgeix en el segle XX com «una tercera força» enfront dels dos corrents dominants aleshores: el conductisme i la psicoanàlisi. La psicologia humanista pretén allunyar-se d'una visió reduccionista, mecanicista i determinista de l'ésser humà. Aquest és molt més que la suma de les seves parts, duu a terme la seva existència en un context humà, és conscient, té capacitat d'elecció i és intencional.

Aquest corrent va suposar la defensa i recuperació de conceptes com el de subjectivitat, el d'experiència vital o el de construcció de significats. Es poden destacar algunes assumpcions de les quals parteix la psicologia humanista, i que tenen una rellevància especial pels processos d'intervenció social: *a)* l'interès per centrar-se en la persona i en el significat que aquesta atorga a la seva pròpia experiència; *b)* la dignitat de la persona com a valor central; *c)* l'atenció a les característiques específicament humanes com la capacitat de decidir, la creativitat o la necessitat d'autorealització; *d)* l'interès en el desenvolupament ple del potencial inherent a cada persona; i *e)* la idea de la persona, tant amb relació a com es descobreix a si mateixa, com en la seva interdependència amb els altres (individus i grups).

Carl Rogers (1902-1987) va ser un dels autors principals d'aquest moviment. La contribució principal d'aquest psicoterapeuta va ser el mètode terapèutic: la teràpia centrada en el client, també anomenada *teràpia no directiva*.

La teràpia centrada en el client parteix de la hipòtesi central que l'individu posseeix en si mateix mitjans per a l'autocomprensió i per al canvi del concepte de si mateix, de les actituds i del comportament autodirigit. Aposta per la denominació *client* enfront de la de *pacient*, atès que el client continua tenint la responsabilitat i llibertat sobre el procés terapèutic com un agent actiu, en contraposició al pacient, que manté una posició més passiva.

El terapeuta ha de proporcionar un clima d'actituds psicològiques favorables perquè la persona pugui explotar els mitjans esmentats. Es poden destacar dues característiques d'aquesta teràpia: la confiança radical en la persona i el rebuig al paper directiu del terapeuta.

Rogers insisteix en la importància que tenen les actituds i qualitats del terapeuta per al bon resultat de la teràpia. En destaca tres: *a)* l'acceptació incondicionalment positiva de la persona a la recerca d'ajuda. El terapeuta accepta sense cap condició la manera com la persona està disposada a revelar-se i demostrar-se en la relació amb el terapeuta; *b)* l'empatia, és a dir, la capacitat del terapeuta d'entrar en el món del client, de posar-se al seu lloc i arribar a comprendre les seves vivències; i *c)* l'autenticitat o congruència, que permeten al terapeuta el diàleg sincer i constructiu amb el client.

El terapeuta continua essent un expert, però es comunica també com a ésser

humà al servei del client que busca ajuda. Emfatitzar la importància de l'actitud del terapeuta i de la manera de relacionar-se amb el client, és una de les grans aportacions de Rogers, com a condició necessària per afavorir el procés de canvi i de desenvolupament de l'ésser humà.

La visió de la persona i del procés d'interacció entre el professional i el client de la teràpia centrada en el client ha suscitat gran interès en diversos camps professionals, i aquest enfocament s'ha traslladat, amb diferents matisos, a altres àmbits d'atenció en què els professionals mantenen relacions d'ajuda cap a altres persones, com l'educació, l'atenció a la discapacitat o a les persones grans amb demència (Martínez, 2011).

1.4. L'ACP en l'àmbit de l'atenció sanitària

Com s'ha comentat anteriorment, l'ACP és, des de fa diverses dècades, objecte de gran interès en el camp de la salut als països amb polítiques sanitàries més avançades; el concepte i l'abast d'aquest enfocament han estat objecte de diverses publicacions i revisions (Ducan, 2011; Hobbs, 2009; NARI, 2006; Price, 2006).

García (2014) adverteix que en el discurs sanitari es confonen tres maneres diferents d'entendre què és l'ACP. Una primera accepció és la que entén l'ACP com la prestació integrada i conjunta d'atencions socials i sanitàries a la gent gran amb múltiples necessitats en aquests camps. Una segona accepció és la que s'orienta a les preferències de la persona i les té en compte en el procés assistencial. Una tercera accepció és la que busca la millor adequació dels tractaments segons les particularitats genètiques de cada individu.

En aquest sentit, cal assenyalar que només la segona d'aquestes accepcions es pot considerar afí a l'enfocament de l'ACP tal com s'està conceptualitzant. Ampliar el ventall d'accepcions i incloure'n d'altres sota aquesta denominació que, encara que busquin millorar la qualitat assistencial, no contempen com a eix cardinal el paper central en la presa de decisions que afectin la salut i la pròpia vida de les persones usuàries, comporta el gran risc de desvirtuar-ne el significat i ignorar les implicacions que aquest enfocament té en l'atenció des d'una relació professional-persona usuària (o pacient) orientada cap al desenvolupament de l'autonomia personal.

De Silva (2014), en una revisió recent sobre estudis i instruments d'avaluació en el camp de la salut des d'aquest enfocament d'atenció, assenyala que les publicacions i els estudis que s'han desenvolupat sobre l'ACP en l'àmbit sanitari s'han centrat en dues menes de qüestions. En primer lloc, han descrit allò que es podria considerar com els principis que defineixen la filosofia assistencial i que, per tant, han d'orientar la pràctica sanitària des de l'ACP; entre aquests principis, hi figuren l'elecció del pacient, la compassió, la dignitat, l'empatia, la visió holística o la independència, la individualitat, la integració, la privacitat, el respecte, els drets o la confiança. En segon lloc, les aportacions existents apunten les pràctiques professionals que es poden considerar afins a aquesta filosofia de l'atenció i que, en conseqüència, fan efectiva l'ACP; entre d'altres, es poden citar l'escolta activa, la participació, la presa de decisions compartides, el suport i foment de l'autocura o l'atenció individualitzada.

Per la seva banda, The National Ageing Research Institute (NARI, 2006), en una revisió titulada *What is Person-Centred Health Care?*, resumeix els diferents models basats en l'ACP que s'han desenvolupat en el camp de l'atenció sanitària, tenint en compte les diferents disciplines en què aquest enfocament ha tingut un cert recorregut. Segons aquesta revisió, tres disciplines són les que han realitzat aportacions d'especial interès, en incorporar l'enfocament ACP als seus camps: la medicina, la infermeria i la teràpia ocupacional.

1.4.1. Aportacions a l'ACP des de la medicina

En primer lloc, cal especificar a què es fa referència amb l'expressió *medicina centrada en el pacient*. Aquest terme va ser introduït per Michael Balint (1896-1970) a Anglaterra en la dècada de 1950, en contraposició a la medicina centrada en la malaltia (Stewart & Brown, 2003).

Prado (2012) relata que, durant els anys vuitanta i noranta, van ser fonamentalment dues escoles les que van reprendre aquesta nova aproximació de la relació metge-pacient i van iniciar línies de recerca d'especial interès relacionades amb una visió de la medicina vinculada a la comunicació centrada en el pacient. La primera va ser la que es va desenvolupar des de la Universitat Western Notario (Canadà), on es va formular el model de comunicació centrat en el pacient (Stewart & Roter, 1989; Stewart *et al.*, 1995), que integra sis components: explorar la malaltia i la

vivència de malaltia; tenir en compte la persona completa amb el seu context; buscar acords amb el pacient; incorporar prevenció i promoció de la salut; cuidar la relació metge-pacient i, finalment, fer-ho tot de manera realista i aplicable. Alhora que defineixen el model, desenvolupen tot un sistema d'aprenentatge pràctic, i, el que és més important, un model d'avaluació que els permet començar a demostrar-ne la utilitat en la pràctica clínica. La segona escola va ser liderada pel britànic Pendleton (Pendleton & Hasler, 1983; Pendleton, Schofield, Tate & Havelock, 1984), que va enunciar aquest nou enfocament des d'una aproximació conceptual molt semblant.

Posteriorment, Mead & Bower (2000), tot reconeixent les limitacions del model biomèdic, en una revisió realitzada sobre la medicina centrada en el pacient, han proposat cinc dimensions: perspectiva biopsicosocial; el pacient com a persona; poder i responsabilitat compartida; aliança terapèutica, i el metge com a persona. A més d'aquestes dimensions, la promoció de la salut també ha estat citada per diversos autors com a element crucial en aquest enfocament (Stevenson, 2002; Stewart, 2001).

En segon lloc, l'ACP també ha estat objecte d'atenció des de la perspectiva de les diferents especialitats mèdiques. Aquest enfocament ha estat acollit amb especial interès en l'abordatge de les malalties cròniques i la rehabilitació (Michie, Miles & Weinman, 2003; Renders *et al.*, 2000), la salut mental (Blank, 2004; Corring & Cook, 1999; Meek, 1998; Yurkovich, Smyer & Dean, 1999); la rehabilitació (Cott *et al.*, 2001), les cures pal·liatives (Ashby & Dowding, 2001; Black, 2004; Chaplin, 2004; Tobias & Hamilton, 2002) o la medicina de família (Ryburn, Wells & Foreman, 2008); hi ha abundant literatura sobre aquests temes, que es refereix tant a la conceptualització de l'enfocament ACP en aquests diferents camps de la salut com a les pràctiques desenvolupades i l'eficàcia obtinguda (Duncan, 2011; IOAP, 2007; NARI, 2006). Per bé que en funció del context clínic pot variar l'èmfasi posat en alguns elements, aquestes aproximacions comparteixen la filosofia comuna que s'ha descrit.

A Espanya, l'interès cap a l'ACP en el camp de la medicina és encara molt recent. Les publicacions en geriatria són encara molt escasses (García, 2014) i les aplicacions, pràcticament inexistent. Això no obstant, sí que s'han realitzat algunes aportacions d'interès des d'altres especialitats, especialment des del camp de l'atenció primària i la medicina de família (Borrell, 2011; Coppolillo, 2013).

Cal, finalment, destacar la tendència actual de substituir el terme *medicina centrada en el pacient* pel de *medicina o pràctica clínica centrada en la persona*, tot reconeixent el que aporta en si el concepte de *persona* enfront del de *pacient*. En aquesta línia, es pot destacar la creació, l'any 2011, de la International Network for Person-centered Medicine, l'objecte bàsic de la qual és impulsar la reflexió i la generació de coneixement sobre diferents temes relacionats amb aquest enfocament innovador de la medicina. Mezzich (2010) apunta que aquesta xarxa internacional té com a principal propòsit el desenvolupament d'oportunitats per a una reexaminació crítica de la medicina i l'atenció a la salut, i del lloc central que hi té la persona. Es busca la promoció d'una medicina *de* la persona (de la totalitat de la salut de la persona, incloent-hi la malaltia i aspectes salutogènics), *per a* la persona (promovent l'acompliment del projecte de vida que té cadascú), *per* la persona (els clínics s'han de cultivar com a éssers humans plens, científicament responsables i amb altes aspiracions ètiques), i *amb* la persona (treballant de manera respectuosa i col·laborativa, i amb apoderament, amb la persona que consulta) (Mezzich, Snaedal, van Weel & Heath, 2009). Entre els elements clau de la medicina centrada en la persona, se citen els següents: *a)* un ampli marc teòric biològic, psicològic, social, cultural i espiritual; *b)* l'atenció tant a la salut malalta com a la salut positiva; *c)* la recerca centrada en la persona sobre el procés i els resultats de la comunicació clínic-pacient-família, el diagnòstic, el tractament, la prevenció i la promoció de la salut; i *d)* el respecte per l'autonomia, responsabilitat i dignitat de cada persona involucrada, i la promoció d'aliances (Mezzich, Snaedal, van Weel & Heath, 2010a,b).

1.4.2. Aportacions a l'ACP des de la infermeria

L'ACP també ha estat objecte d'atenció per part de la infermeria, i s'ha interpretat el gran potencial d'aquest enfocament per millorar la qualitat de l'atenció. Així doncs, des del camp de la infermeria s'han produït diverses aportacions d'interès que han aplicat els postulats de l'ACP a l'atenció, especialment en allò que es refereix a l'atenció a la gent gran.

En aquesta línia, McCormack (2004) ha proposat diversos components de l'ACP aplicats des de la infermeria a l'atenció de la gent gran: un enfocament humanístic, la relació de proximitat i confiança entre els infermers i el pacient; l'acostament a la biografia del pacient; tenir en compte els valors de la persona i

els significats que aquesta dona a la salut, i contemplar les habilitats i fortaleses de la persona (vs. la dependència).

Per la seva banda, Nolan (2001) ha formulat un interessant marc teòric, *The Senses Framework*, en què es poden integrar d'una manera més comprensiva els diferents agents que prenen part en el procés assistencial: les persones grans, les famílies cuidadores i els professionals. En aquest marc es descriuen una sèrie de necessitats que, en cas de no ser ateses o cobertes, es poden convertir en dificultats per aconseguir una bona atenció. Les necessitats a què es fa referència són: seguretat, sentit de pertinença, percepció de continuïtat, sentit d'utilitat, sensació d'assoliment o progrés i comprensió del que succeeix. L'anàlisi d'aquestes necessitats en cadascun d'aquests tres agents permet obtenir una perspectiva més global de l'atenció i dels aspectes que s'han de contemplar per facilitar una bona cooperació (Nolan Davis, Brown, Keady & Nolan, 2004; Nolan, Brown, Davis, Nolan & Keady, 2006).

En una línia semblant, Walker & Avant (2005) citen els principals atributs del que implica una infermeria centrada en el pacient: enfocament holístic, atenció individualitzada, respecte (reconeixent la competència, a fi que la persona prengui les seves decisions) i apoderament (generant confiança en un mateix i autonomia).

1.4.3. Aportacions a l'ACP des de la teràpia ocupacional

També des de la teràpia ocupacional s'han realitzat aportacions interessants que prenen com a referència l'ACP. Es poden destacar dos models que, inspirats des d'aquest enfocament, guien actualment l'activitat professional de nombrosos professionals: el model canadenc de l'acompliment ocupacional i el model d'ocupació humana.

El model canadenc de l'acompliment ocupacional (Canadian Association of Occupational Therapist, 1991, 1997) es basa en la concepció de la persona com a protagonista del seu propi canvi i considera que la intervenció a través de la teràpia ocupacional ha de ser una estratègia de capacitació de la persona al llarg del seu procés de recuperació.

Law, Baptiste & Mills (1995) han assenyalat set elements clau del que anomenen la *pràctica centrada en el client*:

a) *Autonomia i elecció.* Cal assumir les opinions del client, respectant-ne els valors, per mantenir-ne, així, la dignitat. El client té dret a ser informat d'una manera comprensible perquè pugui prendre les seves pròpies decisions en relació amb l'atenció.

b) *Col·laboració i responsabilitat.* Aquest model reconeix el professional i el client des d'una relació cooperativa en què cada part aporta coneixements i habilitats, i en què ambdós, a més, adquireixen responsabilitats en aquest procés col·laboratiu.

c) *Habilitació.* El focus no se situa en la malaltia i en la carència, sinó en la funcionalitat en la vida quotidiana, en les capacitats i en el benestar.

d) *Congruència amb el context.* Destaca la importància de la comprensió dels papers del client, dels seus valors i interessos, així com de l'entorn cultural en la seva vida, com un element substancial que cal tenir en compte en l'atenció.

e) i f) *Accessibilitat i flexibilitat.* Defensa la disponibilitat i flexibilitat dels serveis, de manera que puguin donar resposta a les necessitats del client.

g) *Respecte a la diversitat.* Valora el respecte a les diferències en valors i creences de les persones, així com que el professional sigui conscient de la necessitat d'equilibrar el poder en la relació que estableix amb cada client.

Per la seva part, el model d'ocupació humana (Kielhofner, 2004), referent important per als terapeutes ocupacionals, neix d'una visió global i humanista de la persona, i de la seva concepció com a subjecte actiu en el seu procés de canvi.

Aquest model entén l'ésser humà com un sistema obert en què interactuen diversos components: l'ambient, que és la situació física, social i cultural en la qual opera el sistema; l'*intake*, que és l'estímul procedent de l'ambient (persones, objectes, esdeveniments); el *throughput*, que és el procés d'anàlisi, elaboració d'aquesta informació per part del nostre organisme i l'organització d'una conducta ocupacional; i, finalment, l'*output*, que es refereix al mateix comportament ocupacional. Aquest model reconeix la naturalesa dinàmica de l'ésser humà que, com a sistema, ha de ser contínuament reorganitzat per respondre a les demandes personals i del grup social al llarg de la vida.

Per explicar la manera com cada persona motiva, organitza i executa el comportament ocupacional, el model d'ocupació humana divideix l'organització

interna del sistema a través de tres subsistemes o nivells jerarquitzats: *a)* volició, compost pels elements estructurals de la motivació que integra, alhora, diferents elements; *b)* habituació, l'estructura del qual inclou components que ordenen el comportament en hàbits i patrons ocupacionals, i *c)* execució, que organitza el repertori d'habilitats.

Segons aquest model, l'acompliment ocupacional és el resultat de la interacció de la persona amb l'ambient. Aquesta afirmació té importants implicacions en la concepció d'intervenció, atès que, a banda que aquesta ha d'estar centrada en el client, partint del context en què la persona es desenvolupa i interactua, gran part de la intervenció consistirà a proporcionar espais ocupacionals per a l'exploració, la competència i l'assoliment. Cal destacar que des d'aquest model s'han creat diferents instruments de gran utilitat per a la intervenció, com ara models d'entrevistes o qüestionaris i escales d'avaluació.

Malgrat que aquests desenvolupaments comparteixen clarament un fons comú de filosofia assistencial, els diferents recorreguts han contribuït al coneixement amb aportacions d'especial valor que s'han de destacar. Així doncs, cal subratllar que, apostant per l'ACP des de la medicina, s'ha posat un èmfasi especial en qüestions com l'apoderament del pacient i la presa de decisions compartides; des de la infermeria, en la qualitat en l'atenció, entenent-la des de la singularitat de cada persona, que s'integra en el seu recorregut biogràfic i entorn d'atenció; i, finalment, des de la teràpia ocupacional, s'ha apostat per l'objectiu rehabilitador des d'una visió que busca les capacitats personals i les integra amb l'activitat significativa i l'entorn de cada subjecte.

A tall de síntesi del que implica assumir un enfocament ACP en salut i atenció sanitària, resulta pertinent mencionar els cinc principis enunciats per The National Ageing Research Institute (NARI, 2006), que destaquen la idea que tots aquests deriven d'un nou concepte de relació cooperativa entre el pacient i el professional de la salut:

a) Considerar i conèixer el pacient com a persona, a partir d'un enfocament holístic i una aproximació individualitzada.

b) Compartir poder i responsabilitat, tot reconeixent el pacient com a expert de la seva pròpia salut, i la importància de la presa de decisions compartides, la informació i el consens.

c) Accessibilitat i flexibilitat, que es refereixen tant als professionals de salut com al servei.

d) Coordinació i integració, considerant l'experiència total des del punt de vista de la persona usuària.

e) Un entorn que desenvolupi una atenció centrada en la persona, des del suport dels professionals, i uns procediments centrats en la persona que resultin senzills per a la persona usuària.

1.5. La planificació centrada en la persona en l'atenció a la discapacitat

La planificació centrada en la persona (PCP) sorgeix durant els anys setanta i vuitanta del segle XX, fonamentalment als EUA, com un moviment de reivindicació dels drets de les persones amb discapacitat i, especialment, entorn de l'objectiu de la normalització. Grups d'afectats, familiars i professionals van generar una reflexió important sobre els conceptes, els serveis i les formes d'intervenció cap a les persones amb discapacitat imperants en aquell moment. El propòsit principal d'aquest moviment va ser la defensa de l'autodeterminació i la visibilització de les capacitats de les persones amb discapacitat intel·lectual, procurant instruments i procediments que permetessin aconseguir aquests objectius (Sevilla *et al.*, 2009).

La PCP se sustenta en diverses assumpcions bàsiques (López *et al.*, 2004):

> Cap persona no és igual a cap altra i, per tant, l'atenció individualitzada ha de ser el valor central dels serveis que presten suport a les persones.

> La persona és el centre del procés de planificació. Es parteix dels seus drets, el focus se situa en les capacitats, les preferències i les eleccions de les pròpies persones. Els suports que es necessiten per fer-ho prenen la màxima importància.

> La interdependència del subjecte amb la seva xarxa social més propera. La família i els amics són essencials en el desenvolupament del projecte vital de la persona amb discapacitat i tenen un paper clau en l'exercici de l'autodeterminació.

La PCP ha estat definida bàsicament com una metodologia facilitadora perquè la mateixa persona amb discapacitat tingui un paper actiu i exerceixi més control sobre la seva pròpia vida. Per aconseguir-ho, pot ser necessari, si la persona

presenta una greu afectació, l'exercici de l'autodeterminació de manera indirecta, és a dir, mitjançada per altres persones, oferint un grup social referencial, així com els suports necessaris.

S'han creat diferents metodologies a fi que la persona, amb el seu grup de suport, s'impliqui activament a planificar i millorar el seu futur (Mount, 1990, 1991). A continuació, se citen algunes de les metodologies PCP que han tingut més aplicació i que, tot i que ja tenen diverses dècades d'història, encara avui s'utilitzen per facilitar els processos d'autodeterminació de les persones amb discapacitat intel·lectual (Van Dam, Ellis & Sherwin, 2008; Sevilla *et al.*, 2009):

a) *Making Action Planning* (MAPs) (Forest & Lusthaus, 1989). Aquesta metodologia sorgeix en el context escolar, encara que també s'utilitza en adults. Permet identificar les capacitats i aspiracions de la persona amb discapacitat, així com els suports que necessita. Pretén perfilar un pla d'acció d'acord amb els interessos de cada persona i, per fer-ho, es delimiten els suports i les responsabilitats que adquireix el grup de suport. Se n'ha assenyalat la utilitat, especialment en el procés inicial de l'ACP en què és fonamental el coneixement de la persona, els desitjos relacionats amb la seva vida i les seves preocupacions.

b) *Planning Alternative Tomorrows with Hope* (PATHs) (Pearpoint, O'Brien & Forest, 1995). Pretén facilitar la consecució d'un futur desitjable per a la persona amb discapacitat. Es diferencia del MAPs en el fet que, mentre que aquesta se centra més a recollir informació i conèixer la persona, els PATHs se centren en la manera com planificar un objectiu concret i desitjat per la persona, i com coordinar els suports que necessita per fer-ho. És una de les eines PCP més utilitzades.

c) *Personal Futures Planning* (PFPs) (Mount, 1987). Pretén conèixer la persona i la seva vida actual, generant noves idees sobre quines aspiracions o quins canvis serien positius en un futur. El procés de planificació explora possibilitats en la comunitat i identifica els canvis que requereixen els serveis.

d) *Essential Lifestyles Planning* (ELPs) (Smull & Burke-Harrison, 1992). Es va desenvolupar per facilitar els trànsits des de recursos institucionals cap a la vida en comunitat de les persones amb necessitats importants de suport. Resulta d'especial interès per identificar allò que actualment no funciona bé en relació amb la vida i atenció que té la persona amb discapacitat. No contempla

específicament els somnis de la persona, però es fixa en els suports que aquesta necessita per obtenir, en el dia a dia, el que té sentit i és important per a ella.

Les diferències principals entre aquestes metodologies se situen, en primer lloc, en si el focus d'atenció és a llarg termini o se centra més en el dia a dia, i, en segon lloc, en la manera com es registra la informació (Robertson *et al.*, 2005). Tenen en comú que fan referència a la persona, a les seves capacitats, a allò que és important per a ella, així com als suports que calen per complir el pla consensuat en el grup de suport.

Totes aquestes metodologies requereixen seguir un procés ben planificat d'implementació, en el qual s'han de destacar alguns elements metodològics: a) la figura del facilitador del procés que actua com a coordinador de tot el desenvolupament metodològic; b) la presència d'un grup de suport compost per persones rellevants que puguin contribuir a planificar el projecte de vida de la persona amb discapacitat; i c) l'ús de diversos instruments senzills d'utilitzar (mapes de relacionals, biogràfics, de preferències), dissenyats per donar suport a un procés participatiu en què la persona s'implica, juntament amb el seu grup de suport (Serra, 2006).

A més, s'ha d'emfatitzar que la PCP s'entén com un procés continu en què l'escolta i l'aprenentatge modulen els cursos d'acció. Es tracta, per tant, d'un procés flexible i obert al canvi, disposat a adaptar-se a les diferents necessitats, als desitjos i a les aspiracions de la persona en les diferents etapes i circumstàncies de la seva vida (López *et al.*, 2004).

Finalment, cal fer referència als desenvolupaments que la PCP està tenint en les persones amb discapacitat intel·lectual que estan en procés d'envelliment, abordatges i intervencions que ofereixen aportacions de gran interès en el camp aplicat de la gerontologia. Els programes liderats per FEAPS-Espanya, amb relació a la promoció de l'envelliment actiu i positiu de les persones amb discapacitat, poden considerar-se bones pràctiques d'interès indubtable per traslladar-se als serveis de la gent gran (Pérez, 2002; Berjano i García, 2010).

En aquesta línia de treball, cal citar els projectes relacionats amb l'aplicació de la metodologia People Planning Ahead («planificació personal per avançat») en què es treballa amb la persona, els seus desitjos i les decisions per al futur, relacionats tant amb qüestions de salut com amb el mode de vida i l'atenció al final de la vida

(Creaney-Kingsbury, 2009), o l'aplicació d'intervencions basades en l'enfocament de revisió de vida (Haight, 1979; Haigh & Webster, 1995), utilitzant la metodologia de revisió de vida centrada en successos específics positius (REVISED) (Serrano, 2002; Serrano, Latorre, Gatz & Montañés, 2004; Serrano *et al.*, 2010).

1.6. L'ACP en les persones amb demència

L'ACP ha estat objecte d'una atenció especial en el camp de les demències. Kitwood (1997) va encunyar el terme *atenció centrada en la persona amb demència*, insistint en la urgència de revisar les formes d'atenció existents, especialment als entorns residencials tradicionals.

Les aportacions de Kitwood i del grup que ell mateix va fundar, The Bradford Dementia Group (Universitat de Bradford, Regne Unit), han estat i són un referent important de nombrosos estudis, aportacions i metodologies que aborden l'atenció a les demències.

Segons aquest autor, la presentació de la demència no solament depèn del dany neurològic existent sinó que hi ha altres factors que, en interacció, resulten determinants a l'hora d'entendre el comportament i el benestar de cada persona, com són: la personalitat, la biografia, la salut i la psicologia social, entesa, aquesta última, com l'entorn social que envolta la persona (Kitwood, 1992, 1993).

Enfront del recorregut iniciat dues dècades abans pel moviment en l'atenció a les persones amb discapacitat des dels postulats de la planificació centrada en la persona, cal destacar que aquesta va ser la primera aproximació conceptual de l'ACP a la gent gran. Realment, va suposar una mirada innovadora en l'atenció a la gent gran i, en especial, a aquells que patien una demència, atès que fins aquell moment (i potser es podria afirmar que també actualment) els enfocaments clàssics de la geriatria continuaven orientats des del paradigma de la malaltia i d'una organització de serveis d'atenció que classifiquen i atenen les persones segons tipologies o perfils de necessitats associats a les seves principals patologies i deficiències.

Kitwood va posar en relleu la importància d'aquells que acompanyen la persona amb demència en relació amb la seva expressió emocional/conductual i amb la reducció de la discapacitat, i va mostrar la necessitat de capacitar els cuidadors

perquè modifiquessin les actituds i els abordatges. Va insistir en el fet que la falta de comprensió de les necessitats de les persones amb demència, i una interacció negativa i poc comprensiva amb aquestes, allò que el mateix autor qualificava de *psicologia social maligna*, podia ser la causa de moltes alteracions de conducta, que no són res més que la manera com les persones amb aquesta patologia expressen el malestar quan les seves necessitats psicològiques i socials no estan cobertes (Kitwood, 1992, 1993, 1997; Kitwood & Breeding, 1992).

Així doncs, aquest model parteix de la consideració que l'atenció de la persona amb demència ha de contemplar no solament les necessitats neurobiològiques sinó també les psicosocials. Kitwood (1993) va definir cinc necessitats universals de les persones i, per tant, també presents en les persones amb demència: *a)* confort (necessitat de tracte càlid i proper); *b)* identitat (necessitat de saber qui som); *c)* compromís (necessitat de tenir vincles i compromisos); *d)* ocupació (necessitat de sentir-se útil i participar en activitats significatives); i *e)* inclusió (necessitat de sentir-se part d'un grup social, d'evitar l'aïllament i la solitud).

Incorporar l'anàlisi d'aquestes necessitats en l'atenció de la persona amb demència constitueix la base fonamental d'allò que el grup de Bradford ha anomenat *model enriquit de la demència* (Brooker & Surr, 2005).

Les pràctiques assistencials que no cobreixen aquestes necessitats (quadre 1) augmenten el malestar de la persona i provoquen, en no poques ocasions, les anomenades alteracions del comportament, que des d'aquest model tendeixen a entendre's i interpretar-se com a expressions de necessitats no cobertes.

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| > Intimidat | > Acusar | > Cosificar |
| > Evitar | > Manipular | > Estigmatitzar |
| > Ritme inadequat | > Invalidar | > Ignorar |
| > Infantilitzar | > Desapoderar | > Excloure |
| > Etiquetar | > Imposar | > Fer burla |
| > Desautoritzar | > Interrompre | |

Quadre 1. Detractors personals en la interacció amb les persones amb demència (traduït de Kitwood, 2003)

Partint del model de Kitwood, Brooker (2004, 2005), deixeb-la i integrant del Bradford Dementia Group, ha formulat el model VIPS, en què, a través d'una equació, proposa quatre elements constitutius de l'atenció centrada en la persona amb demència (PCC= V+I+P+S). La V fa referència a la valoració de la persona amb demència, així com de les persones que se n'ocupen; la I, al tracte individualitzat; la P, a la perspectiva de la persona amb demència i la S, a l'entorn social positiu en què la persona experimenta benestar.

A més, aquesta autora ha dissenyat un instrument que permet avaluar el progrés en la millora dels serveis: *The VIPS Framework Quality Assurance Tool for Person Centred Dementia Services*. Aquesta eina proposa diversos indicadors, vàlids tant per a l'autoavaluació com per a l'avaluació externa, relacionats amb els quatre components enunciats en el model VIPS (Brooker, 2007).

A més de les aportacions procedents del Bradford Dementia Group, freqüentment citades en la literatura existent, cal destacar, en el camp de l'atenció a les persones amb demència, altres contribucions d'interès.

Des d'una mirada psicosocial de la demència, en què la malaltia o patologia no és l'aspecte únic ni predominant, Mity & Flores (2007) destaquen altres models afins a l'ACP, com ara el model de les necessitats no cobertes en les demències, el model del descens del llindar de l'estrès, les aportacions de rols i autoidentitat o el mètode d'estimulació de les capacitats de les persones amb demència des de les activitats quotidianes de Maria Montessori; alguns d'aquests models estan validats a Espanya (Buiza, Etxeberría i Yanguas, 2005; Buiza *et al.*, 2004; Buiza, Etxeberría, Yanguas i Camp, 2006; Yanguas *et al.*, 2007). Totes aquestes propostes suposen un gir important en l'abordatge de les persones amb demència i obren noves alternatives en les intervencions (Mity & Flores, 2007).

Un grup d'especial interès pels models orientats des de l'ACP són les persones amb una demència severa. Edvardsson, Winblad & Sandman (2008), en una revisió realitzada sobre l'ACP aplicada a persones amb malaltia d'Alzheimer de grau sever, posen en relleu la importància que aquestes continuïn essent reconegudes des de la seva qualitat de «persones», i com aquesta consideració –existent o inexistent– influeix en la definició de la bona atenció.

Aquests autors argumenten que les persones amb Alzheimer que estan en una fase avançada de la malaltia, a causa del seu progressiu i irreversible

deteriorament cognitiu, tendeixen a ser percebudes, per aquells que les cuiden, com a subjectes mancats de «personalitat». Des d'aquesta percepció, la bona atenció es tendeix a identificar amb l'atenció exclusiva de les necessitats físiques (alimentació, seguretat, higiene, hidratació, control del dolor, etc.), ignorant les necessitats psicossocials, cosa que pot conduir a la «cosificació» i despersonalització de l'atenció.

Si, al contrari, es concep que les persones amb una demència severa mantenen, en part, la seva personalitat, el concepte de bona atenció inclou, a més de l'atenció a les seves necessitats físiques, objectius com ara mantenir la comunicació, procurar un entorn adequat que cobreixi les necessitats psicocials i, per tant, proporcionar una atenció que va més enllà de la mera realització d'un conjunt de tasques assistencials.

Aquesta mirada cap a les persones amb demència avançada, la defensen enfocaments que ja tenen un llarg recorregut, com l'interaccionisme simbòlic (Blumer, 1969; Goffman, 1959; Mead, 1934), en què el *self* es concep com una construcció social i depèn, per tant, del context social en què la persona conviu. Aquesta visió s'ha vist refermada, igualment, per alguns estudis que mostren que persones amb demència severa que són ateses en entorns positius en què se'ls continua atorgant la consideració de persones, aquestes tendeixen a mantenir comportaments més competents i fins i tot arriben a exhibir moments de «lucidesa» (Norman, Norberg & Asplund, 2002; Norman, Henriksen, Norberg & Asplund, 2005; The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006). En una línia semblant, la teràpia de validació proposada des de ja fa diverses dècades per Feil (1993) es basa també en el reconeixement de les persones amb demència i les seves necessitats psicossocials, proposant diferents tècniques de comunicació verbal i no verbal per facilitar el contacte i la comunicació interpersonal amb elles.

En aquest sentit, Edvardsson *et al.* (2008) enumeren els principals components de l'ACP en relació amb les persones amb una malaltia d'Alzheimer de grau sever: *a)* considerar que la personalitat en les persones amb demència «s'amaga», enfront de la idea que es perd totalment; *b)* conèixer la singularitat de la persona amb demència en els diferents aspectes de l'atenció; *c)* oferir atenció i entorns personalitzats; *d)* possibilitar les decisions compartides; *e)* interpretar la conducta des de la perspectiva de la persona; i *f)* donar la mateixa importància als aspectes relacionals que a les tasques assistencials.

També cal mencionar, quant al desenvolupament de l'ACP en l'atenció a les persones amb demència, les valuoses aportacions de nombrosos grups de recerca europeus i de diverses entitats governamentals i no governamentals. Es pot, en aquest sentit, citar l'activitat de la fundació francesa Medèric Alzheimer, des del web de la qual s'ofereix, d'una manera actualitzada, informació interessant sobre les intervencions més noves i les bones pràctiques més recents, plantejant importants claus d'allò que suposa, des d'un punt de vista relacional i ambiental, un nou escenari en l'atenció a les persones amb demència (Guisset, 2008). De la mateixa manera, resulten de gran valor les aportacions que des del Dementia Services Development Centre de la Universitat d'Stirling (Escòcia) es realitzen sobre programes formatius per a professionals i familiars (Croy, 2014; Stevenson & Chapman, 2008) i, especialment, en relació amb el disseny ambiental per a persones amb demència (Dementia Services Development Centre, 2011a,b; Fuggle, 2013).

Finalment, cal destacar que els temes i objectius que planteja l'ACP relacionats amb la personalització de l'atenció i la importància de la vida quotidiana estan obrint vies de treball interessants en neurociències, en general, i en neuropsicologia, en particular, en el camp de les demències. D'aquesta manera, recerques relacionades amb l'*awareness*, i especialment sobre els factors contextuals i factors que propicien o no el manteniment i la seva expressió (Aalten, van Valen, Clare, Kenny & Verhey, 2005; Clare, 2004; Clare, Marková, Roth & Morris, 2011; Morris & Hannesdottir, 2004); estudis referits a l'*engagement* (grau d'implicació en les activitats) (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali & Marx, 2009; Overshott & Burns, 2009); les aproximacions més ecològiques centrades en la vida diària (Giovannetti, Libon & Hart, 2002); treballs que fan referència al coneixement de les persones amb demència (Klein, Cosmides & Costabile, 2003; Klein, German, Cosmides & Gabriel, 2004; Levine, 2004) o el desenvolupament d'intervencions conjuntes amb cuidadors i persones que pateixen la malaltia (Whitlatch, Judge, Zarit & Femia, 2006; Bakker *et al.*, 2011; Van't Leven *et al.*, 2013), donen compte de la importància cada vegada més gran que adquireix la «persona».

1.7. Acepccions de l'atenció centrada en la persona en els serveis gerontològics

Tenint en compte aquesta diversitat en els termes, les definicions i les aportacions, Martínez (2011) ha recomanat la conveniència de diferenciar tres tipus d'accepccions que hi ha al darrere de les diferents aproximacions conceptuals i definicions que s'han proposat en el marc dels serveis gerontològics: l'ACP com a enfocament, l'ACP com a models conceptualitzadors i l'ACP com a intervencions o metodologies d'intervenció afins a aquest enfocament.

a) L'ACP com a enfocament d'atenció

L'enfocament fa referència a la filosofia de l'atenció. L'ACP, com a enfocament, comprèn un conjunt de principis o enunciats que orienten l'atenció. La dignitat de les persones, el reconeixement de la seva singularitat, el respecte per les seves decisions i mode de vida, els valors o la mirada cap a les capacitats són enunciats que es repeteixen en les diferents aproximacions que es poden emmarcar dins de l'enfocament ACP.

Martínez (2013a) ha proposat, a tall de decàleg (quadre 2), deu assumpcions que caracteritzen aquest enfocament aplicat a l'atenció gerontològica.

1. Totes les persones tenim dignitat. La dignitat implica que qualsevol persona, pel fet de ser humana, és valuosa, és un fi en si mateixa i no pot ser tractada com un mitjà. Amb independència de l'edat, les malalties, l'estat cognitiu o el grau de discapacitat o de dependència, les persones grans són posseïdores de dignitat. Per tant, han de ser tractades amb la mateixa consideració i el mateix respecte que les altres persones.

2. Cada persona és única. Cap persona gran no és igual a cap altra. Cada persona té el seu propi projecte vital. Per tant, l'atenció personalitzada és imprescindible.

3. La biografia és la raó essencial de la nostra singularitat. La biografia és el que converteix cada persona gran en única. Per tant, es converteix en el referent bàsic del pla d'atenció i vida.

4. Les persones tenim dret a controlar la nostra pròpia vida. La persona gran es considera com un agent actiu i protagonista del seu procés d'atenció. Per tant, es respecta l'autonomia de les persones i es busquen oportunitats i suports perquè tinguin control sobre l'entorn i la vida quotidiana.

5. Les persones amb afectació cognitiva greu també tenen dret a exercir la seva autonomia. L'autonomia no és una capacitat única i fixa, sinó que depèn de la situació i dels suports que tingui la persona. I es concep, a més de com a capacitat per prendre decisions, com un dret. Per tant, no es renuncia a treballar des de l'autonomia amb les persones greument afectades, sinó que s'identifiquen oportunitats i suports i s'exerceix des de la representació o l'exercici indirecte.

6. Totes les persones tenim fortalezes i capacitats. Les persones grans tenen fortalezes i capacitats. Per tant, la mirada professional no solament té en compte els dèficits i les limitacions, sinó que parteix de les fortalezes i capacitats de cada persona per enfortir-les en les intervencions i per relacionar-s'hi.

7. L'ambient físic influeix en el nostre comportament i benestar. L'ambient físic té una gran importància en el benestar físic i subjectiu, especialment en les persones en situació de dependència. Per tant, cal aconseguir entorns accessibles, confortables, segurs i significatius.

8. L'activitat quotidiana té una gran importància en el benestar de les persones. Allò que és quotidià, el que succeeix en el dia a dia, les activitats que realitzen les persones grans, tot influeix de manera determinant en el seu benestar físic i subjectiu. Per tant, es procura de fer activitats plenes de sentit que, a part de servir d'estímul i de facilitar les intervencions terapèutiques, resultin agradables i facin sentir bé les persones.

9. Les persones som interdependents. Ens desenvolupem i vivim en relació social i tots necessitem els altres per conèixer i realitzar-nos plenament. El fet de mantenir relacions socials té efectes positius en la salut i el benestar de les persones. Això passa al llarg de tota la vida, i especialment quan les persones es troben en situació de dependència. Per tant, els altres —els professionals, la família, els amics o els voluntaris— són essencials en el desenvolupament del projecte vital de les persones, i tenen un paper clau en l'exercici de l'autodeterminació i en l'assoliment del benestar físic i subjectiu.

10. Les persones som éssers multidimensionals subjectes a canvis. En les persones grans, hi interactuen aspectes biològics, psicològics i socials. Requereixen suports diversos i ajustats a les diferents situacions. Per tant, cal oferir atenció des d'intervencions integrals, coordinades i flexibles.

Quadre 2. Decàleg de l'atenció centrada en la persona en els serveis gerontològics (traduït de Martínez, 2013a)

En aquest sentit, és possible afirmar l'existència d'un enfocament ACP comú que inclou un conjunt de valors i enuncisats compartits, que parteixen d'una visió global i humanista de la persona, i que, a més, incorpora els principis ètics de l'atenció a les pràctiques professionals basades en l'evidència.

b) L'ACP com a model d'atenció

Diversos autors han destacat la complexitat i multidimensionalitat de l'ACP (McCormack, 2004; Edwardsson & Innes, 2010). Aquestes característiques, possiblement, han conduït a la diversitat dels models explicatius existents. De fet, les aportacions són diverses i, mentre que alguns models ofereixen marcs conceptuals de l'ACP (Nolan *et al.*, 2004; Kitwood, 1993, 1997; Brooker, 2004, 2007; Rodríguez, 2010), d'altres han estat elaborats amb objectius més operatius, com la construcció d'instruments d'avaluació (Coyle & Williams, 2001; Chapell *et al.*, 2007; Edwardsson *et al.*, 2010) o per servir de guia en processos de millora de l'atenció. En aquest sentit, Martínez (2011) recomana que potser el més correcte sigui parlar, en plural, de *models ACP* (enfront *del model ACP*) que conceptualitzen o desenvolupen aquest enfocament.

Quant als diferents components o factors presents en els models que tracten de conceptualitzar l'ACP en serveis d'atenció de llarga durada a la gent gran, cal diferenciar, essencialment, dues dimensions: l'atenció personalitzada o dirigida per la persona i l'entorn.

En la primera dimensió, relacionada amb l'atenció personalitzada, s'hi inclouen factors o components com el reconeixement de cada persona com a ésser singular i valuós (Brooker, 2007; White, Newton-Curtis & Lyons, 2008), el coneixement de la seva biografia i del mode de vida (Chapell, Reid & Gish, 2007; Edwardsson *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008), l'autonomia personal (Chapell *et al.*, 2007; Edwardsson *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008), la personalitat i perspectiva de la persona (Brooker, 2007; White *et al.*, 2008), l'atenció individualitzada (Brooker, 2007; Edwardsson *et al.*, 2010) o la relació social (White *et al.*, 2008).

Pel que fa a la segona dimensió, referida a l'entorn de cures o atenció –que pot actuar com a facilitador o com a obstacle en la dispensació d'una atenció personalitzada– s'han assenyalat factors diversos, entre els quals es poden citar l'espai físic (Edwardsson *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008), l'activitat quotidiana

significativa (Brooker & Woolley, 2007; Harmer & Orrel, 2008) o diferents variables de l'organització (Chapell *et al.*, 2007; Edvardsson *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008).

c) L'ACP com a intervencions i metodologies afins

L'intent de definir i acotar què és l'ACP també s'ha efectuat des d'una mirada més propera a la intervenció. En aquest sentit, alguns autors han enumerat les pràctiques, estratègies o tècniques més afins a aquest enfocament, entre les quals hi ha intervencions molt diverses com la incorporació de la biografia en el disseny del pla d'atenció (Clarke, 2003; May, Edwards & Brooker, 2009; Villar, 2006), les metodologies que permeten la incorporació de les persones en el disseny del seu pla d'atenció (Villar, Vila-Miravent, Celdrán i Fernández, 2013), la intervenció a través de les reminiscències (Haight & Webster, 1995; Martínez, 2012; Serrano, Latorre, Gatz i Montañés, 2004; Woods & Mc Kierman, 1995), les tècniques de validació (Neal & Barton Wright, 1999), l'organització de l'atenció des del benestar i les preferències de les persones –enfront de l'organització de l'atenció per protocols de tasques– (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2005) o diferents intervencions ambientals encaminades a aconseguir un espai físic casolà i significatiu (Brawley, 2006; Knudstrup, 2011; Regnier, 2012).

En relació específica a les bones pràctiques o canvis desenvolupats als nous allotjaments per a la gent gran que estan en procés de canvi de model, Bowers *et al.* (2007) han identificat les iniciatives assistencials que amb més freqüència s'han anat incorporant als centres nord-americans adherits a l'anomenat *moviment pel canvi cultural de residències*, i que es poden considerar afins a un enfocament centrat en la persona. En aquest sentit, aquests autors citen: la reorganització del centre en unitats de convivència a manera de grups de veïns que conviuen en un espai físic i mode de vida casolà; flexibilitat en l'atenció, per ajustar-se a les rutines que la persona desitja mantenir (en l'horari de menjar, l'hora d'aixecar-se i d'anar-se'n a dormir, activitats a realitzar); opcions noves i diverses per menjar (bufet, aliments fora d'hores de menjador, menjadors casolans en petits grups); ajustar-se al tipus de bany preferit (banyera, dutxa, spa, tècniques de «bany sense batalla»); activitats espontànies, no programades en horaris predeterminats al centre, i enteses com a gaudi i no solament com a teràpia; acceptació de determinades decisions de les persones en relació amb

el rebuig d'alguns tractaments i d'algunes dietes prescrites; col·laborar amb les famílies, a fi que portin objectes i pertinences per decorar la seva habitació i el centre; estimular els professionals perquè mantinguin proximitat i vincles amb les persones usuàries (temps perquè conversin i comparteixin aspectes de les seves vides amb les persones); i convidar les persones grans i les famílies a participar en les reunions en què es tracta el pla d'atenció de cada persona.

1.8. El desenvolupament internacional de l'ACP en els serveis gerontològics

Les aplicacions de l'enfocament ACP als serveis gerontològics han tingut lloc sobretot en els recursos residencials. Això es deu al fet que les residències tradicionals han estat i són objecte de nombroses crítiques per la seva manca de flexibilitat i d'atenció personalitzada (Koren, 2010). El concepte d'atenció i la manera com estan organitzades (horaris i activitats uniformes, falta de privacitat, submissió a múltiples normes, etc.) fa molt difícil que les persones grans que hi viuen i que hi són ateses puguin prendre les seves pròpies decisions, tenir control sobre el seu entorn quotidià i desenvolupar una vida d'acord amb els seus valors, preferències i desitjos (Martínez, 2011, 2013a,b).

L'ACP, en aquest sentit, és considerada una estratègia que pot facilitar la personalització de l'atenció a les residències, i un enfocament referent per orientar tant el disseny de serveis com la bona praxi professional (Martínez, 2009).

Als diferents països que es caracteritzen per un avanç més important en polítiques socio sanitàries, ja fa diverses dècades que s'han posat en marxa iniciatives per apartar-se de models organitzatius medicalitzats i institucionals, i per reorientar els recursos residencials cap a allò que alguns autors recentment han anomenat *models Housing* (Rodríguez, 2012; Díaz-Veiga i Sancho, 2012), tot buscant oferir una atenció professional de qualitat en llocs que semblin i funcionin com una casa, i creant recursos realment orientats a les persones que hi viuen (Díaz-Veiga i Sancho, 2012, 2014; Leichsenring & Strümpel, 1998).

Seguidament, en un primer apartat es fa referència a la descripció del model *Housing*, que engloba diferents tipus d'allotjament per a les persones grans que necessiten atenció i que pretenen allunyar-se del model residencial tradicional. Posteriorment, s'aborden les experiències internacionals de diferents països

desenvolupats en relació amb el canvi de model d'atenció, així com l'interès creixent i el recorregut inicial que té lloc a Espanya en relació amb la necessitat d'un canvi de model d'atenció a les persones grans que necessiten una atenció de llarga durada.

1.8.1. El model *Housing*, una alternativa a les residències tradicionals

El model *Housing* aposta per un desplegament diversificat de suports i recursos que permetin a les persones grans continuar a casa seva, fins i tot quan aquestes presenten nivells importants de dependència. Es pretén, per tant, satisfer els desitjos reiterats de les persones d'envellir a casa, fins i tot quan es necessita ajuda (Rodríguez, 2012).

El model *Housing* proposa, per aquells casos en què per diferents motius les persones grans no poden continuar vivint a casa seva, que l'atenció tingui lloc en allotjaments que, a més de proporcionar l'atenció necessària, s'assemblin tant com es pugui al concepte de llar. La idea és que puguin viure «fora de casa, però com a casa» (Díaz-Veiga i Sancho, 2012, 2014; Leichsenring & Strümpel, 1998).

Tal com ja s'ha comentat, el model *Housing* aplicat als recursos residencials sorgeix fonamentalment com a producte del rebuig de la ciutadania a l'atenció i al mode de vida que ofereixen les clàssiques residències institucionals caracteritzades per una organització amb horaris i normes rígids, falta de privacitat, escassa personalització, activitats escassament significatives i poques oportunitats que les persones decideixin sobre la seva vida quotidiana i exerceixin control sobre el seu entorn (Koren, 2008). Neix de la consciència de la incapacitat de les residències tradicionals per oferir autèntiques llars on les persones grans puguin continuar tenint control sobre la seva vida quotidiana i sentir-se «com a casa» (Martínez, 2013a).

Croucher, Hicks & Jackson (2006) posen de manifest que hi ha una gran varietat de denominacions per referir-se als diferents tipus d'intervencions i d'habitatges que, sota el paraigua de *Housing*, han estat dissenyades per a persones grans fràgils o en situació de dependència, tals com *supported housing*, *integrated care*, *extracarehousing*, *closecare*, *assisted living*, *retirement village*, *retirement community*, *continuing care retirement community*, etc.

A partir d'una síntesi de les aportacions de diversos autors (Díaz-Veiga i Sancho

2012, 2014; IMSERSO, 2005; Leichsenring & Strümpel, 1998; Rodríguez, 2012, 2013; Yanguas, 2007), es poden destacar algunes característiques comunes dels diferents tipus d'allotjaments que es poden englobar en el concepte de model d'allotjament *Housing*:

- > Combinen l'existència d'espais privats que protegeixen la intimitat (habitació individual) amb d'altres de comuns que permeten l'activitat social (sala, cuina, jardins, etc.).
- > Aposten per l'organització en petites unitats de convivència (entre 6-20 persones).
- > Admeten que les persones portin les seves propietats (mobles, pertinences) i les animen a fer-ho per construir una «llar pròpia i significativa».
- > Busquen un mode de vida semblant a la llar i proposen un abordatge terapèutic des de la realització de les activitats quotidianes i significatives per a cada persona (cuinar, cuidar les plantes, sortir a comprar, mantenir contacte amb altres persones, realitzar les aficions, etc.).
- > Ofereixen atenció professional durant les 24 hores, integrant a l'habitatge atencions personal, durant tot el dia, per a les persones amb alts nivells de dependència.
- > L'atenció s'organitza des del grup de persones, des dels seus ritmes i les seves preferències. L'organització de l'activitat quotidiana, la decideixen les persones grans juntament amb els professionals que les cuiden. Les activitats del dia no es planifiquen des d'horaris estrictes vinculats a les tasques assistencials.
- > Defensen la idea d'«habitatge per a tota la vida», la qual cosa implica que les persones que hi viuen, s'hi queden, si així ho desitgen, fins al final, i no es veuen obligades a traslladar-se a un altre recurs davant de processos de deteriorament.
- > Atorguen a les famílies i persones més properes un paper central, facilitant-ne la incorporació a la vida quotidiana de cada unitat.
- > Són recursos integrats a l'entorn. Per aquest motiu, es facilita que es facin sortides pel barri (fer la compra, passejar, anar a una cafeteria, utilitzar serveis culturals...), i el contacte amb els veïns i la comunitat.
- > Les plantes i els animals de companyia són freqüents en aquests allotjaments.

També solen tenir un espai o racó on els nens puguin apropar-se i jugar.

- > Els gerocultors són polivalents i tenen una formació important. A més d'oferir atenció personal i suport per a la realització del conjunt d'activitats quotidianes, són primordials la capacitat d'escolta i les habilitats per buscar oportunitats i activitats que desenvolupin autonomia, independència i benestar a les persones.
- > S'orienten des de l'atenció centrada en la persona, tenint en compte el mode de vida i les preferències de cadascuna d'elles, permeten i afavoreixen que aquestes dirigeixin la seva vida quotidiana, la qual cosa inclou intervenir no solament des de la protecció de la seguretat sinó també des de l'assumpció de determinats riscos.

Per bé que les alternatives desenvolupades són diverses, els allotjaments que s'emmarquen en aquest model busquen garantir el tracte digne i la defensa dels drets de la gent gran, i, especialment, apostar perquè cada persona pugui continuar mantenint el nivell més alt possible d'independència i autonomia (Leichsenring & Strümpel, 1998), adaptant els serveis a allò que les persones volen i consideren important en la seva vida.

1.8.2. L'experiència en països nòrdics

Els països nòrdics van ser pioners i van protagonitzar, ja durant els anys seixanta, un canvi de les residències tradicionals cap a diversos models d'habitatges amb suports per a les persones grans. La seva aposta fonamental ha estat integrar polítiques d'habitatge, sanitat i serveis socials, i impulsar habitatges amb serveis de suport per a les persones en situació de dependència. L'evolució de les últimes dècades s'ha produït des dels models de centres institucionals grans cap a la construcció d'habitatges amb grups molt reduïts de residents que comparteixen espais comuns amb apartaments privats.

En una revisió realitzada per Rodríguez (2013) sobre l'evolució de les residències en diferents països desenvolupats, es posa en relleu que la tendència del canvi de residències tradicionals cap a entorns casolans i d'atenció orientada a les persones, cal situar-la als anys seixanta. Concretament, a Suècia es va iniciar la diversificació de l'oferta residencial, que es va dirigir cap a diferents tipus d'habitatges amb suports, dins del programa nacional *del milió d'habitatges*. Actualment, segons assenyala aquesta autora,

el modelo predominante para personas en situación de dependencia son las denominadas «Viviendas de Grupo», que se componen de un máximo de 10 a 12 apartamentos de unos 30 m cada uno y se distribuyen alrededor de unas estancias comunes para la convivencia en las que se ubica una cocina comunicada con la sala de estar y una terraza y/o jardín de uso común. La característica esencial de su diseño consiste en ofrecer unos equipamientos en los que se garantiza atención durante las 24 horas del día pero en alojamientos normalizados que se parezcan lo más posible a un auténtico hogar.

El disseny i el model d'atenció dels habitatges amb serveis de Dinamarca són molt semblants als suecs. Cal destacar que en aquest país, des de 1987, es va prohibir per llei la construcció de noves residències tradicionals (*Housing for the Elderly Act*). Una decisió ferma que sens dubte deixava clar que el model anterior no era adequat per garantir els drets i el benestar de les persones grans que hi vivien.

A tall de conclusió, cal assenyalar que des de fa anys als països nòrdics gairebé ja no hi ha residències de tipus institucional, i les que hi ha es reserven per a l'atenció socio sanitària complexa (Rodríguez, 2013).

1.8.3. L'experiència als EUA i el Culture Change Movement

Als anys vuitanta, sorgeix als Estats Units un important moviment conegut internacionalment com *The Culture Change Movement* (canvi cultural a les residències de gent gran), corrent que des del seu origen fins a l'actualitat busca promoure i afavorir el trànsit d'un model assistencial institucional sanitari a un model de veritable llar, des d'una atenció centrada en la persona (Koren, 2010).

Atès l'alt interès i la important repercussió d'aquest moviment en el canvi del model tradicional residencial, a continuació se'n detalla l'origen, l'evolució i el desenvolupament.

L'anomenada *coalició de ciutadans pel canvi a les residències*, preocupats per la defensa dels drets de les persones que hi vivien i per la qualitat de l'atenció que rebien, va elaborar un informe descriptiu de la situació, *The Consumer statement of principles for the nursing home regulatory system* (Holder, 1983), que va ser avalat per més de seixanta organitzacions, presentat al Departament of Health and Human Services i, finalment, distribuït al Congrés nacional.

En 1985, The Health Care Financing Administration (actualment reconvertida en Centers Medicare and Medicaid Services (CMS)) i The American Association of Retiered Person (ARRP), amb el suport de la Robert Wood Johnson Foundation, van

publicar l'informe *A consumer perspectiva on quality care: the resident's point of view* (Holder & Frank, 1985), que es va convertir en una referència important per a l'IOM (Institute of Medicine), organisme del qual depèn la regulació normativa de centres residencials als EUA.

L'any 1986, l'IOM va publicar l'informe *Improving the quality of care in nursing homes* (citat a Vladeck, 2003), en què es van plasmar una sèrie de recomanacions per canviar les normatives reguladores dels centres, insistint en la importància d'oferir una atenció satisfactòria per a les persones, així com en la idea que els centres havien de ser, abans de res, llars, i no solament llocs on s'impartissin cures sanitàries.

El pas següent es va produir en 1987, quan el Govern Federal va aprovar la llei OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act), en què es va formular un nou marc normatiu per a les residències tradicionals, que apostava per la defensa dels drets dels residents i per l'enfocament ACP com a orientador del canvi.

A pesar d'una inicial manca de concreció sobre quins elements havien de pilotar el canvi, aquests van ser consensuats entre grups de proveïdors, moviment associatiu i altres defensors del moviment (Koren, 2010). Cal assenyalar els elements següents: l'autodirecció dels residents (elecció i decisió sobre la vida quotidiana); el disseny d'un ambient casolà (entre 10-15 residents per casa o unitat); la recerca d'unes relacions properes (residents, treballadors, famílies); la capacitació dels professionals d'atenció directa; la presa de decisions en les mateixes unitats de convivència, i la millora contínua de la qualitat del procés (Spector, Limcangco & Mukamel, 2006).

A partir d'aleshores, van anar sorgint diferents iniciatives encaminades a millorar la qualitat assistencial de les residències, entre les quals es poden mencionar el *Wellspring Model*, des d'un enfocament clínic, o els nous recursos residencials que, amb la intenció d'apartar-se radicalment del model institucional, es van emmarcar en allò que es va anomenar el *Household Model*, entre els quals hi ha l'*Eden Alternative*, les *Green Houses* o el projecte *Person First* (Koren, 2010; Bowers *et al.*, 2007). A continuació, es fa una breu referència a cadascun d'aquests models.

The Wellspring Model

Aquest model es va plantejar la millora de la qualitat de vida de les persones que

viuen en residències, i va proposar un procés de millora des d'un enfocament en què, tot i que s'incorporen canvis rellevants en relació amb la recerca de la qualitat de vida, continua tenint un gran pes l'enfocament clínic/terapèutic. Contempla dos objectius: millorar les pràctiques assistencials a través de la formació dels professionals i facilitar un canvi en la mateixa organització que permeti aplicar aquests aprenentatges.

El canvi organitzatiu es basa en el reconeixement de la importància dels professionals d'atenció directa per millorar la qualitat de vida dels residents, i en el canvi cap a una organització més horitzontal, en què els professionals de cada unitat puguin tenir més autonomia per prendre decisions que millorin la qualitat de vida de les persones.

El model *Wellspring* assenyalava sis elements organitzatius clau per facilitar el procés de canvi i millorar els recursos residencials (Reinhard & Stone, 2001): 1r) l'aliança d'un conjunt de recursos residencials compromesos amb un procés de canvi; 2n) la infermeria geriàtrica com a agent formatiu dels professionals dels centres; 3r) equips interdisciplinaris formats en àrees específiques d'atenció, per donar suport a professionals d'atenció directa d'altres centres; 4t) la implicació dels diferents departaments del centre per compartir informació i progressos; 5è) l'apoderament dels professionals d'atenció directa i la seva capacitat per prendre decisions que afecten la qualitat de l'atenció dels residents i l'ambient de treball; i 6è) La recollida contínua de dades i la revisió externa dels equips de treball, en relació amb resultats expressats mitjançant indicadors (relacionats amb resultats en les persones usuàries i amb elements de l'entorn).

The Household Model²

Sota aquesta denominació, que es pot traduir per «model familiar o casolà», es proposa integrar tres tipus de canvis per facilitar una transformació profunda de caràcter cultural a les residències: canvis en el disseny físic, canvis en l'organització dels centres i canvis en les relacions interpersonals.

Es pretén aconseguir un ambient que realment sembli el d'una casa, casolà, en què les persones tinguin oportunitats reals de controlar les seves vides. Planteja, per tant, un canvi radical respecte als centres residencials tradicionals de tipus institucional/sanitari.

² El model *Household* es pot considerar semblant al model *Housing*, i comparteix, per tant, les característiques descrites anteriorment en relació amb aquest últim model.

Norton & Shields (2006) assenyalen, en el llibre *The Pursuit of the Sunbeam*, els aspectes essencials que permeten reconèixer el progrés cap a aquests nous plantejaments del model *Household*, així com la profunditat i la qualitat del canvi aconseguit (quadre 3).

- 1.** Es concep el centre com la casa i el «santuari» de cada resident.
- 2.** Les persones que hi viuen dirigeixen les seves vides, individualment i col·lectivament.
- 3.** Es respecta, per norma, la privacitat de cada persona i del seu espai privat (la seva habitació).
- 4.** La cortesia, el respecte a la casa i als que hi viuen són valors importants.
- 5.** Les persones que hi viuen són apreciades i valorades per professionals responsables i amb capacitat descentralitzada de prendre decisions en la gestió de la casa.
- 6.** El lideratge és una característica, no una posició. Els responsables es basen en els valors del model i els afavoreixen, i les pràctiques es dirigeixen a fomentar les potencialitats de les persones.
- 7.** Totes les intervencions, inclosos els tractaments, s'ofereixen per donar suport a les persones segons els seus valors de vida.
- 8.** Es forma comunitat, amb els altres, amb els veïns, amb la família, amb el barri. Cada casa és part d'una comunitat de cases dedicades a l'aprenentatge continu.
- 9.** L'ambient físic és casolà. Es defuig l'ambient i el disseny institucionals.
- 10.** S'obté un recurs saludable i sostenible, aconseguint l'equilibri entre un mode de vida conduït pel resident, el lideratge, l'estructura d'organització, l'entorn físic i la sostenibilitat financera.

Quadre 3. Elements del Household Model (traduït de Norton & Shields, 2006)

L'Eden Alternative

Emmarcada en el model *Household*, l'alternativa *Eden* sorgeix a principis de la dècada dels anys noranta, en el context del moviment de canvi cultural a les residències nord-americanes, com una nova filosofia d'atenció a la gent gran que viu en residències. La filosofia de l'alternativa *Eden* pretén procurar entorns

casolans en què les persones tinguin control sobre la seva vida i visquin des de l'experimentació del màxim benestar possible.

La filosofia d'aquesta alternativa es pot resumir en deu principis (quadre 4), que han d'orientar l'atenció a la gent gran:

- 1.** Combatre les tres plagues que afecten les persones grans institucionalitzades: la solitud, la desesperança i l'avorriment.
- 2.** Afavorir un entorn agradable i el contacte amb les plantes, els animals i els nens.
- 3.** Procurar una relació i una companyia agradable com a antídote a la solitud.
- 4.** Entendre la llar com una comunitat que rep i dona atencions, com a antídote a la desesperança.
- 5.** Procurar que els dies siguin variats, tot donant valor a allò que és espontani com a antídote a l'avorriment.
- 6.** Procurar activitats significatives per a les persones.
- 7.** Un tractament mèdic al servei de l'atenció a les persones, i no al revés.
- 8.** Eliminar la burocràcia i augmentar la capacitat de prendre decisions de les persones grans i d'aquells que els donen suport i les cuiden.
- 9.** El procés mai no acaba. El progrés humà és inherent a la vida humana.
- 10.** Un lideratge savi.

Quadre 4. Els 10 principis de l'Eden Alternative

Per aconseguir aquest canvi, proposen la creació d'habitatges de petits grups de residents que conviuen a manera de veïnat. Destaquen la importància de la presència quotidiana de plantes, animals i nens per fomentar la relació i les activitats espontànies en el dia a dia. El benestar s'optimitza desenvolupant pràctiques assistencials relacionades amb els dominis següents: identitat, creixement personal, autonomia, seguretat, connexió (amb els altres i amb l'entorn), significativitat i alegria (*Eden Alternative*).

Les Green Houses

A partir de la filosofia *Eden*, la xarxa d'habitatges *Green Houses* va començar l'any 2000 als EUA i progressivament s'ha anat estenent per diferents països.

S'organitzen en petits recursos d'allotjaments (6-12 persones). L'estructura i el disseny físic busquen reproduir un ambient casolà, combinen espais privats (habitació i bany) amb espais comuns (sala, menjador, cuina i jardins) de fàcil accés per a les persones grans.

L'atenció, la dispensa una nova figura professional anomenada *shahbaz* que funciona a manera de cuidador i proporciona una atenció integral amb gran polivalència (realitzen l'atenció personal però també altres tasques relacionades amb la preparació d'àpats, bugaderia, etc.); la formació d'aquests professionals és molt acurada. Altres professionals com infermers, fisioterapeutes, etc. visiten les cases, i hi intervenen a manera de consultors. Les decisions de la vida diària, les prenen les persones grans juntament amb els *shahbaz*; a més, les visites, famílies i amics, s'incorporen en les activitats i en la vida quotidiana d'aquestes petites cases.

The Person First Model

Aquest model també se situa dins del model *Household*, i destaca els principis fonamentals següents: el control de la vida quotidiana per part dels mateixos residents, incloent-hi la presa de decisions que impliquen riscos; la importància de l'entorn (físic, psicològic i social), per reduir la pèrdua de control que té la persona d'aquest entorn; i la importància de portar una vida significativa tenint en compte els valors i les preferències de les persones, i no solament les seves habilitats.

Emfatitza la formació del professional d'atenció directa i dona molta importància al desenvolupament de l'empatia amb les persones usuàries, i al coneixement de les persones, els seus costums i les seves preferències en la vida quotidiana.

En aquest breu repàs d'allò que va ser i continua essent el moviment pel canvi cultural a les residències nord-americanes, també s'ha de posar en relleu el treball que han realitzat i realitzen diferents organitzacions, l'activitat i trajectòria de les quals ha suposat un important impuls a l'extensió d'aquest moviment.

Cal, en aquest sentit, destacar la tasca de la xarxa Pioneer Network, constituïda el 1997, que, amb suport i col·laboració estatals, lidera aquest moviment i hi dona suport, aportant documents tècnics i metodologies per a la implementació del canvi i per a la seva avaluació, que són de gran interès; també cal remarcar la tasca realitzada pel Picker Institute (actualment The Institute for Patient-and Family-Centered Care) que també hi contribueix, oferint informació i recursos de gran interès per donar suport al canvi cultural en l'atenció de llarga durada.

Com a resum, es pot afirmar que The Culture Change és un moviment que va partir de l'exigència ciutadana, disconforme amb el model residencial tradicional, perquè limitava les llibertats i el benestar de les persones, i que, a més, ha tingut suport governamental i dels proveïdors de serveis privats. Això ha fet que s'hagi convertit en una aposta nacional de gran rellevància i transcendència per avançar cap a una nova visió de l'atenció a la gent gran, en què es vetlli per la protecció de la dignitat i els drets de les persones que viuen en centres residencials.

1.8.4. L'experiència en altres països

Avançar cap a un concepte de salut i d'atenció de llarga durada orientats des de les propostes de l'ACP és una tendència actual que va creixent en interès i extensió en diferents països desenvolupats.

A continuació, es destaquen, pel seu interès, dues iniciatives governamentals, portades a terme al Regne Unit i a Austràlia, per haver apostat decididament per incloure l'enfocament ACP com una línia estratègica de millora en els sistemes de salut i de serveis socials.

Des de fa diverses dècades, el Regne Unit és, sens dubte, un exemple d'aquesta aposta de progrés, tant en salut com en serveis socials, cap a les propostes de l'ACP.

Pel que fa a l'atenció a la gent gran, es poden destacar alguns programes que s'han posat en marxa des de fa anys, com Homes are For Living In (Department of Health, UK Government, 1989), la reforma duta a terme l'any 2000 en centres residencials (The National Health Service (NHS), 2000 Reform) o The National Service Framework (NSF) for old people (Department of Health, UK Government, 2001), que ja incloïen principis clau, com ara la no discriminació per l'edat i l'atenció centrada en la persona. Posteriorment, es pot destacar el programa

Living well in later life (Health Care Commission, The Commission for Social Care Inspection & The Audit Commission, 2006) i, actualment, The Care Act 2014, dirigida, aquesta última, a diversos grups receptors d'atencions (no solament les persones grans).

A més, cal remarcar la important tasca que està desenvolupant The Care Institute for Excellence (SCIE), encarregat d'impulsar una atenció de qualitat en el marc dels serveis socials. El seu recurs, www.scie.org.uk, és, sens dubte, un dels llocs web especialitzats de més qualitat, en què es pot trobar una excel·lent i àmplia documentació i audiovisuals que incorporen a la qualitat tècnica de la intervenció social, la perspectiva del concepte de dignitat en l'atenció i en les cures.

Per la seva banda, el Govern d' Austràlia també s'ha decantat per incloure l'enfocament ACP en les línies estratègiques de millora, en la definició del sistema de salut i d'atenció a la gent gran (Dow, Haralambous, Bremner & Fearn, 2006).

En la pàgina web oficial del Ministeri de Salut d'aquest país, www.health.vic.gov.au/older, es pot trobar informació abundant sobre l'enfocament ACP, així com recursos per facilitar-ne l'aplicació en l'atenció a la gent gran. Des d'aquestes instàncies governamentals, en les últimes dues dècades s'han promogut importants reformes que han inclòs línies estratègiques de millora que incorporen, d'una manera decidida, els plantejaments de l'ACP. Cal destacar el desenvolupament de projectes com: Long Stay Older Patients (COAG LSOP), als anys 2006-2010; The National Health and Hospitals Reform Commission, 2008; el programa de reforma Living Longer Living Better (Australian Government, 2012) i la iniciativa actual Improving care for older people: a policy for Health Services (The Department of Health of State Government Victoria, 2011).

Altres desenvolupaments que estan apostant per situar un enfocament ACP com a eix de qualitat dels serveis per a la gent gran, són liderats des d'àmbits no governamentals i per grups de recerca vinculats a diferents universitats. Reconeixent la pràctica impossibilitat de conèixer i d'accedir a tots aquests desenvolupaments, es poden citar, només a tall d'exemple, algunes iniciatives com les següents: l'Alzheimer Society of Canada, que aposta obertament per aquests models en l'atenció a les persones amb demència; el moviment relacionat amb la rehabilitació i impulsat des de la Canadian Association of Occupational Therapists; les aportacions de l'Institut Europeu Picker, soci de l'institut fundador

nord-americà citat anteriorment (Picker Institute Europe), que donen suport a l'extensió del canvi de model cap a l'ACP tant en hospitals com en residències; o el projecte WEDO, en el qual s'ha consensuat un document que proposa un marc europeu de qualitat dels serveis d'atenció a llarg termini (AGE Platform Europe & European Association for Directors of residential Homes for the Elderly, 2012), en què l'enfocament ACP apareix assenyalat com un dels principis orientadors d'aquest marc.

Resulta d'especial interès l'evolució que els models residencials propers a les propostes de l'ACP han tingut en les últimes dècades. Segons explica Rodríguez (2012), en l'article *Las residencias donde queremos vivir*, en què realitza una revisió de l'evolució internacional dels recursos residencials, «en países europeos como Reino Unido, Alemania, Holanda o Francia se sigue experimentando una evolución hacia modelos de viviendas normalizadas en las que viven pequeños grupos de personas, sobre todo para quienes presentan deterioros cognitivos o demencia».

De la mateixa manera, cal fer una menció especial, pel que va suposar en la difusió del canvi de model, de la constitució, en la dècada dels noranta, del Salmon Group, afavorit per la Comissió Europea, precisament per impulsar una xarxa d'unitats de convivència com a allotjaments alternatius a les residències tradicionals. Moltes de les unitats de convivència posades en marxa van ser destinades a persones amb demència. Les petites unitats de convivència es van estendre, a part dels països nòrdics, fonamentalment per Holanda, Bèlgica, el Regne Unit, Alemanya o França (Martínez, 2013a).

La seqüència descrita per Montero (2012) sobre el cas alemany, pot servir per exemplificar l'evolució i la tendència europea, que, tot i presentar diferents matisos i ritmes, s'ha repetit als diferents països. Aquest autor assenjala que a Alemanya s'ha produït una evolució des de models residencials asilars (anys 40-60 del segle XX), passant pels models hospitalaris (anys 60-70), fins a una concepció més centrada en les capacitats (anys 80), i especialment a partir dels noranta, en què predominen patrons semifamiliars, petites unitats convivencials en què la qualitat de vida ja no està subordinada als requisits tècnics de l'atenció. Actualment, es busquen models permeables que permeten combinar diferents tipus d'atenció, en els quals té una importància central l'autonomia de la persona que necessita les atencions, i es dona un valor especial a la biografia de les persones.

En la citada revisió, Rodríguez (2012) conclou, sobre aquest tema, que

la tendència en el àmbit internacional indica una evolució en los models de allotjaments que constitueixen una clara alternativa a la residència de tipus institucional, guanyant força aquells que posen el èmfasis en caracteritzarlos com la vivenda pròpia i en la preservació de la autonomia personal. Comparten certes característiques amb les residències convencionals en quant a atañe a la prestació de serveis: manteniment, espais comuns compartits per la relació i la realització d'activitats, atenció professional garantida i disponible les vintiquatre hores del dia, convivència amb persones de la mateixa generació, etc., però se diferencien d'elles en el model d'atenció, marcat per la personalització, les activitats quotidianes amb funció terapèutica, l'alta implicació familiar i la flexibilitat. En quant al disseny, hi ha bastantes diferències que se consideren claus, com el logre d'un ambient domèstic, la decoració personal en pròpia habitació (vivenda) i l'equilibri entre la preservació de la intimitat i l'oferta de llocs comuns de tipus domèstic...

1.9. La implementació de l'ACP

1.9.1. Barreres i facilitadors de l'ACP

Fer realitat els models d'atenció centrada en la persona no és senzill quan els recursos parteixen d'una atenció centrada en el servei i la seva organització. Alguns han qualificat aquest procés de reorientació com un *canvi cultural*, en el sentit que posar en pràctica els enunciats de l'ACP implica una transformació profunda de l'organització, de la seva cultura, dels rols professionals i del seu funcionament (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Collins, 2009; Koren, 2010; Prieto, 2014).

Les dificultats que comporta aquest canvi han estat estudiades tant en el camp de l'atenció sanitària com en els recursos d'atenció de llarga durada a la gent gran.

Diferents organismes i autors han subratllat una diversitat de factors i situacions del sistema sanitari que poden actuar de barreres en la provisió d'una atenció centrada en la persona. En aquest sentit, s'han assenyalat com a obstacles: la manca d'una definició consensuada sobre el concepte de l'ACP, la tendència a dissociar l'ACP de les pràctiques basades en l'evidència, la limitació de recursos humans i l'escàs temps dedicat als pacients, l'absència d'acord sobre quin tipus d'informació s'ha de transmetre, l'actitud d'escepticisme d'alguns professionals cap a aquest enfocament, la percepció dels professionals de perdre el poder si es comparteixen les decisions amb el pacient, la manca de participació

dels pacients i les famílies, la falta d'autonomia dels professionals d'atenció directa en l'atenció quotidiana o les dificultats de comunicació que presenten alguns pacients i el caràcter «institucional» (físic i organitzatiu) que impera als serveis (The International Alliance of Patients' Organizations, 2007; Nay, Bird, Edvardsson, Fleming & Hill, 2009; NARI, 2003, 2006).

Resulta d'especial interès poder identificar les condicions i variables que dificulten, i les que faciliten, l'extensió de l'ACP als centres i serveis d'atenció a la gent gran. Per bé que en el capítol 3 s'exposa d'una manera més detallada la recerca duta a terme sobre la relació entre les variables organitzatives dels serveis i l'ACP, a continuació es fa esment de les condicions i variables més citades en la literatura consultada habitualment, analitzades en els recursos residencials.

a) Les condicions de partida del centre, servei o organització

Algunes condicions de partida que caracteritzen els centres, els serveis i les organitzacions, podrien influir, de manera positiva o negativa, en el progrés cap a l'ACP. Com a condicions facilitadores, s'han mencionat el compromís i el lideratge dels responsables; l'existència d'un model consensuat, els valors del qual es coneixen, es respecten i es traslladen a les pràctiques assistencials; l'existència d'una cultura participativa i d'obertura a la revisió i a la millora contínua o el clima laboral (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Martínez, 2010a,b; Martínez *et al.*, 2014; Misiorski, 2003, 2004; Misiorski & Kahn, 2005; Patmore & McNulty, 2005; Swerissen & Duckett, 2007). També s'ha destacat que la dimensió del centre pot facilitar o dificultar l'aplicació de l'ACP, essent més senzill pels centres de menys capacitat fer efectius aquests models (Martínez, 2010a).

b) El procés de canvi

Altres variables tenen a veure amb la manera com es duu a terme el procés de canvi al centre o servei. En aquest sentit, sembla que actuen com a facilitadors: una informació clara sobre el motiu i el procés de canvi, el bon funcionament dels equips d'atenció quotidiana, la formació i l'acompanyament continuat en el canvi als professionals d'atenció directa; l'apoderament, la implicació i responsabilitat d'aquests professionals en l'atenció quotidiana; la planificació i la progressivitat; la inclusió d'estratègies específiques per a la consolidació dels avanços i el

progrés; o la percepció, per part dels treballadors, dels beneficis que suposen els assoliments obtinguts (Bowers *et al.*, 2007; Martínez *et al.*, 2014; Martínez, 2014b; Misorski & Kahn, 2005; Prieto, 2014; Swerissen & Duckett, 2007).

c) Els sistemes organitzatius del centre o servei

En la literatura consultada també s'ha posat en relleu que determinades metodologies o opcions organitzatives del centre o servei podrien exercir una influència significativa en l'aplicació efectiva de l'ACP. La utilització de protocols assistencials rígids, els procediments de treball organitzats des de criteris en què es prioritza la finalització de les tasques assistencials i el compliment d'horaris uniformes sense atorgar importància a les necessitats i preferències de la persona o la rotació de professionals, s'han interpretat com a elements que dificulten avançar cap a l'ACP (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Patmore & McNulty, 2005).

Per contra, la figura del professional de referència assumida per professionals d'atenció directa, a manera de gestors del cas, que vetllen pel benestar de les persones usuàries (Bermejo, Martínez, Díaz, Mañós i Sánchez, 2009; Bowers *et al.*, 2007; Martínez, 2010a; Díaz-Veiga i Sancho, 2013) o l'organització de les residències en unitats de convivència model *Housing* (Díaz-Veiga i Sancho, 2013; Martínez, 2010a) es mostren com a estratègies amb capacitat per facilitar l'aplicació d'una atenció centrada en la persona.

d) Els professionals que dispensen l'atenció

En l'ACP, els professionals d'atenció directa continuada (gerocultors, auxiliars o categories similars) són considerats la pedra angular del model, atesa la seva proximitat i presència continuada en l'atenció quotidiana, i veuen ampliada la seva responsabilitat i qualificació (Bowers *et al.*, 2007; Martínez *et al.*, 2014).

Diverses variables relacionades amb aquests professionals han estat i són objecte d'atenció en el tema que ens ocupa. Una assignació estable dels gerocultors amb les mateixes persones usuàries (eliminant els sistemes de rotació), el desenvolupament de tasques d'atenció integral des d'una major polivalència, la disposició de temps suficient per donar suport a les persones usuàries i comunicar-s'hi, la formació i el suport, i la possibilitat de consulta amb altres professionals en les situacions més complexes, solen ser considerats

aspectes importants en l'aplicació de models i intervencions afins a l'ACP (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Martínez, 2010a; Patmore & McNulty, 2005). Per contra, la insuficiència de personal, la rigidesa de funcions limitades a les tasques purament assistencials (higiene i alimentació) o la rotació dels gerocultors al centre, solen ser assenyalats com a elements que dificulten aquesta nova manera d'entendre l'atenció (Collins, 2004; Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Misiorski, 2004; Patmore & McNulty, 2005).

1.9.2. Àrees rellevants i fases per liderar canvis

Amb freqüència, la implementació d'un model d'atenció inspirat en l'ACP requereix revisar en profunditat les organitzacions i introduir canvis en la cultura assistencial (Koren, 2010; Collins, 2009).

Collins (2009), amb el propòsit de visibilitzar el que comporta per un centre residencial posar en marxa un procés de progrés cap a l'ACP, identifica vuit components que enuncia com a canvis que han de ser liderats. Assenyala els següents: 1. Canvis en l'actitud dels professionals; 2. Canvis en la manera de servir els àpats; 3. Canvis en les activitats, procurant que resultin significatives per a les persones; 4. Canvis en la manera de dispensar les atencions personals, buscant la flexibilitat i la personalització; 5. Canvis en l'espai físic per crear un ambient casolà no institucional; 6. Canvis en la manera de comprendre i atendre les persones amb demència; 7. Canvis per fomentar la proximitat entre el centre, la família i la comunitat, i 8. Canvis en el lideratge del centre, potenciant la responsabilitat i implicació dels professionals d'atenció directa, la creativitat i l'autoregulació.

Per la seva banda, Martínez *et al.* (2014), basant-se en les experiències inicials de canvi que s'estan empenent en alguns serveis espanyols, plantegen quatre àrees clau en què cal prioritzar i introduir d'una manera progressiva canvis als centres i serveis: actitud i rols professionals; activitats quotidianes significatives; espai i ambient físic domèstics, i organització del treball i dels equips de treball.

La progressivitat és un element d'importància reconeguda per conduir amb èxit un procés de canvi. En aquest sentit, resulten d'especial interès algunes aportacions que proposen fases per liderar un procés d'aquest tipus. Misiorski (2004), en el manual *Getting Started: A Pioneering Approach to Culture Change*

in Long-Term Care Organizations, publicat per la xarxa Pioneer com a instrument de suport per orientar el canvi cap a nous models afins a l'ACP, en residències tradicionals, proposa quatre fases:

Fase 1^a. Preparar-se per començar. En aquesta primera fase, s'ha de realitzar, d'una manera participativa, l'aclariment i el consens de la missió, els valors i la visió del centre. En aquesta mateixa fase es recomana realitzar una avaluació inicial de la situació de partida i identificar els elements crítics de la cultura organitzativa. Com a elements crítics, s'assenyalen: l'existència d'un enfocament ACP acceptat; l'existència d'un lideratge de tipus transformacional; el grau i el tipus d'implicació de les persones grans, famílies i professionals en el centre; la qualitat de les relacions en les diverses interaccions (professionals-professionals; professionals-caps; professionals-persones grans; professionals-famílies i professionals-organització); la capacitat d'aprenentatge de l'organització, i la disponibilitat de recursos per abordar determinats canvis. Es recomana que en aquesta valoració s'opti per una recollida de dades quantitatives i qualitatives, així com que finalment es comuniquin, d'una manera clara, els resultats d'aquesta primera avaluació a tots els implicats.

Fase 2^a. Implementació de canvis. L'objectiu d'aquesta fase és, en primer lloc, identificar les pràctiques allunyades dels valors de l'ACP per, després, seleccionar i prioritzar els canvis a través d'un pla estratègic. Algunes claus d'utilitat que s'assenyalen per seleccionar i prioritzar els canvis són: començar amb canvis senzills i reeixits; que els canvis siguin importants per a les persones, per a les famílies i per als professionals; que els canvis produeixin un control més alt en la vida quotidiana per part de les persones grans i per aquells que les cuiden, i que els canvis assegurin la individualitat i flexibilitat en l'atenció. S'insisteix en la importància que els canvis seleccionats generin impacte en les persones, i que s'ha de sospesar l'esforç que comporta pel personal. En aquest sentit, també s'apunta que s'ha de tenir en compte que introduir canvis que requereixen un alt esforç per part dels professionals pot resultar complicat en una fase inicial, però alhora pot intensificar una cultura afí al nou model. A més, per dur a terme un procés de canvi amb èxit, es recomana focalitzar l'atenció en la millora de les relacions interpersonals; integrar l'enfocament ACP amb els sistemes de millora de la qualitat existents; comunicar amb claredat i ser capaços de «donar-se temps».

Fase 3^a. Avaluació. Destinada a conèixer els resultats, tot recollint una diversitat de dades que siguin sensibles i capaces de retre compte de com s'han realitzat els canvis i dels efectes que aquests han tingut.

Fase 4^a. Continuïtat. Es parteix de la idea que l'ACP «no és un destí sinó un viatge sense fi», i es dona, en aquesta fase, una gran importància a qüestions com la visibilització i celebració dels assoliments, així com a la necessitat de desenvolupar estratègies que permetin la continuïtat, motivant els equips a continuar en procés de creativitat i millora.

En una línia semblant, Martínez (2014b,c) proposa guiar un procés de canvi seqüenciat en diversos moments: 1) Sensibilització i informació; 2) Construcció d'un lideratge compartit; 3) Avaluació i coneixement de la situació de partida; 4) Planificació d'una ruta pròpia de canvi, i 5) Avaluació, revisió i desenvolupament d'estratègies de continuïtat. Tot això acompanyat d'un procés de formació i suport continuat als professionals. En aquest transcurs es destaca la importància de dur a terme un procés de revisió participativa (inclosa en la fase 3) en què els professionals s'impliquin en la identificació d'àrees de millora i en la recerca d'alternatives de canvi viables en la seva realitat, d'acord amb l'ACP. Per fer-ho, es proposa utilitzar l'instrument *Avanzar en AGCP*, el qual, a manera de guia d'autoavaluació, permet revisar els processos assistencials i de suport en residències i centres de dia (Martínez, 2013c,d).

1.10. El recorregut de l'ACP a Espanya i l'aplicació als serveis gerontològics

Per bé que, com acabem de veure, l'enfocament ACP ja té un cert recorregut en l'àmbit internacional, encara té una presència escassa en els recursos gerontològics espanyols.

Els serveis d'atenció a les persones grans, especialment en allò que concerneix les residències, es continuen orientant des de models assistencials molt tradicionals en què es prioritzen les cures sanitàries en organitzacions poc flexibles, en què l'escassa personalització de l'atenció acostuma a ser una constant assistencial (Martínez, 2010a).

Tot i que als anys vuitanta i noranta es van posar en marxa alguns projectes pioners inspirats en els nous models d'allotjament que s'estaven iniciant en

altres països, no es va arribar a produir un desenvolupament significatiu (Yanguas i Leturia, 1998).

En aquesta època, també en diverses comunitats autònomes es van posar en marxa altres sistemes d'allotjament alternatius a les residències. Aquests inclouen els habitatges tutelats, que solen funcionar a manera de miniresidències, els apartaments per a gent gran o els acolliments de persones grans en famílies alienes a la pròpia (IMSERO, 2005). Això no obstant, aquest tipus de recursos habitualment ha estat limitat per a persones amb un bon nivell funcional, deixant de banda les persones que necessiten atencions personals, amb el problema afegit que quan sobrevé una situació de dependència han d'abandonar aquests llocs i ser traslladades a altres recursos, freqüentment a una residència (Martínez, 2013a).

Transcorreguts aquests anys, actualment s'observa un interès creixent en el sector sociosanitari del nostre país per conèixer i proposar nous models d'atenció, en coherència amb models de qualitat de vida, protecció de drets i orientació a la persona, essent cada vegada més conscients de la necessitat de generar canvis i millores en els recursos existents.

1.10.1. Aportacions teòriques i metodològiques

Malgrat que actualment l'aplicació de l'ACP als serveis gerontològics espanyols és molt incipient, en aquests anys sí que s'han produït algunes aportacions que s'han acollit amb gran interès i que, en certa manera, estan servint de referència teòrica i metodològica per iniciar els processos de canvi. En aquest sentit, es poden destacar les contribucions següents:

> *La atención integral centrada en la persona* (Rodríguez, 2010, 2013). Model que proposa dos components per a la millora de la qualitat de vida de les persones en situació de dependència: la integralitat i l'orientació a la persona.

> *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?* (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2005). Manual que permet reflexionar i proposar mesures concretes de millores en relació amb la qualitat de vida i els drets de les persones. Cal, a més, mencionar el *Proceso de Garantía de Calidad* proposat per a la millora de l'atenció en residències des d'aquest enfocament (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2009).

> Les guies *Buenas prácticas para residencias y centros de día de personas*

mayores y personas adultas con discapacidad (Bermejo *et al.*, 2009, 2010), editades per la Conselleria de Benestar Social i Habitatge del Govern del Principat d'Astúries. Aquests documents van ser elaborats des de processos participatius en què es va implicar un alt nombre de professionals d'atenció directa i en què, des de models de qualitat de vida i d'atenció centrada en la persona, es van identificar, a manera d'intervencions clau, 28 bones pràctiques que permeten orientar un procés de revisió i millora dels centres.

> *La atención gerontológica centrada en la persona* (Martínez, 2011), document que ha tingut una gran repercussió i difusió, editat pel Govern del País Basc en col·laboració amb la Fundació Matía, en què s'assenyalen cinc qüestions importants per traslladar aquest enfocament de l'ACP a la pràctica: l'autonomia, la intimitat, els entorns quotidians significatius, la presència de la família, i els professionals i l'organització.

> *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona* (Martínez, 2013 c,d), material que inclou un document, així com un instrument, en versions per a residències i per a centres de dia, dirigit a orientar la revisió participativa als centres i serveis.

> *La atención centrada en la persona, cuadernos prácticos* (Martínez *et al.*, 2014), material encaminat a orientar l'aplicació del model, que proposa metodologies i pautes de suport.

> Recursos web per a la difusió de coneixement i d'experiències. Cal destacar la Red de buenas prácticas «Modelo y ambiente» (Fundación Pilares para la Autonomía Personal) per afavorir l'intercanvi de coneixements i d'experiències aplicades, i el web www.acpgerontologia.net en què es pot accedir de manera lliure a informació i recursos de gran interès per conèixer i aplicar aquest enfocament d'atenció als serveis gerontològics.

1.10.2. Les primeres experiències aplicades

Cal valorar les escasses experiències que tenen com a propòsit aplicar aquests nous models d'atenció, pel seu caràcter pioner i per la seva utilitat com a referents reals per orientar el canvi.

a) El projecte "Etxean Ondo" («A casa, bé»)

Es tracta d'una iniciativa promoguda pel Departament de Treball i Assumptes

Socials del Govern del País Basc, des d'una col·laboració amb la Fundació Matía. Aquest projecte es va iniciar l'any 2011 per aplicar un model d'atenció centrat en la persona en domicilis i en centres residencials i d'atenció diürna. És un projecte que, alhora, està desenvolupant diferents línies de recerca encaminades a documentar i analitzar els resultats obtinguts.

En el cas de les residències, el canvi que s'està liderant consisteix a reorganitzar els centres residencials en diferents unitats de convivència (model *Housing*), cosa que ha comportat introduir canvis en diferents nivells:

> *Canvis ambientals*: canvis en equipament, disseny i decoració dels espais seleccionats, de manera que els entorns s'assemblin a «llars». Els canvis es desenvolupen entorn dels interessos, estils de vida i necessitats de les persones que habiten a les unitats.

> *Competències dels cuidadors*: disseny i desenvolupament d'un programa d'acompanyament amb els cuidadors, a fi d'afavorir l'adquisició de competències que facilitin el benestar i l'autonomia, a partir dels interessos i les preferències de cada persona resident. Es combinen activitats formatives presencials amb el monitoratge de la pràctica habitual a la unitat i l'anàlisi de gravacions de vídeo.

> *Organització de l'atenció i del desenvolupament d'activitats de la vida quotidiana*: implantació planificada i progressiva (quadre 5), mitjançant una metodologia participativa i flexible, de les activitats de la vida quotidiana a la unitat, adequant el procés a les característiques del centre, els residents i el personal. Així mateix, comporta canvis organitzatius, com ara aconseguir més estabilitat del personal en aquestes unitats, l'existència de gerocultors de referència i un nou disseny de les rutines quotidianes d'acord amb les capacitats i preferències de les persones (Díaz-Veiga i Sancho, 2012; Instituto Gerontológico Matía, diversos autors, 2012).

- 1.** Identificació i selecció de l'espai en el qual s'implantarà cada unitat de convivència.
- 2.** Presentació de l'experiència al comitè d'empresa i als treballadors del centre.
- 3.** Formació als cuidadors voluntaris per participar en el projecte.
- 4.** Identificació dels cuidadors participants.
- 5.** Organització d'horaris/temps per assegurar temps suficient d'atenció i estabilitat.

- 6.** Informació a residents/familiars participants en l'experiència.
- 7.** Canvis en les instal·lacions, de manera que aquestes s'assemblin tant com es pugui a un entorn casolà.
- 8.** Desenvolupament d'històries de vida de residents. Identificació de les seves preferències, necessitats i interessos.
- 9.** Desenvolupament d'històries professionals dels professionals participants.
- 10.** Avaluació de residents.
- 11.** Incorporació dels principis del model a l'atenció.
- 12.** Desenvolupament de les activitats de la vida quotidiana. Promoció d'independència i benestar.
- 13.** Assignació de persones de referència.
- 14.** Monitoratge i acompanyament continuat de l'execució de les activitats.
- 15.** Identificació d'activitats que es puguin convertir en habituals (rutines) per a cadascun dels residents.
- 16.** Seguiment continuat del projecte mitjançant reunions periòdiques amb auxiliars i professionals implicats.

Quadre 5. Fases per a la posada en marxa de les unitats de convivència en residències de la Fundació Matia, projecte Etxean Ondo-residències.

b) El projecte "Como en casa"

És un projecte liderat per la Junta de Castella i Lleó per promoure el canvi de model en centres de gestió tant pública com privada. Pretén impulsar un nou model residencial inspirat també en els models *Housing*, i opta per reconvertir les residències tradicionals en petites unitats de convivència. Defineix, per a la seva implementació, els elements següents:

- > Autonomia: inclou diferents tipus d'eleccions (horaris en l'activitat diària, eleccions sobre la pròpia imatge, elecció de menús i d'activitats).
- > Planificació centrada en la persona: inclou l'elaboració d'històries de vida i de documents que recullen el projecte vital de les persones.
- > Organitzatius: professional de referència; ràtios mínimes en professionals

d'atenció directa; evitar rotacions en horari de matí; invitació a la participació de la família; diversitat de menús; activitats significatives incloses en la quotidianitat de la llar, i absència d'uniformes en els professionals.

> Arquitectònics: models de convivència per a 12 persones; mòduls de convivència de 12 persones; habitació individual que pugui ser ocupada per dues persones (màxim 2 habitacions d'ús doble) amb bany privat; cuina, sala d'estar i racó de rentat compartit.

> Ambient casolà: elements relacionats amb la calidesa de l'espai (llums indirectes, racons d'estar, cortines, coixins, quadres, làmpades...); distribució de l'espai i disposició d'elements del mobiliari; elements personals de cada usuari a la seva habitació (imatges, objectes, etc.).

c) El projecte "Tu decideixes com vols envellir"

Iniciativa liderada també des d'una entitat pública, SUMAR Empresa d'Acció Social S.L., per promoure canvis i avançar cap a l'ACP als seus recursos (residències, centres de dia i centres rurals de serveis integrats).

Segons la mateixa definició del projecte, aquest es basa en tres línies d'actuació:

> *Conèixer la persona.* Per aconseguir-ho, cal conèixer-ne la biografia i elaborar mapes bàsics i una ruta personal d'atenció des del registre de les preferències de la persona, i el coneixement de les característiques personals, necessitats i expectatives que té.

> *Elecció de la persona usuària.* Es realitzen plans d'atenció i vida personalitzats, es dissenyen activitats personalitzades i es realitza un pla d'alimentació personalitzat, de manera que s'ajustin a les expectatives de la persona.

> *Implicació familiar i de l'entorn.* S'assessora les famílies i se'ls dona suport per facilitar-ne la integració al centre. S'incorporen noves figures en el procés d'atenció personalitzada amb l'objectiu d'involucrar la família en el dia a dia i en les decisions quotidianes.

1.10.3. Reptes i riscos

Com acabem de veure, a Espanya ens trobem en un moment d'interès creixent

cap a l'ACP, però encara no hi ha ni un desenvolupament suficient ni evidències dels resultats que s'obtenen. Això ens situa en un procés de construcció de nous models d'atenció gerontològica i ens enfronta a nombrosos reptes, als quals s'ha de donar resposta. Reptes que impliquen molts agents: professionals, moviment associatiu de gent gran, administracions públiques, empreses privades i universitats.

En aquest procés, s'han assenyalat diversos reptes en el camí d'avançar cap a l'ACP en la situació present dels serveis gerontològics espanyols:

a) Recuperar/construir un nou rol professional. L'ACP planteja una atenció professionalitzada des d'una forma de relació amb les persones usuàries basada en el seu apoderament, cosa que implica un gir important des d'un model d'atenció paternalista cap a un enfocament de drets i de desenvolupament de l'autonomia de les persones. Amb relació als professionals, l'ACP suposa: un canvi de rol, abandonant la idea que el professional és l'únic expert i, en conseqüència, la persona que ha de prendre totes les decisions en solitari; la recuperació de competències relacionades amb l'acompanyament, la provisió de suports, l'orientació i la motivació; una nova organització dels equips d'atenció en què els gerocultors incorporen noves competències i, per tant, necessiten un nivell de qualificació més alt, i en què els equips tècnics, a més de continuar amb gran part de les seves funcions habituals, assumeixen nous rols relacionats amb l'assessorament i el suport a altres professionals; la integració de les pràctiques basades en l'evidència que protegeixen les persones i assenyalen beneficis terapèutics amb les seves preferències i decisions, la qual cosa fa necessari que els equips estiguin formats en mètodes deliberatius que els permetin prendre decisions prudentes (Martínez, 2013b; Martínez *et al.*, 2014).

b) Promoure canvis en diferents àmbits. A fi que l'extensió dels models d'atenció centrada en la persona es faci realitat, cal que es produeixin canvis en diferents àmbits: en el disseny arquitectònic i la configuració dels espais físics dels centres, especialment de les residències (Rodríguez, 2012); en els models de gestió del centre (processos, protocols, programes, normes, sistemes organitzatius, etc.), perquè estiguin en consonància amb aquest model d'atenció; en les normatives (autorització, inspecció i acreditació), per modificar requisits que xoquen amb aquest model d'atenció (Vila, 2012), així com en els sistemes d'avaluació de la qualitat (Leturia, 2012).

c) Generar més coneixement en relació amb l'ACP. Cal una major conceptualització sobre l'ACP, els models que la desenvolupen i els diversos components que la integren. És necessari augmentar el coneixement i realitzar estudis sobre qüestions com el disseny d'intervencions terapèutiques insertades en activitats de la vida diària que siguin significatives (Sancho i Yanguas, 2014), la sistematització i validació de models aplicats i metodologies que estiguin en consonància amb l'atenció centrada en la persona, així com el disseny i la validació d'instruments d'avaluació (avaluació de persones i de serveis) orientats des d'aquest enfocament (Martínez, 2013c,d).

d) Aconseguir l'eficiència i sostenibilitat dels models aplicats. Els models basats en una atenció centrada en la persona ja s'han estès pels països més desenvolupats, tant d'Europa, com de l'Amèrica del Nord i Austràlia (Rodríguez, 2012). Les recerques realitzades sobre la relació entre cost i efectivitat no apunten necessàriament a un increment excessiu en recursos humans quan s'aposta per aquest enfocament d'atenció (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011, 2014; Saizarbitoria, 2012) i diferents estudis mostren estalvis en costos indirectes, com ara una disminució del consum de fàrmacs o la reducció de l'absentisme laboral (Collins, 2009). Cal disposar de més informació procedent dels nostres recursos que doni compte dels costos reals segons models organitzatius diversos, i aconseguir models aplicats capaços d'oferir més benestar als implicats en aquest procés (persones grans, famílies i professionals), que resultin assumibles (Martínez *et al.*, 2014).

e) Sensibilitzar i crear una cultura de la qualitat orientada a les persones, en els serveis gerontològics. La implantació de sistemes de qualitat en els recursos gerontològics a Espanya encara és recent i, com ja s'ha comentat, s'ha desenvolupat majorment des de la quasi exclusiva atenció a la qualitat de la gestió. Cal revisar el concepte de qualitat en serveis socials, evitant, entre altres coses, atorgar a la seguretat la categoria de criteri únic en la presa de decisions o en el disseny dels recursos o les intervencions. És necessari que aquests valors tinguin més presència i consideració en una «nova cultura» de la qualitat en els serveis d'atenció a persones en situació de dependència (Martínez, 2011; Leturia, 2012).

No obstant això, optar per models d'atenció centrada en la persona no sempre resulta fàcil, i a Espanya encara tenim un llarg camí per recórrer, atès que la majoria

de centres i serveis han estat dissenyats des d'objectius que busquen l'eficiència organitzativa, però que estan escassament orientats cap a les persones. L'ACP suposa un canvi de cultura organitzativa que genera diverses resistències que cal identificar i abordar (Collins, 2009). En aquest sentit, s'han assenyalat alguns riscos que contempla, en aquests moments, el desenvolupament d'aquest enfocament i d'aquests models (Martínez, 2011, 2013a; Martínez *et al.*, 2014):

a) Simplificar la idea del que és i del que suposa l'ACP i els models que la desenvolupen. En aquest sentit, és important no quedar-se en modificacions no substancials, entendre que quan es parteix de models molt orientats als serveis cal afrontar canvis importants i profunds. No sol ser suficient seguir unes quantes recomanacions de millora aïllades que no responguin a un pla de millora global, progressiu i congruent amb l'enfocament.

b) Allunyar o dissociar aquest enfocament d'atenció de l'evidència científica. Els models orientats des de l'ACP han d'integrar les pràctiques basades en l'evidència que assenyalen efectes positius per a les persones grans (relacionats tant amb la protecció com amb el benefici terapèutic) amb el respecte als seus valors, les preferències i el benestar subjectiu. És important evitar aquesta dissociació i considerar que ambdues qüestions han de ser contemplades.

c) Suposar que l'atenció centrada en la persona proposa una atenció desprofessionalitzada. L'ACP requereix qualificació per part dels professionals, que han d'estar degudament qualificats, i els procediments d'atenció també han d'estar ben fonamentats.

d) Pecar d'excés de confiança. Un altre risc que s'assenyala és que, atesa la proximitat i relació de confiança que els professionals poden arribar a tenir amb les persones usuàries, a vegades es tendeix a pensar que, com que ja se les coneix suficientment, no és necessari preguntar-los res ni buscar opcions perquè decideixin en el dia a dia. En aquest sentit, cal insistir en el fet que l'ACP és una manera d'entendre la relació assistencial des de l'apoderament de l'altre, i que encara que la persona confirmi el que el professional ja sap, quan se li fa una pregunta o se l'anima a escollir no solament se li ofereix l'oportunitat de decidir (confirmant la seva elecció habitual o potser canviant-la) sinó que també se li atorga l'estatus de ser qui decideix, qui dicta com vol que sigui la seva vida en aquest moment concret. Tot això forja un tipus de relació més horitzontal i contribueix a una percepció més gran de control sobre l'entorn en les persones.

e) Caure en la inhibició professional. El fet de permetre i afavorir que les persones grans prenguin les seves pròpies decisions no significa que els professionals no tinguin cap paper ni responsabilitat en l'atenció. En primer lloc, perquè s'ha d'entendre que l'apoderament de les persones per decidir com volen que sigui el seu dia a dia és un procés que els professionals han d'afavorir, seqüenciar i alimentar des de l'escolta i la proximitat. En segon lloc, perquè no totes les decisions estan a l'abast de les persones usuàries, ni tampoc no és possible de respectar-ne totes les preferències o decisions. L'autonomia té límits, i els professionals han de ser capaços d'identificar les situacions en què sí que cal restringir-la (com, per exemple, quan les decisions de la persona suposen un clar dany per a ella mateixa o un perjudici per a d'altres) i, a més, saber com actuar en aquestes circumstàncies des de la bona praxi.

f) Dur a terme propostes de canvi no planificades o gestionar inadecuadament el canvi. La improvisació, una planificació poc realista, una comunicació poc efectiva, la falta de formació i suport als professionals, l'absència de lideratge o la manca d'implicació dels professionals poden suposar importants barreres per al canvi.

És un camí que no està exempt de dificultats i que, en opinió de molts, ja no té retorn perquè aposta per allò que les persones desitjaríem en el cas de necessitar atencions: seguir endavant amb la nostra vida i poder disposar de suports i serveis que ens permetin desenvolupar-la dignament, tot donant resposta a les nostres necessitats d'atenció però d'acord amb els nostres valors, preferències i decisions.

2. L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I L'EVIDÈNCIA EMPÍRICA EXISTENT EN GERONTOLOGIA

2.1. Introducció

En aquests últims anys, l'interès creixent cap a l'atenció centrada en la persona es reflecteix en un augment notori de les publicacions científiques que s'han produït amb relació a aquest enfocament, tant en el camp de la salut com en el de l'atenció a les persones grans.

La recerca duta a terme sobre l'ACP s'ha ocupat de diferents qüestions i ha plantejat preguntes i objectius realment variats.

Da Silva (2014), amb relació a aquest enfocament en el camp sanitari, posa de manifest la diversitat d'estudis realitzats que contemplen qüestions tals com el significat que atribueixen els professionals o els mateixos pacients a l'ACP, les actituds i valors dels professionals que integren aquest enfocament, les pràctiques en què es concreta, el tipus d'atenció que els pacients prefereixen, en quin grau l'atenció que habitualment es dispensa en els serveis està centrada en la persona o els resultats que obtenen les pràctiques orientades als pacients.

La recerca de l'ACP que fa referència als serveis gerontològics de llarga durada també s'ocupa de temes diferents (Shier, Khodyakov, Cohen, Zimmerman & Saliba, 2014). Alguns dels treballs publicats s'han dedicat a conèixer els efectes de la implantació de models ACP, comparant-los amb l'atenció residencial tradicional, amb l'objectiu bàsic de constatar-ne els efectes i possibles beneficis. Altres recerques més específiques s'han centrat a descriure i analitzar els efectes de determinats components de l'ACP (com, per exemple, l'espai físic, les activitats quotidianes significatives o la interacció dels professionals amb les persones usuàries), així com de determinades intervencions afins a l'ACP (per exemple, el cas de les tècniques de «bany sense batalla»). També cal destacar que una bona part dels estudis se circumscriuen a l'atenció en recursos residencials de les persones amb demència, perfil d'usuaris cada vegada més habitual als centres, i objectiu important de la millora de la qualitat assistencial, atesa l'alta vulnerabilitat d'aquestes persones i el risc més alt de ser objecte de males praxis assistencials.

La diversitat d'objectius i temes plantejats, l'heterogeneïtat conceptual i de models que desenvolupen l'ACP i la varietat d'instruments d'avaluació utilitzats (Shier *et al.*, 2014; De Silva, 2014), expliquen, almenys en part, la disparitat de resultats existent, alhora que posen de manifest la necessitat de disposar d'evidències més sòlides per ratificar algunes conclusions sobre l'efectivitat d'aquests models d'atenció.

Sense deixar de reconèixer que l'existència de dificultats de caràcter conceptual i metodològic marquen l'«estat» de la recerca amb relació a l'ACP, a continuació es presenten els principals avanços descrits en els estudis consultats.

L'objectiu d'aquest capítol no és arribar a unes conclusions fermes sobre el grau d'evidència existent sobre la recerca en ACP, sinó oferir una aproximació que il·lustri les principals línies de recerca que s'estan desenvolupant, alhora que també es pretén destacar alguns dels resultats que la recerca realitzada està mostrant.

Els estudis consultats i alguns dels principals resultats s'exposen a continuació, ordenats en tres epígrafs. En primer lloc, es resumeixen els estudis que donen compte dels efectes de l'aplicació de models i intervencions orientats des de l'ACP amb relació a les persones usuàries, a les seves famílies, als professionals i a les organitzacions. En segon lloc, es descriuen algunes aportacions i alguns treballs relacionats amb els principals components dels models ACP, concretament amb l'autonomia, l'elecció i el control de les persones usuàries, amb la interacció i comunicació entre professionals d'atenció directa i persones usuàries, amb les activitats quotidianes plenes de sentit i amb l'ambient físic. En tercer lloc, es presenten les recerques que han tingut com a objectiu identificar quines variables de l'organització poden actuar com a facilitadores del procés d'implementació de models ACP en un centre o servei gerontològic.

2.2. Estudis realitzats sobre els efectes de l'ACP

En primer lloc, s'exposen els estudis consultats que estan relacionats amb els efectes de l'aplicació de models o intervencions ACP en les persones usuàries. Posteriorment, es mostren estudis i resultats relacionats amb els efectes d'aquestes intervencions referits a les famílies, als professionals i als centres, entesos, aquests últims, des d'una dimensió fonamentalment organitzativa.

2.2.1. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les persones usuàries

Els estudis que s'han dut a terme s'han dirigit a analitzar fonamentalment dos tipus d'efectes: *a)* els canvis en l'estat i el funcionament de les persones (estat físic, funcionament cognitiu, relacions socials i nivell d'activitat), i *b)* els canvis en mesures relacionades amb el benestar o malestar psicològic de les persones grans i la seva qualitat de vida. Els primers estudis contempnen, per tant, mesures més objectives i els segons, dimensions més subjectives.

Una part dels estudis han avaluat els efectes en persones grans després d'aplicar models o intervencions ACP, fonamentalment en persones amb demència que viuen i són ateses en residències. A vegades, es tracta d'intervencions destinades a promoure una atenció orientada a les persones; per bé que aquestes intervencions són molt diverses, solen tenir en comú el fet d'haver organitzat programes formatius encaminats a fer que els professionals desenvolupin pràctiques assistencials orientades des de l'ACP. A més, alguns d'aquests treballs han analitzat la posada en marxa d'unitats de convivència del tipus *Housing* (descrites en el capítol anterior) com a alternativa al model residencial tradicional, tot integrant habitualment diverses intervencions: formació dels professionals, modificacions organitzatives (com l'estabilitat del personal a la unitat i la flexibilitat de l'atenció), mesures de modificació ambiental i la creació d'un ambient mitjançat per una relació interpersonal propera i una activitat casolana i significativa.

Altres recerques s'han realitzat a través d'un disseny transversal, i s'han centrat bàsicament a analitzar les relacions entre ACP i altres variables, cosa que limita el fet de poder establir conclusions sobre la seva causalitat.

2.2.1.1. *Relació entre ACP i mesures referides al funcionament de les persones grans*

Un dels aspectes que ha estat estudiat és el que té a veure amb els efectes d'aplicar models orientats des de l'ACP en el funcionament de les persones grans, en diferents nivells: cognitiu, funcional i social, fonamentalment. Diversos treballs han tractat de comprovar els resultats obtinguts després de la posada en marxa d'unitats de convivència, comparant-los amb grups de control de residents que eren atesos en residències tradicionals.

Coleman *et al.* (2002) van dur a terme un estudi encaminat a conèixer els efectes aconseguits per centres que van adoptar l'alternativa *Eden*. Van utilitzar un disseny quasiexperimental i van realitzar una avaluació pre-post intervenció amb un any de durada en un grup d'intervenció (95 residents) i en un grup de control (79 residents) de centres on es dispensava l'atenció habitual. Van avaluar el funcionament dels residents en la realització d'activitats quotidianes i en l'estat cognitiu, així com en diferents indicadors de qualitat assistencial. Malgrat que les observacions qualitatives recollien canvis positius per als professionals i els residents, els resultats no van avalar millores significatives en el nivell funcional o cognitiu dels residents.

Te Boekhorst, Depla, De Lange, Pot & Efesting (2009), en un estudi encaminat a comparar el funcionament de residents i la qualitat de vida entre els que vivien en unitats de convivència (67) i en residències tradicionals (97), van trobar, al cap d'un període de sis mesos, que els residents d'unitats de convivència requerien menys suports en les AVD i mantenien més relacions socials. A més, presentaven més interès per l'estètica, tenien més coses a fer i hi havia una disminució de l'ús de restriccions físiques. No es van obtenir diferències estadísticament significatives en el nivell de funcionament cognitiu.

Chang, Li & Porock (2013), en un estudi d'un any de durada, van avaluar els efectes de posar en marxa dues unitats del model *Household* (Norton & Shields, 2006) dins d'una estructura residencial tradicional. Van registrar diverses mesures relacionades amb l'estat físic i psicològic de les persones usuàries a través dels indicadors del *Minimum Data Set* (MDS). En les avaluacions realitzades al cap d'un any, van detectar efectes positius de les unitats *Household*, enfront del grup de control, en habilitats funcionals relacionades amb el fet de menjar, així com una reducció significativa en «cabotades» en horari diürn. No es van descriure diferències significatives en variables cognitives, funcionals, ni en l'estat d'ànim.

Quant al nivell d'activitat social mantinguda, Morgan-Brown, Newton & Ormerod (2013), després de la posada en marxa de dues unitats de convivència dins d'una residència tradicional, van observar que els residents que vivien en aquestes noves unitats passaven més temps a les àrees comunes, mostraven més activitat ocupacional, així com més implicació social. Per la seva banda, Ashburner, Meyer, Johnson & Smith (2004), en un estudi realitzat en residències del Regne Unit, van obtenir un increment en la interacció social entre els residents.

Estudis de disseny transversal també s'han ocupat d'analitzar la relació entre models que desenvolupen l'ACP i diferents mesures de funcionament dels residents. En aquesta línia, Verbeek *et al.* (2010), en un estudi encaminat a comparar les característiques de les persones amb demència que eren ateses en residències tradicionals (n=183) i les que vivien en petites unitats de convivència, van trobar una associació positiva significativa entre el model d'unitats de convivència i un millor nivell funcional i cognitiu dels residents, en persones que prèviament havien estat avaluades amb graus similars de dependència.

Per la seva part, Sjogren, Lindkvist, Sandman, Zingmar & Edvardsson (2013), en un ampli estudi transversal realitzat en 151 residències i una mostra de 1.261 residents amb demència i 1.169 professionals, van analitzar les relacions entre model d'atenció i diverses variables. Van observar una correlació positiva significativa entre ACP i funcionament en activitats quotidianes. Les unitats residencials amb més puntuacions en ACP van obtenir, a més d'un nivell més alt d'activitat, també un índex més alt de qualitat de vida en comparació amb les unitats que presentaven un nivell inferior d'ACP.

No obstant això, en l'estudi de Terada *et al.* (2013), en què es van analitzar les relacions entre ACP, qualitat de vida i funcionament de les persones en dos contextos d'atenció de llarga durada, residències geriàtriques i hospitals, no van observar relacions estadísticament significatives entre ACP i funcionament cognitiu en residències.

D'acord amb aquests resultats, no es pot concloure que hi hagi una clara connexió entre l'aplicació de models d'atenció ACP, la millora del funcionament cognitiu i el nivell funcional. Això no obstant, sembla més clar l'increment del nivell d'activitat quotidiana de les persones usuàries i dels nivells d'interacció social. Aquesta diferència entre el tipus d'efectes descrits, amb independència de les possibles limitacions metodològiques dels estudis, planteja, d'entrada, algunes preguntes que seran objecte de consideració al final d'aquest capítol: els efectes que busquen aquests estudis són els objectius essencials de l'ACP?; és possible valorar l'eficàcia d'aquests models a través d'aquestes mesures?; els instruments d'avaluació utilitzats habitualment són capaços de donar compte dels efectes i canvis que les intervencions orientades des de l'ACP busquen i produeixen?

2.2.1.2 Relació entre ACP i mesures referides al benestar o malestar psicològic i a la qualitat de vida de les persones grans

Diverses recerques han pretès conèixer la relació entre ACP i diferents mesures relacionades amb el benestar o malestar de les persones grans. En aquest sentit, l'agitació i les alteracions del comportament dels residents amb demència són els efectes que han estat analitzats més freqüentment.

Chenoweth *et al.* (2009), en un estudi randomitzat realitzat en una mostra de 15 residències australianes i 289 residents amb demència, van comparar la relació entre el tipus d'atenció residencial i diferents variables, com el grau d'agitació, la qualitat de vida de les persones amb demència i les caigudes. Es van comparar tres intervencions, dues orientades des de l'ACP: *a)* un programa formatiu per al personal sobre la comprensió de la demència i l'abordatge dels comportaments des de la millora de processos de comunicació amb les persones usuàries, i *b)* un programa formatiu utilitzant el *Dementia Care Mapping*; enfront d'un tercer grup, *c)* atenció residencial tradicional. Els resultats obtinguts mostren que les dues intervencions orientades des de l'ACP van reduir significativament el grau d'agitació de les persones amb demència, enfront de l'atenció residencial tradicional.

Chenoweth *et al.* (2014), en un estudi randomitzat estratificat que es va realitzar en 38 residències amb una mostra de 601 residents amb demència, van avaluar la relació entre tres tipus de models d'atenció (atenció centrada en la persona, espai físic centrat en la persona i ACP + espai físic centrat en la persona), agitació i qualitat de vida, i ho van comparar amb un grup de control. Relaten millores significatives en la reducció de l'agitació en ambdós tipus d'intervencions ACP i disseny ambiental ACP, enfront del grup de control. No obstant això, el model combinat no va implicar millores en les intervencions modulars. Tampoc no van detectar diferències significatives entre els grups en relació amb simptomatologia depressiva.

Per la seva banda, Sloane *et al.* (2004) van estudiar l'agitació, l'agressivitat i el malestar de persones amb demència mentre eren rentades pels seus gerocultors. En una mostra composta de 69 persones amb demència i 37 gerocultors, es van comparar dues tècniques d'higiene personal orientades des de l'ACP (modalitat de bany al llit amb tovallola, i dutxa) enfront del grup de control que rebia la

higiene personal a la manera habitual. En les intervencions ACP, els gerocultors van ser instruïts en l'aplicació de tècniques d'higiene personal, *bathing without a battle* («banyar sense batalla»), que comprenen, a més del procediment tècnic de la higiene personal, tècniques de comunicació i maneig de les alteracions de conducta, dirigides a evitar que les persones se sentin «forçades» a fer aquesta activitat quan ofereixen resistència. Els resultats obtinguts assenyalen una reducció significativa de l'agitació, l'agressivitat i el malestar de les persones en ambdues intervencions ACP, enfront del grup de control. A més, les mesures de malestar, avaluades a través de la *Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type*, van ser menors en el grup d'intervenció en què es va utilitzar el bany al llit amb tovallola, enfront del grup que va realitzar la higiene personal mitjançant la dutxa.

Moniz, Cook, Stockes & Agar (2003) van realitzar un estudi de cinc casos de persones amb demència que vivien en residències i que presentaven alteracions de conducta en la realització d'activitats quotidianes quan eren ajudades pels seus cuidadors. Les intervencions realitzades van ser de tipus psicosocial (vs. intervencions farmacològiques) basades en models holístics i atenció centrada en la persona. Els resultats indiquen millores en una reducció de les alteracions del comportament i del malestar dels residents observats.

No obstant això, altres treballs no mostren aquesta relació. Rokstad *et al.* (2013), en un estudi de disseny aleatoritzat que es va realitzar en una mostra de 446 residents amb demència, van tractar de comparar l'efectivitat de dues intervencions dirigides als professionals a càrrec de l'atenció, i orientades des de models ACP (aplicació del model VIPS i utilització del *Dementia Care Mapping*), enfront d'un grup de control que va rebre formació en demències, per reduir l'agitació associada, així com la simptomatologia psicòtica, la depressió, i qualitat de vida. L'agitació mesurada a través del *Brief Agitation Rating Scale* (BARS) no va assenyalat diferències significatives entre les dues intervencions orientades des de l'ACP, enfront del grup de control que va rebre una formació no orientada des d'aquest enfocament. Sí que es van obtenir canvis, a favor de les dues intervencions afins a l'ACP, quant a reducció de simptomatologia psicòtica, així com de la simptomatologia depressiva en la intervenció del model VIPS, enfront del grup de control. Per la seva part, l'estudi dut a terme per Boekhorst, Depla, De Lange, Pot & Efesting (2008), encaminat a comparar el funcionament de

residents i qualitat de vida entre els que vivien en unitats de convivència (67) i en residències tradicionals (97), tampoc no va indicar diferències significatives quant a reducció de les alteracions del comportament.

D'acord amb aquests estudis, es pot afirmar que la majoria de resultats publicats apunten cap a l'efectivitat de l'ACP per reduir l'agitació de les persones grans amb demència que viuen i són ateses en residències. En aquesta línia, la revisió realitzada per Zimmerman *et al.* (2013) conclou que les intervencions orientades des de l'ACP obtenen efectes positius en reducció del malestar, l'agitació i l'agressivitat de les persones amb demència que viuen en residències.

Pel que fa als efectes de l'aplicació de models ACP, a part de l'agitació, s'han estudiat altres variables psicològiques relacionades amb el benestar de les persones usuàries com l'estat d'ànim o els sentiments de solitud. En aquesta línia, l'estudi realitzat per Bergman-Evans (2004) va pretendre conèixer els efectes de la implantació en centres residencials de la filosofia de l'*Eden Alternative* amb relació a mesures com l'apatia o avorriment, la desesperança i els sentiments de solitud. Es va utilitzar un disseny quasiexperimental comparant el grup d'intervenció (21 residents) amb un grup de control (13 residents) d'una residència tradicional, després d'un any d'implantació del model residencial *Eden*. Es van observar diferències significatives a favor d'aquest model, perquè es produïa un descens significatiu de conductes associades a l'apatia o l'avorriment i a la desesperança. No es van obtenir diferències significatives en sentiments de solitud.

Per la seva banda, Robinson & Roshe (2006), en un estudi longitudinal dirigit també a avaluar els efectes de centres de l'alternativa *Eden*, van descriure una reducció significativa en la simptomatologia depressiva dels residents, tant en les persones que no tenien deteriorament cognitiu com en les persones amb demència.

Altres estudis ofereixen resultats que donen compte de la relació entre ACP i qualitat de vida, avaluada a través de mesures globals d'aquest constructe o bé des d'indicadors dels seus diversos components. Kane, Lum, Cutler, Degenholtz & Yu (2007), en un estudi longitudinal de dos anys de durada i utilitzant un disseny quasiexperimental, van analitzar els resultats de l'aplicació del model *Green Houses* (40 residents), tot comparant-lo amb un grup de control d'atenció

residencial tradicional (40 residents). Van observar diferències significatives en qualitat de vida percebuda a favor de l'atenció *Green Houses*, enfront del grup de control.

Terada *et al.* (2013) van analitzar les relacions entre ACP, qualitat de vida i funcionament de les persones en dos contextos d'atenció de llarga durada: residències geriàtriques i hospitals. En el recurs residencial, van detectar correlacions positives significatives entre ACP i quatre indicadors de qualitat de vida en persones amb demència (afecte positiu, comunicació, espontaneïtat o activitat i vinculació als altres).

En un estudi estratificat d'assignació aleatòria que van realitzar en 38 residències en una mostra de 601 residents amb demència, Chenoweth *et al.* (2014) van avaluar la relació entre tipus d'atenció, agitació i qualitat de vida, comparant tres tipus d'atenció ACP: atenció centrada en la persona; espai físic centrat en la persona i ACP+espai físic centrat en la persona, enfront d'un grup de control d'atenció residencial tradicional. Els autors van trobar millores significatives en qualitat de vida en ambdós tipus d'intervencions ACP, enfront del grup d'atenció tradicional. No obstant això, el model combinat (ACP+espai físic centrat en la persona) no va afegir millores a les intervencions modulars ACP.

En un estudi longitudinal de 18 mesos de durada dut a terme a Espanya, sobre el projecte *Etxean Ondo* (País Basc), es mostren alguns resultats de la reorientació d'un model residencial tradicional a unitats de convivència, aplicant un model ACP (Díaz-Veiga *et al.*, 2014; García-Soler *et al.*, 2014). La intervenció va consistir en canvis ambientals i organitzatius, a més d'un programa formatiu per als professionals. Els resultats de l'avaluació efectuada al cap de 6 mesos ofereixen la comparativa dels resultats d'un grup de 60 residents amb demència (lleu i greu) que van ser atesos en aquestes noves unitats, enfront de 60 d'un grup de control (residència tradicional). L'avaluació efectuada a l'inici assenyalava, en les comparacions intergrupals, diferències significatives en qualitat de vida a favor del control de deteriorament cognitiu lleu, les quals van desaparèixer després de la intervenció, perquè el grup d'intervenció va millorar en qualitat de vida. En les mesures als 6 mesos, el grup de control amb deteriorament cognitiu greu va obtenir millores significatives en qualitat de vida en l'avaluació posterior. En les comparacions intragrups, es van registrar millores significatives en qualitat de vida en el grup experimental, tant en els subjectes amb deteriorament cognitiu

lleu com greu. Es conclou que la intervenció ACP és efectiva i que produeix un guany en qualitat de vida. En les dades obtingudes als 12 i 18 mesos, es confirmen aquests resultats i es conclou que la intervenció és efectiva sobre la qualitat de vida dels residents, especialment en el cas de les persones amb més deteriorament cognitiu.

Un estudi realitzat al Japó (Nakanishi, Nakashima & Sawamura, 2012; Sjogren *et al.*, 2013) i, per tant, en un context cultural diferent, també ha obtingut efectes positius en qualitat de vida de les persones usuàries quan s'han posat en marxa models residencials alternatius orientats des de petites unitats convivencials.

També cal assenyalar que no tots els estudis realitzats ofereixen suport als guanys en qualitat de vida d'aquests models. En l'estudi mencionat anteriorment, realitzat per Chenoweth *et al.* (2009) sobre la reducció de l'agitació en què es comparaven tres tipus d'intervencions –atenció centrada en la persona; atenció centrada en la persona aplicant el *Dementia Care Mapping* i atenció tradicional– no van trobar diferències significatives entre aquestes intervencions amb relació a les mesures que avaluaven qualitat de vida.

Un cop realitzat aquest repàs, i malgrat que alguns estudis ofereixen resultats diversos i, en conseqüència, que sigui necessari continuar aprofundint en l'origen de les divergències descrites, les dades mostren que cada vegada hi ha una evidència més gran que avala que les intervencions orientades des de l'ACP actuen de manera positiva en alguns aspectes del benestar de les persones i, especialment, en la reducció de l'agitació de les persones amb demència. També sembla que s'obtenen guanys en qualitat de vida, especialment en allò que fa referència a les dimensions subjectives, quan s'aplica aquest tipus de models d'atenció en contextos residencials, enfront de l'atenció residencial tradicional. Per altra part, un altre aspecte molt important és que no s'han indicat efectes negatius en l'aplicació d'aquests models quant a l'increment de malestar o agitació de les persones usuàries.

2.2.2. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en els professionals d'atenció directa

Els estudis que busquen la connexió entre els models ACP i els professionals són diversos i tracten diferents qüestions. Uns han analitzat quin tipus de canvis

generen aquests models en les actituds i pràctiques dels professionals, entenent que són variables de procés essencials per permetre, després, millores en la qualitat assistencial i en la qualitat de vida de les persones grans. Altres estudis s'han dirigit a identificar quins canvis es produeixen en la manera de treballar, especialment en procediments i organització del treball. Finalment, un altre tipus de treballs s'han destinat a analitzar els efectes de l'ACP en els mateixos treballadors, en relació amb variables com ara satisfacció laboral, estrès i *burnout*.

En l'estudi realitzat per McCormack *et al.* (2010) es va dur a terme una avaluació completa d'un programa nacional de dos anys de durada que va ser aplicat en 18 residències de gent gran d'Irlanda, per avançar cap a un model d'atenció orientat des de l'ACP. Els autors van detectar que l'alta càrrega assistencial és el factor que té més pes en l'estrès dels professionals d'infermeria. Amb relació als efectes de l'aplicació del programa, van documentar canvis significatius en factors considerats clau per aconseguir una atenció centrada en les persones. Concretament, es va registrar una reducció significativa en factors com la inadequació professional, la falta de suport als professionals, la prescripció de tractaments inadequats o la manca de comunicació; al contrari, es van incrementar puntuacions en factors com el desenvolupament professional, la satisfacció personal i la satisfacció professional. Van assenyalar, també, un canvi important en la percepció de l'atenció per part dels professionals d'infermeria que, després de la intervenció, van passar a donar més importància a aspectes relacionats amb la recerca d'una relació de proximitat i intimitat amb les persones usuàries, que als elements «tècnics». Conclouen, per tant, la capacitat d'adoptar i posar en marxa un enfocament ACP per canviar les pràctiques professionals i la percepció de l'atenció en els professionals.

Berkhout, Boumans, Nijhuis, Van Breukelen & Abu-Saad (2003) van realitzar un estudi de disseny quasiexperimental en residències d'Holanda, en què es pretenia identificar els canvis que s'anaven produint en l'organització i en la percepció del treball durant el procés d'implantació d'un model ACP. La comparació es va fer al llarg de 22 mesos i es va utilitzar, a més, un grup de control de residències en què se seguia un model tradicional. Els resultats indiquen que en el grup ACP es va aconseguir l'assignació fixa de gerocultors i es van utilitzar plans personalitzats d'atenció de manera més freqüent. També es va comprovar una personalització més gran de l'atenció, així com una percepció de tenir més autonomia en el

treball a favor dels professionals que treballaven amb un model ACP.

Ashburner *et al.* (2004), en una intervenció realitzada en residències del Regne Unit, van utilitzar un disseny quasiexperimental per avaluar, al llarg de tres anys, l'impacte d'aplicar un model ACP en l'organització. Van analitzar els canvis en un grup de 46 professionals, i van concloure que l'ACP té efectes positius en: la satisfacció dels professionals d'infermeria, les condicions de treball, la capacitat d'identificar les necessitats de les persones, el tracte digne i respectuós, i la millora de la continuïtat de l'atenció (vinculada a un sistema d'assignació estable dels professionals en l'atenció de les persones usuàries). També van assenyalar millores en la comunicació dels professionals amb els residents.

Per la seva banda, Te Boerhorst, Willemse, Depla, Efesting & Pot (2008) van analitzar les diferències entre les residències convencionals i les unitats de convivència, amb relació a la satisfacció laboral i al *burnout*, així com l'efecte mediador de les tres característiques del treball que proposa el model demanda-control-suport social amb relació a l'estrès laboral. Aquest model proposa que l'estrès laboral està mitjançat per aquestes tres variables. Les demandes són les exigències psicològiques que la feina implica per a la persona (fan referència al volum de treball, pressió del temps, nivell d'atenció, etc); el control té dos components: l'autonomia del professional per prendre decisions i el desenvolupament d'habilitats; finalment, el suport social, que també està integrat per dos components (l'emocional i l'instrumental). Els autors van observar, en aquest estudi, que en el model d'atenció basada en unitats de convivència, enfront del model residencial tradicional, hi havia un nivell de demanda més baix, alhora que també hi havia més control i suport social. Van detectar, a part d'això, i a favor del model d'unitats de convivència, més satisfacció laboral i un grau de *burnout* significativament inferior en els professionals, en comparació d'aquells que treballaven a les residències tradicionals. Conclouen que la satisfacció laboral es veu mitjançada per les tres característiques del treball, mentre que la despersonalització i la realització professional, només pel control i el suport social.

Passalacqua & Harwood (2012) van dur a terme un programa de formació, basat en els quatre components del model VIPS (Brooker, 2007) per a persones amb demència. Van impartir un taller de quatre sessions, en les quals van participar un total de 26 professionals d'atenció directa de residències. Després d'aplicar-lo,

van observar una reducció significativa del *burnout*, així com el desenvolupament d'actituds relacionades amb l'empatia, amb una visió més centrada en les capacitats de les persones amb demència i una millora en les habilitats de comunicació amb els residents.

En aquesta direcció se situen els resultats de la recerca d'Alfredson & Anneerstedt (1994), en la qual, després d'aplicar un programa d'implementació d'ACP durant sis mesos en un centre residencial que incloïa formació dels professionals, suport i supervisió en la implementació, van analitzar les diferències amb relació a un grup de control. Els resultats van mostrar, a favor del grup d'intervenció, a part d'un increment de coneixements, un canvi en actituds cap a l'atenció, en què es donava més importància als aspectes emocionals, i més competència professional en l'atenció; a més, s'incrementava la motivació i la satisfacció laboral enfront del grup de control.

L'estudi de Sloane *et al.* (2004) que ja s'ha citat anteriorment, encaminat a comprovar l'efectivitat de tècniques ACP per reduir el malestar, l'agitació i l'agressivitat de persones amb demència al bany, va ser posteriorment completat amb l'anàlisi de quins efectes s'havien produït en el personal que impartia els banys (Hoeffler *et al.*, 2006). Es va concloure que els gerocultors que aplicaven tècniques ACP presentaven més amabilitat i oferien més suport verbal a les persones amb demència. A més, es va observar que en els professionals que havien aplicat tècniques ACP, havia disminuït la percepció de dificultat a l'hora de dur a terme la tasca del bany amb aquestes persones.

En una línia semblant, en un treball recentment publicat (Zimmerman *et al.*, 2014) es van estudiar els efectes de l'aplicació de tècniques específiques d'ACP en la higiene bucal, anomenades *neteja de boca sense batalla (mouth care without a battle)*, inspirades en les tècniques utilitzades amb èxit a l'hora de banyar les persones amb demència. Aquests autors assenyalen l'eficàcia d'aquestes tècniques per millorar la higiene bucal, així com el sentiment de capacitat en els professionals en la realització de la tasca quan duen a terme aquestes pràctiques.

Edvardsson, Sandman & Borell (2014), en un estudi també recent, van analitzar els efectes que va produir en els professionals l'aplicació del programa d'implementació a Suècia de les guies nacionals per facilitar l'aplicació de l'ACP en residències. Utilitzant un disseny quasiexperimental, amb mesures abans de la intervenció i 12 mesos més tard, es van analitzar els efectes en l'atenció i

en l'ambient (efectes primaris), així com en l'estrès i, concretament, en l'estrès de consciència en els professionals. L'estrès de consciència és definit com el malestar derivat de problemes de consciència quan es cuida d'una manera que no es considera adequada, i aquest ha estat associat al *burnout* (Juthber *et al.*, 2010; Glasberg *et al.*, 2006). Els resultats obtinguts assenyalen que el programa ACP va aconseguir una millora significativa en l'atenció ACP, la percepció dels professionals que el centre era més hospitalari, així com una reducció significativa de l'estrès de consciència.

En una recerca que va utilitzar una metodologia qualitativa des d'una aproximació fenomenològica, Hayajneh & Shehadeh (2014) descriuen l'impacte que va tenir l'adopció d'un enfocament ACP en la càrrega experimentada per professionals que cuidaven persones amb la malaltia d'Alzheimer. Van realitzar entrevistes semiestructurades a 10 cuidadors professionals, i van concloure que l'ACP és un enfocament que redueix la càrrega emocional dels professionals després de la intervenció; en aquest procés, van identificar tres capacitats clau: l'acceptació de les alteracions del comportament, la comprensió dels sentiments de les persones (empatia) i l'adaptació a les demandes de les persones amb demència (resiliència).

Altres treballs també assenyalen que les intervencions orientades des de l'ACP en centres d'atenció a la gent gran produeixen un increment tant de la satisfacció dels professionals amb la feina i amb l'atenció dispensada, com de l'orgull professional, a més de creixement professional i reducció de l'estrès (Dilley & Geboy, 2010; McCormack *et al.*, 2010).

Finalment, cal citar la revisió realitzada per Van del Pol-Grevelink, Jukema & Smits (2012) sobre l'impacte de diferents intervencions afins a l'ACP en la satisfacció laboral, en la qual es conclou que aquestes tenen efectes positius en la satisfacció amb la feina, en les demandes expressades, en l'esgotament emocional i la realització personal. Assenyalen, això no obstant, la necessitat de realitzar més estudis qualitatius que aprofundeixin en aquestes relacions descrites.

A tall de recapitulació, es pot afirmar que els estudis consultats refermen la hipòtesi que els models d'atenció centrada en la persona generen efectes positius en els professionals d'atenció directa. Els resultats refereixen, en primer lloc, canvis produïts en actituds relacionades amb una major humanització de

l'atenció, així com amb el desenvolupament de pràctiques orientades cap a la personalització i el benestar de les persones. A més, altres estudis descriuen canvis en la manera de treballar, en els procediments i l'organització del treball. Finalment, cal destacar que alguns resultats indiquen l'associació entre ACP i efectes positius per als mateixos treballadors, com ara més satisfacció en la feina, així com una reducció de l'estrès laboral i del *burnout*. Tots aquests canvis prenen una rellevància especial, ja que diversos treballs han assenyalat que un tracte proper i la relació de confiança entre els professionals d'atenció directa i els residents són aspectes molt importants en la valoració que les persones grans realitzen sobre la qualitat de l'atenció rebuda (McCormack, 2010; Nolan *et al.*, 2006; Zimmerman *et al.*, 2014). El *burnout*, atesa la pròpia definició del terme, és un factor que dificulta aquesta relació de proximitat i el bon tracte (Cohen-Mansfield, Werner, Culpepper & Barkley, 1997); a més, diferents estudis indiquen que la presència d'aquesta síndrome en els cuidadors professionals és un predictor de maltractament a les persones grans institucionalitzades (Buzgová & Ivanová, 2011; Cohen & Shinan-Altman, 2011; Shinan-Altman & Cohen, 2009).

2.2.3. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les famílies

Malgrat que els estudis publicats són menys nombrosos que els centrats en les persones usuàries o en els professionals, l'aplicació de models orientats des de l'ACP també s'ha associat a efectes positius en les famílies de les persones usuàries que són ateses en centres, tant amb relació a l'increment de la satisfacció sobre l'atenció rebuda, com a la implicació i col·laboració que mostren en aquesta atenció. Cal tenir en compte que la satisfacció familiar no és només una dada rellevant en si mateixa, sinó que cal interpretar-la també des de la hipòtesi que pot incidir en una col·laboració més estreta amb el centre i en una implicació més gran en el procés d'atenció i proximitat a la persona usuària.

En un estudi longitudinal de disseny quasiexperimental, l'objectiu principal del qual va ser conèixer l'efecte de les *Green Houses* en les famílies dels residents (Lum, Kane, Cutler & Yu, 2008) per comparació a un grup de control de residències tradicionals, els autors van detectar que les famílies de les *Green Houses* expressaven més satisfacció amb el seu paper de familiars al centre, així com menys nivell de càrrega experimentada.

Per la seva part, McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan & Repper (2010), en un estudi qualitatiu en què es va utilitzar el treball amb històries de vida per avançar en un enfocament centrat en la persona, van descriure la percepció de les famílies de tenir, després de la intervenció, més suport per part del centre.

En l'estudi realitzat per Robinson & Roshe (2006) sobre els resultats obtinguts en centres que van adoptar la filosofia de l'alternativa *Eden*, els autors van observar una millora significativa en la satisfacció de les famílies amb l'atenció residencial.

Altres estudis també assenyalen un increment de la satisfacció amb l'atenció rebuda per part de les famílies (Lum *et al.*, 2008; McKeown *et al.*, 2010) quan s'opta per aplicar models d'atenció ACP.

Finalment, cal mencionar que en l'avaluació realitzada en el marc del projecte *Etxean Ondo* al País Basc, es va assenyalar que les famílies dels residents van mostrar un increment en la satisfacció amb l'atenció rebuda amb el nou model d'atenció (Díaz-Veiga *et al.*, 2014).

2.2.4. Efectes dels models i intervencions afins a l'ACP en les organitzacions

Els efectes de l'ACP en les organitzacions han estat analitzats des d'una doble perspectiva: des de la relació amb la millora assistencial i des de la perspectiva de l'efectivitat i eficiència de la gestió.

En els estudis de qualitat assistencial de l'atenció de llarga durada és habitual la utilització d'indicadors amb el propòsit de tenir mesures més objectives que les avaluacions basades en l'opinió de les persones usuàries, de les famílies o dels mateixos professionals. En aquest sentit, s'utilitzen bateries d'indicadors que es relacionen amb diferents dimensions, entre les quals solen figurar les relacionades amb la salut (estat de la pell, úlceres per pressió, nivell de nutrició, nombre d'hospitalitzacions, etc.), o amb determinades pràctiques o esdeveniments (prescripció de psicofàrmacs, aplicació de restriccions físiques, caigudes, etc.).

Fossey *et al.* (2006), en un estudi d'assignació aleatòria, van avaluar l'efectivitat de l'entrenament i del suport als professionals per aplicar tècniques ACP, i van comprovar-ne la capacitat per reduir la prescripció de neurolèptics en persones amb demència. Els resultats al cap de 12 mesos mostren una reducció significativa

en la prescripció de neurolèptics en el grup d'intervenció en què es va formar els professionals en tècniques ACP per al maneig d'alteracions del comportament.

En l'estudi citat anteriorment que van dur a terme Coleman *et al.* (2002), i en què van estudiar els resultats de centres adherits a l'alternativa *Eden*, es va descriure un descens significatiu en l'ús d'ansiolítics enfront del grup de control. Els autors també van trobar alguns efectes negatius, com un augment significatiu en les caigudes i en indicadors de risc de desnutrició en els residents de l'alternativa *Eden*.

En l'estudi de Sloane *et al.* (2004), en què es van aplicar tècniques ACP en el bany de persones amb demència amb alteracions en el comportament, a més d'una reducció en l'agressivitat i en l'agitació, es van registrar millores en les condicions de la pell.

Per la seva banda, Palese, Granzotto, Broll & Carlesso (2010) van mostrar una reducció significativa en la prevalença de restrenyiment en residents amb prescripció habitual de laxants, després d'aplicar en un centre residencial d'Itàlia un programa d'intervenció centrat en la persona i destinat a proporcionar intervencions personalitzades per als residents que presentaven aquest problema.

En l'estudi realitzat per Chenoweth *et al.* (2009), en què es van comparar tres models d'atenció (atenció centrada en la persona; atenció centrada en la persona aplicant el *Dementia Care Mapping* i atenció tradicional), en relació amb el registre de caigudes, es va trobar una incidència significativament superior pel grup ACP, enfront dels altres dos grups, així com un descens de les caigudes a favor de la intervenció que va utilitzar el *Dementia Care Mapping*.

Boumans, Berkhou & Landeweerd (2005), en un estudi realitzat en tres residències holandeses per analitzar els efectes d'implementar un model ACP, en què es va utilitzar un disseny quasiexperimental, amb mesures pre-post en grups experimental i de control al llarg de 22 mesos, van identificar escasses diferències a favor dels grups ACP amb relació a la qualitat assistencial rebuda, entre les quals cal mencionar una millora de la coordinació de l'atenció en els casos.

En el treball realitzat per Te Boekhorst *et al.* (2009) amb l'objectiu de comparar en diversos aspectes el model residencial (97 residents) i les unitats de

convivència (67 residents), es van analitzar les diferències en qualitat assistencial i es va detectar una disminució de l'ús de restriccions físiques a les unitats de convivència. No obstant això, no es van constatar diferències en la prescripció de psicofàrmacs.

Per la seva part, Grabowski, O'Malley, Caudry, Elliot & Zimmerman (2014) han analitzat les dades extretes de la xarxa Pioneer, en què es registra informació relacionada amb el progrés del canvi de cultura en centres adherits al canvi de model. Tenint en compte dues fonts, l'enquesta de deficiències de salut i l'MDS (*Minimum Data Set*), van comparar els resultats de centres adherits al canvi cultural amb un grup de control de residències tradicionals. Van registrar una reducció del 14,6 % en l'enquesta de deficiències de salut als centres adherits al canvi cultural; no obstant això, aquestes diferències no es van constatar en els indicadors de qualitat procedents de l'MDS.

Chang, Li & Porock (2013), en un estudi d'un any de durada, van avaluar els efectes de la posada en marxa de dues unitats del model *Household* dins d'una estructura residencial tradicional. Els resultats mostren una reducció significativa en l'ús de contencions, a més d'un increment del nombre de caigudes a les noves unitats, enfront del model d'atenció tradicional.

Zimmerman *et al.* (2014) van estudiar els efectes de l'aplicació de tècniques específiques d'ACP en la higiene bucal (*mouth care without a battle*), i van assenyalar l'eficàcia d'aquestes tècniques per millorar-la.

En resum, ens trobem novament davant d'estudis molt diversos, amb objectius, mostres i metodologies diferents que ofereixen resultats variats, la qual cosa dificulta el fet d'arribar a conclusions sòlides sobre la relació entre l'ACP i la millora de la qualitat assistencial. A aquesta diversitat metodològica, cal afegir-hi novament la dificultat d'interpretar els efectes de l'ACP des d'indicadors de qualitat assistencial que procedeixen d'altres paradigmes d'atenció.

Des d'una altra perspectiva, com ja s'ha avançat, els models ACP també són analitzats des dels efectes que aquest tipus d'atenció té en la gestió del centre, servei o organització. En aquesta línia, alguns estudis han descrit efectes com ara l'increment de la permanència o estabilitat dels professionals al centre, la reducció de l'absentisme o la millora del treball en equip (Bowman & Schoeneman, 2006; Collins, 2009; Wunderluch & Kohler, 2001; McCormack *et al.*, 2010).

Així mateix, altres treballs apunten la relació entre el clima laboral i el model d'atenció (Misiorski, 2004; Patmore & McNulty, 2005; Martínez *et al.*, 2015). En aquest sentit, sembla que existeix una relació positiva entre un bon clima laboral i l'ACP, relació que es pot interpretar des de la bidireccionalitat (Martínez *et al.*, 2015). Un bon clima laboral es pot considerar una condició prèvia per avançar en aquest enfocament, atès que la seva implementació exigeix canvis, a vegades importants i profunds, que demanen una alta implicació dels professionals. Alhora, un treball plantejat i organitzat des dels postulats de l'ACP s'associa a la satisfacció laboral, millora les relacions interpersonals i s'orienta des de la confiança en els líders i en l'organització, elements essencials d'un bon clima laboral (Brownie & Nancarrow, 2013; Van den Pol-Grevelink *et al.*, 2012).

Finalment, una altra qüestió que ha suscitat i suscita un gran interès en l'aplicació d'aquests models d'atenció és el del cost dels serveis, especialment a l'hora de saber si aquests suposarien un increment de despesa amb relació als serveis actuals. Alguns estudis s'han dirigit tant a conèixer el cost dels serveis com a analitzar la relació cost-efectivitat d'aquests enfocaments d'atenció comparats amb altres models (Saizarbitoria, 2012; Zalakain, 2012).

Saizarbitoria (2012) afirma, després de realitzar una àmplia revisió d'un conjunt variat d'intervencions que es poden considerar sota el paraigua de l'atenció integral centrada en la persona, la cost-efectivitat d'aquest model d'atenció. No obstant això, s'han assenyalat les importants dificultats metodològiques que hi ha en aquest tipus d'estudis i, per tant, la limitació de les conclusions a què s'arriba.

Algunes dades inicials existents sobre el cost d'aquests serveis al nostre país indiquen que els costos directes poden ser una mica més alts que en el model tradicional (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2014). Això no obstant, també s'han descrit altres beneficis que poden suposar estalvis en els costos finals, com ara la reducció de l'absentisme laboral, l'augment dels índexs d'ocupació, la reducció en el consum de fàrmacs o en el nombre d'hospitalitzacions (Collins, 2009; Pioneer Network).

Com acabem de veure, els resultats obtinguts sobre la relació entre l'ACP i la qualitat assistencial són diversos; mentre que alguns treballs publicats mostren efectes concrets positius, d'altres, en canvi, no observen efectes positius, i fins

i tot alguns han descrit efectes negatius, com és el cas de diversos treballs que indiquen un increment en el nombre de caigudes registrades en algunes experiències d'aplicació de models d'ACP. Això ens condueix, novament, a reflexionar sobre el tipus de mesures que s'utilitzen, en aquest cas per mesurar la qualitat assistencial, i a considerar si és necessari redefinir els criteris que orienten la selecció d'aquests indicadors, sobretot quan de vegades només es contempla el criteri de la salut i la seguretat, obviant consideracions que tenen a veure amb la llibertat i el benestar psicològic de les persones.

2.3. Estudis realitzats sobre alguns components clau del model ACP

L'interès per aprofundir i poder detallar aspectes més concrets de la implementació de l'ACP als escenaris quotidians d'atencions, condueix a recerques més específiques, a estudis que analitzen components de l'ACP, i a elements concrets d'aquests per comprovar la relació que tenen amb diferents variables associades a la qualitat de l'atenció i al benestar de les persones. A continuació, s'exposen algunes conclusions i estudis d'especial interès amb relació a quatre components de l'ACP: l'autonomia i control; la comunicació i interacció entre professionals i persones usuàries; les activitats quotidianes plenes de sentit, i l'ambient físic.

2.3.1. Autonomia i control

La promoció de l'autonomia en la vida quotidiana, és a dir, l'assumpció que l'atenció ha de ser dirigida per les persones usuàries, és el principal component dels models ACP. Es podria dir que aquesta és «la senya d'identitat» que marca la diferència amb altres enfocaments d'atenció individualitzada. Aquest objectiu parteix del reconeixement de la persona gran com a ésser únic, global i amb dret a prendre decisions sobre la seva atenció (Winbolt, Nay & Fetherstonhaugh, 2009; Nay *et al.*, 2009) amb independència del grau de deteriorament i el nivell de suports que necessiti.

Es reconeix que el control sobre la vida quotidiana és un aspecte clau en la personalització de l'atenció (Sanderson & Lewis, 2012; Glynn *et al.*, 2008). El coneixement de les preferències personals i l'existència, en el dia a dia, d'oportunitats d'elecció i de control efectiu per part de la persona usuària (horaris d'aixecar-se i anar-se'n a dormir, el tipus de menjar i on o com realitzar els àpats,

el tipus d'higiene personal, què fer durant el dia, amb qui mantenir contacte social o com vestir-se) han estat assenyalats com a aspectes fonamentals en la qualitat de l'atenció, atesa la seva estreta relació amb el benestar personal (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Cambridge & Carnaby, 2005; Center for Excellence in Assisted Living, 2010; Morgan & Yoder, 2012).

Per altra part, l'autonomia i la participació activa de la persona en qüestions relacionades amb la salut i els tractaments són aspectes de gran interès en l'atenció sanitària i solen ser contemplats des del camp de la bioètica. Qüestions com el consentiment informat, la presa de decisions compartides o els estils de comunicació i promoció de la responsabilitat del pacient tenen cada cop més rellevància i, de manera progressiva, són traslladats a l'atenció de les persones grans usuàries de serveis d'atenció social i sociosanitària (National Voices, 2014a,b,c; Simón i Júdez, 2001).

Una de les qüestions de més interès per a la intervenció des de l'ACP és el control del subjecte sobre el seu entorn. La variable psicològica més estudiada ha estat la percepció o creença de control (diferenciant-se del control objectiu), és a dir, l'experiència subjectiva de la persona sobre el grau d'influència que té sobre l'entorn que l'envolta.

En una revisió realitzada per Lachman, Shevaun, Neupert & Agrigoroaei (2011) sobre la importància de la percepció de control en la salut i en el procés d'envelliment, s'han destacat algunes troballes i conclusions d'especial interès pel tema que ens ocupa. Les principals conclusions a què arriben els autors són les següents:

- > Hi ha evidència suficient que indica que la percepció de control sobre l'entorn es relaciona amb una millor salut i un nivell més alt de benestar en les persones grans. Al contrari, la falta de percepció de control s'associa a estrès, ansietat, depressió, així com a reducció de l'activitat, pitjor salut i menys rendiment cognitiu.
- > El procés d'envelliment s'associa a un descens en la percepció de control sobre l'entorn. Aquesta pèrdua de control es relaciona amb diferents dominis i ha estat especialment demostrada en situacions com l'ingrés en residències.
- > Hi ha diferències importants interindividuais i intraindividuals, cosa que s'ha explicat des de la interacció de la percepció de control amb altres variables.

Diverses variables influeixen en el manteniment de la percepció de control en el procés d'envelliment, com són la personalitat, les relacions socials, la salut i el funcionament cognitiu. Així mateix, la diversitat de dominis sobre els quals les persones poden percebre control o la variabilitat en un mateix individu al llarg del temps són variables que influeixen en la pèrdua o el manteniment de la percepció de control. En aquest sentit, cal destacar la importància del valor atorgat per la persona al domini o a la qüestió sobre els quals experimenta o no control, així com la rellevància de la consistència o estabilitat en la percepció del control.

> En el procés d'envelliment, es poden distingir diferències importants entre les estratègies de control primari i secundari. El control primari es refereix a les estratègies que el subjecte pot aplicar sobre el seu entorn per canviar-lo; el control secundari es refereix a les estratègies relacionades amb canvis personals (modificació de metes, del valor atorgat als objectius, creences, etc.) quan la possibilitat de modificació i control directe sobre l'entorn es redueix. La recerca realitzada indica que amb el pas del temps disminueix el control primari sobre l'entorn, mentre que s'incrementen les estratègies de control secundari, la qual cosa s'ha interpretat com una forma d'adaptació de les persones grans per poder mantenir la percepció o el sentit de control i el sentiment d'autoeficàcia.

> Alguns estudis han indicat que la falta de percepció de control personal i l'opció d'assumir i acceptar el control extern pot ser, de vegades, adaptativa, especialment en situacions en què les persones experimenten un gran deteriorament i una alta dependència.

Els efectes del control de l'entorn han estat objecte d'alguns treballs en el context d'atencions residencials. Diferents estudis realitzats ja fa diverses dècades van alertar de la pèrdua de control que suposava per a les persones grans anar-se'n a viure a institucions residencials, i els efectes negatius que tenia amb relació a l'estrès, l'ansietat i la depressió (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977; Schulz, 1976; Schulz & Hanusa, 1978).

Langer & Rodin (1996), en un estudi realitzat en residències, van observar que, després d'una intervenció en què es potenciava el control dels residents a l'hora de realitzar tasques quotidianes (per exemple, cuidar plantes, escollir activitats, etc.), aquests van incrementar el nivell d'activitat i van presentar millores en benestar personal i salut.

Shulz (1976) va constatar que en un programa en què els residents tenien control sobre la programació de visites de voluntaris en una residència, enfront d'un grup de control que va rebre visites sense tenir aquest control, es van incrementar significativament mesures de benestar subjectiu. Això no obstant, un cop que van cessar aquestes visites, els residents que havien estat sota la condició de percepció de control, van descendir en aquestes mateixes mesures de benestar en un grau més alt que el grup de control. Això indica els efectes negatius que pot tenir la manca d'estabilitat de la percepció de control, i la importància que les mesures i intervencions que augmentin la percepció de control es mantinguin en el temps i no siguin provisionals o inestables.

Són, totes elles, qüestions d'elevat interès per incloure en la recerca sobre els models ACP que encara no han estat suficientment estudiats. Sens dubte, és un camp obert que suggereix objectius de recerca interessants des d'una doble direcció: comprovar quins aspectes i quines variables relacionats amb el control percebut i les estratègies per adquirir-lo tenen rellevància en la millora de la qualitat de vida i el benestar de les persones; i conèixer quins efectes té l'aplicació dels diferents models ACP, i els diversos components que presenta, sobre aquesta variable i els diferents elements.

Un altre tema de gran rellevància amb relació a aquest component de l'ACP és el de l'autonomia, entesa com a capacitat i com a dret de tenir control sobre la pròpia vida, en les persones amb demència. Tal com alguns autors han alertat, les persones amb demència tendeixen a romandre invisibles o sense veu en els serveis gerontològics tradicionals. En els models orientats des de l'ACP, les persones amb deteriorament cognitiu es converteixen en autèntics protagonistes, no solament perquè se'n reconeixen els drets per respectar les seves decisions, les preferències i els valors de vida, sinó també en tant que plantegen nous reptes relacionats amb la recerca de noves estratègies de comunicació i de provisió de suports que permetin més autodeterminació en el dia a dia, exercida d'una manera directa o bé a través de la representació d'aquells que se n'ocupen (Guisset, 2008; Mountain, 2006; Reid, Ryan & Enderby, 2001; Wilkinson, 2002).

En aquest sentit, s'ha posat en relleu la capacitat de les persones amb demència per expressar les seves preferències i els desitjos quan es disposa d'estratègies d'escolta apropiades (Aggarway *et al.*, 2003; Allan & Killick, 2010; Bamford & Bruce, 2000; Beattie, Daker-White, Gilliard & Means, 2004; Katz, Holland, Peace

& Taylor, 2011; Reid *et al.*, 2001). Alhora, una escolta adequada de les necessitats de les persones amb demència i l'atenció a les seves preferències, en redueix la frustració, prevé l'aïllament (Kitwood, 1997; Quinn, Clare, McGuinness & Woods, 2012; Beattie *et al.*, 2004) i en millora la qualitat de vida (Bamford & Bruce, 2000; Innes & Capstick, 2001; Innes, Macpherson & McCabe, 2006; van Baalen, Vingerhoets, Sixma & de Lange, 2010).

Per finalitzar aquest apartat, cal fer referència a una última qüestió que té relació amb la promoció de l'autonomia de les persones que necessiten atencions i que genera una especial controvèrsia en l'àmbit aplicat: l'assumpció de riscos.

El temor del risc és una de les barreres més importants perquè les persones puguin exercir control sobre les seves vides (Manthorpe & Moriarty, 2010). Eliminar els riscos i tenir com a criteri únic la seguretat de les persones pot conduir a una pèrdua de control sobre l'entorn i afectar el benestar personal (Nuffield Council, 2009).

En aquest sentit, s'ha assenyalat la importància de buscar l'equilibri entre potenciar l'autonomia i el control, i la protecció de les persones, tot assumint riscos acceptables (Beattie *et al.*, 2004; Clarke *et al.*, 2009; Bermejo *et al.*, 2009; Martínez, 2010a,b); la importància de realitzar intervencions sempre individualitzades, perquè cada situació que implica risc és particular (Katz *et al.*, 2011; Galantowicz, Selig, Pell & Rowe, 2005); de prendre decisions consensuades amb la persona i la seva família, tenint com a referent, quan la persona no és competent, els seus valors previs i les seves necessitats i preferències actuals (Waugh, 2009; Kovach & Krejci, 1998; Manthorpe, 2004).

Neill *et al.* (2008) consideren que el millor suport és el que procura la salut i la seguretat de la persona però d'una manera coherent amb els seus valors, i tenint molt en compte allò que desitja viure ara o en un futur.

2.3.2. La interacció i comunicació entre professionals, persones usuàries i famílies

La interacció i comunicació entre professionals i persones usuàries és un altre component citat repetidament en els diversos enunciats i components dels models ACP, que ha estat objecte de recerca.

Des de l'ACP, la dispensació d'atencions és més que una qüestió «tècnica», i transcendeix l'objectiu de dispensar un conjunt de procediments ben fonamentats que guien la realització de les tasques assistencials. L'atenció és considerada essencialment com un procés de comunicació en què l'escolta activa, les actituds, el llenguatge i les conductes dels professionals tenen una importància extrema, no solament quant als objectius bàsics assistencials, sinó amb relació a la promoció de l'apoderament de les persones, al seu respecte i a l'assoliment del seu benestar subjectiu (Kitwood, 1997; Mead, 1934; McCormack, 2004; Sheard, 2010).

Tal com va advertir Kitwood (1993, 1997) amb relació a les persones amb demència, moltes de les alteracions del comportament no són més que expressions d'aquells que no veuen cobertes les seves necessitats psicosocials en un entorn d'atencions i interaccions no adequades que tracten aquestes persones com a malalts mancats de personalitat i, per tant, objecte exclusiu de cures físiques, pràctiques que van ser designades per aquest autor amb l'expressió *psicologia maligna*.

Els professionals són considerats com un recurs imprescindible per fer efectiu aquest enfocament d'atenció. L'aplicació de models ACP fa necessària la formació i intervenció amb els professionals, amb l'objectiu d'alinejar-ne les pràctiques amb els valors de l'enfocament, i millorar la comunicació amb les persones (Nolan, Bauer & Nay, 2009). Una bona comunicació entre els professionals d'atenció directa i les persones usuàries és un element indispensable per mantenir una atenció personalitzada (Stirk & Sanderson, 2012; van Dam *et al.*, 2008; Frampton *et al.*, 2008).

En un estudi realitzat per Zimmerman *et al.* (2005) es va analitzar la relació entre diferents indicadors de qualitat de vida i les característiques de l'atenció residencial. En un total de 45 residències, es van realitzar observacions sobre el procés d'atenció en una mostra de 421 residents, a més d'avaluar 11 indicadors estandarditzats de qualitat de vida. Els centres amb puntuacions més altes en qualitat de vida es van caracteritzar per tenir una atenció especialitzada i professionals formats, i per estimular habitualment les persones usuàries cap a l'activitat. A més, els autors van detectar una relació significativa entre qualitat de vida i una bona comunicació entre professionals i residents. Igualment, la qualitat de vida percebuda pels residents s'associava al grau d'implicació dels professionals en l'atenció.

Algunes recerques s'han encaminat a aprofundir i identificar quins aspectes de les interaccions entre professionals i persones usuàries afavoreixen el benestar d'aquestes últimes. Aquest tipus de coneixements adquireixen una gran importància per orientar els continguts dels programes formatius i per poder dur a terme intervencions efectives que permetin desenvolupar habilitats concretes que hagin estat validades com a elements clau en la transferència dels valors afins a l'ACP a la interacció quotidiana. En aquesta línia, es poden destacar algunes troballes, que es comenten a continuació.

Willemse *et al.* (2014) van realitzar un estudi observacional en 9 centres residencials de gent gran, l'objectiu del qual va ser analitzar la relació entre el tipus d'interaccions que els professionals mantenien amb els residents amb demència i el seu benestar psicològic. Per fer-ho, van utilitzar l'instrument d'observació sistemàtica *Dementia Care Mapping*, amb el qual van registrar les interaccions dels professionals d'atenció directa amb un total de 51 residents. Van recollir tant els detractors com els potenciadors personals que aquest instrument permet codificar des de l'observació de diferents conductes. Els autors van observar que els potenciadors personals més utilitzats van ser els que atenen les necessitats psicològiques de confort i ocupació; això no obstant, els potenciadors que van mostrar més associació amb el benestar dels residents van ser els relacionats amb la identitat, el compromís i la inclusió. Pel que fa als detractors personals, els que es van observar amb més freqüència van ser els que desatenen o interfereixen en les necessitats de confort, inclusió i ocupació; els detractors relacionats amb el fet de no atendre les necessitats de confort van ser els que van presentar una associació significativa amb la disminució del benestar psicològic.

Per la seva banda, Cohen-Mansfield, Thein & Marx (2014) van analitzar els predictors de l'impacte de les intervencions no farmacològiques en l'agitació de persones amb demència en residències. Per fer-ho, van utilitzar un procediment d'observació sistemàtica en un total de 89 residents de 6 centres; els professionals van ser observats abans i després de ser entrenats en el mètode TREA-T (*Treatment Routes for Exploring Agitation*) per a l'abordatge de l'agitació; mètode que a través d'un algorisme identifica necessitats no cobertes en cada persona i proposa intervencions ajustades en funció de les seves habilitats sensorials, cognitives i funcionals, així com aspectes relacionats amb la identitat i les preferències personals. Els resultats obtinguts, a més de mostrar

una reducció significativa de l'agitació després de la intervenció, assenyalen els següents factors predictors del seu descens: una alta funció cognitiva, un nivell funcional baix, una bona comunicació amb els professionals i una alta responsabilitat d'aquests. Al contrari, els predictors de la no reducció de l'agitació es van associar al dolor i a un abordatge inadequat per part dels professionals, i, sobretot, a interaccions caracteritzades per la interrupció i el rebuig. Conclouen, d'aquesta manera, la importància del tipus d'interacció que els professionals mantenen amb les persones amb demència en l'abordatge de l'agitació i, en conseqüència, la importància de formar el personal d'atenció directa en aquest tipus d'habilitats.

Savundranayagam (2014) ha posat en relleu la importància de la comunicació centrada en la persona i de la cadena seqüencial d'interaccions entre professionals d'atenció directa i persones usuàries. En un estudi qualitatiu en què es van gravar converses entre professionals i persones usuàries en moments de realització de tasques assistencials al llarg de 12 setmanes, es detecta una alta freqüència de les anomenades *ocasions perdudes* en la interacció quotidiana. Aquestes es poden definir com les oportunitats de comunicació que es produeixen en els moments d'atenció quotidiana, en què el personal pot interactuar des d'una perspectiva centrada en la persona i no ho fa. En aquest estudi es mostra l'alta ocurrència de les *ocasions perdudes* en la interacció i atenció quotidiana. S'adverteix, a més, que si les interaccions centrades en la persona van succeïdes de posteriors *ocasions perdudes*, aquestes últimes soscaven el valor de la primera seqüència positiva de la interacció. Es conclou, així mateix, la importància de la formació i l'entrenament dels professionals en aquestes tècniques de comunicació.

La relació dels professionals amb les famílies també ha estat considerada com un element de gran importància, especialment en les persones amb demència, pel fet que els familiars més propers es converteixen en importants referents i representants quan aquestes persones no poden prendre decisions o expressar les seves dificultats i necessitats a causa del seu deteriorament cognitiu.

Ryan, Nolan, Enderby & Reid (2004) han assenyalat que la satisfacció laboral es relaciona amb el tipus de relació que els professionals mantenen amb les famílies de les persones usuàries.

En aquesta línia, s'ha argumentat que els enfocaments ACP augmenten la

satisfacció dels consumidors (persones usuàries i famílies) amb el servei rebut, cosa que alhora incrementa el benestar dels professionals (Noel, Frueh, Larme & Pugh, 2005; Moyle, Murfield & Griffiths, 2011).

2.3.3. Les activitats quotidianes plenes de sentit

Les anomenades activitats quotidianes, enteses no solament com a recursos terapèutics sinó també com a espais de relació, gaudi i benestar per a les persones grans, prenen també una rellevància especial en els models ACP.

Des d'aquests models, es destaca el paper d'allò que és quotidià, de la significativitat de l'entorn i, en especial, de les activitats que les persones grans realitzen en el seu dia a dia amb relació al seu benestar emocional (Prieto, 2014; Sancho & Yanguas, 2014). En aquest sentit, s'ha assenyalat la importància que té que les persones que realitzen les activitats percebin que aquestes tenen sentit, i s'ha encunyat el terme *activitats plenes de sentit*, en contraposició a les activitats mancades de sentit (Guisset, 2008; Martínez, 2011).

Diversos autors i estudis ofereixen evidències sobre la capacitat de les activitats quotidianes per generar benestar en les persones i augmentar la qualitat de l'atenció (Bone, Cheung & Wade, 2010; Bowman & Schoeneman, 2006).

En una revisió recent realitzada per Sancho i Yanguas (2014) sobre les evidències de la realització d'activitats plenes de sentit en relació amb el benestar de les persones grans, els autors posen en relleu la coexistència de dues visions complementàries sobre el paper de la vida quotidiana i les seves possibilitats terapèutiques. La primera és una visió clàssica, que des d'una perspectiva clínica i quantitativa, concep les activitats de la vida quotidiana com a estratègies terapèutiques per desenvolupar i mantenir habilitats en les persones d'edat avançada (Dixon, 2010; Sikkes *et al.*, 2012). La segona visió, segons aquests autors, ofereix una perspectiva més qualitativa de les activitats quotidianes i destaca el valor subjectiu d'allò que és quotidià en la mesura que acompanya, dona seguretat, reforça la identitat i proporciona benestar a les persones (Barberger-Gateau, Fabrigoule, Helmer, Rouch & Dartigues, 1999; Barberger-Gateau, Rainville, Letenneur & Dartigues, 2000).

Des de la perspectiva clàssica de l'estudi de les activitats quotidianes, s'ha posat de manifest l'associació existent entre la capacitat de realitzar activitats

instrumentals de la vida quotidiana, l'estat cognitiu i el nivell funcional (Sancho i Yanguas, 2014). En aquesta línia, cal alertar del risc que les persones amb un grau avançat de deteriorament físic i, sobretot, cognitiu, tendeixin a romandre més passives i, fins i tot, apartades de les invitacions professionals, atesa la dificultat d'identificar-hi recursos, preferències i oportunitats per a l'activitat; també cal insistir en la importància de ser capaços de generar estratègies d'intervenció i suports per a aquests grups (Martínez *et al.*, 2014).

Sense restar importància als objectius terapèutics de la realització de les activitats quotidianes, les aproximacions de tipus qualitatiu, com l'estudi dut a terme per Herranz, Sancho, Yanguas i Prieto (2011), ofereixen arguments de gran valor per comprendre el significat que pren l'activitat quotidiana per a cada persona, i el tipus de característiques que s'han de contemplar.

En primer lloc, s'ha posat en relleu el paper que exerceixen les rutines en la vida diària per a les persones grans, en la mesura que aquestes permeten predir les accions i tenir més control sobre l'entorn proper, en proporcionar seguretat i benestar a les persones (Bergua, Dartigues & Bouisson, 2012; Bergua *et al.*, 2006; Bergua *et al.*, 2013). En aquest sentit, Herranz *et al.* (2011) assenyalen l'especial importància que adquireix allò que és quotidià i rutinari davant de la pèrdua de capacitat (que pot ser tant objectiva com percebuda) de les persones grans, perquè permet un entorn en què la persona experimenta més control. Aquests autors també destaquen que en les persones grans que afronten un procés de successives pèrdues funcionals, es genera una «lluita quotidiana» per mantenir determinats nivells d'autonomia i independència, amb la qual cosa, continuar realitzant determinades activitats contribueix a fer que la persona percebi que encara és capaç de «fer les seves coses».

També s'ha destacat el paper de l'entorn quotidià en relació amb la seva potencialitat per reforçar la identitat del subjecte, i s'ha subratllat la importància del vincle que les persones estableixen al llarg del temps amb l'espai i amb els objectes (Herranz *et al.*, 2011). En aquest sentit, els objectes significatius compleixen importants funcions relacionades amb el benestar psicològic, com ara proporcionar companyia i seguretat a la persona, afavorir la seva orientació, reforçar el sentit d'identitat i continuïtat amb la seva vida, estimular l'evocació de records i la comunicació de la persona amb aquells que l'envolten (Martínez, 2010).

En estreta relació amb la identitat personal, a més, s'ha posat de manifest la importància de la vinculació emocional de la persona amb la seva localitat i veïnatge, des de la relació que aquesta dimensió de pertinença territorial manté amb el benestar personal (Gilleard, Hyde & Higgs, 2007). Alguns autors emfatitzen la importància de percebre les persones com a membres, i dins del context de la seva comunitat (Quince, 2011; van Dam *et al.*, 2008; Bamford & Bruce 2000; Stokes & Goudie, 1990). En aquesta línia, s'ha destacat l'especial valor de les activitats que permeten reforçar el sentit de pertinença, així com afavorir el contacte social amb membres de la comunitat (Ericson, Hellstrom, Lundh & Nolan, 2001).

Un altre aspecte fonamental de les activitats quotidianes és el significat que cada persona gran els atorga, la qual cosa, alhora, es relaciona amb la trajectòria de vida recorreguda, els interessos personals, així com la consideració social de la pròpia activitat (Martínez, 2010). En aquesta línia, s'ha destacat igualment la importància que les persones es puguin reconèixer en l'activitat que realitzen, que aquesta sigui una acció que tingui continuïtat amb el que és quotidià i ja s'ha viscut, i que sigui percebuda per l'individu com quelcom que és coherent amb la vida que desitja mantenir (Bergua *et al.*, 2012; Gilliard & Marshall, 2010; Guisset 2010; Pituaud, 2006; Herranz *et al.*, 2011).

Finalment, cal mencionar el paper de les emocions en l'activitat quotidiana, i la importància de les activitats agradables que generin emocions positives en les persones (Díaz-Veiga, Márquez-González, Sancho i Yanguas, 2009; Márquez-González, 2008; Prieto, 2011; Yanguas, 2006). Les emocions positives faciliten el desenvolupament de l'autonomia, l'activitat i la relació social. A més, contribueixen a l'equilibri emocional, tot permetent un balanç a favor de les emocions positives enfront de les negatives, i a una millor salut física (Díaz-Veiga, *et al.*, 2009; Márquez-González, 2008; Yanguas, 2006).

2.3.4. L'espai físic

L'espai físic és un altre dels elements de l'entorn considerats essencials en l'aplicació dels models ACP. Des de fa diverses dècades, és objecte d'atenció amb relació a la conducta i al benestar de les persones grans (Lawton, 1975, 1977; Moos & Lemke, 1985), especialment de les que viuen en residències i presenten

una demència (Brawley, 2006). Es parteix de l'assumpció que l'espai físic manté una influència important, tant en el tipus i el nivell d'activitat dels subjectes que hi conviuen, com en les relacions interpersonals que aquests mantenen (Eynard, Villez & Villez, 2004a,b; Kendig, 2003; Marshall, 2010; Regnier, 2002; Regnier & Denton, 2009; Rowles & Bernard, 2013; Rowles & Chaudhur, 2005; Rowles, Oswald & Hunter, 2004).

Ja en la dècada dels vuitanta, Lawton (1982) va plantejar el model de competència ambiental en què postulava una interacció ambient-persona amb relació a l'adaptació de les persones grans als centres residencials, marc conceptual que continua marcant els passos de la gerontologia ambiental (Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2011; Wahl, Iwarsson & Oswald, 2012). Segons el model de Lawton, la influència que un ambient pot exercir sobre una persona està determinada per la relació entre el nivell de competència personal i la demanda o pressió ambiental existent. El nivell de competència depèn de la salut, de la capacitat sensorial, del desenvolupament motor i de les habilitats cognitives. La demanda ambiental, alhora, està determinada per les característiques físiques reals i per les percebudes. Des d'aquest model es van confirmar dues hipòtesis. La primera estableix que hi ha dues situacions negatives en relació amb el benestar de la persona: quan el nivell de demanda ambiental és o molt baix o molt alt, en relació amb el nivell de competència. La segona hipòtesi manté que quan el nivell de competència és més baix, els factors ambientals exerceixen més influència en el benestar personal. D'aquest model, se'n desprenen importants conclusions, com ara que les persones amb menys competència individual són més vulnerables a la pressió ambiental, que les persones amb menys competència es veuen més afectades, fins i tot en nivells baixos de pressió ambiental, i que l'ambient físic pot compensar i millorar alguns comportaments i el benestar experimentat.

Altres aportacions de gran interès en aquest tema són les que provenen del marc teòric dels escenaris de conducta (*Behavior Settings*) (Barker, 1968; Wicker, 1979). Aquests models sostenen que les conductes es produeixen en escenaris físics i socials, i que hi ha interdependència entre l'espai físic i l'activitat que s'hi produeix. Segons aquests models, l'activitat d'un subjecte és induïda, en part, per l'espai físic. Proposen, com a elements essencials del model, que qualsevol espai té un objectiu o patró d'ús, així com l'existència de claus ambientals visuals que exerceixen el paper d'assenyalar el patró d'ús i les regles del lloc.

Les claus ambientals són elements crítics per guiar el comportament de les persones i les regles del lloc són les formes de comportament que, a manera de norma implícita, ens indiquen com actuar. Una troballa d'especial rellevància és que les persones amb demència poden conservar, fins a graus avançats de deteriorament cognitiu, la capacitat de respondre a aquestes claus ambientals visuals (Chaudhury, 2008, 2013).

A l'hora d'estudiar l'impacte del disseny ambiental en les persones grans i d'analitzar quins canvis ambientals generen impacte en el seu benestar, s'han distingit tres tipus de característiques: les arquitectòniques (exemples de canvis ambientals en aquest nivell serien fer una cuina, un jardí, una unitat de convivència), el disseny interior (exemples de millores ambientals serien: restaurar mobles, pintar parets, canviar els terres, etc.) i, finalment, els atributs sensorials (exemples de canvis serien les modificacions en la llum i el tipus d'il·luminació, el control de sorolls, la incorporació de sons i música o la introducció d'olors familiars evocadores d'activitats familiars i agradables).

La influència de l'espai físic ha estat especialment estudiada en les persones amb demència, i s'han buscat objectius com maximitzar habilitats cognitives i funcionals, minimitzar els canvis o les alteracions de conducta i oferir una atenció personalitzada. En aquesta línia, Chaudhury (2013) concreta alguns dels objectius terapèutics que el disseny espacial té en les persones grans amb demència: estar i sentir-se segur, desenvolupar habilitats funcionals des d'activitats significatives, afavorir l'orientació, adequar l'estimulació, maximitzar l'autonomia i el control de l'entorn, donar oportunitats de socialització i protegir la privacitat.

A continuació, es destaquen, de forma resumida, algunes conclusions sobre la manera com l'espai físic, component clau dels models ACP, incideix sobre el comportament, l'activitat, les relacions i el benestar de les persones grans. Els estudis s'han realitzat des de diverses aproximacions; mentre que uns s'han encaminat a conèixer la relació entre les característiques d'un determinat centre o de les diferents dependències i els efectes en les persones usuàries, d'altres s'han centrat a identificar els objectius terapèutics de l'espai per a les persones i, especialment, per a aquelles que presenten una demència.

a) Característiques del centre i de les dependències, i els seus efectes en les persones grans

Els treballs de recerca desenvolupats són molt diversos pel que fa a qüestions i elements ambientals analitzats. Es poden resumir les troballes següents en relació amb diferents característiques del centre residencial i de les diferents dependències:

> L'ambient casolà vs. «institucional». S'han assenyalat elements diversos que actuen com a detractors d'un ambient casolà, entre els quals es poden mencionar: les grans unitats (definides com les que tenen capacitat per a més de 20 persones usuàries); els menjadors i les sales grans; els mobles i acabats institucionals; les habitacions compartides; les parets nues; els llums fluorescents, així com altres tipus d'equipament institucional (grues, carros de llenceria i medicació...). Al contrari, apareixen com a elements ambientals facilitadors d'un ambient casolà: les petites unitats (definides com les que tenen una capacitat inferior a 20 persones usuàries); els menjadors i les sales reduïts; els mobles i acabats casolans; les habitacions individuals; les fotografies, les làmpades; la disposició d'aperitius i «laminadures» al centre; les sales petites per a activitats, i els jardins o àrees exteriors (Brawley, 2006; Chaudhury, 2013; Regnier, 2012).

> *La dimensió de les unitats residencials.* Les unitats grans s'associen a més agitació, una incidència més gran de conflictes pel territori i alta agressivitat. Les unitats petites, en canvi, a menys ansietat i depressió, a una reducció de l'ús de psicofàrmacs, a més mobilitat i a la millora de la interacció entre residents i professionals (Annersted, 1997; Moller & Knudstrup, 2008; Morgan & Stewart, 1998; Skea & Lindsay, 1996; Slone *et al.*, 1998; Schwarz, Chaudhury & Tofle, 2004).

> *Menjadors-cuines.* El soroll en menjadors es relaciona amb nivells més baixos de funcionament, i la tranquil·litat, amb un millor acompliment (Chaudhury, Hung & Badger, 2013; Nelson, 1995; Zeisel *et al.*, 2003). Una il·luminació adequada i l'ús de contrast de colors millora la conducta en l'acte de menjar (Brush, Meehan & Calkins, 2002). Els menjadors no centralitzats incrementen la interacció i disminueixen l'agressivitat (Schwarz *et al.*, 2004). Els plats casolans (enfront dels plats precuinats) milloren el pes i el nivell de nutrició dels residents (Nijs *et al.*, 2006).

> *Higiene personal i bany.* Les reaccions negatives en la higiene personal s'han relacionat amb els utensilis o procediments estranys o temuts, les sales de

bany amb temperatura freda, una il·luminació insuficient, estores o agafadors inadequats i equips sorollosos (Brawley, 2006; Kovach & Meyer-Arnold, 1998). L'ús d'elements naturals (sons de la naturalesa, imatges d'ocells) poden induir calma (Brawley, 2006; Whall *et al.*, 1997). La visibilitat del bany des de l'habitació n'incrementa l'ús (Namazi & Johnson, 1991).

> *Àrees exteriors.* Les persones amb demència surten menys a l'exterior que la resta; sortir i passejar per espais exteriors redueix els comportaments agressius; els jardins terapèutics aconsegueixen que els residents passegin més i mantinguin un grau més alt d'interacció social (Brawley, 2006; Mooney & Nicell, 1992; Lee & Rodiek, 2013; Regnier, 2012).

b) *Objectius terapèutics i de promoció del benestar a través del disseny ambiental*

Diversos estudis mostren com des del disseny i la modificació ambiental es poden generar espais terapèutics i de promoció del benestar de les persones grans que els freqüenten (Rowles & Bernard, 2013). Es poden citar les troballes següents, en relació amb diferents objectius:

> *Reducció de l'estrès i de l'agitació a través de l'adequació de l'estimulació sensorial ambiental.* Chaudhury (2103), amb relació a les persones amb demència, fa notar que alguns elements espacials generen estrès i agitació, entre els quals menciona: els espais i les superfícies grans; el televisor encès contínuament; els enlluernaments de terres brillants i superfícies de taules; el predomini de la il·luminació central amb fluorescents. Per contra, indica que altres característiques i elements ambientals poden actuar com a reductors de l'agitació, com són els petits espais casolans, la música apropiada a l'edat i amb volum suficient, la combinació de llum natural i artificial, el control de l'enlluernament (cortines, superfícies no brillants), l'olor de plats coneguts i desitjables abans de menjar o els objectes de textura variada. En una línia semblant, s'ha demostrat que l'estimulació controlada i les rutines quotidianes s'associen a menys alteracions conductuals i a una disminució de l'ús de contencions físiques i químiques, que una estimulació sensorial adequada provoca interaccions positives i un augment de pes en els residents, així com que l'estimulació multisensorial pot millorar l'ànim i el comportament (Bianchetti, Benvenuti, Ghisla, Frisoni & Trabucchi, 1997).

> *Facilitació de l'activitat i l'habilitació funcional.* S'han citat com a detractors els passadissos llargs sense àrees per seure, la falta de contrast de colors, l'absència

de lavabos a prop de les sales comunes o els poms de porta rodons. Al contrari, sembla que actuen com a facilitadors: l'absència de passadís o passadissos curts, l'accés visual als lavabos des del llit i des de les àrees comunes, els armaris de roba adaptats, els espais per passejar que portin a algun lloc i el contrast de colors (Brawley, 2006; Chaudhury, 2013; Regnier, 2012; Regnier & Denton, 2009).

> *Facilitació de l'orientació i la significativitat de l'activitat.* Amb relació a l'activitat de passejar, Chaudhury (2013) destaca la importància d'alguns elements a fi que els passejos siguin orientadors i resultin significatius. Assenyala, en aquest sentit, característiques o elements facilitadors com els següents: les unitats de convivència petites, el disseny dels espais de tipus «raïm», l'absència de passadissos llargs, l'existència de mobiliari específic per a cadascuna de les parts de la unitat, l'existència de senyals i objectes familiars i les claus multisensorials. Al contrari, actuen com a detractors de l'orientació i de la significativitat: les unitats i habitacions grans, els passadissos llargs amb finals sense sortida, les grans sales multiusos i l'equipament institucional. Aquest mateix autor destaca la importància que l'espai físic permeti recordar i animar la realització d'activitats que abans realitzaven les persones i que, per tant, resulten significatives. En aquesta línia, alguns elements ambientals que poden actuar com a facilitadors de l'activitat significativa són: l'existència de cuines on les persones puguin accedir; els articles de bugaderia; tallers diversos d'ocupacions conegudes; el material d'oficina accessible; un accés fàcil al jardí o les platabandes elevades de flors/vegetals. Al contrari, actua com a detractor de l'activitat l'absència d'objectes i espais que evoquin i estimulin les activitats familiars (Chaudhury, 2013; Regnier, 2012; Regnier & Denton, 2009).

Com s'ha pogut observar, els efectes de l'ambient físic en entorns residencials, i especialment en persones amb demència, són molt diversos i estan ben documentats. Es pot, per tant, concloure que, com que hi ha una clara influència de l'ambient físic en la conducta i en el benestar de les persones grans en situació de dependència, el component ambiental es mostra com un component clau que cal tenir molt en compte en el disseny i l'aplicació de models orientats des de l'ACP.

2.4. Estudis realitzats sobre les variables de l'organització facilitadores del progrés cap a l'ACP

Una mirada d'indubtable interès per a la implementació de models ACP i per liderar el procés de canvis en els serveis gerontològics actuals és la que es dirigeix a identificar les variables relacionades amb la facilitació i l'èxit de les aplicacions.

Tal com s'ha assenyalat en el primer capítol, s'han destacat diverses variables de l'organització com a potencials facilitadors del procés de canvi en un centre per avançar cap a l'ACP. A continuació, en un primer apartat s'exposen algunes conclusions i resultats observats que assenyalen quines condicions generals de l'organització faciliten la implantació d'aquests models d'atenció; en segon lloc, es fa referència a algunes variables organitzatives que han suscitat un interès especial en la recerca amb relació a la qualitat assistencial als centres d'atenció de llarga durada a la gent gran.

2.4.1. Condicions generals de l'organització per facilitar la implementació de models ACP

2.4.1.1. El lideratge dels responsables i el treball en equip

El lideratge dels responsables del centre o de la unitat assistencial és una variable que reiteradament es reconeix com un factor clau en la promoció de l'ACP, un lideratge que aposti per fer efectiu aquest enfocament d'atenció i que orienti els equips de treball i els doni suport (Bowers *et al.*, 2007; Martínez, 2014b; Stadnyk *et al.*, 2011).

El tipus de lideratge és un clar predictor de l'èxit dels processos de canvi. En aquest sentit, s'ha posat en relleu que un líder que es reuneixi amb els equips assistencials, que encoratgi la innovació i que ofereixi suport en la resolució dels problemes són condicions fonamentals per a l'èxit de la implantació d'aquest enfocament i models (Jeon, Merlyn & Chenoweth, 2010; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004; Damschroder *et al.*, 2009).

De la mateixa manera, diversos autors destaquen la importància del lideratge amb una alta implicació, així com la creença en la possibilitat del canvi per part de la direcció del centre, en l'èxit i avanç de l'ACP (Ashburner *et al.*, 2004; Bowers *et al.*, 2007; Edvardsson *et al.*, 2014).

Per la seva part, Anderson, Issel & McDaniel (2003) van constatar que un lideratge adequat correlacionava significativament amb una prevalència més baixa d'alteracions de la conducta en els residents.

McCormack *et al.* (2010) han subratllat la importància del treball en equip en l'aplicació de models orientats cap a l'ACP, i han citat com a factors clau en aquest treball l'adequada organització i gestió del temps i les relacions entre els professionals.

Bowers *et al.* (2007) també han enunciat diferents elements que s'han de proveir des de l'organització per afavorir un bon funcionament dels equips de treball: estimular la participació dels treballadors; definir en què consisteixen les bones pràctiques professionals; confiar en la seva capacitat i donar suport al seu desenvolupament; apoderar i capacitar per a la presa de decisions; crear un ambient no hostil; desenvolupar suports documentals i metodològics que facilitin i orientin la seva activitat; així com l'existència d'un líder que actuï a manera de *coach* (enfrent de l'estil de direcció clàssic).

Un lideratge clar i el fet de tenir una filosofia compartida són elements que prediuen l'èxit del treball en equip (Webster, 2002). Els líders dels equips necessiten convertir-se en referents de l'atenció centrada en la persona i guanyar-se la confiança dels professionals que coordinen (Pearson *et al.*, 2007; Williams & Sanderson, 2006; Sheard, 2004). Els directors dels centres exerceixen un paper clau en l'adopció d'un enfocament ACP, tant a través del suport al desenvolupament individual dels professionals com al dels equips (Dowling *et al.*, 2006). Un estil de comunicació oberta en els equips i l'intercanvi d'informació afavoreixen el desenvolupament de la feina, la creativitat i la posada en marxa d'idees innovadores (Edvardsson *et al.*, 2009; Ryan *et al.*, 2004; Kovach & Krejci, 1998).

En un estudi qualitatiu encarregat per la Fundació Matía (Prieto, 2014) per a l'avaluació de l'experiència *Etxean Ondo*, de reorientació de residències tradicionals en unitats de convivència, es destaca el treball en equip i la seva efectivitat com una variable determinant en l'èxit de la implantació d'aquests nous models d'atenció. Per aconseguir un bon treball en equip, aquest estudi remarca la importància de l'assignació estable dels professionals a les unitats, eliminant els sistemes de rotació, així com la importància de l'equip interdisciplinari com a suport i consultor dels equips de gerocultors de cada unitat de convivència.

A tall de resum, es pot afirmar que l'ACP requereix líders capaços que apostin per aquest enfocament i facilitin un bon treball en equip. Alhora, cal que els equips de treball tinguin bons líders que estiguin lliures d'estereotips amb relació a la vellesa i a la possibilitat de dur a terme intervencions amb les persones grans (Levy, 2003). Líders que guiïn els professionals en un procés de canvi des de pràctiques coherents cap a un enfocament d'atenció que dirigeix la mirada a les capacitats de les persones, donant-los suport i facilitant els recursos necessaris per avançar en aquest camí (Tinney *et al.*, 2007; Webster, 2002; Kovach & Krejci, 1998).

2.4.1.2. El clima laboral

El clima laboral ha estat definit com el conjunt de percepcions que comparteixen els treballadors d'un determinat àmbit laboral (Peña, Muñoz, Campillo, Fonseca i García-Cueto, 2013). Aquestes percepcions són el resultat d'un nombrós conjunt de condicions coexistents en els diferents àmbits laborals, com són les condicions físiques, l'organització del treball, la cooperació, les relacions amb els iguals i amb els superiors, les recompenses, l'horari, el balanç feina/vida personal, l'autonomia, la innovació, la participació o el sentiment de vinculació amb la feina (Peña *et al.*, 2013).

En el camp de l'atenció residencial a la gent gran, el bon ambient laboral s'ha posat en connexió amb l'existència de líders capacitats que alhora apoderen els professionals d'atenció directa (Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson, 2009; Pearson *et al.*, 2007; Gladman, Jones, Radford, Walker & Rothera, 2007; Dowling *et al.*, 2006).

El clima laboral s'ha identificat com un aspecte important que cal tenir en compte abans d'iniciar un canvi de model assistencial cap a l'ACP. Un clima laboral negatiu pot suposar una dificultat important per emprendre qualsevol procés de canvi, i més encara en un procés de reorientació cap a l'ACP, que requereix ineludiblement una alta implicació dels professionals d'atenció directa (Bowers *et al.*, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Martínez, 2010; Martínez *et al.*, 2014; Misiorski, 2004; Patmore & McNulty, 2005).

En aquest sentit, Misiorski (2004) assenyala la importància de conèixer i, si és pertinent, intervenir amb caràcter previ a la posada en marxa del procés de canvi

cap a l'ACP en aspectes com la qualitat de la relació entre els professionals, les persones usuàries i les famílies, entre els mateixos professionals i entre aquests i l'organització. Aquesta autora també ha destacat diferents aspectes de la cultura organitzativa, com ara l'obertura a la revisió, a l'avaluació i al canvi, és a dir, allò que ella anomena la *capacitat d'aprenentatge* de la mateixa organització.

Tal com ja s'ha comentat amb anterioritat, no sembla arriscat suposar que la relació entre l'ACP i un bon clima laboral (Martínez *et al.*, 2015) pugui ser interpretada des de la bidireccionalitat. Un bon clima sol ser considerat com una condició prèvia necessària, o almenys facilitadora, per avançar en aquest enfocament d'atenció que implica assumir canvis i noves responsabilitats professionals; alhora pot ser un efecte beneficiós per a les organitzacions que opten per aplicar models afins a l'ACP. Aquesta interpretació, no obstant això, requereix estudis de tipus longitudinal que avalin aquests efectes.

2.4.1.3. La formació i el suport als professionals d'atenció directa

Diversos autors mantenen que la formació i el suport dels professionals d'atenció directa afecta la qualitat de l'atenció que aquests dispensen (Innes *et al.*, 2006; Cobban, 2004); també remarquen la seva importància per fer efectiu un canvi en el model d'atenció. S'ha destacat el tipus de formació com una característica essencial de l'èxit del procés (Boersma, van Weert, Lakerveld & Dröes, 2014; Bowers *et al.*, 2007; Edvardsson *et al.*, 2014; Misiorski, 2004).

Edvardsson *et al.* (2014), després de dur a terme la implementació de les guies nacionals per a la implantació d'una atenció centrada en la persona en residències de Suècia, conclouen el valor d'una formació activa, interactiva i d'enfocament constructivista. Que els professionals no solament rebin coneixements sinó que puguin traslladar i aplicar, amb supervisió, el que han après als escenaris quotidians d'atenció, és un aspecte fonamental per garantir l'èxit dels programes. A més, aquests autors afirmen que l'experiència i la qualificació dels formadors són també aspectes de gran rellevància.

Boersma *et al.* (2014), en una revisió sobre els programes formatius de les intervencions psicosocials en persones amb demència en residències, afirmen que l'èxit d'aquests s'associa a l'ús d'estratègies formatives multimodals. Subratllen la importància de no limitar-se a la formació clàssica caracteritzada

per la transmissió teòrica o expositiva de coneixements, de superar-la, perquè aconseguir un canvi real en les pràctiques professionals cap a l'ACP implica, en molts casos, a més d'un canvi d'actitud, la transferència de nous coneixements i habilitats molt variades a l'atenció quotidiana. Recomanen, en aquest sentit, treballar en tres fases: adopció del model, implementació i manteniment. A més, aquests autors subratllen l'escassa atenció que s'ha prestat, en la implementació de programes orientats des de l'ACP, al fet de proveir d'estratègies per al manteniment dels assoliments, la qual cosa és fonamental en el canvi cultural del model d'atenció.

Per altra part, s'ha destacat el paper que poden exercir, a l'hora d'aconseguir la transferència de la formació rebuda a les atencions reals, els sistemes de mentors o tutors entre professionals (Bowers *et al.*, 2007). Els sistemes de mentoria es realitzen a través de professionals formats i amb experiència que actuen com a supervisors i acompanyants d'altres professionals, normalment professionals nous, per assegurar-ne la formació i la correcta realització de funcions.

Stone (1999) ha enumerat alguns beneficis dels sistemes de tutorització entre professionals: l'assoliment d'un aprenentatge ràpid, la millora de la comunicació dels valors de l'organització, la reducció dels abandonaments de la feina, l'augment de la lleialtat a l'organització, l'augment del sentit de pertinença a un equip, l'increment de la productivitat, el foment de la creativitat, així com el desenvolupament de l'autoestima i la implicació d'aquell que assumeix el paper de mentor.

Com a factors d'èxit en els programes de mentors, s'han mencionat els següents: la selecció adequada dels mentors, el seu entrenament, el suport per part de la direcció del centre, l'existència d'incentius i suports a aquells que realitzin aquestes funcions i tasques o la supervisió i suport als mentors (Bowers *et al.*, 2007).

A més de la importància de la formació, també s'ha posat de manifest la rellevància del reconeixement i el suport als professionals d'atenció directa, pivots essencials d'aquests models. En aquesta línia, diversos autors han assenyalat que l'ACP es pot veure seriosament dificultada si els professionals no són valorats o no tenen el suport de l'organització i dels responsables (Brooker, 2007; Frampton *et al.*, 2008; Kitwood, 1997; Nolan *et al.*, 2006; Cohen-Mansfield & Bester, 2006; Sheard, 2004; Moise, Schwarzingger & Um, 2004; Webster, 2002).

La implicació emocional que aquest tipus de models demana als professionals d'atenció directa fa necessari que hi hagi mecanismes de supervisió i suports disponibles per a aquests; adoptar un enfocament ACP només és possible des del reconeixement i el suport als equips d'atenció quotidiana (Innes *et al.*, 2006; Patmore & McNulty, 2005; Ericsson *et al.*, 2001).

2.4.2. La influència d'algunes variables organitzatives en la implementació de models ACP

Diferents característiques dels centres residencials de gent gran i de la seva organització són objecte d'estudi en relació amb la qualitat assistencial (Berlowitz, *et al.*, 2003; Collier & Harrington, 2008; Zimmerman *et al.*, 2014). Algunes d'aquestes variables relacionades amb sistemes o opcions organitzatives del centre, així com amb l'ús de determinades metodologies per avançar en l'atenció personalitzada i la participació de les persones usuàries en la seva atenció, prenen una rellevància especial en relació amb l'aplicació de models ACP (Brownie & Nacarrow, 2013; Stadnyk *et al.*, 2011; Zimmerman *et al.*, 2014). No es pretén altra cosa que tractar d'identificar quines variables hi poden actuar, ja sigui facilitant o bé obstaculitzant la promoció i aplicació d'aquests models d'atenció. A continuació, es resumeixen algunes de les qüestions que han rebut més atenció per part de la recerca, concretament: l'estabilitat dels professionals al centre,³ l'assignació permanent dels gerocultors amb les persones usuàries, la unitat residencial i les metodologies facilitadores de l'atenció personalitzada.

2.4.2.1. L'estabilitat dels professionals al centre

Diversos estudis realitzats, tant en l'àmbit hospitalari com en residències de gent gran, apunten cap a l'associació entre estabilitat dels professionals i qualitat assistencial. En aquesta línia, s'ha argumentat que l'estabilitat dels professionals d'atencions, a part de ser una condició bàsica per permetre el coneixement de

³ En els estudis revisats, hi apareixen dos elements relacionats amb l'estabilitat vs rotacions dels professionals. El primer, *turnover*, fa referència a l'índex de canvis o substitucions de professionals que es produeix en una mateixa categoria professional; sol ser expressat pel percentatge de treballadors que deixen de prestar els seus serveis al centre i han de ser substituïts en un determinat període de temps, habitualment en un any; aquí s'ha traduït per «estabilitat dels professionals al centre». La segona variable fa referència a la permanència dels professionals amb les mateixes persones usuàries (no solament al centre) i a la no existència de rotacions de professionals al centre per diverses plantes o unitats; en anglès s'anomena *consistent staffing or assignment* i s'ha traduït per «assignació permanent dels gerocultors».

les persones usuàries, facilita la continuïtat de l'atenció i contribueix a alimentar la implicació i la responsabilitat dels professionals en aquesta atenció (Stadnyk *et al.*, 2011; Eaton, 2000, 2001; Wunderluch & Kohler, 2001).

Per la seva banda, Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane & Magaziner (2002), en un estudi de dos anys de durada, van analitzar la relació entre diferents variables organitzatives i d'altres d'implicades en el procés d'atenció amb la incidència d'infeccions i hospitalitzacions per aquesta causa. Van observar una relació significativa entre la no estabilitat del personal d'infermeria i ambdues variables.

La taxa de permanència o la d'estabilitat de les diverses categories professionals al centre han estat incloses com a indicadors de seguiment en l'instrument *Artifacts of Culture Change*, eina nord-americana utilitzada per mesurar el canvi de model residencial, tot assumint la citada relació d'aquesta variable de l'organització amb la qualitat assistencial (Bowman & Schoeneman, 2006).

2.4.2.2. *L'assignació permanent dels gerocultors*

Diversos estudis realitzats en les últimes dècades en l'àmbit de la infermeria han assenyalat la relació existent entre l'assignació permanent (vs. sistemes de rotació) i la qualitat assistencial (Bowers, 2003; Bowers, Esmond & Jacobson, 2000; Caudil & Patrick, (1991-1992); Eaton, 2000, 2001; Farrell & Dawson, 2007; Patchner, 1989; Stadnyk *et al.*, 2011).

Farrell, Frank, Brady, McLaughlin & Gray (2006), en una revisió realitzada sobre els efectes del tipus d'assignació dels gerocultors en centres residencials, assenyalen, a part de la relació amb una millor qualitat assistencial, altres efectes positius de l'assignació permanent dels gerocultors: la capacitat per millorar la relació entre professionals i persones usuàries, en propiciar-se més coneixement personal i una atenció més personalitzada; la percepció que té la persona gran d'un tracte més familiar; l'augment del compromís i la vinculació del professional; la millora de l'organització i del treball en equip, o la reducció de les absències de la feina, perquè s'incrementa la implicació dels professionals.

En aquesta línia de suport als avantatges del fet que no hi hagi rotació dels gerocultors al centre, en l'estudi qualitatiu realitzat per Prieto (2014) en relació amb els efectes de la implantació d'un model ACP en unitats de convivència

des del projecte *Etxean Ondo*, també es conclou la importància de l'assignació fixa dels gerocultors a les unitats de convivència. Les valoracions realitzades pels mateixos professionals permeten afirmar que l'estabilitat aconsegueix diverses coses: un millor coneixement de les persones usuàries, més implicació i assumptió de responsabilitats en relació amb la feina i amb les persones, així com la consolidació progressiva d'un treball en equip efectiu.

Això no obstant, no tots els estudis realitzats avalen la relació entre assignació estable i qualitat assistencial. Burgio, Fisher, Fairchild, Scilley & Hardin (2004) van dur a terme una recerca en residències de gent gran encaminada a analitzar la relació entre el tipus d'assignació dels gerocultors (permanent vs. rotació), el torn de treball (matí/tarda) i la qualitat assistencial. Van comparar les diferències en quatre centres, dos dels quals tenien un sistema d'assignació estable de gerocultors, i els altres dos, sistemes de rotació. Als centres amb assignació estable, hi van observar un augment de la satisfacció laboral i una reducció dels abandonaments de la feina. Els centres amb gerocultors d'assignació estable i torn de matí van obtenir puntuacions significativament millors en aparença externa i higiene dels residents. Per la seva banda, l'assignació en el torn de tarda s'associava a un índex superior d'abandonament de la feina i més incidència de les alteracions del comportament en les persones usuàries. Pel que fa a nivells de qualitat assistencial, no es van obtenir diferències significatives entre els dos tipus d'assignacions.

Assumint els beneficis de l'assignació estable dels gerocultors, aquesta opció organitzativa també ha estat inclosa com un dels indicadors de progrés de l'instrument *Artifacts of Culture Change*, argumentant-ne la relació amb qualitat de vida i qualitat assistencial (Bowman & Schoeneman, 2006).

2.4.2.3. L'apoderament dels gerocultors

El fet que els gerocultors tinguin més responsabilitat en l'organització i presa de decisions en el dia a dia, ha estat assenyalat com una condició important en l'aplicació i efectivitat de l'ACP (Bowers *et al.*, 2007; Stadnyk *et al.*, 2011).

L'autoorganització per cada gerocultor de l'atenció quotidiana de les persones usuàries, enfront de l'organització habitual a través de protocols assistencials que ordenen la realització de tasques diàries, fixant horaris comuns i que no es

poden alterar, ha estat també inclosa com un dels indicadors de progrés del canvi de cultura cap a l'ACP (Bowman & Schoeneman, 2006).

Aquesta flexibilitat permet ajustar l'atenció a les preferències i necessitats de les persones usuàries segons el criteri del gerocultor, assumint que és qui coneix millor la persona i el seu estat, i les necessitats quotidianes. Tot això incrementa, alhora, la responsabilitat i implicació dels professionals d'atenció i redueix les absències o faltes a la feina (Eaton, 2000, 2001).

2.4.2.4. La unitat residencial i les seves característiques

La unitat residencial, com a nivell organitzatiu diferent del que hi ha al centre, i les seves diferents característiques, han estat objecte d'interès en la recerca referida als entorns d'atencions residencials, en considerar-se com una variable rellevant que pot explicar la diferència en els resultats obtinguts després d'implementar models d'atenció orientats des de l'ACP (Rokstad *et al.*, 2013). De fet, alguns estudis realitzats sostenen que la influència de la unitat residencial supera fins i tot la del nivell organitzatiu del mateix centre (Brownie & Nacarrow, 2013; Stone *et al.*, 2002).

Dins de les característiques de la unitat residencial, s'ha destacat la importància de l'existència d'un professional responsable o líder amb capacitat per dinamitzar l'equip d'atenció i fer efectiva una atenció centrada en la persona (Berkhout *et al.*, 2009). La distància que hi ha entre el responsable de la unitat o centre i els professionals d'atenció directa de cada unitat també es reconeix com una variable rellevant per a l'èxit de l'aplicació d'aquests models (Jeon *et al.*, 2010; Bowers *et al.*, 2007).

Una altra característica estudiada ha estat la dimensió de les unitats (expressada pel nombre de llits). Tot i que alguns estudis no han detectat influència de la dimensió de les unitats en el benestar dels residents (Zuidema, de Jonghe, Verhey & Koopmans, 2010), la majoria d'aquests estudis sí que relaten aquest efecte. Rosvik, Engedal & Kirkevold (2014) van identificar que la variable unitat residencial era el factor que explicava la major part de la variància (22 %) amb relació als símptomes neuropsiquiàtrics de diferents unitats residencials en què eren ateses persones amb demència, després de ser aplicat un model ACP, concretament el model VIPS. Aquest equip investigador afirma que segons els

resultats obtinguts és la dimensió de la unitat la característica de més poder explicatiu, a favor de les unitats de menys dimensió. Stone *et al.* (2002), avaluant els efectes del model *Wellspring*, també constaten un efecte significatiu a favor de la capacitat reduïda de les unitats. Tal com s'ha comentat en l'apartat referit a l'espai físic, diversos estudis indiquen que les unitats grans (situant la xifra en més de 20 persones) s'associen a més agitació, una incidència més gran de conflictes pel territori i alta agressivitat en les persones amb demència, mentre que les petites es relacionen amb menys ansietat i depressió, amb una disminució de l'ús de psicofàrmacs, amb més mobilitat i amb la millora de la interacció entre residents i professionals (Annersted, 1994; Moller & Knudstrup, 2008; Morgan & Stewart, 1996; Skea & Lindsay, 1996; Slone *et al.*, 1998; Schwar *et al.*, 2004).

Un altre factor estudiat ha estat la influència de la ràtio de professionals existent a la unitat amb relació a la qualitat assistencial. Tampoc no hi ha resultats concloents, a causa, fonamentalment, de limitacions metodològiques dels estudis (Collier & Harrington, 2008). Una interpretació donada és que la ràtio no manté una relació lineal amb el benestar i la qualitat de vida dels residents, atès que fins i tot essent necessària una ràtio mínima i suficient, l'augment posterior de plantilla no es relaciona de manera directa amb la qualitat i el tipus d'atenció dispensada (Rosvik *et al.*, 2014). No obstant això, sembla que l'existència de professionals més qualificats en l'equip d'atenció augmenta la qualitat de l'atenció (Collier & Harrington, 2008).

2.4.2.5. Metodologies facilitadores de l'atenció personalitzada

L'ús de noves metodologies, moltes de les quals són de naturalesa qualitativa, acompanya habitualment la implementació de l'ACP. Sense poder arribar encara a conclusions fermes sobre diferents metodologies utilitzades, cal destacar algunes conclusions de dues d'elles: l'acostament biogràfic o l'ús d'històries de vida i la participació formal de les persones usuàries en els seus plans d'atenció.

a) L'acostament biogràfic o l'ús d'històries de vida

La biografia és la principal raó o motiu de la singularitat de les persones. Si prenem literalment les paraules de Bayés (2009) amb relació a la persona i a la importància de la seva biografia, «la persona es el resultado final, siempre provisional mientras funcione su cerebro, de su historia interactiva individual

elaborada en entornos físicos, culturales, sociales y afectivos específicos, a través del lenguaje y otras formas de comunicación. En síntesis: la persona es el producto singular de su biografía».

Per bé que alguns autors estableixen diferències conceptuals entre l'acostament biogràfic i l'elaboració de la història de vida (aquesta última es refereix al relat constructiu que realitza la mateixa persona), ambdues estratègies són reconegudes com a potents alternatives d'intervenció per afavorir l'envelliment satisfactori i una atenció personalitzada (Villar, 2006), i especialment per facilitar l'aplicació d'un enfocament orientat a la persona (Bonafont, 2014; Martínez, 2010).

McKeown *et al.* (2010), en un estudi qualitatiu d'enfocament constructivista en què es van aplicar entrevistes semiestructurades, tècniques d'observació i gravació de converses amb persones grans, famílies i professionals, van analitzar la capacitat de l'elaboració d'històries de vida per avançar en un enfocament centrat en la persona. Aquests autors van concloure que l'ús d'històries de vida és una estratègia amb capacitat per fer veure als professionals la persona que hi ha darrere del malalt, per recuperar la visió de la família sobre la personalitat de la persona amb demència, per donar-los veu (verbal i no verbal), així com per augmentar-ne la implicació i el sentiment d'orgull. Destaquen el valor de la història de vida com a metodologia per avançar cap a una visió centrada en les persones.

Per la seva part, Egan *et al.* (2007) van detectar que, després d'una intervenció dirigida als professionals d'atenció directa basada en l'acostament biogràfic dels residents que presentaven conductes agressives, aquestes es van veure reduïdes. Van atribuir aquests resultats al canvi que es va produir en els cuidadors, que, després de conèixer les històries de vida de les persones usuàries, van augmentar l'empatia i acceptació cap a elles.

L'acostament a la biografia i història de vida pren un interès especial en l'atenció a les persones amb demència. Tenir coneixement de la història i dels assumptes personals de les persones amb demència és essencial per garantir la qualitat de l'atenció dispensada a aquells que, pel seu estat cognitiu, presenten dificultats en el record, la comprensió de l'entorn i l'expressió de les necessitats (Nowell, Thorton & Simpson, 2011; Ericson *et al.*, 2001).

En aquesta línia, McIntyre (2003) ha subratllat que el reconeixement de la

dignitat és la principal característica d'una atenció de qualitat a les persones amb demència. Diversos autors mantenen que el coneixement de la història de vida permet treballar des de la singularitat de cada individu, en conèixer-ne els valors i interessos personals, així com les preferències i els rebutjos en l'atenció quotidiana (Pointon, 2010; Eloranta, Routasalo & Arve, 2008; van Dam *et al.*, 2008; Nolan *et al.*, 2006). A més, conèixer la història de vida de les persones amb demència permet que els professionals les vegin com a persones i hi estableixin vincles afectius més fàcilment (Clarke *et al.*, 2009; McCormack, 2004). En aquest sentit, Ericson *et al.* (2001) consideren la història de vida com una fase de treball previ imprescindible per dur a terme una atenció individualitzada.

b) La participació formal de la persona en la seva atenció

Tal com s'ha anat repetint, l'enfocament ACP opta per afavorir que la persona usuària tingui un paper actiu en la seva vida i atenció. Per aquest motiu, les tècniques que permeten la participació de la persona i dels que li són més propers en els espais i moments en què es prenen les decisions sobre la seva atenció, com les tècniques de planificació centrada en la persona, tenen un paper molt rellevant en aquest enfocament.

De fet, la participació de la persona usuària, de les famílies i dels gerocultors ja ha estat inclosa com a indicador de qualitat assistencial en alguns instruments que permeten avaluar el progrés dels serveis des dels enfocaments ACP (Van Haitsma *et al.*, 2014; Bowman & Schoeneman, 2006).

En aquesta línia, cal citar un estudi realitzat en residències espanyoles (Villar *et al.*, 2013) en el qual, utilitzant el *Dementia Care Mapping* com a instrument de mesura, es van analitzar els efectes d'incloure les mateixes persones amb demència en reunions en què s'abordava el seu pla individual d'atenció. Malgrat que no es van obtenir canvis estadísticament significatius en el benestar de les persones usuàries, cal destacar que sí que es van registrar canvis en el comportament dels professionals, que van millorar la interacció amb les persones usuàries. Concretament, els professionals, després que aquestes persones assistissin a les reunions, van utilitzar amb més freqüència potenciadors personals relacionats amb les necessitats de vinculació, ocupació i inclusió. Aquest fet s'ha interpretat en el sentit que la participació de les persones usuàries en les reunions va sensibilitzar els professionals, fent-los més conscients de les necessitats

psicosocials d'aquestes persones.

L'aplicació de tècniques de planificació centrada en la persona, constituint i posant en marxa grups de suport i utilitzant noves eines de valoració i intervenció, obre un horitzó nou i prometedor en els serveis gerontològics que, alhora, requereix formació i l'adaptació d'aquestes metodologies al moment vital i a les necessitats de les persones grans (Martínez, 2010; Martínez *et al.*, 2014).

2.4.2.6. *Altres metodologies*

Per finalitzar aquest apartat, també cal fer menció de dues metodologies reconegudes d'interès per avançar en aquests models, malgrat que no s'hagin trobat estudis que donin compte dels seus resultats.

La primera és la del professional de referència. No es tracta d'una categoria professional nova que s'ha d'incloure en els equips, sinó que es refereix més aviat al desenvolupament de noves funcions assumides per un professional vinculat a l'atenció directa (en residències, freqüentment els gerocultors), amb relació a un grup limitat de persones usuàries. Les seves funcions poden ser molt variades, però se centren en qüestions com oferir confiança a la persona, vetllar pel seu benestar, assegurar-ne l'atenció personalitzada o coordinar les actuacions dels professionals d'atenció directa, així com realitzar consultes i ser l'interlocutor amb professionals de més qualificació en situacions o problemes que així ho requereixin (Bermejo *et al.*, 2009; Martínez, 2010; Martínez *et al.*, 2014). Als centres residencials, aquestes funcions referencials solen ser assumides pels gerocultors i cadascun d'ells assumeix el paper de persona de referència per a un grup limitat de persones usuàries, habitualment entre 3 i 7 (Martínez *et al.*, 2014).

Bowman & Schoeneman (2006) es refereixen a aquest tipus de funcions sota la denominació de *sistemes àngel de la guarda*, que es poden entendre de manera semblant als gerocultors de referència, en el sentit que un professional s'encarrega de l'acompanyament i de la prestació d'una atenció especial per vetllar pel benestar de la persona usuària. L'existència d'aquests sistemes d'acompanyament ha estat inclosa també com un dels indicadors de progrés en ACP de l'instrument *Artifacts of Culture Change* (Bowman & Schoeneman, 2006).

La segona metodologia és la creació de grups promotors del canvi. Alguns autors han suggerit el paper que pot exercir en el procés d'implantació de l'ACP la

formació d'un equip promotor o líder del canvi, integrat per professionals implicats (Martínez *et al.*, 2014), i fins i tot, també, per famílies i persones usuàries (Bowers *et al.*, 2007; Collins, 2006).

Malgrat la manca d'avaluacions i estudis publicats que ofereixin informació d'aquestes metodologies, les experiències aplicades que s'han dut a terme informen de la potencialitat d'ambdues estratègies.

2.5. Algunes conclusions sobre les evidències obtingudes i consideracions sobre els estudis realitzats

Poder establir determinades conclusions sobre el grau d'evidència científica existent en relació amb els beneficis dels models orientats des de l'ACP, enfront dels models orientats des dels serveis, és una qüestió que revesteix gran importància, atès l'esperit reformista i alternatiu d'aquesta nova concepció en l'atenció gerontològica. No obstant això, no és un objectiu senzill. La dificultat no solament deriva de la novetat d'aquestes intervencions i de l'interès recent de la recerca cap a aquests temes, sinó de qüestions que tenen a veure amb el canvi de paradigma en l'atenció/intervenció que suposa aplicar models d'ACP als serveis actuals i que, per extensió, afecten també la recerca.

Fins i tot reconeixent l'existència de resultats diversos i la necessitat de continuar obtenint més evidències amb relació als efectes de l'ACP, cal destacar que l'aplicació d'aquests models en centres residencials, enfront dels models assistencials tradicionals, presenta beneficis diversos amb relació a les persones usuàries, a les famílies i als professionals. A tall de resum, es poden assenyalar els següents:

- > Els efectes observats de les aplicacions de models ACP en les persones usuàries apunten que aquest tipus d'intervencions semblen actuar de manera positiva en un benestar més gran de les persones, especialment en la reducció de l'agitació de les persones amb demència.
- > L'ACP també s'ha associat a efectes positius en les famílies de les persones usuàries que són ateses en centres, tant en relació amb l'increment de la satisfacció sobre l'atenció rebuda com amb la seva implicació i col·laboració en aquesta atenció.

- > L'aplicació de programes d'intervenció orientats des de l'ACP genera canvis en els professionals (tant en les actituds com en les pràctiques i en l'organització del treball) que afavoreixen una atenció més personalitzada. A més, aconsegueix efectes positius en els mateixos treballadors, com ara més satisfacció en la feina o la reducció de l'estrès laboral i del *burnout*.
- > La relació entre ACP i qualitat assistencial no està suficientment clara, cosa que pot ser deguda, en gran mesura, a la varietat d'indicadors que s'inclouen en aquestes bateries, i a la qüestionable interpretació d'alguns d'aquests indicadors, tal com es formulen des d'aquests nous models d'atenció.
- > Sembla que algunes variables faciliten la implementació d'aquests models d'atenció. El lideratge dels responsables, el treball en equip; el clima laboral i la formació i el suport als professionals d'atenció directa, són aspectes que han estat assenyalats com a condicions generals que afavoreixen l'avanç cap a l'ACP. Variables organitzatives més específiques com l'estabilitat dels professionals al centre, l'assignació permanent dels gerocultors amb les persones usuàries, les característiques de les unitats de convivència i les metodologies facilitadores de l'atenció personalitzada, també citades en la literatura consultada com a facilitadors de l'ACP, requereixen, no obstant això, més recerca.

Són resultats que apunten cap a la conclusió que l'ACP aconsegueix efectes positius en l'atenció i en aquells que intervenen en aquest procés, però que també, alhora, mostren la necessitat de disposar d'evidències més sòlides, així com de millorar la qualitat metodològica dels treballs.

En aquest sentit, diversos autors han advertit sobre problemes derivats de la mida limitada de les mostres utilitzades, de l'escassetat d'estudis longitudinals de suficient durada temporal o del tipus de grups de control utilitzats (Brownie & Nancarrow, 2013; Edwardsson *et al.*, 2010; Rahman & Schnelle, 2008; Shier *et al.*, 2014). Per aquests motius, és aconsellable incloure noves aproximacions i instruments d'avaluació que facilitin la detecció i mesura de la seqüència de canvis que es van produint, distingint entre variables de resultat final i variables de procés clau; també és recomanable dur a terme avaluacions des d'una aproximació més qualitativa, que permetin conèixer alguns efectes que difícilment poden ser identificats a través dels instruments quantitius (Shier *et al.*, 2014).

A pesar de reconèixer que és necessari disposar de més evidència sobre l'efectivitat de l'ACP (Rahman & Schnelle, 2008), hi ha una consideració comuna sobre la bondat de l'enfocament i dels efectes beneficiosos que produeix tant en les persones usuàries com en els professionals (Shier *et al.*, 2014; McCormack *et al.*, 2010; Edwardsson *et al.*, 2008; Webster & Dewing, 2007). Altres arguments esgrimits en defensa de l'ACP són la base humanista i l'enfocament ètic del qual parteix, així com els escassos efectes adversos relatats en les aplicacions realitzades (Edwardsson *et al.*, 2008; Edwardsson *et al.*, 2010).

En estreta connexió amb la necessitat de millorar les recerques realitzades, cal considerar algunes qüestions derivades de l'actual prisma conceptual sobre l'atenció/intervenció gerontològica i la metodologia utilitzada en els estudis sobre la qualitat assistencial en els serveis. Qüestions fonamentals que s'han d'abordar a l'hora de contextualitzar l'existència d'evidència empírica que avaluï i fonamenti l'ACP.

En primer lloc, no es pot passar per alt que la comparació entre els models d'atenció i intervenció tradicionals i els centrats en la persona es fa a través de dissenys i instruments de mesura que s'utilitzen habitualment, i que han estat concebuts des d'una mirada que parteix d'una perspectiva clínica i orientada al servei. El concepte de qualitat assistencial i els objectius d'atenció entre aquests dos models no sempre són coincidents, la qual cosa condueix a diverses consideracions que cal abordar.

Per una banda, l'avaluació clínica habitual pot no ser el format més adequat per mesurar els efectes de l'ACP en les persones usuàries. Molts dels aspectes que avaluen els tests i qüestionaris que s'utilitzen responen a una òptica clínica de mesura de la millora o de l'empitjorament en una sèrie d'àrees bàsiques (cognició, nivell funcional...) o patologies (conductuals, afectives...). L'ACP no se centra en aquests aspectes. De fet, no proposa una intervenció clínica sinó que intenta, des del coneixement de cada persona i des del respecte als seus valors, opinions i desitjos, oferir-los suports per facilitar una vida amb sentit i significat, tot permetent la continuïtat del seu projecte vital en la mesura que sigui possible i ella mateixa així ho desitgi.

En aquest sentit, també és oportú reflexionar sobre si els indicadors de qualitat assistencial que s'utilitzen tant en l'avaluació de serveis com en la recerca

són vàlids per avaluar aquesta qualitat des de l'òptica de l'ACP. Per exemple, el nivell d'activitat significativa d'una persona al centre no sol ser contemplat habitualment com un indicador de la qualitat assistencial; això no obstant, des de l'ACP la realització d'activitats amb sentit és un aspecte essencial. Un segon exemple és la incidència de caigudes, indicador de qualitat assistencial habitual als centres i, sens dubte, important, però en relació amb el qual caldria fer-se la pregunta següent: es pot considerar, sense tenir en compte aspectes relacionats amb l'autonomia i el benestar subjectiu de les persones, que l'augment de caigudes, sense més matisacions, és en si mateix un indicador negatiu de la qualitat assistencial? Per avaluar la qualitat assistencial incorporant la perspectiva de l'ACP es fa necessari revisar els indicadors que s'utilitzen, i analitzar quins s'han de mantenir, quins s'han de matisar o reinterpretar i quins hi falten i s'hi han d'incloure.

Per altra banda, l'ACP apel·la constantment a qüestions individuals i circumstancials de les persones usuàries dels serveis, i s'allunya d'una atenció uniforme basada en la idea de perfil d'usuaris que comparteixen diagnòstics i necessitats d'atenció. A més, l'ACP posa el focus d'atenció en variables de caràcter subjectiu (opinions, valors, emocions, significats, desitjos, etc.). Els dissenys metodològics dels estudis i les avaluacions tradicionals són poc sensibles a aquests aspectes diferencials de l'ACP, cosa que fa que es necessitin nous plantejaments que responguin a la lògica de la persona, així com la creació i l'ús de nous instruments d'avaluació orientats des d'aquesta òptica i en què les tècniques qualitatives tinguin una presència més gran.

En segon lloc, també cal subratllar la necessitat d'aconseguir una major conceptualització de l'ACP. Els estudis que es dissenyen haurien de descriure amb claredat el model del qual parteixen, quins components integra aquest model i a través de quines accions/intervencions i amb quin abast s'aplica. A més, en correspondència amb el que s'acaba d'indicar, cal proposar una avaluació concorde i adequada per comprovar les hipòtesis plantejades o els efectes buscats. Tal com s'ha pogut veure en aquest capítol, quan les recerques se centren en els components de l'ACP i en els seus elements específics (per exemple, les recerques citades sobre els efectes de l'espai físic o de les activitats quotidianes significatives en el benestar de les persones usuàries, o els estudis que indiquen la capacitat de l'entrenament dels professionals en tècniques de

comunicació amb les persones amb demència, per reduir-ne el nivell d'agitació i millorar-ne el benestar), es troben, amb més facilitat, evidències dels seus efectes, encara que aquests siguin més concrets i menys globals.

En tercer lloc, l'ACP, com s'ha posat de manifest en aquest capítol, implica una mirada transversal de l'atenció. Per una banda, als diferents agents o nivells que interactuen: la persona usuària, la família, els professionals; i, per l'altra, als diferents components de l'ACP: promoció de l'autonomia, atenció individual, recerca del benestar personal, relació social i factors de l'entorn, com l'ambient físic o l'organització. L'estudi de qualsevol intervenció social comporta una dificultat intrínseca derivada de la seva pròpia complexitat. L'atenció, com a relació interpersonal que és, es caracteritza per ser un sistema complexíssim d'interaccions entre diferents elements i variables en continu canvi. Això comporta, inevitablement, una elevada dificultat en l'avaluació. En aquest sentit, resulta essencial, a més de ser-ne conscient, poder anar generant coneixement de manera progressiva, des d'una mirada global, no parcial, sobre què aporta cada intervenció en relació amb la millora de la vida de les persones (persones grans, famílies, professionals); també cal conèixer-ne la interacció amb els diversos components i elements de l'ACP. És important arribar a saber, a més, si una intervenció dirigida a diversos components pot potenciar diferents efectes, en les persones o en variables de procés, referits a altres components del model, atenuar-los o, fins i tot, si pot arribar a produir efectes no desitjats.

Finalment, cal concloure aquest segon capítol fent una menció especial als estudis que actualment estan en marxa destinats a generar més coneixement procedent dels recursos i les experiències de la nostra realitat social que estan apostant per un canvi de model assistencial. És imprescindible continuar donant suport a aquestes iniciatives pioneres, així com impulsar altres treballs que donin compte de les diferents aplicacions que s'estan duent a terme i dels resultats obtinguts, des d'una perspectiva longitudinal, en diferents serveis i contextos d'atenció.

3. L'AVALUACIÓ DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA: TIPUS I INSTRUMENTS D'APLICACIÓ ALS SERVEIS GERONTOLÒGICS

3.1. Introducció

L'interès per avançar cap a una atenció centrada en la persona com a estratègia de millora de la qualitat dels serveis gerontològics ha anat acompanyat per la construcció d'instruments que permetin l'avaluació de la implantació d'aquest enfocament (Edvardsson & Innes, 2010).

La revisió realitzada en el present treball posa en relleu que els instruments d'avaluació existents, així com les aproximacions utilitzades, són diversos i no sempre persegueixen els mateixos objectius. De vegades, tenen més a veure amb finalitats de recerca, mentre que en d'altres s'han elaborat amb el propòsit de monitoritzar processos de millora i canvi organitzatiu en els serveis.

No hi ha acord sobre quin instrument o quins instruments són els més adequats, ni criteris o protocols consensuats per orientar les avaluacions. Això pot ser degut, a part de la mencionada diversitat en els objectius d'avaluació, a la falta d'una definició consensuada sobre què és l'ACP, quins components integren aquest concepte i quines intervencions la desenvolupen (De Silva, 2014).

A continuació, ens detindrem en aquestes qüestions, així com a mostrar els principals instruments publicats que es poden aplicar als centres d'atenció a la gent gran. Queda, per tant, fora d'aquesta revisió una àmplia i diversa relació d'instruments dissenyats des de l'enfocament ACP per ser utilitzats en l'àmbit sanitari (atenció primària o familiar, atenció hospitalària, rehabilitació, salut mental, oncologia/pal·liatius, etc.).

3.2. Objectius de l'avaluació de l'ACP

Els objectius o motius que guien l'avaluació de l'ACP que es realitza tant en serveis sanitaris com en els que dispensen atencions a persones en situació de dependència, i la seva recerca són diversos.

Un primer objectiu pretén avaluar el grau d'extensió de l'ACP en els serveis o centres. Aquest motiu parteix del reconeixement que l'enfocament ACP ha

d'estar present en la definició de la qualitat dels serveis. En cas que s'implanti un pla de millora en un servei o una organització des de l'ACP, és necessari conèixer la situació de partida, així com realitzar avaluacions periòdiques que ofereixin informació sobre el progrés o la implementació.

Un segon objectiu se centra a conèixer i analitzar quins impactes produeix l'aplicació de models o intervencions afins a l'ACP. Resulta d'especial interès saber si amb aquest enfocament s'obtenen beneficis en les persones usuàries, així com en les famílies, en els professionals o en la mateixa organització. En aquest sentit, com s'ha pogut mostrar en el capítol anterior, la literatura científica existent ofereix estudis que han analitzat l'impacte o els resultats de l'aplicació de l'ACP en aquests diferents grups.

Un tercer objectiu, estretament vinculat a la recerca, és identificar quines variables actuen com a predictors de l'ACP i, per tant, han de ser considerades com a facilitadores potencials de la seva aplicació.

Finalment, un quart objectiu, fonamentalment relacionat amb l'anàlisi psicomètrica de les proves de mesura utilitzades, però que ocupa una part important de la recerca actual relacionada amb l'ACP, és la validació dels mateixos instruments d'avaluació dissenyats des d'aquest enfocament.

3.3. Estratègies i instruments utilitzats per a l'avaluació de centres d'atenció a la gent gran des de l'ACP

De Silva (2014) assenyala les tres estratègies més utilitzades, fins avui, en l'avaluació de serveis de salut des de l'enfocament ACP: l'observació de l'atenció dispensada, les enquestes dirigides a recollir l'opinió de les persones usuàries dels serveis i les enquestes a professionals.

En la revisió d'instruments que s'ha realitzat en la present recerca, com a fase de coneixement previ necessari per poder decidir quins instruments cal validar en població espanyola, s'ha trobat una gamma diversa d'aproximacions i instruments.

Un aspecte que incideix de manera determinant en la construcció i que, per tant, s'haurà de tenir en compte a l'hora de seleccionar els instruments de mesura més adequats, és el tipus de recursos que es pretén avaluar. Cal posar

de manifest que la majoria d'instruments publicats han estat dissenyats i validats en contextos hospitalaris i residencials, i són pràcticament inexistent les proves per avaluar l'ACP que es refereixen als contextos d'atenció a domicili i en centres de dia.

Una altra variable que cal tenir en compte i que en alguns casos ha determinat la configuració de l'instrument és el perfil de persona usuària que és objecte d'atenció i cures. En el cas de persones amb demència avançada, pot resultar impossible, a causa del seu deteriorament cognitiu, recollir-ne l'opinió a través d'instruments com qüestionaris o entrevistes. Per poder-ho fer, alguns instruments han estat específicament dissenyats per a aquest grup de població, ja sigui a través de l'observació de la seva conducta i benestar, o bé recollint informació rellevant a través de professionals o familiars.

A l'hora de plantejar l'avaluació d'un centre o servei des de l'ACP, tenint en compte tant la diversitat d'objectius que es poden plantejar com les aproximacions existents, alguns autors recomanen una combinació d'instruments (Edwardsson & Innes, 2010; De Silva, 2014).

A continuació, es mostren les principals aproximacions i la relació d'instruments publicats que més s'han utilitzat en l'avaluació de l'ACP en centres d'atenció de llarga durada a la gent gran. Queden fora d'aquesta revisió els instruments dissenyats i validats en serveis sanitaris que no dispensen atencions de llarga durada, com és el cas d'hospitals d'aguts o serveis de salut d'atenció primària. De la mateixa manera, cal destacar que la majoria dels instruments que se citen o descriuen han estat dissenyats i validats en entorns residencials.

3.3.1. L'observació de l'atenció

L'observació de l'atenció dispensada i de la conducta de les persones es contempla com una estratègia important en l'avaluació de l'ACP, atès que en aquest enfocament els aspectes relacionals i el benestar emocional de les persones en el dia a dia tenen gran importància.

Amb aquest propòsit, s'han elaborat alguns instruments que registren diferents aspectes de l'assistència, a través de registres sistemàtics, en escenaris reals d'atenció. Estan encaminats a observar comportaments i, especialment, el

benestar i malestar de les persones usuàries, així com les interaccions amb els cuidadors i les pràctiques assistencials que es poden considerar afins o distants de l'ACP.

Parteixen del supòsit que una comunicació adequada entre les persones grans i les que presten atencions és un element substancial en l'atenció personalitzada i en el benestar de les persones usuàries. Tenen un interès especial en els recursos d'atenció a persones amb demència en què les persones presenten limitacions importants per expressar la seva opinió sobre com és l'atenció rebuda i en quina mesura les satisfà.

En la revisió realitzada, s'han trobat quatre instruments d'observació sistemàtica orientats des de l'enfocament ACP: *The Dementia Care Mapping* –DCM– (Bradford Dementia Group, 2005); *The Care Observational Tool* (Gaugler, Hobday & Savik, 2013); *The Resident-centered Assessment of Interactions with Staff and Engagement Tool* –RAISE– (Snow *et al.*, 2012), i *The Observational Measure of Person-centered care for spouses of people with dementia* (Ellis-Gray, Riley & Oyeboode, 2014). Veurem breument algunes característiques d'aquestes quatre eines.

a) *The Dementia Care Mapping* (DCM)

El DCM, d'aplicació en serveis d'atenció a persones amb demència, no és pròpiament un instrument d'avaluació del grau d'ACP dispensat, sinó d'alguns elements rellevants en aquest enfocament d'atenció. Això no obstant, és l'eina d'observació sistemàtica que, orientada des de l'ACP, ha tingut més difusió i que s'utilitza més freqüentment en els estudis relacionats amb aquest enfocament d'atenció i l'aplicació dels models i les intervencions afins (Brooker, 2005; Brooker & Surr, 2007; Vila-Miravent *et al.*, 2012; Williams & Rees, 1997; Wilkinson, 1993; Wylie, Madjar & Walton, 2002).

Ideat pel Bradford Dementia Group, el DCM parteix del model de Kitwood (1997), autor que va encunyar el terme *atenció centrada en la persona amb demència*, incidint en la urgència de revisar les formes d'atenció existents, especialment als entorns residencials.

Kitwood, en la publicació *Dementia reconsidered: The person came first*, emfatitza la necessitat de situar la persona en primer lloc, abans que la malaltia (Kitwood, 1997). Com ja s'ha apuntat en el primer capítol, segons aquest autor,

la presentació de la demència no solament depèn del dany neurològic existent, sinó que hi ha altres factors que, en la seva interacció, resulten determinants a l'hora d'entendre el comportament i benestar de cada persona, com ara la personalitat, la biografia, la salut i la psicologia social, entesa, aquesta última, com l'entorn social que envolta la persona. Kitwood va posar en relleu la importància d'aquells que acompanyen la persona amb demència en relació amb la seva expressió emocional/conductual i a la reducció de la discapacitat, i va mostrar la necessitat de capacitar i modificar les actituds i els abordatges dels cuidadors. Va incidir en el fet que la falta de comprensió de les necessitats de les persones amb demència, i una interacció negativa i poc comprensiva amb elles (cosa que el mateix autor qualificava de *psicologia social maligna*), podia ser la causa de moltes alteracions de conducta, que no són més que la manera com les persones amb demència expressen el malestar i les necessitats psicològiques i socials no cobertes (Kitwood & Breding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997). Concretament, aquest autor va identificar diverses necessitats d'índole psicosocial: confort, identitat, compromís, ocupació i inclusió, relacionades amb el benestar personal i que, si no estan cobertes, generen malestar en la persona.

El DCM permet observar tres aspectes: *a)* el benestar o malestar de la persona amb demència, que inclou, alhora, tant l'observació de l'estat d'ànim com la implicació de cada persona usuària en l'entorn; *b)* els comportaments de les persones amb demència, que inclou un total de 23 categories conductuals, i *c)* la interacció de les persones amb demència amb els professionals que se n'ocupen, registrant tant els detractors com els potenciadors personals.

A partir de l'observació realitzada, es poden obtenir diferents indicadors de qualitat de vida que es poden interpretar com a resultats clau per avaluar la qualitat del servei, entre els quals destaquen: el potencial d'implicació positiva, la diversitat ocupacional, l'agitació i angoixa, l'abandonament i la implicació passiva (Vila-Miravent, Villar, Celdrán i Fernández, 2012).

Les propietats psicomètriques del *Dementia Care Mapping* han estat objecte de diverses revisions (Broker, 2005; Cooke & Chaudhury, 2013) i els estudis realitzats indiquen l'aptitud de l'instrument per ser aplicat, amb una fiabilitat intercodificadors entorn del 70 % (Fossey, Lee & Ballard, 2002; Edelman, Fulton & Kuhn, 2004a; Edelman, Kuhn & Fulton, 2004b; Thornton, Hatton & Tatham, 2004).

Això no obstant, recentment s'ha publicat un estudi realitzat en residències espanyoles (Villar, Vila-Miravent, Celdrán & Fernández, 2015) en què, per bé que es reconeix l'interès de l'instrument per millorar el coneixement i l'atenció quotidiana, els resultats han mostrat una limitada validesa concurrent, així com una discreta consistència interna ($\alpha=0,55$) i una baixa fiabilitat test-retest (entre 0,35 i 0,48), la qual cosa en qüestiona l'ús com a instrument de recerca.

b) The Care Observational Tool

És una eina d'observació sistemàtica de 16 ítems que s'ha utilitzat tant en hospitals com en residències de gent gran per observar les pràctiques professionals orientades cap a la persona amb demència. La validesa de contingut es va estimar a través de revisions de l'instrument realitzades per membres de l'equip investigador, així com per pilotatges d'observació realitzats en residències i revisats posteriorment per experts. La fiabilitat intercodificadors va obtenir un coeficient Kappa de Cohen de 0,77. És un instrument d'interès, no solament per les seves adequades propietats psicomètriques, sinó també perquè és breu i fàcil d'utilitzar.

c) The Resident-centered Assessment of Interactions with Staff and Engagement Tool (RAISE)

La finalitat d'aquesta eina també és avaluar, des de l'observació, la interacció entre el personal i els residents. No s'han trobat estudis publicats que donin compte de les propietats psicomètriques, la qual cosa suposa una limitació per al seu ús.

d) The Observational Measure of person-centered care for spouses of people with dementia

Es tracta d'un instrument de creació recent que permet observar la interacció de la persona amb demència amb la seva parella. Permet, a través d'un sistema de codificació de les conductes observades, mesurar el grau en què les comunicacions de la parella estan centrades o no en la persona. Proposa un sistema de classificació en nou categories de conducta, en cadascuna de les quals s'identifiquen les conductes que es considera que estan centrades en la persona i les que no ho estan. La seva validació inicial va ser realitzada en una petita mostra de parelles, i va mostrar una fiabilitat adequada; els coeficients Kappa de Cohen van ser: 0,65 quant a la classificació positiva de conductes en

una determinada categoria; 0,81 en l'exclusió de conductes en una categoria, i 0,79 en la consideració sobre si una conducta es podia considerar centrada en la persona o no. Aquesta prova, l'aportació principal de la qual és ser el primer instrument d'observació per a cuidadors familiars de persones amb demència, necessita nous estudis que confirmin aquesta validació inicial.

3.3.2. L'avaluació de l'espai físic

Tal com s'ha descrit en el capítol anterior, la influència de l'espai físic en el comportament i benestar de les persones grans, especialment de les que tenen demència, ha estat posada de manifest en diversos estudis (Regnier, 2002; Brawley, 2006; Regnier & Denton, 2009). Diferents dimensions i característiques ambientals, com ara el disseny casolà, l'accessibilitat, la seguretat, l'orientació, la il·luminació, el no excés d'estimulació, els estímuls visuals significatius, la facilitació de la interacció social o el fàcil accés a espais enjardinats exteriors, incideixen en el benestar de les persones amb demència i faciliten comportaments més independents i normalitzats (Brawley, 2006; Knudstrup, 2011; Regnier, 2012).

Partint d'aquestes evidències i reconeixent la centralitat del component ambiental com un element substancial en la facilitació d'una atenció personalitzada, diversos són els instruments que des de l'enfocament ACP han estat dissenyats amb l'objectiu d'identificar i avaluar elements clau en el disseny dels entorns físics per a les persones grans amb demència. La major part d'aquests instruments han estat construïts a manera d'eines que serveixen per a la revisió o l'auditoria d'entorns físics concrets i, d'aquesta manera, poder identificar àrees de millora.

Entre els instruments d'aplicació en centres d'atenció a la gent gran que s'han trobat, es poden citar els següents:

- > *The Dementia Care Mapping Environment* (DCM-ENV), instrument que, partint del model de Kitwood, desenvolupa l'avaluació del component ambiental del DCM (Chaudhury, Cooke & Frazee, 2013). No s'han trobat estudis que en descriguin les propietats psicomètriques.
- > *The Dementia Design Audit Tool* (Dementia Services Development Centre, Universitat d'Stirling, 2011). Tampoc no s'han trobat estudis publicats que donin compte de les propietats psicomètriques.
- > *The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes* (TESS-NH)

de 84 ítems i *The Special Care Unit Environmental Quality Scale* (SCUEQS), la versió abreujada de 18 ítems (Sloane *et al.*, 2002). L'instrument complet ofereix una puntuació global i avalua 13 dominis (control de sortides, manteniment, neteja, seguretat, orientació/senyals, privacitat, autonomia de la unitat, sortida a l'exterior, llum, soroll, estimulació tàctil/visual, àrea per seure i ambient casolà). Els estudis realitzats ofereixen una fiabilitat interjutges de 0,93 i 0,84 respectivament.

> *The Professional Environmental Assessment Procedure* (PEAP), eina que avalua nou dimensions ambientals (Lawton *et al.*, 2000). La seva validació, realitzada en 43 unitats per a persones amb demència, mostra, malgrat la seva construcció com a eina multidimensional, una estructura unifactorial, així com una alta correlació amb el TESS-NH.

> *The Environmental Audit Tool* (EAT) (Fleming, 2010; Smith, Fleming, Chenoweth, Jeon & Brodaty, 2012). Instrument de 72 ítems agrupats en 10 àrees que defineixen l'entorn positiu d'un centre per a persones amb demència. La fiabilitat interjutges descrita és de 0,97. Se n'ha destacat la capacitat per discriminar la qualitat ambiental entre centres, així com la facilitat i rapidesa de la seva aplicació.

> *The Home Environmental Assessment Protocol* (HEAP) (Gitlin *et al.*, 2002), instrument dissenyat per avaluar l'adequació de les unitats per a la vida i atenció de les persones amb demència, integrat per un total de 192 ítems. La validació realitzada en 22 unitats va disposar de 4 codificadors, 2 experts en disseny ambiental i 2 més que no eren experts. Els resultats obtinguts mostren una adequada fiabilitat interjutges en ambdós casos, la qual cosa en permet l'aplicació per part de no experts.

3.3.3. L'opinió de les persones usuàries

És fonamental conèixer l'opinió de les mateixes persones usuàries sobre un servei, majorment, si s'aposta per un enfocament ACP en què aquestes tenen un paper central i actiu en l'atenció i vida quotidiana.

No obstant això, no és una qüestió senzilla donar veu a les persones usuàries de serveis gerontològics i recollir-la d'una manera fiable, atès que moltes d'aquestes persones presenten diferents graus i tipus de deteriorament cognitiu o demència.

S'han utilitzat diverses aproximacions per conèixer l'opinió de les persones sobre el grau d'atenció que reben, i per comprovar si aquesta concorda amb les seves preferències i el mode de vida.

Una de les estratègies més utilitzades és l'enquesta d'opinió que, a través de qüestionaris autoaplicats o recollits a manera d'entrevista estructurada, s'aplica a les persones usuàries d'un recurs determinat (*Eden Alternative*; De Witte, Schoot & Proot, 2006; Zimmerman *et al.*, 2014).

Tal com s'acaba d'assenyalar, la principal limitació d'aquest instrument és l'elevat percentatge de persones usuàries amb deteriorament cognitiu que tenen dificultats o que, fins i tot, no poden participar en aquesta recollida de dades. Una alternativa utilitzada és que persones properes (normalment familiars o professionals de confiança) representin la persona i intentin respondre segons allò que consideren que ella opina o sent, la qual cosa, òbviament, tampoc no està exempta de biaix.

Resulta d'interès especial el registre de preferències en l'atenció i activitats gratificants de cada persona i l'avaluació posterior de si aquestes es veuen cobertes pels serveis i les atencions dispensades al centre (Van Haitsma *et al.*, 2012; Van Haitsma *et al.*, 2014).

També cal destacar la gran capacitat de les aproximacions de tipus qualitatiu, mitjançant la realització d'entrevistes o de grups d'opinió, per obtenir l'opinió de les persones sobre l'atenció que reben, d'una manera més oberta i matisada.

A continuació, es descriuen cinc instruments publicats que han estat dissenyats per ser aplicats en centres d'atenció de llarga durada a la gent gran i per conèixer, d'aquesta manera, en quin grau l'atenció està centrada en la persona. Els quatre primers són aplicables en centres residencials i el cinquè, en serveis d'ajuda a domicili.

a) *The Resident Person-centered practices in Assited Living* (Resident PC-PAL) (Zimmerman *et al.*, 2014)

És una prova dissenyada a manera de qüestionari i composta per un total de 49 ítems. Recull l'opinió dels residents en una escala Likert de quatre graus, incloent-hi a més l'opció de *desconeix la resposta*. Ofereix informació sobre quatre dimensions de l'ACP: benestar i sentit de pertinença (18 ítems); serveis

i atenció individualitzada (12 ítems); relació social (10 ítems) i clima (9 ítems). Hi ha, a més, una versió per a professionals, la qual cosa permet comparar les percepcions en les tres últimes dimensions. És possible completar la informació sobre diferents aspectes de l'ACP al centre emplenant uns altres 26 ítems addicionals, tot i que aquests no es computen en la puntuació total de l'escala.

Els quatre factors expliquen el 50 % de la variància total de la prova. Les correlacions entre factors varien en un rang d'entre 0,30 i 0,67. El coeficient alfa de Cronbach va ser de 0,96 pel total de l'escala i d'entre 0,85 i 0,94 per les quatre subescales.

b) The Preferences for Everyday Living Inventory –PELI– (Van Haitsma et al., 2012) i c) The Advancing Excellence Person-Centered Care Toolkit (Van Haitsma et al., 2014)

Són dues proves dissenyades per conèixer les preferències de cada persona en l'atenció i la seva satisfacció amb relació al seu compliment. La primera permet un registre d'un total de 55 preferències classificades en cinc categories: activitats de desenvolupament personal; entreteniment; autodeterminació; contacte social, i cuidadors professionals. La segona és un instrument abreujat que se centra en el registre d'un total de 16 preferències (8 amb relació a la vida quotidiana i 8 amb relació a activitats), així com la congruència entre les preferències expressades per les persones usuàries i la satisfacció amb el compliment d'aquestes. Avaluja, en un primer lloc, la importància que la persona atorga a cada una de les preferències (1. *Molt important*; 2. *Una mica important*; 3. *Gens important*) i, posteriorment, en aquelles que han estat qualificades com a molt importants per a la persona (1), el grau en què l'atenció dispensada ha satisfet aquestes preferències (1. *Totalment satisfeta*; 2. *Parcialment satisfeta*, i 3. *Gens satisfeta*). Aquest instrument, finalment, permet obtenir un índex de qualitat en el servei, anomenat *percentatge de congruència de les preferències* (expressat mitjançant el percentatge de preferències satisfetes en el conjunt de persones usuàries). Inclou, a més, altres índexs de qualitat: la participació en els plans d'atencions de les persones usuàries, de les famílies i dels gerocultors de referència.

c) The Eden Warmth Surveys-Elder Questionnaire (Eden Alternative)

És un qüestionari de 20 ítems per conèixer l'opinió i satisfacció de les mateixes

persones grans usuàries dels centres a través d'una escala Likert de cinc graus (*Totalment d'acord; D'acord; Neutral; En desacord; Totalment en desacord*). No s'han trobat estudis publicats que relatin les propietats psicomètriques de l'instrument.

d) *The Client-Centered Care Questionnaire* (De Witte, Schoot & Proot, 2006)

Avalua l'ACP en les atencions formals dispensades al domicili. És un qüestionari unifactorial breu i de senzilla aplicació, compost per un total de 15 ítems en què la resposta es recull a través d'una escala Likert de cinc graus (des de *totalment en desacord* fins a *totalment d'acord*). La validesa de contingut d'aquesta prova es va estimar amb la valoració d'infermers experts i persones usuàries. Pel que fa a la validesa de constructe, l'únic factor que tenia explicava el 58 % de la variància total. La fiabilitat està avalada per un coeficient de consistència interna de Cronbach de 0,94.

Aquesta prova ha estat objecte d'un estudi recent (Muntinga, Mokka, Knol, Nijpels & Jansen, 2014), realitzat en una mostra de persones grans receptores del servei d'ajuda a domicili (600) a Holanda, que n'ha confirmat l'adequació de les propietats psicomètriques i la utilitat.

3.3.4. L'opinió de les famílies

Les famílies de les persones grans usuàries de serveis presenten un indubtable interès en l'avaluació de l'ACP, des d'una doble perspectiva: com a «suplents» en l'avaluació de les persones amb un deteriorament cognitiu avançat i com a opinants per si mateixes.

D'aquesta manera, els qüestionaris citats en l'epígraf anterior poden ser registrats per les famílies, que responen, si és el cas, en representació de les persones amb deteriorament cognitiu. Es parteix de l'assumpció que els familiars propers, com a bons coneixedors de les persones usuàries, que són capaços de posar-se al seu lloc i d'opinar des dels seus valors, poden contestar els qüestionaris o registres de preferències de les persones i traslladar-ne l'opinió.

Per altra banda, assumint que les famílies tenen un paper clau en una atenció personalitzada i en l'aplicació d'aquests models assistencials, la seva opinió i implicació en l'atenció dispensada des del centre o servei es consideren de gran

rellevància en l'avaluació de l'ACP. En aquesta línia, es poden mencionar dos instruments.

El primer és el qüestionari *Family involvement in care* (Reid, Chapell & Gish, 2007), prova composta per 38 ítems a través d'una escala de Likert de 4 graus. Inclou dos factors: la percepció que té la família de la seva implicació (20 ítems) i la importància percebuda de la implicació familiar en l'atenció (18 ítems). La validesa de contingut es va estimar a través d'experts, revisió de literatura i observació dels serveis. La validesa de constructe mostra que el primer factor explica el 44 % de la variància total i el segon, el 30 %. Pel que fa a la seva fiabilitat, els coeficients alfa de Cronbach són de 0,93 pel primer factor i de 0,85 pel segon.

El segon és l'*Eden Warmth Surveys-Family Questionnaire (Eden Alternative)*, qüestionari de 20 ítems per conèixer l'opinió i satisfacció de les famílies amb l'atenció que dispensen al seu familiar al centre, a través d'una escala Likert de cinc graus (*Totalment d'acord; D'acord; Neutral; En desacord; Totalment en desacord*); és una versió semblant a la dissenyada per recollir les respostes de les persones usuàries que ha estat descrita anteriorment. No s'han trobat estudis que en relatin les propietats psicomètriques.

També aquí és necessari posar en relleu l'alta capacitat dels mètodes qualitius (entrevistes, grups de discussió, etc.) per detectar i recollir d'una manera més oberta i directa les opinions de les famílies relacionades amb l'atenció del centre o servei.

3.3.5. L'opinió dels professionals

És l'aproximació que més s'ha desenvolupat pel que fa a nombre d'instruments publicats que disposen de validacions psicomètriques. Recollir l'opinió dels professionals, sempre que no substitueixi la veu de les persones usuàries ni hi resti importància, permet identificar fortaleces i àrees de millora percebudes pels equips d'atenció, cosa que sens dubte és de gran interès per planificar un procés de millora cap a l'ACP.

La majoria d'aquestes proves són qüestionaris tancats que han de ser contestats pels professionals que presten serveis en el recurs avaluat, que han d'opinar

sobre en quin grau o en quina mesura el seu centre o servei presenta diferents factors relacionats amb l'enfocament ACP.

Novament, cal assenyalar que l'avaluació qualitativa també és una estratègia que s'utilitza, a través d'entrevistes individuals o grups de discussió, per conèixer l'opinió dels professionals sobre l'atenció o el procés d'implementació o canvi en un recurs determinat. Un cop més, cal insistir en el valor d'aquestes aproximacions per conèixer i identificar els canvis que es van produint en un procés d'implementació d'aquests models assistencials, canvis que a vegades no són detectats per les avaluacions quantitatives.

En la literatura publicada s'han trobat les proves següents:

a) *The Person-Centered Care Assessment Tool*–P-CAT– (Edvardsson *et al.*, 2010). Instrument de 13 ítems que recull l'opinió dels professionals d'atenció directa en una escala Likert de cinc categories. L'estudi preliminar que va desenvolupar l'instrument es va realitzar en una mostra australiana (n=220) de professionals d'atenció directa en residències de gent gran. L'estudi ofereix dades que avalen la fiabilitat de la prova ($\alpha = 0,84$). L'anàlisi factorial realitzat confirma l'existència de tres components: atenció personalitzada, accessibilitat de l'espai i suport de l'organització. La fiabilitat test-retest pel total de la prova va ser de 0,66 i pels tres factors, de 0,79, 0,58 i 0,66 respectivament.

Aquesta prova ha estat adaptada i validada en residències de Suècia (Sjögre *et al.*, 2012) i Noruega (Rokstad, Engedal, Edvardsson & Selbaek, 2012). També se n'ha realitzat una versió adaptada al xinès (Zhong & Lou, 2013) i recentment s'ha publicat la versió espanyola del P-CAT, després d'un estudi realitzat en una àmplia mostra de residències i centres de dia espanyols (Martínez *et al.*, 2015; Martínez, 2015). Tots els treballs realitzats confirmen unes bones propietats psicomètriques de l'instrument.

b) *The Staff Assessment Person-Directed Care* –PDC– (White *et al.*, 2008). Qüestionari integrat, en la versió original, per un total de 50 ítems, que avalua dues dimensions i vuit factors a través d'una escala Likert de cinc categories. La primera dimensió, atenció dirigida per la persona, inclou cinc factors (autonomia, perspectiva de la persona, coneixement de la persona, benestar en les atencions i relacions socials), i la segona dimensió, suport de l'entorn, engloba tres factors (ambient personalitzat, professionals d'atenció directa i organització). La validació

inicial de la prova va ser realitzada en una mostra de vuit serveis per a la gent gran d'Oregon (1 servei d'ajuda domiciliària i 7 residències), en la qual van participar 430 professionals. Aquesta primera versió va mostrar una validesa de constructe adequada, en la primera dimensió (atenció dirigida per la persona) expressada en els cinc factors que expliquen el 61 % de la variància; i en la segona dimensió (suport de l'entorn), els tres factors, el 60 % de la variància. La fiabilitat obtinguda en la prova mostra una bona consistència interna amb un coeficient de Cronbach d'entre 0,86 i 0,90 pels cinc factors de la primera dimensió, i d'entre 0,74 i 0,86 pels tres factors que integren la segona. Un segon estudi realitzat també en una altra mostra de residències nord-americanes (Sullivan *et al.*, 2012) avala l'estructura original i ofereix uns bons resultats en validesa i fiabilitat. Hi ha, a més, una versió coreana reduïda del PDC (Choi & Lee, 2013), integrada per un total de 30 ítems que s'agrupen en set factors (s'elimina el factor d'ambient personalitzat). Recentment, s'han realitzat dues versions espanyoles de l'instrument, una per a residències que conserva els 50 ítems originals (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas & Muñiz, 2016) i una altra amb 47 ítems per a centres de dia (Martínez, 2015); en aquest cas, s'han obtingut uns resultats semblants a la resta de treballs pel que fa a l'estructura factorial i a les seves bones propietats psicomètriques, la qual cosa en permet l'ús per avaluar i realitzar estudis en centres espanyols.

c) The Individualized Care –IC– (Chappell et al., 2007)

Instrument de 46 ítems que avalua l'atenció en l'àmbit de les persones amb demència a través d'escales Likert. Integra tres components: coneixement de la persona, autonomia i comunicació (entre professionals i residents, i entre professionals). La validesa de contingut es va estimar mitjançant l'opinió d'experts, la revisió de literatura especialitzada i l'observació directa. La validesa de constructe assenyalava que els tres factors expliquen el 29 %, 31 % i 33 % de la variància total, respectivament. El coeficient alfa de Cronbach de les tres escales va ser de 0,77, 0,80 i 0,77 respectivament. La fiabilitat test-retest obtinguda va ser de 0,60, 0,88 i 0,77 en els tres components.

d) The Staff Person-centered practices in Assisted Living –Staff PC-PAL– (Zimmerman et al., 2014)

És un qüestionari integrat per un total de 62 ítems, entorn de cinc àrees relacionades amb l'ACP: pràctiques assistencials (23 ítems); relació social (23 ítems); serveis

i atenció individualitzada (8 ítems); clima (8 ítems) i relació entre cuidadors i residents (7 ítems). A més, proposa un total de 40 ítems complementaris que queden fora de la puntuació total però que permeten obtenir més informació sobre aspectes de l'ACP. Pel que fa a les propietats psicomètriques, es descriu una validesa de constructe adequada, perquè els cinc factors expliquen el 54 % de la variància total i les correlacions entre els factors se situen en un rang d'entre 0,29 i 0,49. La prova presenta també una bona consistència interna, amb un coeficient alfa de Cronbach de 0,96 pel total de la prova, i d'entre 0,81 i 0,95 per les cinc subescales.

e) The Eden Warmth Surveys-Employee Questionnaire (Eden Alternative)

Qüestionari de 43 ítems encaminat a conèixer l'opinió i satisfacció dels residents amb el centre, a través d'una escala Likert de cinc graus (*Totalment d'acord; D'acord; Neutral; En desacord; Totalment en desacord*). No s'han trobat estudis publicats que donin compte de les propietats psicomètriques d'aquesta prova.

3.3.6. L'avaluació i autoavaluació a través de descriptors i indicadors del progrés del canvi de model

Un altre tipus d'eines d'avaluació que s'utilitzen en aquest camp pretén conèixer la implementació i l'avanç de l'ACP en els serveis.

Molts d'aquests instruments han estat dissenyats per entitats privades o institucions públiques que estan apostant per aquest canvi amb un doble objectiu: orientar el procés de canvi i facilitar informació que permeti monitoritzar els progressos. Freqüentment han estat proposats a manera de qüestionaris o guies per ser emplenats pel mateix centre, és a dir, com a eines qualitatives d'autoavaluació. Solen ser instruments molt detallats, cosa que permet, enfront dels instruments breus, la identificació d'aspectes concrets de millora per avançar en el procés d'implantació d'un enfocament ACP. L'extensió que tenen i la manca de validacions psicomètriques de moltes d'aquestes eines suposen una limitació per a l'ús com a instruments de mesura, la qual cosa no els resta valor pel que fa a la capacitat per implicar els equips i identificar àrees de millora.

Per altra part, altres instruments ofereixen llistats d'indicadors encaminats a mesurar, en diferents moments temporals, el grau d'implantació del model,

així com a monitoritzar l'avanç dels diferents components de l'ACP. La recollida i revisió d'aquests indicadors sol requerir el registre i l'ús de determinada informació i documentació del servei. Alguns indicadors poden ser recollits amb la utilització d'instruments citats anteriorment i d'altres, a través de dades que genera el servei. Aquests instruments també es poden utilitzar per realitzar avaluacions externes.

En la revisió de la literatura publicada s'han trobat els següents:

a) *The VIPS Framework Quality Assurance for person-centered dementia services* (Brooker, 2004, 2007). Està integrat per 24 ítems. Avalua quatre elements clau definits des del model VIPS: *V*: Valorant les persones amb demència i aquells que les cuiden; *I*: Atenció individualitzada; *P*: Perspectiva de la persona amb demència, i *S*: Entorn social. Per fer-ho, el centre és avaluat en cadascun d'aquests quatre elements, i es registren, per cadascun d'aquests quatre factors, un total de sis indicadors en una escala de quatre graus que assenyalen el grau de desenvolupament (*Excel·lent, Bon desenvolupament, Apte, Necessita més desenvolupament*).

b) *The Person-Directed Dementia Care Assessment Tool* (Department of Health and Family Services of Wisconsin, 2006). És una eina que permet l'autoavaluació en una detalladíssima i extensa descripció de l'atenció en processos assistencials quotidians, tot qualificant en quatre graus la debilitat/fortalesa del centre. Assenyalen diverses àrees: ambient físic, llenguatge i comunicació, plans d'atencions, activitats, conductes comunicatives, comunicació i lideratge, estructura d'equips i rols, formació de professionals i política i procediments. També permet recollir observacions qualitatives sobre les fortaleses i les àrees de millora.

c) *The Individualized Care Organizational Self-Assessment. Quality Patterns of Rhode Island* (The Rhode Island Department of Health Quality, 2008). Instrument d'autoavaluació que va desenvolupar els diferents components del HATCH model (Holistic Approach to Transformational Change). Consta de 25 ítems en què es descriuen objectius o activitats considerats com a pràctiques alineades amb l'ACP. Per a cada objectiu o activitat s'ha d'anotar el grau d'implementació actual al centre segons cinc graus (*0. No es planteja o discuteix, 1. Es planteja o discuteix, però no s'ha implantat, 2. Parcialment implantat en algunes àrees*

de l'organització, 3. Totalment implantat en algunes àrees de l'organització i 4. Totalment implantat en totes les àrees de l'organització). Els objectius i les activitats s'agrupen en quatre dominis: elecció dels residents, apoderament, relacions i entorn.

d) *The Long Term Care Improvement Guide Self-Assessment Tool* (Planetree, 2010). Avaluja el grau d'implantació, en tres graus de desenvolupament, d'un elevat nombre de criteris agrupats alhora en diversos components: construint comunitat, vida individual i en comunitat, menjar, experiències de promoció del benestar, un entorn per viure, connexió amb la comunitat i transicions en l'atenció.

e) *The Stages Tool* i f) *The Culture Change Staging Tool* (Grant & Norton, 2003). Són dos instruments nord-americans basats en un model d'estadis en el canvi cultural de centres residencials de gent gran. La primera eina permet mesurar el grau de canvi en l'organització en quatre estadis: Estadi 1. Model institucional; estadi 2. Model de transformació; estadi 3. Model *Neighborhood* i estadi 4. Model *Household*. Per fer-ho, en cada estadi es descriuen diversos aspectes: la presa de decisions en l'organització, els rols professionals, l'entorn físic, els aspectes organitzatius i les pràctiques en lideratge. El segon instrument, *The Stages Tool*, permet l'autoavaluació del recurs en 12 dominis clau indicadors del canvi de model, i també permet constatar l'evolució del centre en els quatre estadis mencionats.

g) *The Culture Change Indicators Survey* (Institute for Caregiver Education, 2008). En aquest instrument, desenvolupat per aquest institut nord-americà ubicat a Pennsilvània, el mateix centre s'autoavalua, tot assenyalant en quin grau el recurs ha assolit diferents descriptors relacionats amb el canvi de model assistencial. Per fer-ho, utilitza una escala de cinc graus (0. *Mai no s'ha considerat*; 1. *Algunes vegades s'hi ha pensat*; 2. *De vegades es realitza*; 3. *Es realitza sovint*, i 4. *Totalment implantat*). Un total de 48 descriptors s'agrupen en quatre parts o dominis (12 descriptors per cadascun): entorn físic; procediments organitzatius; participació dels residents, i apoderament dels professionals. Finalment, ofereix una escala en què es pot visibilitzar el grau de progrés obtingut.

h) *The Artifacts of Culture Change Tool* (Bowman & Schoeneman, 2006) és una eina proposada pels organismes oficials nord-americans per facilitar el seguiment

de centres residencials implicats en el canvi cultural, per la qual cosa té una utilització important. Proposa un total de 79 indicadors per realitzar un seguiment del progrés del canvi de model en una residència. Els indicadors s'organitzen en cinc àrees: pràctiques assistencials (14), ambient físic (27), família i comunitat (6), lideratge (5), pràctiques laborals (14) i resultats (13). Els indicadors es registren en tres possibles puntuacions (0/3/5) i el rang de puntuació total d'un centre en progrés en ACP oscil·la entre 0 i 580 punts.

i) The Person-centered Care Domains of practice (Center for Excellence in Assisted Living, 2011). Aquesta eina també ha estat dissenyada en el context de suport al canvi cultural a les residències per a gent gran dels Estats Units. S'organitza en nou dominis, pels quals es proposen diferents indicadors: 1a. Reconeixement de la individualitat/Respecte i dignitat/autonomia/independència i elecció; 1b. Privacitat; 2. Relacions i pertinença a la comunitat; 3. Gerència/Titularitat; 4. Lideratge; 5. Pràctiques laborals; 6. Compromís i vida significativa; 7. Serveis; 8. Ambient físic, i 9. Responsabilitat.

j) Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona (Martínez, 2013c,d). Instrument en espanyol (també s'ha traduït al català), molt detallat, que permet una extensa autoavaluació dels equips de professionals de residències i centres de dia de gent gran, en un total de 15 processos d'atenció i vida quotidiana en residències (12 en centres de dia) i 5 processos de suport. Per fer-ho, en cada procés s'identifiquen accions clau i s'ofereixen criteris descriptors de bona praxi des de l'ACP. L'equip ha de consensuar una autoqualificació sobre el grau d'implantació de cadascuna de les accions avaluades. Aquesta revisió de processos permet identificar bones pràctiques consolidades, així com àrees i mesures per a la millora. Els descriptors s'han seleccionat a partir de la revisió d'instruments previs i de la consulta a experts; a més, aquest instrument ha estat pilotat en residències i centres de dia espanyols.

3.4. Consideracions sobre les estratègies i els instruments d'avaluació existents

Tenint en compte la diversitat d'alternatives per dissenyar l'avaluació d'un servei gerontològic des de la perspectiva de l'ACP, cal fer algunes consideracions.

En primer lloc, com hem vist, les aproximacions i els instruments d'avaluació de l'ACP són diversos i parcials. La utilització d'un únic instrument pot conduir a un biaix important en l'avaluació d'aquest constructe complex i multidimensional. En aquest sentit, alguns autors han recomanat optar per una combinació d'aproximacions i instruments: enquestes d'opinió, tècniques d'observació i indicadors objectius de progrés (Bowman & Schoeneman, 2006; De Silva, 2014; Van Haitsma *et al.*, 2014). Amb relació a la utilització de les enquestes d'opinió, s'ha posat en relleu la importància de triangular les opinions de persones usuàries, famílies i professionals (De Silva, 2014) per reduir d'aquesta manera el biaix de subjectivitat que qualsevol mesura d'autoinforme comporta.

En segon lloc, crida l'atenció la presència insuficient de les dimensions subjectives de les persones usuàries en els instruments existents, pel que fa a la manera com l'atenció s'ajusta a les seves preferències i al mode de vida. Exceptuant la proposta d'avaluació de preferències ideada per Van Haitsma *et al.* (2012, 2014), la major part dels instruments revisats presten una atenció escassa a la manera com les preferències de les persones es veuen cobertes en l'atenció quotidiana.

En tercer lloc, cal destacar la necessitat d'integrar aquestes mesures destinades a avaluar el grau en què el servei ofereix una atenció personalitzada amb altres eixos relacionats amb la qualitat assistencial. No s'ha de considerar que l'ACP és l'únic eix que defineix la qualitat d'un servei, sinó que ha de ser integrada en bateries més àmplies que permetin una mirada més global a la qualitat dels servei i les atencions dispensades (AGE & EDE, 2012).

També cal fer notar l'absència de proves validades en població espanyola i la necessitat evident de tenir-ne per poder realitzar estudis i avaluacions rigoroses del grau de desenvolupament de les aplicacions orientades des de models ACP, així com dels efectes aconseguits.

Finalment, cal assenyalar la pràctica inexistència de proves que s'adaptin i hagin estat validades en atenció domiciliària i centres de dia, atès que la major part de les proves han estat dissenyades i validades en recursos residencials. Atesa l'extensió que en els últims anys han tingut aquests serveis a Espanya, seria molt necessari disposar d'instruments que permetessin realitzar l'avaluació d'aquests models en aquesta tipologia de recursos.

Totes aquestes consideracions condueixen a identificar aspectes de millora que poden i han d'orientar tant el disseny de les avaluacions dels serveis i centres gerontològics com els estudis de recerca que contemplin l'anàlisi dels models orientats des de l'ACP. A més de tot el que s'ha comentat anteriorment, en el cas de l'avaluació de la implementació de models d'atenció en centres i serveis, tal com es mencionava en el capítol anterior, és molt recomanable partir de la descripció dels components de cada model d'atenció, assenyalant les intervencions clau que el desenvolupen i establint correspondències entre ambdós, i en relació amb els instruments d'avaluació seleccionats. En el cas del disseny d'avaluacions relacionades amb l'ACP en estudis de recerca, resulta d'especial rellevància, a més de la diferenciació per components, identificar els canvis clau que es volen detectar i mesurar, diferenciant entre variables de resultat i variables de procés, i, alhora, seleccionar estratègies i instruments, molts dels quals són de naturalesa molt qualitativa, que siguin capaços de mesurar aquests canvis. En aquest sentit, cal insistir novament en la limitació de les tècniques quantitatives i en l'alta potencialitat de les qualitatives.

4. ALGUNES REFLEXIONS SOBRE ELS MODELS D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LA SEVA AVALUACIÓ

Avançar cap a models d'atenció centrada en la persona és un viatge en què alguns serveis gerontològics espanyols s'estan embarcant. Una transformació cultural i organitzativa que, sense estar exempta de dificultats i riscos, és possible, i sembla que és beneficiosa no solament per a les persones usuàries, sinó també per als professionals i per a les mateixes organitzacions.

Obre «un camí sense retorn», perquè proposa allò que moltes persones voldríem per a nosaltres mateixes en cas de necessitar atencions: no perdre el control de la nostra vida quotidiana, poder continuar prenent les nostres pròpies decisions i portar una vida, en la mesura del possible, d'acord amb els nostres gustos i desitjos.

Els models inspirats des de l'enfocament de l'atenció centrada en la persona no pretenen desempallegar-se de tots els avanços que s'han fet ni treure importància al coneixement adquirit en el sector gerontològic, sinó més aviat tot el contrari: identificar els assoliments aconseguits al llarg d'aquests anys i harmonitzar-los amb una part nuclear d'allò que ha de definir la qualitat dels serveis d'atenció social i que havia quedat una mica desdibuixada: buscar el benestar de les persones, tot permetent que aquestes puguin ser protagonistes actius del procés assistencial i tenir control (directament o a través de la representació d'aquells que les cuiden) sobre la seva atenció i vida quotidiana.

L'extens treball de revisió realitzat m'ha ajudat a ordenar una sèrie d'idees i reflexions que en els últims anys de la meva trajectòria professional, molt vinculada al coneixement, a l'aplicació i la difusió de l'ACP en el camp gerontològic, s'han anat succeint i que, com a colofó, vull compartir. A tall de síntesi, vull finalitzar aquest treball amb quatre últimes consideracions, encara que la majoria ja hagin estat comentades en els capítols anteriors.

La primera es refereix a la necessitat d'una major conceptualització entorn dels models orientats des de l'ACP. La definició insuficient que ara per ara existeix sobre el terme d'*atenció centrada en la persona*, sobre el seu concepte i abast és una conclusió que es repeteix per part dels diferents autors i investigadors que s'han interessat per aquest tema.

L'ACP sorgeix com una filosofia en la intervenció psicoterapèutica, és essencialment un enfocament orientador de l'atenció, cosa que no en fa minvar, en absolut, el valor. De fet, possiblement una de les qüestions de què pequen algunes intervencions gerontològiques és precisament la manca de connexió d'aquestes amb valors o principis rectora que les fonamentin i condueixin. Valors que, enunciats de manera explícita, permetin ser compartits per aquells que participen en el procés assistencial, i permetin, també, una pràctica quotidiana coherent.

No obstant això, si volem passar d'allò que és declaratiu (de fet, habitualment els principis de l'ACP són comunament acceptats) a la seva implantació efectiva, cal disposar de models que desenvolupin i guiïn l'aplicació d'aquest enfocament, i de sistemes que permetin la seva avaluació. Models que concretin els components i les intervencions que els desenvolupen en els diversos serveis, i mesures d'avaluació que permetin donar compte dels resultats.

La segona consideració té a veure amb la recerca realitzada en relació amb l'ACP i amb les evidències existents. La mirada des d'un paradigma concret condiona no solament la manera com s'intervé, sinó també com es plantegen les preguntes de recerca i com aquesta és dissenyada. Els estudis realitzats sobre l'aplicació de models ACP parteixen, sovint, de la visió dels models clínics orientats a comprovar l'existència de guanys o pèrdues en diferents nivells de funcionament de les persones usuàries (cognició, estat d'ànim, nivell funcional, alteracions de conducta), comparant grups d'intervenció amb grups de control. No contempen suficientment els objectius propis de l'ACP que prioritzen, enfront de l'assoliment d'objectius terapèutics, l'augment en qualitat de vida percebuda i, especialment, que les persones grans puguin tenir control sobre l'atenció i la vida quotidiana, per continuar gaudint-ne d'acord amb els seus propis desitjos i preferències. Aquesta és una qüestió que, almenys parcialment, pot estar condicionant l'assoliment d'una evidència més gran sobre la bondat i els beneficis d'aquests models d'atenció, enfront dels models tradicionals.

Per altra banda, el que proposen els models ACP no és nou. No podem oblidar que des de fa dècades els models psicosocials (vs. models biomèdics) i les seves diferents aportacions ofereixen evidències diverses sobre alguns dels components que ara són considerats elements clau en l'aplicació de l'ACP. És a dir, l'ACP proposa intervencions que en realitat no suposen una novetat

en el coneixement gerontològic. Per exemple, fa anys que es coneixen els efectes, en relació amb el benestar de les persones que viuen en residències, d'elements relacionats amb l'ambient físic o amb el desenvolupament del control percebut sobre l'entorn. En aquest sentit, es podria afirmar que en la intervenció gerontològica s'ha produït una dissociació entre el que ja es coneixia i el que s'ha aplicat als serveis d'atenció. Només cal fixar-se en tot allò que fa anys que es coneix sobre aspectes que afavoreixen el benestar i l'adaptació de les persones a les residències, i la manera com aquestes encara ara es construeixen i s'organitzen. Els motius d'aquesta discrepància són variats, però, sense voler entrar-hi ara, resulta d'interès destacar l'oportunitat que, en aquest sentit, l'enfocament i els models ACP ens ofereixen en aquest moment.

L'ACP, en l'atenció a les persones grans, neix com un moviment alternatiu als models assistencials existents, fonamentalment com una crítica al model residencial institucional, perquè no resulta adequat per oferir qualitat de vida a les persones que hi són ateses. L'ACP sorgeix de la reflexió que allò que s'ofereix i s'aplica no val ni convenç les persones. No obstant això, aquesta valoració no és suficient per avalar propostes diverses que, pel sol fet de presentar-se com a «alternatives», resultin vàlides. Cal que els nous models es mostrin eficaços per aconseguir precisament allò que pretenen, una forma d'atenció que sigui coherent amb una visió de les persones grans que parteix del respecte a la seva singularitat, a les seves capacitats i al dret a continuar tenint control sobre la seva vida i atenció; a més, cal que tinguin uns objectius concrets relacionats amb el benestar personal, molt diferents, en algunes qüestions, dels models predominants fins ara. És necessari que els models orientats des de l'ACP també vagin de la mà de l'aval del coneixement científic, que recuperin i portin al terreny aplicat algunes qüestions reconegudes com a beneficioses per a l'assoliment d'aquests objectius i que, per descomptat, indaguin, construeixin i integrin nous coneixements.

En aquest sentit, l'ACP ofereix una oportunitat excel·lent de retrobament entre el coneixement científic i els serveis d'atenció a la gent gran. Els models orientats des de l'ACP poden servir de marcs integradors del coneixement existent (i del nou) amb els aspectes essencials de la cura i l'atenció que permeten que les persones puguin continuar tenint una vida que considerin que paga la pena de ser viscuda, tot i necessitar suports i atencions.

La tercera consideració, en estreta connexió amb l'anterior, es refereix a la manera com avaluar el progrés i els efectes de l'ACP. Igual que l'estudi de l'ACP, la seva avaluació requereix també una mirada nova. Les avaluacions tradicionals es queden curtes, tant per la metodologia utilitzada, fonamentalment quantitativa, com pel disseny d'instruments estandarditzats, elaborats des d'una perspectiva clínica associada al dèficit/guany de la funcionalitat. Els instruments d'avaluació clàssics i les bateries habituals de qualitat assistencial han de ser revisats per veure en quina mesura i per a quins objectius han de ser utilitzats. La metodologia qualitativa, potencialment més capaç de donar a conèixer canvis de naturalesa més particular i subjectiva, ha de tenir una presència més gran en aquestes avaluacions.

En altres paraules, no podem continuar utilitzant mimèticament els mateixos instruments de mesura quan el que pretenem mesurar és una altra cosa. No podem utilitzar un metre rígid si l'objecte de mesura no és rectilini sinó que té curvatura i volum. Quan els nostres instruments de mesura es queden curts, quan es limiten a recollir aspectes molt parcials o molt allunyats d'allò que es pretén conèixer, correm un alt risc de perdre'ns, de no avaluar realment allò que pretenem o, fins i tot, de desvirtuar allò que tenim entre mans.

Per tot això, és necessari optar per noves aproximacions d'avaluació, que combinin metodologies qualitatives amb d'altres de quantitatives, construir nous instruments que contemplin les dimensions subjectives de l'atenció i elements de procés fins ara poc atesos. És important, a més, arribar a consensos sobre indicadors que permetin donar compte del progrés en l'aplicació d'aquests nous models. També cal revisar les bateries d'indicadors de qualitat assistencial dissenyades des d'una visió fonamentalment biomèdica, i integrar-hi, a part de les qüestions contemplades habitualment (salut, higiene, seguretat, eficiència), les aportacions derivades de l'ACP, en què els components essencials d'aquest enfocament (l'elecció i les preferències de les persones, el benestar subjectiu, el reconeixement de la singularitat i els elements d'un entorn facilitador) tinguin presència i permetin una visió global i realment integral de la qualitat assistencial.

De tot això, no se n'ha de concloure, òbviament, la impossibilitat d'avaluar els models i les intervencions orientats des de l'ACP. Es tracta de ser conscients que aquesta nova manera d'entendre l'atenció gerontològica obre un camí de noves perspectives en avaluació, en què s'han d'integrar: indicadors objectius

que mesurin el progrés en el canvi; indicadors que permetin avaluar la qualitat assistencial, coherents amb aquest enfocament; així com les valoracions subjectives de les persones (persones usuàries, professionals i famílies) en relació amb els aspectes clau de l'atenció quotidiana. I tot això sense perdre de vista que l'ACP, a més, ha de coexistir amb altres eixos que defineixen la qualitat assistencial, com són l'accessibilitat al servei, la seguretat, les pràctiques basades en l'evidència o l'eficiència. Sense deixar de reconèixer, a més, que no tot el que està relacionat amb l'atenció, entesa com una relació interpersonal, pugui o hagi de ser sempre objecte d'avaluació. Tot un repte que planteja molta feina, de gran complexitat, però absolutament necessari i motivador.

La quarta i última consideració apel·la a allò que es pot considerar l'essència o principal aportació de l'ACP. L'ACP posa de manifest la transcendència de l'atenció i de la intervenció professional des d'una dimensió ètica i relacional entre persones que són contemplades com a éssers únics. Traça una línia diferencial amb els models tradicionals, que estan pensats des de la recerca de l'eficiència i l'especialització tècnica (sempre tan desitjables), però dissenyats des de la noció de perfils d'usuaris (habitualment vinculats a patologies, dèficits o necessitats d'atenció), enfront de la de persones singulars. Des de l'ACP, la dimensió ètica de l'atenció adquireix una rellevància màxima, sense menyscar la importància de l'adequació tècnica basada en l'evidència científica. Pretén buscar una bona atenció per a les persones, considerades individus únics i éssers socials en relació, tot reconeixent la dignitat de l'ésser humà en qualsevol circumstància, i emfatitzant el principi de l'autonomia. Es posa una atenció especial en tot allò que, encara que de vegades sigui de difícil identificació i quantificació, garanteix el bon tracte; és a dir, entén l'atenció com una relació interpersonal i parteix del valor inqüestionable de cada persona, apropant-se a la seva singularitat i oferint els suports necessaris perquè aquesta pugui exercir el dret a portar una vida en consonància amb els seus valors de vida, les preferències i els desitjos. Una recerca permanent, en la mesura que la qualitat de l'atenció es concreta en cada individu, en la seva singularitat, subjectivitat i circumstància. Una recerca que, sens dubte, ha d'anar de la mà de l'evidència científica, perquè és aquesta la que permet avaluar-ne l'eficàcia per aconseguir el que pretén. Una recerca que, no obstant això, per la seva essència vinculada al terreny dels valors i a la reflexió ètica, supera sovint la noció i l'abast de la mateixa evidència científica.

Al nostre país, Espanya, afortunadament som cada vegada més els que, des del coneixement i també des de la nostra experiència i reflexió, considerem adequat i bo per al sector gerontològic (per a les persones grans que necessiten atencions, per a les seves famílies, per als professionals i per a les mateixes organitzacions) continuar avançant i reorientar alguns aspectes de les pràctiques quotidianes des de les propostes d'aquest enfocament.

L'ACP és un eix de la qualitat assistencial, internacionalment reconegut, que, enfront de la recerca de l'eficiència organitzativa i del rigor tècnic, havia quedat desdibuixat o, simplement, s'ignorava. És responsabilitat de tots avançar per aquest camí i contribuir a fer que el progrés sigui possible, autèntic (no desvirtuat) i que estigui ben fonamentat, sense deixar de reconèixer les dificultats que aquesta transformació en la cultura assistencial/organitzativa comporta.

És tasca de molts agents (responsables públics, moviment associatiu de gent gran, sector privat de serveis, consultors/formadors, professionals, experts, investigadors, etc.) consolidar aquest canvi cultural, i fer-ho des del rigor i l'evidència científica, sense oblidar que requereix una mirada nova en l'atenció, en la recerca i en l'avaluació.

Queda, no obstant això, un llarg recorregut. L'objectiu és aconseguir que els centres d'atenció a aquells que necessiten atencions, que, segons els models d'atenció tradicional, poden ser considerats acceptables i, fins i tot, bons, avancin cap a l'excel·lència i es converteixin en suports que permetin a les persones grans de continuar endavant amb les seves vides. Convertint-se en llocs desitjables i amigables per a les persones (persones grans, famílies i professionals) que hi conviuen i que comparteixen molt de temps de les seves valuoses vides. Un esforç que, sense cap mena de dubte, paga la pena.

REFERÈNCIES

Aalten, P., van Valen, E., Clare, L., Kenny, G. & Verhey, F. (2005). Awareness in dementia: A review of clinical correlates. *Aging & Mental Health*, 9, 414-422.

Acpgerontologia (pàgina web): <www.acpgerontologia.net>

AGE Platform Europe & EDE (European Association for directors of residential homes for the elderly) (2012). *Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Europa: AGE i EDE.

Aggarway, N., Vass, A., Minardi, A., Ward, R., Garfield, C. & Cybyk, B. (2003). People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and the provision of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 187-197.

Alfredson, B.B. & Annerstedt, L. (1994). Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (5), 964-974.

Allan, K. & Killick, J. (2010). Communicating with people with dementia. En J. Hughes, M. Lloyd-Williams & G.A. Sachs (eds.). *Supportive care for the person with dementia* (p. 217-25), Oxford: Oxford University Press.

Alzheimer Society Canada (pàgina web): <<http://www.alzheimer.ca/en>>

Anderson, R.A., Issel, L.M. & McDaniel, R.R. Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52, 12-21.

Annerstedt, L. (1997). Group-living care: An alternative for the demented elderly. *Dementia (Basel)*, 8 (2), 136-142.

Ashburner, C., Meyer J., Johnson, B. & Smith, C. (2004). Using action research to address loss of personhood in a continuing care setting. *Illness Crisis & Loss*, 12, 23-37.

Ashby, M.E. & Dowding, C. (2001). Hospice care and patients' pain: communication between patients, relatives, nurses and doctors. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 58-67.

Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J., Van Der Lee, J., Olde Rikkert, M. G., Beekman, A. T. & Ribbe, M. W. (2011). Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 507-520.

- Bamford, C. & Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. *Ageing & Society*, 20, 543-570.
- Barberger-Gateau, P., Fabrigoule, C., Helmer, C., Rouch, I. & Dartigues, J. F. (1999). Functional impairment in instrumental activities of daily living: An early clinical sign of dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 47, 456-462.
- Barberger-Gateau, P., Rainville, C., Letenneur, L. & Dartigues, J. F. (2000). Hierarchical model of domains of disablement in the elderly: A longitudinal approach. *Disability and Rehabilitation*, 22(7), 308-317.
- Barker, R.G. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford: Stanford University Press.
- Bayés, R. (2009): *Sobre la felicidad y el sufrimiento*. Discurs d'investidura com a doctor Honoris Causa en Psicologia per la UNED. Universitat Nacional d'Educació a Distància.
- Beattie, A., Daker-White, G., Gilliard, J. & Means, R. (2004). How can they tell? A qualitative study of the views of younger people about their dementia and dementia care services. *Health and Social Care in the Community*, 12, 359-368.
- Bergman-Evans B. (2004). Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 27-34.
- Bergua, V., Bouisson, J., Dartigues, J.F, Swendsen, J., Fabrigoule, C., Pérès, K. & Barberger-Gateau, P. (2013). Restriction in instrumental activities of daily living in older persons: association with preferences for routines and psychological vulnerability. *The International Journal of Aging and Human Development*, 77(4), 309-329.
- Bergua, V., Dartigues, J. F. & Bouisson, J. (2012). Routinisation profiles in elderly persons: Between adaptation and vulnerability. *European Review of Applied Psychology*, 62, 183-189. doi: 10.1016/j.erap.2012.04.006
- Bergua, V., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Dartigues, J. F., Swendsen, J. & Bouisson, J. (2006). Preferences for routines in older people: Associations with cognitive and psychological vulnerability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 990-998. doi: 10.1002/gps.1597
- Berjano, E. i García, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento. Un problema social del siglo XXI*. Madrid: FEAPS.
- Berkhout, A.J.M., Boumans, N.P.G., Nijhuis, F.J.N., Van Breukelen, G.P.J. & Abu-Saad, H.H. (2003). Effects of resident-oriented care on job characteristics of nursing caregivers. *Work Stress*, 17, 337-353.

- Berlowitz, D.R., Young, G.J., Hickey E.C., Saliba D., Mittman, B.S., Czarnowski, E. & Moskowitz, M.A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Services Research*, 38, 65-83.
- Bermejo, L., Martínez, T., Díaz, B., Maños, O. i Sánchez, C. (2009a). *Buenas prácticas en residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- (2009b). *Buenas prácticas en centros de día de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- Bianchetti A., Benvenuti P., Ghisla K. M., Frisoni G. B. & Trabucchi M. (1997). An Italian model of dementia special care unit: results of a pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11 (1), 53-56.
- Black, P. (2004). The importance of palliative care for patients with colorectal cancer. *British Journal of Nursing*, 13 (10), 584-585.
- Blank, A. (2004). 'Clients' experience of partnership with occupational therapists in community mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 67 (3), 118-124.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Boersma, P., van Weert, J.C., Lakerveld, J. & Dröes, R.M. (2015). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics*, 27 (1), 19-35.
- Bonafont, A. (2014). Paradigma del curso de la vida. En P. Rodríguez (ed.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.
- Bone, C., Cheung, G. & Wade, B. (2010). Evaluating person centred care and dementia care mapping in a psychogeriatric hospital in New Zealand: a pilot study. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 57, 35-40.
- Borrell, F. (2011). *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela.
- Boumans, N., Berkhou, A. & Landeweerd, A. (2005). Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 240-250.
- Bowers, B.J. (2003). Turnover Reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 3, 36-44.
- Bowers, B.J., Esmond, S. & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in Long-term care facilities. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, 55-64.

- Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T. & Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation*. Disponible a: <<http://www.nhqualitycampaign.org>>
- Bowman, C.S. & Schoeneman, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool*. Disponible a: <<http://www.www.artifactsofculturechange.org>>
- Bradford Dementia Group (2005). *Dementia Care Mapping. DCM 8th*. Bradford: University of Bradford.
- Brawley, E.C. (2006). *Design innovations for aging and Alzheimer*. Nova Jersey: John Wiley & Sons.
- Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215-222.
- (2005). Dementia Care Mapping: A review of the research literature. *The Gerontologist*, 45, Special Issue 1, 11-18.
- (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. Londres: Jessica Kingsley.
- Brooker, D. & Surr, C. (2007). *Dementia Care Mapping: Principper og Praksis*. Birkerød, Denmark: University of Bradford & Daniae.
- Brooker, D. & Woolley, R.J. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia: The development of a blueprint for a sustainable activity-based model. *Aging & Mental Health*, 11, 4, 371-383.
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Brush, J.A., Meehan, R.A. & Calkins, M.P. (2002). Using the environment to improve intake for people with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3, 4, 330-338.
- Buiza, C., Etxeberria, I. i Yanguas, J. (2005). *Deterioro cognitivo grave*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, núm. 27 [Data de publicació: 01/04/2005]. Disponible a: <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro-01.pdf>>
- Buiza, C., Etxeberria, I., Yanguas, J., Palacios, V., Yanguas, E. i Zulaica, A. (2004). Una alternativa de intervención para personas con deterioro cognitivo severo: el método Montessori. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 119.
- Buiza, C., Etxeberria, I., Yanguas, J. i Camp, C. (2006). *Actividades basadas en el método Montessori para personas con demencia*. Andrómaco.

- Burgio, L. D., Fisher, S. E., Fairchild, J. K., Scillely, K. & Hardin, J. M. (2004). Quality of care in the nursing home: Effects of staff assignment and work shift. *Gerontologist*, 44, 368-377.
- Buzgová, R. & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78. doi: 10.1177/0969733010385529
- Cambridge, P. & Carnaby, S. (2005). Considerations for Making PCP and Care Management Work. En P. Cambridge (ed.): *PCP and Care Management with People with Learning Difficulties* (p. 218-231). Londres: Jessica Kingsley.
- Canadian Association of Occupational Therapist (CAOT) (pàgina web): <<http://www.caot.ca/index.asp>>
- (1991). *Occupational Therapy guidelines for client centred practice*. Toronto: CAOT Publications ACE.
- (1997). *Enabling occupation. An occupational therapy perspective*. Toronto: CAOT.
- Caudill, M.E. & Patrick, M. (1991-1992). Turnover among nursing assistants: why they leave and why they stay. *The Journal of Long-Term Care Administration*, 19 (4), 29-32.
- Center for Excellence in Assisted Living (2010). *Person-centered Care in Assisted Living: An informational guide*. Disponible a: <<http://www.theceal.org>>
- (2011). *The Person-centered Care Domains of practice*. Disponible a: <<http://www.theceal.org>>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS (2005). *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos*. País Basc: Fundación Eguia-Careaga.
- (2014). *Estudio de costo-efectividad del programa Etxean Ondo*. País Basc: Fundación Eguia-Careaga. Material no publicat.
- Chang, Y.P., Li, J. & Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a Household within a traditional structure. *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*, 14, 293-299.
- Chapell, N.L., Reid, R.C. & Gish, J.A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 6, 527-546.
- Chaplin, J. (2004). Wound management in palliative care. *Nursing Standard*, 19 (1), 39-42.

Chappell, N.L. & Chou, K.L. (2010). Chinese version of Staff-Based Measures of Individualized Care for Institutionalized Persons with Dementia. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 5, 5-13.

Chaudhury, H. (2008). *Remembering home: Rediscovering the self in dementia*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

— (2013). *La adecuación del entorno físico y ambiental en centros para personas con demencia: principios clave para el diseño e introducción a un nuevo instrumento de evaluación ambiental DCM-ENV del Dementia Care Mapping*. Material formatiu no publicat.

Chaudhury, H., Cooke, H. & Frazee, K. (2013). Developing a physical environmental evaluation component of the Dementia Care Mapping (DCM) Tool. En G. Rowles & M. Bernard (eds.), *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age* (p. 153-174). Nova York: Springer Publications.

Chaudhury, H., Hung, L. & Badger, M. (2013). The role of physical environment in supporting person-centered dining in long-term care: A review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(5), 491-500.

Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M.T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y.H., Hass, M. & Broday, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1147-1160.

Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Broday, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Hass, M. & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8, 317-325.

Choi, J.S. & Lee, M. (2013). Psychometric Properties of a Korean Measure of Person-Directed Care in Nursing Homes. *Research on Social Work Practice*, 20 (10), 1-9.

Clare, L. (2004). The construction of awareness in early-stage Alzheimer's disease: A review of concepts and models. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 155-175.

Clare, L., Marková, I.S., Roth, I. & Morris, R.G. (2011). Awareness in Alzheimer's disease and associated dementias: theoretical framework and clinical implications. *Aging & Mental Health*, 15, 8, 936-944.

Clarke, A., Hanson, E. & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 697-706.

- Clarke, C., Gibb, C., Keady, J., Luce, A., Wilkinson, H., Williams, L. & Cook, A. (2009). Risk management dilemmas in dementia care: an organizational survey in three UK countries. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 89.
- Cohen M. & Shinan-Altman S. (2011). A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 23(8): 1213-1221. doi: 10.1017/S1041610211000391
- Cohen-Mansfield J., Dakheel-Ali, M. & Marx, M.S. (2009). Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 299-307.
- Cohen-Mansfield, J. & Bester, A. (2006). Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. *Gerontologist*, 46, 540-544.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K. & Marx, M.S. (2014). Predictors of the impact of nonpharmacologic interventions for agitation in nursing home residents with advanced dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75 (7).
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Culpepper, W.J. II & Barkley, D. (1997). Evaluation of an inservice program on dementia and wandering. *Journal of Gerontological Nursing*, 23 (10), 40-47.
- Coleman M.T., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C.A. & Turner, C. (2002). The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57, M422-M427.
- Collier, E. & Harrington, C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing*, 1, 157-170.
- Collins, J.H. (2009). *The person centered way*. Lexington, KY.
- Cooke, H.A. & Chaudhury, H. (2013). An examination of the psychometric properties and efficacy of dementia care Mapping. *Dementia*, 12:790 [Data de publicació electrònica: 21/05/2012]. doi: 10.1177/1471301212446111
- Coppolillo, F.E. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de medicina familiar y general*, 10 (1), 45-50.
- Corring, D. & Cook, J. (1999). Client-centred care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 2, 71-82.
- Cott, C.A., Boyle, J., Fay, J., Sutton, D., Bowring, J. & Lineker, S. (2001). *Client-Centred Rehabilitation*. Toronto-Ontario: The Arthritis Society & The University of Toronto.

- Coyle, J. & Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 450-455.
- Creaney Kingsbury, L.A. (2009). *People Planning Ahead: Communicating Healthcare and End-of-Life Wishes*. Washington: Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Cribb, A. (1999). League tables, institutional success and professional ethics. *Journal of Medical Ethics*, 25 (5), 413-417.
- Croucher, K., Hicks, L. & Jackson, K. (2006). *Housing With Care for Later Life: A Literature Review*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Croy, S. (2014). *Supporting people with dementia: understanding and responding to distressed behaviour. A study guide for staff*. Stirling: Dementia Services Development Centre. University of Stirling.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J. A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. Londres: The Health Foundation.
- De Witte, L.P., Schoot, T. & Proot, I.M. (2006). Development of the client-centered care questionnaire (CCCQ). *Journal of Advanced Nursing*, 56, 1, 62-68.
- Dementia Services Development Centre (2011a). *Dementia Design audit Tool*. Stirling: Dementia Services Development Centre. University of Stirling.
- (2011b). *Improving the design of housing to assist people with dementia*. Stirling: Dementia Services Development Centre. University of Stirling.
- Department of Health and Family Services of Wisconsin (2006). *A Guide for Creating Quality of Life and Successfully Refocusing Behavior For People with Alzheimer's Disease and Related Dementia In Long Term Care Settings. Assessment Tool*. Estat de Wisconsin: Department of Health and Family Services. Division of Disability and Elder Services.
- Department of Health, Australian Government (2011). *Doing it with us not for us: strategic directions 2010-2013*. Melbourne: State Government of Victoria.
- (2011). *Improving care for older people: a policy for health services*. Disponible a: <www.health.vic.gov.au/older/policy.htm>
- (2012). *Living longer, living better. Aged care reform package*. Canberra: Department of Health and Ageing.

- Department of Health, UK Government (1989). *Homes are For Living In: A Model for Evaluating Quality of Care Provided, and Quality of Life Experienced, in Residential Care Homes for Elderly People*. Social Services Inspectorate. Londres: HMSO.
- (2001). *National Services Framework for old people*. Disponible a: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf>
- Díaz-Veiga, P., Márquez-González, M., Sancho, M. i Yanguas, J. (2009). *Cómo nos ayudan las emociones a envejecer bien*. Barcelona: Obra Social Caixa Catalunya.
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A. i Yanguas J. (2014). Efectos del modelo de atención centrada en la persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49, 266-271.
- Díaz-Veiga, P., i Sancho, M. (2012). *Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'*. Informes Portal Mayores, núm. 132. Madrid: Imsero.
- (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(39), 101-102.
- Dilley, L. & Geboy, L. (2010). Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*, 11, 172-185.
- Dixon, R.A. (2010). Evaluation everyday competence in older adults couples: Epidemiological considerations. *Gerontology*, 57, 173-179.
- Dow, B., Haralambous, B., Bremner, F. & Fearn, M. (2006). *What is person-centred health care? A literature review*. Melbourne: Department of Human Services, State Government Victoria.
- Dowling, S., Manthorpe, J., Cowley, S., en associació amb S. King, V. Raymond, W. Perez & P. Weinstein (2006). *Person-centred planning in social care. A scoping review*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Ducan, E. (2011). *Person Centred Care: what is it and how can it be improved?* Stirling: University of Stirling.
- Eaton, S.C. (2000). Beyond unloving care: Linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *International Journal of Human Resource Management*, 3, 591-161.
- (2001). *Appropriateness of Minimen Nurse Staffing ratios in nursing homes. Phase II, Final Report*. Disponible a: <<http://theconsumervice.org/uploads/files/issues/CMS-Staffing-Study-Phase-II.pdf>>

- Edelman, P., Fulton, B. R. & Kuhn, D. (2004a). Comparison of dementia specific quality of life measures in adult day centers. *Home Health Care Services Quarterly*, 23, 25-42.
- Edelman, P., Kuhn, D. & Fulton, B. R. (2004b). Influence of cognitive impairment, functional impairment, and care setting on dementia care mapping results. *Aging and Mental Health*, 8, 514-523.
- Eden Alternative. *It can be different*. Disponible a: <<http://www.edenalt.org/>>
- Edvardsson D., Koch S. & Nay, S. (2009). Psychometric Evaluation of the English Language Person-Centered Climate Questionnaire - Patient Version. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 31, núm. 4, 235-244.
- Edvardsson, D. & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50, 834-846.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101-108.
- Edvardsson, D., Koch, S. & Nay, R. (2010). Psychometric evaluation of the English language Person-centred Climate Questionnaire. Staff version. *Journal of Nursing Management*, 18, 54-60.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Borell, L. (2014). 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. *International Psychogeriatrics*, 26, 7, 1171-1179.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: A tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 344-535.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Karlsson, S. (2009). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 17, 59-65.
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 4, 362-367.
- Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B. & Rodrigue, C. (2007). Caring for residents with dementia and aggressive behavior: Impact of life history knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*, 2, 24-30.
- Ellis-Gray, S.L., Riley, G.A. & Oyeboode J.R. (2014). Development and psychometric

- evaluation of an observational coding system measuring person-centered care in spouses of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26, 11, 1885-1895.
- Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 308-314.
- Ericson, I., Hellstrom, I., Lundh, U. & Nolan, M. (2001). What constitutes good care for people with dementia? *British Journal of Nursing*, 10, 11, 710-714.
- Eynard, C., Villez, A. & Villez, M. (2004a), *Architecture et maladie d'Alzheimer*. Internal working group report for the Fondation Médéric Alzheimer.
- (2004b). Entre habiter et prendre soin, les réponses apportées par l'architecture. En M.J. Guisset-Martínez (eds.). *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. Pistes de réflexion et d'action directed*. Paris: Fondation Médéric Alzheimer.
- Farrell, D. & Dawson, S. (2007). *The business case for investing in staff retention: Can you afford not to?* FutureAge.
- Farrell, D., Frank, B., Brady, C., McLaughlin, M. & Gray, A. (2006). The case for consistent assignment in the nursing home setting. *Medicine and Health in Rhode Island*, 89, 187-188.
- Feil, N. (1993). *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with «Alzheimer's-type dementia»*. Baltimore: Health Promotion Press
- Fleming, R. (2010). An environmental audit tool suitable for use in homelike facilities for people with dementia. *Australasian Journal on Ageing*. doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00444.x
- Forest, M. & Lusthaus, E. (1989). Promoting educational equality for all students: circles and MAPS. En S. Stainback, W. Stainback & M. Forest (eds.). *Educating all students in the Mainstream of Regular Education* (p. 43-58). Baltimore: Paul H. Brooke.
- Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R. & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*, 332, 756-761.
- Fossey, J., Lee, L. & Ballard, C. (2002). Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: Psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1064-1070.
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Bennett Smith, S. & Stone, S. (2008). *Patient-centered improvement guide*. Derby, Connecticut: Planetree Inc. and Picker Institute.

Fuggle, L. (2013). *Designing interiors for people with dementia*. Stirling: Dementia Services Development Centre. University of Stirling.

Fundación Pilares para la Autonomía Personal. *Red de buenas prácticas «Modelo y Ambiente»*. Disponible a: <<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente>>

Fundación San Francisco de Borja (2007). *Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.

Galantowicz, S., Selig, B., Pell, E. & Rowe, J. (2005). *Risk management and quality in home and community based services: individual risk planning and prevention, system-wide quality improvement*. Disponible a: <<http://www.hcbs.org/moreInfo.php/doc/1150>>

García, J.A. (2014). La atención sanitaria centrada en la persona (paciente). En P. Rodríguez (ed.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.

García-Soler, A., Díaz-Veiga, P., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, N., Buiza, C. i Sancho, M. (2014). *Efectos de la implantación de un programa de atención centrado en la persona sobre la calidad de vida de usuarios en residencias en el proyecto Etxean Ondo*. Comunicació oral presentada en el 56è Congrés de la SEGG, Barcelona, maig, 2014.

Gaugler, J.E., Hobday, J.V. & Savik, K. (2013). The CARES Observational Tool: a valid and reliable instrument to assess person-centered dementia care. *Geriatric Nursing*, 34(3): 194-198.

Gilleard, C., Hyde, M. & Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*, 29, 6, 590-605.

Gilliard, J. & Marshall, M. (dir.) (2010). *Time for dementia: a collection of writings on the meanings of time and dementia*. Londres: Hawker Publications.

Giovannetti, T., Libon, D.J. & Hart, T. (2002). Awareness of naturalistic action errors in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 633-644.

Gitlin, L.N., Schinfeld, S., Winter, L., Corcoran, M., Boyce, A.A. & Hauck, W. (2002). Evaluating home environments of persons with dementia: interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). *Disability and Rehabilitation*, vol. 24, núm. 1-3, 9-71.

Gladman, J.R.F., Jones, R.G., Radford, K., Walker, E. & Rothera, I. (2007). Person-centred dementia services are feasible, but can they be sustained? *Age & Ageing*, 36, 171-176.

- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørlie, V. & Norberg, A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13, 633-648.
- Glynn, M. & Beresford, P. amb Bewley, C., Branfield, F., Butt, J., Croft, S., Pitt, K.D., Fleming, J., Flynn, R., Patmore, C., Postle, K. & Turner, M. (2008). *Person-centred support: what service users and practitioners say*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Goffman E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Nova York: Doubleday.
- Grabowski, D.C., O'Malley, A.J., Afendulis, C.C., Caudry, D.J., Elliot, A. & Zimmerman, S. (2014). Culture Change and Nursing Home Quality of Care. *The Gerontologist*, 54, S1, S35-S45.
- Grant, L. & Norton L.V (2003). *A Stage Model of Culture Change in Nursing Facilities*. Disponible a: <http://nhqi.hsag.com/pcc/4D_PCC_Staging_Paper.pdf>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 8, 581-629.
- Guisset-Martínez, M. J. (2008). Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. *Boletín sobre envejecimiento: perfiles y tendencias*, IMSERSO, 34.
- Guisset-Martinez, M.J., en col·laboració amb Villez M. (2010), *Regaining Identity. New synergies or a different approach to Alzheimer's*, Guide Repères. París: Fondation Médéric Alzheimer.
- Haight, B.K. (1979). *The therapeutic role of the life review in the elderly*. Master's Thesis, University of Kansas, Kansas City, Kansas.
- Haight, B.K. & Webster, J. (1995). *The art and science of reminiscing: theory, research, methods and applications*. Londres: Taylor & Francis.
- Harkness, J. (2005). *What is patient-centred health care?* Londres: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO).
- Harmer B., Orrell M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558. doi: 10.1080/13607860802343019
- Hayajneh, F.A. & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 4, 438-445.

Health Care Commission, The commission for social care Inspection & The Audit Commission (2006). *Living well in later life*. Disponible a: <<http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/nationalstudies/health/socialcare/pages/livingwellinlaterlife.aspx.html#downloads>>

Herranz D., Sancho, M., Yanguas, J. i Prieto, D. (2011). *Envejecimiento, Vivienda y Entorno. Informe de Investigación Cualitativa*. País Basc: Fundación INGEMA i Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

Hobbs, J.L. (2009): A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58, 52-62. doi:10.1097/NNR.0b013e31818c3e79

Hoeffler, B., Talerico, J., Rasin, J., Mitchell, C.M., Stewart, B.J, McKenzie, D.B., Barrik, A.L., Rader, J.B. & Sloane, P.D. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist*, 46, 524-532.

Holder, E.I. (1983). *Consumer statement of principles for the nursing home regulatory system*. Washington (DC): National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform.

Holder, E.I. & Frank F.W. (1985). *A Consumer perspective on quality care: the resident's point of view*. Washington (DC): National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform.

IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.

Innes, A. & Capstick, A. (2001). Communication and personhood. En C.A. Cantley. *Handbook of dementia care*. Buckingham, Filadelfia: Open University Press.

Innes, A., Macpherson, S. & McCabe, L. (2006). *Promoting person-centred care at the frontline*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Institute for Caregiver Education (2008). *Culture change indicators Survey*. Disponible a: <<http://www.caregivereducation.org/index.htm>>

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.

Instituto Gerontológico Matía, d. a. (2012). *Proyecto Etxean Ondo: unidades de convivencia y centros de día*. Disponible a: <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/ETXEAN%20ONDO%20CENTROS.pdf>

International Alliance of Patient's Organitations (IAPO) (2007). *What is Patient-Centred Healthcare? A review of Definitions and Principles*. Regne Unit: IAPO.

- Jeon, Y.H., Merlyn, T. & Chenoweth, L. (2010). Leadership and management in the aged care sector: a narrative synthesis. *Australasian Journal on Ageing*, 2, 54-60.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1708-1718.
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B. & Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 832-839.
- Katz, J., Holland, C., Peace, S. & Taylor, E. (2011). *A better life: what older people with high support needs value*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *The Gerontologist*, 43(5), 611-615.
- Kielhofner, G. (2004). *El modelo de ocupación humana*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kitwood, T. (1992). Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*, 22, 34-38.
- (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 541-545.
- (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead-Berkshire: Open University Press.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5), 41-60.
- Klein, S.B., Cosmides, L. & Costabile, K.A. (2003). Preserved knowledge of self in a case of Alzheimer's dementia. *Social Cognition*, 21, 157-165.
- Klein, S.B., German, T.P., Cosmides, L. & Gabriel, R. (2004). A theory of autobiographical memory: Necessary components and disorders resulting from their loss. *Social Cognition*, 22, 460-490.
- Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nova York: Guilford Press.
- Knudstrup, M.A. (2011). *Evidence on the relationship between architectural design and subjective well-being*. Jornadas Internacionales sobre innovaciones en residencias. Madrid: Fundación Pílares i Fundación Caser.
- Koren, M.J. (2010). Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29, 2, 312-317.

Kovach, C. & Krejci, J. (1998). Facilitating change in dementia care: staff perceptions. *The Journal of Nursing Administration*, 28, 5, 17-27.

Lachman, M.E., Shevaun, D., Neupert, D. & Agrigoroaei, S. (2011). *The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging*. Madison: Institute on Aging. Disponible a: <<http://aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/1010.pdf>>

Langer, E. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.

— (1996). Long-term effects of a control relevant intervention with the institutionalized aged. En S. Fein & S. Spencer (eds.), *Reading in social psychology: The art and science of research* (p. 175-180). Boston: Houghton Mifflin.

Law, M., Baptiste, S. & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257.

Lawton, M.P. (1975). Competence, environmental press and adaptation. En P. G. Windley, T.O. Byerts & G. Ernst (eds.), *Theory development in environment and aging*. Washigton D.C.: Gerontological Society.

— (1977). The impact of the environment on aging behavior. En L.E. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. Nova York: Van Nostrand Reinhold.

— (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. En M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (eds.), *Aging and the Environment: Theoretical approaches*. Nova York: Springer.

Lawton, M.P., Weisman, G.D., Sloane, P., Norris-Baker, C., Calkins, M. & Zimmerman, S.I. (2000). Professional Environmental Assessment Procedure for special care units for elders with dementing illness and its relationship to the therapeutic environment screening schedule. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14 (1), 28-38.

Lee, M.A. & Rodiek, S.D. (2013). Residents' Preference for Spatial Features in Sitting Areas at Assisted Living Facilities. - Focused on direct or indirect social interaction for older adults. *International Journal of Human Ecology*, 14, 87-102. Disponible a: <<http://dx.doi.org/10.6115/ijhe.2013.14.1.87>>

Leichsenring, K. & Strümpel, C. (1998). *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.

- Leturia, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, 5, 43-66.
- Levine, B. (2004). Autobiographical memory and the self in time: Brain lesion effects, functional neuroanatomy, and the lifespan development. *Brain and Cognition*, 55, 54-68.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *Journal of Gerontology*, 58B, 203-211.
- López, A., Marín, A.I. i De la Parte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), núm. 210.
- Lum, T.Y., Kane, R.A., Cutler L.J. & Yu, T.C. Effects of Green House nursing home son resident's families. *Health Care Financing Review*, 30, 35-51.
- Lutz, B.J. & Bowers, B.J. (2000). Patient-centred care: understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14, 2, 165-183.
- Manthorpe, J. (2004). Risk taking. En A. Innes, C. Archibald & C. Murphy (eds.), *Dementia and social change*. Londres: Jessica Kingsley.
- Manthorpe, J. & Moriarty, J. (2010). *Nothing ventured, nothing gained: risk guidance for people with dementia*. Londres: Department of Health.
- Márquez-González, M. (2008). *Emociones y envejecimiento*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, núm. 84. Imsero. Disponible a: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>>
- Marshall, M. (2010), *Designing balconies, roof terraces and roof gardens for people with dementia*. Stirling: Dementia Design series, DSDC, Stirling University.
- Martínez, T. (2009). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Informes del portal de mayores, núm. 98. Madrid: IMSERSO.
- (2010a). Urge cambiar el modelo residencial. *N3wes Tercera Edad*, 10.
- (2010b). *Centros de atención diurna para personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- (2010c). Los servicios formales de atención a las personas mayores. Situación actual, avances y experiencias significativas en los países desarrollados. En CEPAL (NACIONES UNIDAS), *Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en*

Costa Rica. Disponible a: <<http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/TeresaMartinez.pdf>>

— (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álaba: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

— (2012). *Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencias*. Madrid: Médica Panamericana.

— (2013a). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.

— (2013b). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.

— (2013c). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Disponible a: <www.acpgerontologia.net>

— (2013d). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumentos para la revisión participativa*. Disponible a: <www.acpgerontologia.net>

— (2014a). La atención personalizada desde la atención centrada en la persona. En P. Rodríguez (ed.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.

— (2014b). Liderar cambios en los servicios gerontológicos desde la atención centrada en la persona. En P. Rodríguez (ed.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.

— (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación*. Tesis doctoral. Universitat d'Oviedo.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. i Rodríguez, P. (2014) *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Álaba: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J. & Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-Centered Assessment Care Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 26: 1-9.

— (2016). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical of Health Psychology*, 16, 175-185.

May, H., Edwards, P. & Brooker, D. (2009). *Enriched care planning for people with dementia*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

- McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31-38.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Manning, M., Peelonkilroe, L., Tobin, C. & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93-107.
- McIntyre, M. (2003). Dignity in dementia: person-centered care in community. *Journal of Aging Studies*, 7, 473-484.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 148-158.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
- Meek, I. (1998). Evaluation of the role of the health care assistant within a community mental health intensive care team. *Journal of Nursing Management*, 6 (1), 11-19.
- Mezzich, J.E. (2010). Reassessing the Focus of Medical Practice: From Diseases to Human Beings. *Acta Med Per*, 27(2), 148-150.
- Mezzich, J.E., Snaedal, J., van Weel C. & Heath, I. (2009). The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Medical Journal*, 55, 104-107.
- (2010a). Person centered Medicine: A Conceptual Exploration. *International Journal of Integrated Care*, Supplement.
- (2010b). Toward Person-Centered Medicine: From Disease to Patient to Person. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 77, 304-306.
- Michie, S., Miles, J. & Weinman, J. (2003). Patient centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counselling*, 51 (3), 197-206.
- Misiorski, S. (2003). Pioneering culture change. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 24-31.
- (2004). *Getting Started: A Pioneering Approach to Culture Change in Long-Term Care Organizations*. Nova York: Pioneer Network and Paraprofessional Healthcare Institute.
- Misiorski, S. & Kahn, K. (2005). Changing the culture of long-term care: moving

- beyond programmatic change. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3(3/4), 137-146.
- Mity, E. & Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric Nursing*, 28(5): 283-288.
- Moise, P., Schwarzinger, M. & Um, M.Y. (2004). *Dementia care in 9 OECD countries: a comparative analysis*. OECD health working paper, núm. 13. París: OECD.
- Møller, K. & Knudstrup, M.A. (2008). *Trivsel & plejeboligens udformning [«Well-being and the design of assisted living residential care facilities and accommodation»]*. Odense: Servicestyrelsen, 100 s.
- Moniz Cook, E., Stokes, G. & Agar, S. (2003). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 197-208.
- Montero, M. (2013). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: el caso alemán. En P. Rodríguez, (ed.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención* (p. 73-86). Madrid: Fundación Caser para la dependencia.
- Mooney, P. & Nicell, P.L. (1992). The Importance of Exterior Environment for Alzheimer Residents: Effective Care and Risk Management. *Healthcare Management Forum*, 5, 2, 23-29.
- Moos, R.H. & Lemke, S. (1985). Specialized living environments for older people. En J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 2 ed. (p. 864-889). Nova York: Van Nostrand Reinhold.
- Morgan, D.G. & Stewart, N.J. (1998). High versus low density special care units: Impact on the behaviour of elderly residents with dementia. *Canadian Journal of Aging*, 17, 143-165.
- Morgan, S. & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30 (1), 6-15.
- Morgan-Brown, M., Newton, R. & Ormerod, M. (2013). Engaging life into two nursing home units for people with dementia: Quantitativ comparisons before and after implementing household environments. *Aging & Mental Health*, 17 (1), 57-65.
- Morris, R. & Hannesdottir, K. (2004). Loss of 'awareness' in Alzheimer's disease. En R. Morris & J. Becker (eds.), *Cognitive neuropsychology of Alzheimer's disease* (p. 275-296). Oxford: Oxford University Press.
- Mount, B. (1987). *Person futures planning. Finding directions for change* (Doctoral dissertation, Univesity of Georgia). Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Information Service.

— (1990). *Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning*. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities.

Mount, B., Ducharme, G. & Beeman, P. (1991). *Person Centered Development*. Manchester, CT: Communitas Inc.

Mountain, G. A. (2006). Self-management for people with early dementia: an exploration of concepts and supporting evidence. *Dementia*, 5, 429-446.

Moyle, W., Murfield, J. & Griffiths, S. (2011). Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 30, 4, 186-190.

Muntinga, M.E., Mookink, L.B., Knol, D.L., Nijpels, G. & Jansen, A.P (2014). Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home services in a population of frail, older people. *Quality of Life Research*. 23 (7), 2063-72. [Data de publicació electrònica: 28/02/2014]. doi: 10.1007/s11136-014-0650-7

Nakanishi, M., Nakashima, T. & Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59 (1): 3-10.

Namazi, K.H. & Johnson, B.D. (1991). Physical environmental cues to reduce the problems of incontinence in Alzheimer's disease units. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 6, 22-29.

National Ageing Research Institute (NARI). Department of Human Services (2003). *Improving care for older people: a policy for health services*. Melbourne: Victorian Department of Human Services.

— (2006). *What is person-centred health care? A literature review*. Melbourne: Victorian Department of Human Services.

— (2007). *Best practice in person-centred health care for older Victorians: Report of Phase 1*. Melbourne: Victorian Department of Human Services.

— (2012). *Person-Centred Health Care for Older Adults Survey: Self and service checklist on person-centred care*. Disponible a: <http://www.mednwh.unimelb.edu.au/nari_tools/nari_tools_other.html>

National Health and Hospitals Reform Commission (2008). *Principles for Australia's health system*. Disponible a: <www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/content/principles-1p>

National Voices (2014a). *Supporting shared decision-making. Summarising evidence from systematic reviews*. Disponible a: <<http://www.nationalvoices.org.uk/supporting-shared-decision-making>>

— (2014b). *Enhancing experience. Summarising evidence from systematic reviews*. Disponible a: <<http://www.nationalvoices.org.uk/supporting-shared-decision-making>>

— (2014c). *Supporting self-management. Summarising evidence from systematic reviews*. Disponible a: <<http://www.nationalvoices.org.uk/supporting-self-management>>

Nay, R., Bird, M., Edvardsson, D., Fleming, R. & Hill, K. (2009). Person-centred care. En R. Nay & S. Garrat (eds.), *Issues and innovations in care* (p. 107-119). Elsevier Australia, NSW.

Neal, M. & Barton Wright, P. (1999). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD001394

Neill, M., Allen, J., Woodhead, N., Reid, S., Irwin, L. & Sanderson, H. (2008). *A positive approach to risk requires person centred thinking*. Londres. Disponible a: <<http://www.helensandersonassociates.co.uk/media/15308/a%20positive%20approach%20to%20risk%20requires%20person%20centred%20thinking.pdf>>

Nelson, J. (1995). The influence of environmental factors in incidents of disruptive behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(5), 19-24.

Nijs, K.A., de Graaf, C., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F.J. & van Staveren, W.A. (2006). Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61, 9, 935-942.

Noel, P.H., Frueh, C., Larme, A.C. & Pugh, J.A. (2005). Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations*, 8, 54-63.

Nolan, M. (2001). Successful ageing: keeping the 'person' in person-centred care. *British Journal of Nursing*, 10 (7), 450-454.

Nolan, M., Bauer, M. & Nay, R. (2009). Supporting family carers: implementing a relational and dynamic approach. En R. Nay & S. Garrat (eds.), *Issues and innovations in care* (p.136-152). Elsevier Australia, NSW.

Nolan, M., Brown J., Davies, S., Nolan, J. & Keady, J. (2006). *The senses framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice Report nº 2, Project Report. Sheffield: University of Sheffield.

- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13, 3a, 45-53.
- Normann, H.K., Henriksen, N., Norberg, A. & Asplund, K. (2005) Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 891-896.
- Normann, H.K., Norberg A. & Asplund, K. (2002). Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 370-376.
- Norton, L.V. & Shields, S. (2006). *The Pursuit of the Sunbeam*. EUA: Action Pact Press.
- Nowell, Z.C., Thornton, A. & Simpson, J. (2011). The subjective experience of personhood in dementia care settings. *Dementia*. doi: 1471301211430648
- Nuffield Council on Bioethics (2009). *Dementia: ethical issues*. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención Internacional Derechos Personas Discapacidad*. Nova York: Organización de Naciones Unidas.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C. & Wahl, H.W. (2011). Is aging in place a resource for or a risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51(2), 238-250. doi: 10193/geront/gnq096
- Overshott, R. & Burns, A. (2009). Non-pharmacological Treatment of Severe Dementia: An Overview. En A. Burns & B. Winblad (eds.). *Severe dementia* (p. 163-175). Nova York: John Wiley & Sons Ltd.
- Palese, A., Granzotto, D., Broll, M. G. & Carlesso, N. (2010). From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 179-187.
- Passalacqua, S.A. & Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: an intervention to increase person-centered dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35, 425-445.
- Patchner, M.A. (1989). *Permanent assignment. Successful Nurse Aide Management in Nursing Homes*. Phoenix, AZ: Oryx Press, 66-75.
- Patmore, C. & McNulty, A. (2005). *Making home care older people more flexible and person-centred*. York: Social Policy Research Unit. University of York.
- Pearpoint, J., O'Brien, J. & Forest, M. (1995). *PATH: A workbook for Planning Possible Features and Planning Alternatives Tomorrows with Hope for*

schools, organizations, businesses, families. Toronto, Ontario, Canada: Inclusion Press.

Pearson A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. & Long, L. (2007). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 5, 208-253. Melbourne, Austràlia: Blackwell Publishing Asia.

Pendleton, D. & Hasler, J. (1983). *Doctor-Patient Communication*. Londres: Academic Press INC

Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (1984). *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press.

Pérez, R. (ed.) (2002). *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: FEAPS.

Picker Institute Europe (pàgina web): <<http://www.pickereurope.org/>>

Pioneer Network. *Case studies in Person Directed Care*. Disponible a: <<http://www.pioneernetwork.net/casestudiesinpersondirectedcarev3.pdf>>

Pituaud, P. (dir.) (2006). *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Le vécu des aidants. Pratiques du champ social*. París: Éditions Eres.

Planetree (2010). *The Long term care improvement Guide Self assessment Tool*. Disponible a: <<http://www.residentcenteredcare.org/Pages/Self-Assessment%20Tool.pdf>>

Pointon, B. (2010). The view of the family carer. En J. Hughes, M. Lloyd-Williams & G.A. Sachs (eds.), *Supportive care for the person with dementia* (p. 27-32). Oxford: Oxford University Press.

Prados, J.A. (2012). Introducció al libro Pràctica clínicacentrada en el paciente. *Revista EIDON*, 38. Disponible a: <<http://www.revistaeidon.es/archivo/revista-eidon-n-38/critica-de-libros/118155-practica-clinica-centrada-en-el-paciente>>

Price, B. (2006). Exploring person-centred care. *Nursing Standard*, 20 (50), 49-56.

Prieto, D. (2014). *La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona*. Sant Sebastià: Insituto Gerontológico Matía.

Quince, C. (2011). *Support. Stay. Save. Care and support of people with dementia in their own homes*. Gran Bretanya: Alzheimers' Society.

Quinn, C., Clare, L., McGuinness, T. & Woods, R.T. (2012). Negotiating the balance: the triadic relationship between spousal caregivers, people with dementia and Admiral Nurses. *Dementia*, 12, 5, 588-605.

Rahaman, A.N. & Schnelle, J.F. (2008). The nursing home culture-change movement: recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148.

Regnier, V. (2002). *Design for Assisted Living: guidelines for Housing the Physically and Mentally Frail*. Nova York: Wiley.

— (2012). Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. En P. Rodríguez (ed.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia* (p. 123-153). Madrid: Fundación Caser para la dependencia.

Regnier, V. & Denton, A. (2009). Ten new and emerging trends in residential group living environments. *NeuroRehabilitation*, 25, 169-188.

Reid, D., Ryan, T. & Enderby, P. (2001). What does it mean to listen to people with dementia? *Disability & Society*, 16 (3), 377-392.

Reid, R.C., Chapell, N.L. & Gish J.A. (2007). Measuring family perceived involvement in individualized long-term care. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 6, 89-104.

Reinhard, S. & Stone, R. (2001). *Promoting quality in Nursing Homes: The Wellspring Model*. Nova York: Commonwealth Fund. Disponible a: <<http://www.commonwealthfund.org/>>

Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S., Wagner, E.H., van Eijk, J.T.M. & Assendelft, W.J.J. (2000). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Elliott, J., McIntosh B., Swift, P., Krinjen-Kemp, E., Towers, C., Romeo, R., Knapp, M., Sanderson, H., Routledge, M., Oakes, P. & Joyce, T. (2005). *The Impact of PCP*. Lancaster: Institute for Health Research, Lancaster University Press.

Robinson, S.B. & Roshe, R.B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 32 (10), 19-27.

Rodin, J. & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.

Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Informes Portal de mayores, núm. 116. Madrid: IMSERSO.

— (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.

— (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la fundación, núm. 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.

Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Londres: Constable.

Rokstad, A.M.M., Engedal, K., Edwardsson, D. & Selbaek, G. (2012). Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-Centred Care Assessment Tool. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 99-105.

Rokstad, A.R., Rosvik, J., Kirkevold, O., Selbaek, G., Saltyte-Benth, J. & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36, 340-353.

Rosvik, J., Engedal, K. & Kirkevold, O. (2014). Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37, 335-346.

Rowles, G.D. & Bernard, M. (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. Nova York: Springer Publications.

Rowles, G.D. & Chaudhury, H. (eds.) (2005). *Home and Identity in Late Life: International Perspectives*. Nova York: Springer Publishing Company.

Rowles, G.D., Oswald, F. & Hunter, E.G. (2004). Interior living environments in old age. En H.W. Wahl, R.J. Scheidt & P.G. Windley (eds.), *Aging in Context: Socio-Physical Environments Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 23 (p. 167-194). Nova York: Springer Publishing Company.

Ryan, T., Nolan, M., Enderby, P. & Reid, D. (2004). «Part of the family»: sources of job satisfaction amongst a group of community-based dementia care workers', *Health and Social Care in the Community*, 12 (2), 111-118.

Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. (2008). *The Active Service Model. A conceptual and empirical review of recent Australian and International literature*. Melbourne: Australian Institute for Primary Care. La Trobe University-

Saizarbitoria, M. (2012). *Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona*. País Basc: SIIS Centro de Documentación y Estudios (Fundación Eguia-Careaga).

Sancho, M. (1994). Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 29, supl. 3, S13-8.

Sancho, M. i Yanguas, J. (2014). Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En P. Rodríguez (ed.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.

Sanderson, S. & Lewis, J. (2012). *A practical guide to delivering personalisation: person-centred practice in health and social care*. Londres: Jessica Kingsley.

Savundranayagam, M.Y. (2014). Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 26 (4), 645-655.

Scalzi, C.C., Evans, L.K., Barstow, A. & Hostvedt, K. (2006). Barriers and enablers to changing organizational culture in nursing homes. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 368-372.

Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological wellbeing of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.

Schulz, R. & Hanusa, B. H. (1978). Long-term effects of control and predictability-enhancing interventions: Findings and ethical issues. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1194-1201.

Schwarz, B., Chaudhury, H. & Tofle, R.B. (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 19, 3, 172-176.

Serra, F. (2006). Alternativas para el desarrollo de planes personales de futuro para las personas con discapacidades significativas. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 37 (3), núm. 219, 59-74.

Serrano, J.P. (2002). *Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos* [Tesi doctoral]. Albacete: Departament de Psicologia, Universitat de Castella-la Manxa.

Serrano, J.P., Latorre, J.M., Ricarte, J.J., Ros, L., Navarro, B. Aguilar, M.J. i Nieto, M. (2010). *Reminiscencia y revisión de vida. Un modelo conceptual para la investigación y la práctica*. Disponible a: <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/serrano-reminiscencia-01.pdf>>

Serrano, JP., Latorre, J.M., Gatz, M. & Montañés, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277.

Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X. i Fernández, R. (2009). *Un*

- concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI*. Fundación Adapta.
- Sheard, D. (2004). Person-centred care: the emperor's new clothes? *Journal of Dementia Care*, 12, 2, 22-24.
- (2010). Shifting from process to outcomes in dementia care. *Journal of Dementia Care*, 19, 3, 10-12.
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L.W., Zimmerman, S. & Saliba, D. (2014). What Does the Evidence Really Say About Culture Change in Nursing Homes? *The Gerontologist*, 54, S1, S6-S16.
- Shinan-Altman, S. & Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49 (5), 674-684. doi: 10.1093/geront/gnp093
- Sikkens, S.A.M., de Lange-de Klerk, E.S.M., Pijnenburg, Y.A.L., Gillissen, F., Romkes, R., Knol, D.L., Uitdehaag, B.M.J. & Scheltens, P. (2012). A new informant-based questionnaire for instrumental activities of daily living in dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 536-543.
- Simón, P. i Júdez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina Clínica (Barc)*, 117, 99-106.
- Sjögre, K., Lindkvis, M., Sandman, P., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International psychogeriatrics*, 24 (3), 406-415.
- (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.12085
- Skea, D. & Lindsay, J. (1996). An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (3), 233-241.
- Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Preiseer, J.S, Phillips, C., Commander, C. & Burker.E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 862-869.
- Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Weisman, G., Zimmerman, S., Foley, K.M., Lynn, M., Calkins, M., Lawton, M.P., Teresi, J., Grant, L., Lindeman, D. & Montgomery, R. (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *The Journals of gerontology: psychological sciences and social sciences*, 57(2)-S69-78.
- Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader,

- J., Stewart, B.J., Talerico, K.A., Rasin, J.H., Zink, R.C. & Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795-1804.
- Smith, R., Fleming, R., Chenoweth, L., Jeon, Y.H. & Brodaty, H. (2012). Validation of the Environmental Audit Tool in both purpose-built and non-purpose-built dementia care settings. *Australasian Journal on Ageing*, 31 (3), 159-163. [Data de publicació electrònica: 07/08/2011]. doi: 10.1111/j.1741-6612.2011.00559.x
- Smull, M.W. & Burke-Harrison, S. (1992). *Supporting Peoples with Severe Reputations in the Community*. National Association of State Mental Retardation Program Directors, Alexandria, VA.
- Snow, A, Jacobs, L., Parmelee, P., Allen, R., Berlowitz, D., Palmer, J. & Hartmann, C. (2012). *Development of the resident-centered assessment of interactions with staff and engagement (RAISE): a nursing home quality of care observational tool*. Article presentat a HSR&D/QUERI National Conference, 2012, Transforming Veteran Healthcare Through Partner-Oriented Research, Washington, DC. Disponible a: <<http://www.hsrd.research.va.gov/meetings/2012/abstract-display.cfm?RecordID=632>>
- Spector W.D., Limcangco, M.R. & Mukamel, D.B. (2006). *Identifying culture change nursing homes. Final report to the Commonwealth Fund*. Nova York: Commonwealth Fund.
- Stadnyk R.B., Lauckner, H. & Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: What works? *CMAJ*, 183(11), 1238-1239.
- Stalker, K. & Campbell, V. (1998). PCP: an evaluation of a training programme. *Health and Social Care in the Community*, 6 (2), 130-142.
- Starfield, B. (2011). Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal*, 15 (2), 63-69.
- Stevenson, A.C.T. (2002). Compassion and patient centred care. *Australian Family Physician*, 31 (12), 1103-1106.
- Stevenson, L. & Chapman, A. (2008). *Hearing the Voice: Improving Communication with People with Dementia: A Study Guide*. Stirling: Dementia Services Development Centre. University of Stirling.
- Stewart, M. & Roter, D. (1989). *Communicating with medical patients*. Newbury Park (Califòrnia): Sage Publications.

- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322, 444-445.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W.W., Mcwhinney, I.R., Mcwilliam, C.L. & Freeman, T.R. (1995). *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, (California): Sage Publications.
- (2003). *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Stirk, S. & Sanderson, H. (2012). *Creating person-centred organisations: strategies and tools for managing change in health, social care and the voluntary sector*. Londres: Jessica Kingsley.
- Stokes, G. & Goudie, F. (1990). *Working with dementia*. Regne Unit: Winslow Press Ltd.
- Stone, F. M. (1999). *Coaching, Counseling and Mentoring: How to Choose & Use the Right Technique to Boost Employee Performance*. Nova York: American Management Association.
- Stone, R., Reinhard, S.C., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C.D., Hawes, C., Fielding, J.A. & Jacobson, N. (2002). *Evaluation of the Wellspring Model for Improving Nursing Home Quality*. Nova York: The Commonwealth Fund, The Institute for the Future of Aging Services & The American Association of Homes and Services for the Aging.
- Sullivan, J.L., Meterko, M., Baker, E., Stolzmann K., Adjognon O., Ballah, K. & Parker, V.A. (2012). Reliability and Validity of a Person-Centered Care Staff Survey in Veterans Health Administration Community Living Centers. *The Gerontologist*, 53(4), 596-607. doi: 10.1093/geront/gns140.
- Swerissen, H. & Duckett, S. (2007). Health policy for a long-lived society. En A. Borowski, S. Encel & E. Ozanne (eds.), *Longevity and social change in Australia* (p. 15-39). Sydney: UNSW Press.
- Te Boekhorst, S., Depla, M.F., De Lange, J., Pot, A.M. & Efesting, J.A. (2009). The effects of a group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Psychiatrics*, 24 (9), 970-978.
- Te Boekhorst, S., Willemsse, B., Depla, M.F., Efesting, J.A. & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N. Sasaki, K. & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life patients with dementia in long term care facilities. *Psychiatry Research*, 205, 103-108.

The Rhode Island Department of Health Quality (2008). *The Individualized Care Pilot. The Organizational Self-Assessment*. Disponible a: <<http://www.health.ri.gov/programs/facilityregulation/individualizedcarepilot/Module1RecommendationsDilemmas.pdf>>

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt*. Rapport 172. Disponible a: <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf>

Thompson J., Kilbane, J. & Sanderson H. (2008). *Person Centred Practice for Professionals*. Open University Press.

Thornton, A., Hatton, C. & Tatham, A. (2004). DCM reconsidered: Exploring the reliability and validity of the observational tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 718-726.

Tinney, J., Fearn, M., Hill, K., Dow, B., Haralambous, B. & Bremner, F. (2007). *Best practice in person-centred health care for older Victorians: report of phase 1*. Report to Sub-acute and Transitional Care Services. Victoria: Department of Human Services.

Tobias, J.S. & Hamilton, R.D. (2002). Prospective clinical trials as a model for patient-centred care. *Annals of Oncology*, 13 (11), 1695-1696.

Van Baalen, A., Vingerhoets Ad, J.J.M., Sixma, H.J. & de Lange, J. (2010). How to evaluate quality of care from the perspective of people with dementia: an overview of the literature. *Dementia*, 10, 1, 112–137.

Van Dam, T., Ellis, J. & Sherwin, J. (2008). *Person Centred Planning; A Review of the Literature*. New South Wales: NSW Department of Ageing Disability and Home Care.

Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, E., Mihelic, A., Curyto K., Spector, A., Esharaghi, K., Duntzee, C., Reamy, A. & Abbot, K. (2014). New Toolkit to Measure Quality of Person-Centered Care: Development and Pilot Evaluation with Nursing Home Communities. *Journal of The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (JAMDA)*, 15, 671-680.

Van Haitsma, K., Curyto, K., Spector, A., Towsley, G., Kleban, M., Carpenter, B., Ruckdeschel, K., Feldman, P. H. & Koren, M. J. (2012). The preferences for everyday living inventory: Scale development and description of psychosocial preferences responses in community dwelling elders. *The Gerontologist*, 53, 582-595.

Van't Leven, N., Prick, A.E.J.C., Groenewoud, J.G., Roelofs, P.D.D.M., de Lange, J. & Pot, A.M. (2013). Dyadic interventions for community-dwelling people

with dementia and their family caregivers: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25, 10, 1581-1603.

Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I. & Hamers, J.P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Services Research*, 29, 10, 30.

Vila, J., Villar, F., Celdrán, M. i Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma*, 30 (1), 109-117.

Villar, F. (2006). *Historias de vida y envejecimiento*. Informes Portal Mayores, IMSERSO, núm. 59. Madrid: IMSERSO.

Villar, F., Vila-Miravent J., Celdrán, M. i Fernández, E. (2013). La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: Impacto en el bienestar y la calidad del cuidado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(6), 259-264.

— (2015). Assessing the well-being of patients with dementia: validity and reliability of the Spanish version of the Dementia Care Mapping (DCM) tool. *Studies in Psychology*. doi: 10.1080/02109395.2015.1026124

Vladeck, B. C. (2003). Unloving care revisited: The persistence of culture. En A.S. Weiner & J. L. Ronch (eds.). *Culture Change in Long-Term Care* (p. 1-10). NY: Haworth Social Work Practice Press.

Wahl, H.W., Iwarsson, S. & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306-316. doi:10.1093/geront/gnr154

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2005). *Strategies for Theory construction in Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall

Waugh, F. (2009). Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone. *Dementia*, 8, 2, 205-222.

Webster, J. (2002). Teamwork: understanding multi-professional working. *Nursing Older People*, 14, 3, 14-22.

Webster, J. & Dewing J. (2007). Growing a Practice Development strategy for community hospitals. *Practice Development in Healthcare*, 6, 97-106.

Weiner, A. S. & Ronch, J. L. (2003). *Culture change in long-term care*. Nova York: Haworth Social Work Practice Press.

Whall, A.L., Black, M.E., Grob, C.J., Yankou, D.J., Kuperschmid, B.J. & Foster, N.L.

- (1997). The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *American Journal of Alzheimer Disease*, 12, 216-220.
- White, D.L., Newton-Curtis, I. & Lyons, K.S. (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontological Society of America*, vol. 48, Special Issue I, 114-123.
- Whitlatch, C., Judge, K., Zarit, S.H. & Femia, E. (2006). Dyadic interventions for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *The Gerontologist*, 46, 688-694.
- Wickwer, A.M. (1979). Ecological psychology: Some recent and prospective developments. *American Psychologist*, 34(9), 755-765. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.9.755>
- Wilkinson, A.M. (1993). Dementia Care Mapping: A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1027-1029.
- Wilkinson, H. (2002). *The perspectives of people with dementia: research methods and motivations*. Londres: Jessica Kingsley.
- Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2014). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Mental Health*, 13, 1-9.
- Williams, J. & Rees, J. (1997). The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia: an initiative to improve quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 316-323.
- Williams, R. & Sanderson, H. (2006). *What are we learning about person centred organisations* Disponible a: <<http://www.helensandersonassociates.co.uk/media/16516/what%20are%20we%20learning%20about%20person%20centred%20organisations.pdf>>
- Winbolt M., Nay, R. & Fetherstonhaugh, D. (2009). Taking a TEAM (translating evidence into aged care methods) approach to practice change. En R. Nay & S. Garrat (eds.), *Issues and innovations in care* (p. 442-459). Elsevier Australia, Chatswood, NSW.
- Woods, R.T. & McKierman, F. (1995). Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia. En B.K. Haight & J. Webster (eds.), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods and applications* (p. 233-242). Washington, DC: Taylor & Francis.

- Wunderluch, G.S. & Kohler, P.O. (2001). *Improving the quality of Long Term Care*. Washington: IOM, National Academy Press.
- Wylie, K., Madjar, I. & Walton, J. (2002). Dementia Care Mapping: A person-centred approach to improving the quality of care in residential settings. *Geriatrics*, 20 (2), 5-9.
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.
- (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.
- Yanguas, J. i Leturia, F.J. (1998). Unidades de convivencia: una nueva alternativa residencial para las personas dependientes. *Documentación Social*, 112, 285-296.
- Yurkovich, E., Smyer, T. & Dean, L. (1999). Maintaining health: proactive client-oriented community day treatment centres for the chronic mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (1), 61-69.
- Zalakain, J. (2012). *Revisión de estudios coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. Conclusiones*. Madrid: Fundación Pílares para la autonomía personal.
- Zeisel, J., Silverstein, N.M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M.P. & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*, 43, 697-711.
- Zhong, X.B. & Lou, V.W. (2013). Person-centered care in Chinese residential care facilities: a preliminary measure. *Aging and Mental Health*, 17(8), 952-958. doi: 10.1080/13607863.2013.790925
- Zimmerman, S., Anderson, W., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A. & Sloane, P. D. (2013). Systematic reviews: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 1399-1409. doi:10.1111/jgs.12372
- Zimmerman, S., Cohen, L., Reed, D. Sloane, P.D., Allen, J., Pinkowitz, J., Clairmont, J., Coffey, W. Demeter, L., Detrick, B., Fraizer, S., Giorgio, P., Lepore, M. & Reed, P. (2014). *Toolkit for Person-Centeredness in Assited Living*. University of North Carolina (UNC) & the Center for Excellence in Assited Living (CEAL). Disponible a: <www.theceal.org>
- Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A.L., Hebel, J.R., Sloane, P.D. & Magaziner, J. (2002). Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1987-1995.

- Zimmerman, S., Shier, V. & Saliba, D. (2014). Transforming Nursing Home Culture: Evidence for Practice and Policy. *The Gerontologist*, 54, S1, S1-S5.
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Cohen, L.W. & Barrick, A.L. (2014). Changing the Culture of Mouth Care: Mouth Care «Without a Battle». *The Gerontologist*, 54, S1, S25-S34.
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., Boustani, M. & Dobs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist*, 45, Spec N° 1, 133-146.
- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45 Spec 1(1), 96-105.
- Zuidema, S.U., de Jonghe, J.F., Verhey, F.R. & Koopmans, R.T. (2010). Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 14-22.



Pla de Salt, 18. Oficina 2 - 17190 Salt - Tel. 972 439 168 - info@sumaracciosocial.cat
www.sumaracciosocial.cat