

# Elaboración y validación de una escala para la evaluación del grado de implantación del Modelo de Atención Centrada en la Persona en centros gerontológicos

Nerea Suárez Pérez de Eulate

(c) 2020 Nerea Suárez Pérez de Eulate

eman ta zabal zazu



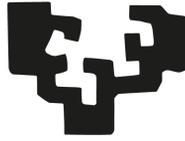
Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea





eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**Facultad de Psicología**  
**Departamento de Psicología Social y Metodología de**  
**las Ciencias del Comportamiento**

**ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA  
PARA LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE  
IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN  
CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTROS  
GERONTOLÓGICOS**

***Nerea Suárez Pérez de Eulate***

Directores:

Dr. José Ignacio García Fernández

Dra. Esther Torres Álvarez

Donostia 2020



*Para Miguel e Irene*



## Agradecimientos

Gracias, en primer lugar, a los directores de mi Tesis Doctoral, el Dr. José Ignacio García Fernández y la Dra. Esther Torres Álvarez, por la paciencia y el apoyo constante que he recibido de ambos, con los que he aprendido y disfrutado, ampliamente, a la hora de elaborar esta Tesis Doctoral.

Gracias a las direcciones, profesionales, residentes y familiares de los centros gerontológicos de Matia Fundazioa y a la Residencia Mizpirualde de Bergara, por su predisposición y ayuda para poder recoger la información necesaria.

Gracias a todas las personas y profesionales de diferentes campos de la gerontología, que me dedicaron su tiempo en entrevistas, grupos de trabajo y consultas varias.

Gracias a las chicas de IMAGO, por sus consejos, ayuda y colaboración.

Gracias a mi familia, sobre todo a dos pilares fundamentales en mi vida, Miguel, mi marido, e Irene, mi hija, por su apoyo incondicional y por ser siempre un estímulo para seguir adelante.

Y gracias a mis amigas y amigos, que me han acompañado a lo largo de este trayecto y a las compañeras y compañeros de trabajo que, de un modo u otro, han respaldado este esfuerzo.

“The important thing is not what destiny does to us, but what  
we do of it”

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que  
nosotros hacemos de él”

*Florence Nightingale (1820-1910)*

La redacción del texto de esta Tesis está basada en las normas APA,  
presentes en el manual de estilo de la American Psychological  
Association 7th edition.



## Índice

Introducción .....	14
Capítulo 1. La atención gerontológica en nuestro contexto. Historia y situación actual .....	26
Perspectiva histórica de la atención gerontológica en Europa .....	28
Situación actual de las personas con dependencia en España .....	45
Capítulo 2. La atención gerontológica centrada en la persona .....	48
Modelo de atención gerontológica centrada en la persona.....	50
La atención gerontológica centrada en la persona en los centros gerontológicos .....	53
Aspectos esenciales en la AGCP .....	59
Capítulo 3. Impacto de la aplicación de la AGCP en las personas.....	94
Impacto de la AGCP en profesionales .....	96
Impacto de la AGCP en las personas residentes .....	97
Impacto de la AGCP en familiares .....	101
Impacto de la AGCP en las organizaciones.....	102
Capítulo 4. Instrumentos actuales para la evaluación del nivel de aplicación de la AGCP.....	106

Instrumentos de evaluación de la AGCP en el ámbito internacional.....	108
Instrumentos de evaluación de la AGCP en España.....	125
Capítulo 5. Objetivos de la investigación.....	132
Capítulo 6. Método.....	136
Participantes.....	138
Instrumentos.....	148
Procedimiento.....	160
Análisis.....	168
Capítulo 7. Resultados.....	176
Elaboración y selección de ítems: Entrevistas y grupo de trabajo.....	178
Valoración y selección de ítems: Grupo de jueces expertos.....	179
Selección de ítems: Estudio piloto.....	185
Propiedades psicométricas MAGE: Estudio de campo.....	188
Análisis de ítems.....	188
Análisis factorial exploratorio.....	194
Análisis factorial confirmatorio.....	201
Fiabilidad.....	203
Validez convergente.....	204

Validez predictiva.....	205
Valoración del grado de aplicación de la atención gerontológica centrada en la persona de profesionales, familiares y residentes de centros gerontológicos.....	211
Valoración del grado de aplicación de la atención gerontológica centrada en la persona en centros gerontológicos.....	216
Capítulo 8. Discusión general, conclusiones y propuesta de investigación futura.....	224
Referencias.....	240
Lista de tablas.....	292
Lista de gráficos.....	296
Anexos.....	298



### Lista de acrónimos

**ACP:** Atención Centrada en la Persona.

**AGCP:** Atención Gerontológica Centrada en la Persona.

**MACP:** Modelo de Atención Centrada en la Persona.

**MAGCP:** Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona.

**MAGE:** Modelo de Atención Gerontológica.



## Introducción

Los avances científico-tecnológicos en medicina, salud pública y el aumento en bienestar social son factores que han incidido directamente sobre el incremento de la esperanza de vida de las personas en las últimas décadas. El grupo social de personas mayores, cada vez más numeroso, requiere ser atendido en muchas ocasiones de forma específica. Esto ha provocado que se haya convertido en foco de atención social y de estudio por parte de distintos aspectos de la salud, puesto que sus necesidades sociales, de salud, cognitivas y psicológicas cambian, pasando a ser personas más vulnerables y con menor calidad de vida. Aspectos que preocupan a la sociedad en general y producen un aumento de la demanda de asistencia social y un cambio en las políticas sociales. Para dar respuesta a las necesidades de distinto tipo, físicas, sociales, personales, etc., que presentan las personas mayores más vulnerables que viven en centros gerontológicos, se requiere proporcionar a los profesionales modelos integrados de atención a la persona mayor e instrumentos que permitan la evaluación de la eficacia de dichos modelos.

Este contexto de cambios de hábitos sociales y el aumento de la demanda de cuidados también ha tenido consecuencias en la

evolución del concepto de Gerontología. En un breve recorrido histórico, mencionamos la idea de Metchnikiokk, que en 1903 estableció la Gerontología como una ciencia con un enfoque biopsicosocial, que se ocupa del estudio del envejecimiento del ser humano y de las poblaciones. Enfoque, que ha prevalecido durante todo el siglo XX y que tenía como finalidad principal la búsqueda de la calidad de vida de las personas, en respuesta a un creciente interés social, en el cual las personas buscan no solo vivir más años, sino disfrutar de los años y vivirlos de una forma satisfactoria y autónoma (Ribera 2017).

A lo largo de los años, en Gerontología, se han ido configurando diferentes enfoques para referirnos al envejecimiento de las personas. Se hace énfasis en tres aspectos, como son a) las condiciones de salud, refiriéndose a un envejecimiento saludable, b) la finalidad esperada del envejecimiento, como envejecimiento productivo y c) los beneficios individuales e íntimos de cada persona, llamado envejecimiento satisfactorio (Limón y Ortega, 2011).

En una revisión realizada por Petretto, Pili, Gaviano, Matos y Zuddas (2016), destaca de forma singular el concepto de envejecimiento exitoso introducido por Havighurst (1961). Este autor también propone utilizar el concepto de envejecimiento activo, en lugar del concepto de envejecimiento exitoso, y explica que para

conseguir este objetivo, se debería trabajar en ello por las personas, desde la mediana edad, ya que el ser felices en la vejez es una consecuencia de cómo hemos vivido anteriormente y que un envejecimiento activo presente felicidad y satisfacción vital. Dos décadas más tarde, Rowe y Kahn (1987) distinguen entre aquellas personas que, al envejecer, sufren alguna patología, lo que se considera usual o normal y los que no padecen patología alguna y tienen un envejecimiento mejor de lo habitual, para posteriormente explicar que el envejecimiento activo es multidimensional, con tres componentes principales: un elevado funcionamiento mental y físico, un importante compromiso con la sociedad y pocas posibilidades de padecer alguna enfermedad y/o discapacidad (Rowe y Khan, 1997).

Actualmente, el envejecimiento activo propone un modelo que integra a la persona y a su proceso de envejecimiento, al considerar que es la mejor manera de garantizar sus derechos y el mantenimiento y desarrollo de sus capacidades en la sociedad. En este modelo, las personas mayores son proactivas y participan en cuestiones sociales, económicas, culturales, etc., y tienen oportunidades de aprendizaje (Limón, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya recogía, en 1999, el concepto de envejecimiento activo, como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad,

con el fin de mejorar la calidad de vida, a medida que las personas envejecen. Esto permite que las personas puedan desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad, de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados, cuando necesitan asistencia.

Tanto la satisfacción con la vida, como la calidad de vida de las personas que envejecen son dos aspectos que están relacionados directamente con el envejecimiento activo. Respecto a la satisfacción con la vida, el modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990) expone que las personas mayores, a pesar de las pérdidas y dificultades que acompañan al proceso de envejecimiento, tienen una capacidad de compensación, que hace que relativicen de algún modo las ganancias con las pérdidas y puedan, de esta forma, mantener la percepción de satisfacción vital. En un estudio realizado por Fernández-Ballesteros y colaboradores (2010), se concluía que los resultados, en cuanto a la prevalencia de un envejecimiento activo, dependen del tipo de la definición utilizada para la descripción. Las variables seleccionadas para el estudio destacaban que los aspectos subjetivos, como satisfacción y salud subjetiva, son los que predominan en un adecuado envejecimiento activo y que los ítems objetivos, como enfermedad y productividad,

dan prevalencias más bajas de adecuado envejecimiento activo. Cuando hablamos de la calidad de vida de las personas que envejecen de forma activa, lo hacemos del conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida, especialmente en relación con la salud y sus dominios, tal y como proponen Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Alarcos (2010). Esto quiere decir que las personas, en sí mismas, no son las únicas responsables de cómo se produce su propio envejecimiento, sino que existen otros factores de carácter sociocultural, que están inmersos en todas las etapas de su vida y que influyen aspectos como la alimentación, políticas sanitarias, educación, nivel adquisitivo, aspectos culturales, valores sociales, la propia visión del envejecimiento, etc. Todo ello condiciona la forma de envejecer, que es tan diversa y única como lo son las propias personas y como afirma Fernández-Ballesteros (2011), el envejecimiento está influido en un 25% por factores genéticos y en un 75% por factores conductuales y ambientales.

Actualmente, existen políticas públicas que promueven la participación cívica en el empleo, las universidades, la salud, etc., y que favorecen el envejecimiento activo. Un ejemplo de esto es el proyecto Ciudades Amigables de las Personas Mayores de la OMS (2007), en el cual la ciudad fomenta la salud en las personas mayores y éstas participan activamente en la sociedad (Del Barrio y Sancho,

2009). En relación con estas intervenciones intersectoriales, la Agencia de Salud Pública de Canadá (2009) determinó que son más efectivos los resultados obtenidos en los grupos de asociación de diferentes organizaciones o sectores de comunidades o regiones, que en los grupos de asociaciones nacionales o globales. En nuestro contexto, tal y como concluye Zunzunegui y Béland (2010), las acciones intersectoriales se dan en muchos casos sin necesidad de incentivarlas, ya que el propio país tiene algunas acciones ya desarrolladas de forma organizada, como son las pensiones, el sistema sanitario, la ley de autonomía, etc., y en otros casos, se practican como aspectos inmersos en la propia cultura de las personas, como la dieta mediterránea, las redes sociales y familiares, el caminar como actividad cotidiana, etc. Aun así, es necesario promover y desarrollar más actividades de carácter intersectorial, para mejorar las relaciones entre departamentos de salud y servicios sociales, eliminar las desigualdades entre comunidades autónomas -en cuanto a recursos y desarrollo de políticas sociales- y mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, que actualmente está afectada por una reciente crisis económica.

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a tener en cuenta que, a la hora de investigar sobre envejecimiento, debemos hacerlo desde diversas perspectivas y con marcos de trabajo, que recojan

diferentes aspectos, como hace la red científica FUTURAGE (Rodríguez, 2011), que tiene la misión de elaborar un mapa de la investigación futura en Europa. Esto se está haciendo con una amplia consulta con investigadores y expertos, desde una perspectiva multidisciplinar, con la posterior exposición en diversos eventos científicos y donde es fundamental la transferencia de conocimientos y la implicación de los mayores.

Los aspectos a tener en cuenta en la investigación en envejecimiento son cuatro. En primer lugar, el aspecto médico-biológico del envejecimiento, como la fisiología del envejecimiento, patologías asociadas al envejecimiento, etc. En segundo lugar, el aspecto psicológico, como el impacto de los cambios a lo largo de la vida nivel cognitivo y psicosocial. En tercer lugar, el aspecto social, que incluye el impacto social de una forma bilateral en cómo el propio envejecimiento de la persona influye en la sociedad; porque las sociedades envejecen en la medida en que cambian su estructura por edades y las demandas sociales y cómo la sociedad influye en las personas mayores, en las que éstas tienen que aprender a potenciar sus capacidades y aceptar sus limitaciones favoreciendo una autoestima positiva (Rodríguez, 2008) el aspecto económico y educativo del cambio demográfico, las políticas sociales relacionadas con el estado del bienestar y la protección jurídica de derechos

individuales y sociales. Y en cuarto lugar, el aspecto tecnológico, con el desarrollo de aplicaciones y servicios en teleasistencia, telemedicina y tecnologías de la comunicación, para su aplicación en ambientes domésticos y en ámbitos de la salud, para favorecer la atención en los cuidados y la inclusión social. En el Congreso de Envejecimiento (2011), se estableció que la investigación y la evaluación de las prácticas e intervenciones realizadas, en todos los aspectos anteriormente mencionados del envejecimiento, son imprescindibles y para ello, es necesario el desarrollo de instrumentos adecuados y fiables.

En el proceso de envejecimiento, se dan situaciones de enfermedad y dependencia, que obviamente no afectan a todas las personas mayores, si bien el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en su informe sobre calidad de vida de los mayores (2016), recoge que tener una edad avanzada incrementa el riesgo de dependencia funcional. El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico, que caracteriza a las denominadas sociedades avanzadas y que surge, fundamentalmente, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, el cual, se relaciona con los avances biomédicos y con las mejoras en las condiciones de vida y salud de las comunidades. Es necesario buscar soluciones que apoyen el envejecimiento competente o exitoso, para

prevenir la dependencia, fomentar que las personas mayores sigan siendo parte activa de sus comunidades y apoyar las necesidades que surgen cuando hay situaciones de fragilidad y dependencia (Fernández-Ballesteros, 2009).

Los recursos que permitan envejecer en el entorno habitual, como son los servicios de apoyo en el domicilio, centros de atención diurna, alojamientos temporales, servicios de convalecencia, etc., deben ser una prioridad, al ser este modo de cuidados una opción manifestada de forma repetida por las personas mayores, pero sin olvidar la necesidad de contar con recursos residenciales, que dispensen los cuidados personales cuando sea necesario.

Aunque los centros gerontológicos, en España, han ido mejorando sus instalaciones y su oferta de servicios, el estilo organizativo no ha cambiado tanto. Sus características organizativas siguen haciendo muy difícil que las personas puedan mantener su estilo de vida y ofrecer una atención realmente personalizada. La mayoría de los recursos existentes, especialmente los residenciales, tienen muchas normas y poca flexibilidad, lo que dificulta enormemente esta atención personalizada. Por ejemplo, se programan actividades a la misma hora y para todos, las habitaciones son compartidas, se lleva a casi todos los residentes a los mismos espacios comunes donde pasan gran parte del día, etc. Todo eso

hace que la atención sea muy uniforme, que las personas no controlen y decidan sobre su día a día, dónde estar, qué hacer, con qué entretenerse, a qué hora levantarse o acostarse, etc., y que desaparezca la privacidad. En los últimos años, existe en nuestro país, en el sector de los servicios sociosanitarios, un interés importante hacia la denominada Atención Centrada en la Persona, (ACP). Los países más avanzados en políticas sociales como los Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos, entre otros, lo señalan como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores. Este enfoque busca el equilibrio entre la organización de los servicios asistenciales, con las preferencias y deseos de las personas mayores que precisan atención o cuidados personales y que son atendidas en estos centros (Martínez, 2011).

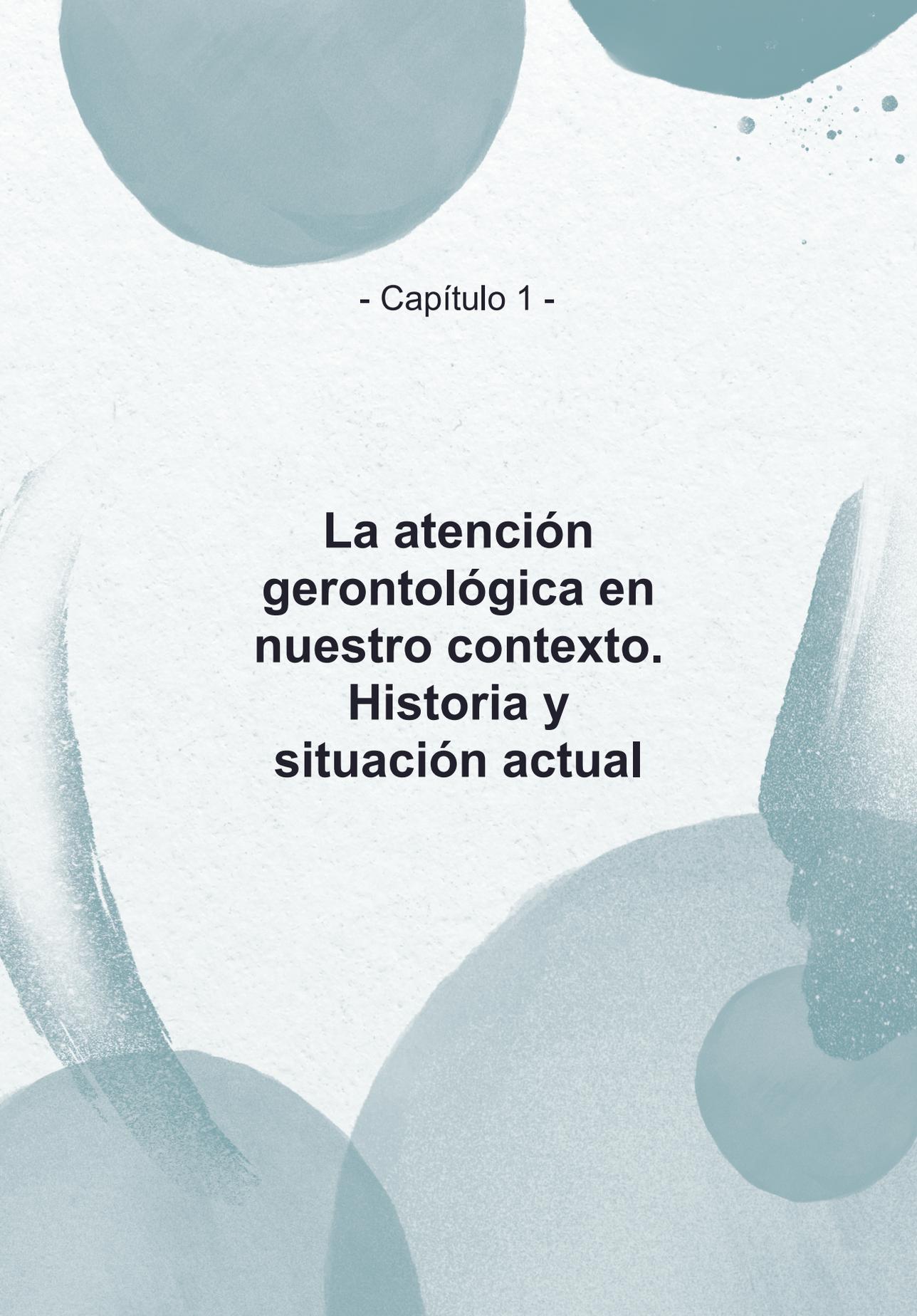
Existen, ya en la actualidad, centros gerontológicos en el País Vasco, Cataluña y Castilla y León, que han iniciado en los últimos años el cambio en su metodología de trabajo asistencial con el enfoque de la ACP. Con unos años de experiencia en el nuevo enfoque, es el momento para evaluar los resultados de los cambios producidos en el cambio de metodología. Es por ello, por lo que esta investigación se centra en la atención que actualmente reciben las personas residentes en los centros gerontológicos, donde son

necesarias evaluaciones externas, para conocer en qué grado se atiende adecuadamente a las personas que viven en estos centros, para dar respuesta a esta demanda de las organizaciones que aplican cuidados a las personas mayores. Tomando como referencia los aspectos de la ACP en la asistencia a personas mayores, esta investigación tiene como objetivo adaptar un instrumento basado en ACP, que tiene como finalidad ayudar en la evaluación de los recursos físicos y humanos de atención a las personas mayores en los centros gerontológicos de Gipuzkoa.

Para ello, se tiene como referencia el cuestionario The Staff Assessment Person-directed Care-PDC, versión española (Martínez, 2015b), y la muestra participante en la investigación pertenece a los tres agentes principales en los cuidados y atención a las personas residentes: el primero, a las personas profesionales que trabajan en estos centros gerontológicos; el segundo a las personas residentes y el tercero, a sus familias, ya que todas estas personas, junto con la organización de los centros gerontológicos, son los agentes protagonistas en la ACP y los ejes centrales de los cuidados, aportando por lo tanto la orientación necesaria para todas las personas implicadas en este cambio de modelo.

La justificación de este trabajo de investigación es que en los últimos tiempos se ha optado en los países más avanzados, en

políticas sociosanitarias, por incorporar y aplicar el enfoque de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP) como uno de los ejes centrales en la calidad de los recursos sociales y sanitarios, por el creciente interés que este enfoque genera en los recursos gerontológicos españoles en la actualidad y su necesidad de avanzar en la aplicación del Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGCP) y que disponemos de instrumentos de evaluación validados recientemente en la población española, con las dimensiones adecuadas según se contempla en la AGCP, pero que los ítems no están suficientemente adaptados a las características socioculturales del País Vasco. Asimismo, hay que añadir subdimensiones que permitan conocer y medir el desarrollo de la AGCP en los recursos asistenciales. El instrumento, al que denominamos Modelo de Atención Gerontológica (MAGE), se hace desde la visión de las personas que utilizan dichos recursos, de sus familias y de los profesionales de atención directa, permitiendo de esta manera completar las actuales evaluaciones de calidad de los servicios gerontológicos.



- Capítulo 1 -

**La atención  
gerontológica en  
nuestro contexto.  
Historia y  
situación actual**



## Perspectiva histórica de la atención gerontológica en Europa

El estudio del envejecimiento, así como de las enfermedades asociadas al mismo, es un tema ya estudiado desde la antigüedad, donde existen escritos y reflexiones sobre este tema, desde antes de surgir la Gerontología como ciencia (Prieto, 1999). En el antiguo Egipto (2800 a.C.), existía interés por el estudio y tratamiento de aquellos aspectos que alteraban la salud de las personas a medida que envejecían y se consideraba que el propio proceso de envejecimiento era por “la purulencia en el corazón” (Ávila, 2010). Posteriormente, en la Grecia Antigua, se observó que el proceso de envejecimiento era algo heterogéneo; tal es así, que Hipócrates (460-370 a.C.) consideró el envejecimiento como un estado «frío y húmedo» y Galeno (129-226 a.C.) lo definió como un estado «frío y seco» (López-Pulido, 2018). Séneca el joven (Roma 4 a.C. 65 d.C.), en sus Epístolas Morales a Lucilio (52-65 d.C), hace unas reflexiones profundas sobre su propio proceso de envejecimiento y el de su entorno (Rozitchner, 2011). El origen del término Gerontología es un neologismo, creado a partir de las palabras griegas Geron- viejo, anciano, logos- conocimiento y el sufijo -ia que significa cualidad; puede provenir del concepto Gerontocracia, que era el gobierno controlado por los adultos mayores en la Antigua Grecia.

Michael Elie Metchnikoff, sociólogo, microbiólogo ruso y premio Nobel de medicina en 1908, introduce en 1903, por primera vez, el término Gerontología, como ciencia que estudia el envejecimiento y en 1909 Nascher define, también por primera vez, el término geriatría, como especialidad médica que estudia los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y la enfermedad de las personas mayores. Posteriormente, Stiglitz, en 1914, define el concepto de Gerontología social, como una ciencia que se ocupa del hombre que vive y envejece en un entorno social determinado. La médico y enfermera Marjory Warren, considerada madre de la geriatría, estableció en 1935 muchos de los principios e ideas que caracterizan la geriatría, creando la primera unidad geriátrica en el Reino Unido, basada en evaluación integral y rehabilitación temprana de los pacientes por un equipo multidisciplinar (Kong, 2000). A lo largo del siglo XX, se crearon asociaciones en Europa, como la Fundación Nuffield en Gran Bretaña, en 1943, y la Sociedad Internacional de Gerontología en Bélgica, en 1950, que fomentaron y promovieron la investigación gerontológica y su difusión. En Viena, en 1982, se realizó una Asamblea Especial sobre Envejecimiento en la Naciones Unidas, a partir de la cual, se establecieron objetivos en la atención a las personas mayores, que posteriormente se validaron en Nueva York, en 1992, y que

modificaron los enfoques de atención asistenciales, que hasta entonces existían en el ámbito internacional (Prieto, 1999). Posteriormente, en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en 2002 en Madrid, los gobiernos de los países participantes acordaron diseñar y llevar a cabo planes, para fomentar la salud y el bienestar de las personas mayores, así como el crear entornos favorables para estas personas (OMS, 2002).

Desde una perspectiva práctica y social, la Gerontología recoge un conocimiento científico amplio, diverso y con numerosas aplicaciones. Tal y como señala Kart (1990), la Gerontología ha de relacionar la investigación básica y la aplicada, con un enfoque interdisciplinar en el estudio del envejecimiento, mientras que según Moragas (1992) la Gerontología es un enfoque, en el que las preguntas o problemas que plantea el envejecimiento deben ser resueltas por las disciplinas o profesiones implicadas en la Gerontología, como son la medicina, la psicología, la enfermería, la pedagogía, el trabajo social, el derecho, etc., con un enfoque gerontológico. Por lo tanto, la Gerontología es un campo científico con una perspectiva interdisciplinar en el tratamiento de los temas y de los problemas que afectan al proceso del envejecimiento (Rodríguez, 2018).

Aun así, la evolución de los cuidados a las personas mayores ha sido diversa en los diferentes países. Tomando Europa como referencia, concretamente, Francia, Suecia, Gran Bretaña y España, podemos ver diferencias sustanciales en la evolución de las características sociológicas del cuidado a las personas mayores.

En Francia, a finales del siglo XIX, existía una imagen preconcebida de la persona anciana como precavida y autónoma, lo cual estaba bien visto en la burguesía francesa, mientras que las personas ancianas pobres, que eran acogidas en instituciones de caridad, eran vistas como la consecuencia de una mala vida relacionada con la delincuencia y malas costumbres, lo que llevaba al abandono familiar. Esto causaba una mala imagen de los asilos y poco apoyo de las instituciones y autoridades para las personas mayores en situación de desamparo (Bourdelaís, Gourdon y Viret, 2006). A principios del siglo XX, y con una población francesa más envejecida respecto al resto de Europa, el gobierno francés tomó conciencia de la situación, aceptando una realidad social de envejecimiento de la población y actuó en consecuencia, implicándose con políticas sociales para atender adecuadamente a las personas mayores (Feller, 2005). En 1905, se instituyó la asistencia obligatoria a las personas ancianas más pobres y establece como prioritario la institucionalización de "la persona

anciana indigente", que era aquella que no tenía un hogar adecuado y no sabía proveerse de los cuidados necesarios. No es hasta después de la Segunda Guerra Mundial, concretamente, a partir de la década de los sesenta, cuando resurge esta preocupación por el cuidado a las personas mayores (Cribier, 2007). Entre 1972 y 1977, se definieron los planes "Le VIème Plan a terminé le programme de soins à domicile pour les personnes âgées" y "Le VIIème Plan le programme d'actions prioritaires n.º 15", los cuales configuraron y coordinaron acciones y equipos por zonas geográficas, para ayudar a mantener a las personas ancianas en el hogar (Argoud, 2010). En 1979, el informe de Arreckx habló por primera vez de mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes y, por lo tanto, de recurrir a una tercera persona para realizar las actividades cotidianas. Es a partir de la década de los ochenta, cuando la dependencia de las personas mayores se convierte en un problema específico en Francia (El Bihan-Youinou, 2010). En 1997, se estableció el Beneficio de Dependencia Específica (en su siglas en inglés PSD), que hizo posible financiar, dependiendo del nivel de dependencia e ingresos, un plan de asistencia diseñado por un equipo médico-social, apareciendo los primeros dispositivos exclusivamente para personas mayores dependientes. Pero los esfuerzos públicos para atender a las personas mayores

dependientes en Francia no solo dieron como resultado dispositivos dedicados exclusivamente a ellos, sino que se ampliaron a otras personas mayores no tan dependientes. En 2001, fue reemplazado por la Asignación de Autonomía Personalizada (APA) para dar cobertura a diferentes grados de dependencia o necesidades cubriendo también la asistencia domiciliaria (Ishii, 2013).

En Suecia, desde el siglo XIX, la asistencia a las personas con pocos recursos económicos era asumida por un estado de bienestar extendido, cuyas raíces provenían de los organizados servicios parroquiales de atención al necesitado, siendo fácil encontrar zonas que entonces tenían la misma tasa de institucionalización de personas mayores que en la actualidad (Sundström, 2015). A finales de la década de los cuarenta, la política general era institucionalizar a las personas y no fue hasta las décadas de los setenta y ochenta, cuando comenzó el crecimiento de los servicios basados en dar apoyo en la comunidad, con la ayuda a domicilio y otros tipos de apoyo, como servicios de transporte, sistemas de alarma personal y comidas a domicilio. Actualmente, las unidades de atención a largo plazo han cambiado, para satisfacer una mayor necesidad de rehabilitación con el alta de regreso a la comunidad y los hogares de ancianos se reservan para la atención en etapa terminal. El acceso a la atención informal en general ha aumentado en la actualidad,

porque hoy en día hay más personas mayores con parientes disponibles que en periodos anteriores. Desde 2009, los municipios tienen orden institucional de dar apoyo a las personas cuidadoras, donde existe la figura del consultor para la persona cuidadora (Davey, Malmberg y Sundström, 2014).

En Inglaterra, a principios del siglo XX, hubo una conciencia importante sobre el aumento de población mayor y del tratamiento de sus enfermedades, por lo que el Sistema Nacional de Salud proporcionó financiación pública, para asegurar una buena atención en instituciones dentro del sistema sanitario. Pero con todo ello, a finales del siglo XX, existían todavía reticencias de algunos profesionales británicos, ya que entendían que malgastaban los recursos en tratamientos innecesarios (Thane, 2006). A principios de la década de 1980, el trabajo de The National Coalition of Citizens for the Reform of Nursing Homes, un grupo de defensa del consumidor preocupado por el cuidado deficiente en las residencias de personas mayores, enfatizó en los derechos de las personas residentes y la importancia de la evaluar cómo era la atención en estos centros. En 1986, el Instituto de Medicina publicó el documento *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*, en el que se recomendaban cambios en las políticas y procedimientos reglamentarios, necesarios para garantizar los cuidados adecuados en las residencias de

personas ancianas y de manera satisfactoria para estos, algo que era la primera vez que se tenía en cuenta de manera oficial.

En 1987, The Law on the Reform of Homes for the Elderly exigió que cada persona residente recibiera los cuidados y atención suficientes, para alcanzar y mantener su bienestar físico, mental y psicosocial lo más alto posible. También, hizo que las residencias para personas mayores fueran el único sector de toda la industria del cuidado de la salud, que tenía un requisito legal explícito llamado "Person-Centered Care (PCC)" (Studervant, Mueller y Buckwalter, 2018), que traducido al español sería "Cuidados Centrados en la Persona".

La exigencia de esta atención individualizada y centrada en la persona ayudó a provocar un movimiento de base. Así, en la década de los noventa, varios proveedores de cuidados anglosajones comenzaron a crear "hogares" más pequeños, a partir de unidades grandes y junto con profesionales de la investigación y consumidores, fundaron una organización llamada Pioneer Network para fomentar el movimiento de cambio cultural, dentro de los hogares de personas ancianas (Koren, 2010).

En España, en la primera mitad del siglo XX, fueron las órdenes religiosas las que recogieron y atendieron en instituciones benéficas a todo tipo de personas necesitadas (enfermos, dementes,

huérfanos, etc.), que carecían de institución familiar que les proveyese de cuidados. A mediados del siglo XX, estas instituciones empezaron a tener un enfoque de atención médica y a especializarse, pasando a ser lugares donde se atendía a personas de clase media o alta (Barenys, 1992).

En los años setenta, se publicó el primer estudio sociológico español sobre la vejez y la situación de los ancianos en España (Informe GAUR, 1975). En este estudio, se analizaron los recursos destinados a las personas mayores, que eran, en su mayoría, las residencias heredadas de los antiguos asilos. Al mismo tiempo, se produjo la planificación, a través del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a personas ancianas, por Orden del Ministerio de Trabajo del 3 de marzo del 1971, en el que establecieron dos modalidades de atención:

- La puesta en funcionamiento de ayuda a domicilio, residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y residencias asistidas.
- La creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas, con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.

Ambas modalidades eran servicios de naturaleza asistencial, en los cuales la opinión de la persona usuaria generalmente no se tenía en cuenta y se adaptaba al servicio ofrecido.

Coincidiendo con la I Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en 1982, en la década de los ochenta, se comenzó a implantar un proceso de sistema público de servicios sociales, como resaltan Sancho y Rodríguez (1999). Se construyeron residencias de gran capacidad, de características hoteleras, donde se cubrían las necesidades de las personas mayores, con un concepto de “darles todo hecho”. Éstas dependían del sistema público y estaban dirigidas a personas con grandes carencias económicas y poca carga asistencial. Mientras esto sucedía en España, en países del norte de Europa, más avanzados en la atención gerontológica, ya se estaba trabajando en crear centros de carácter menos institucional en su diseño y organización en atención gerontológica, buscando la manera de crear unidades más acogedoras, donde los ambientes fuesen más personalizados y las personas pudieran relacionarse y sentirse parte activa de una comunidad (Tibbitts, 1960 y Townsend, 1962). En nuestro país, el desarrollo de los servicios sociales sigue actualmente con esta distancia de veinte años, respecto al norte de Europa.

Desde finales de los ochenta, se empezó a desplazar el centro de atención, desde las residencias a los servicios comunitarios, como

servicios de atención a domicilio, centros de salud, servicios sociales de los ayuntamientos, etc. Éste era un cambio que ya se estaba dando, a nivel conceptual, en el plano internacional, donde las familias recuperaban la responsabilidad principal en los cuidados y atenciones que precisaban las personas mayores, sin tener en cuenta las necesidades de los cuidadores informales y donde la intervención social se organizó en torno a la noción de ayuda, con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, para conseguir el máximo de autonomía en su medio habitual (Lesseman y Martin, 1993).

En los noventa, llegó el auge de la planificación gerontológica, originado por la necesidad de abordar un diagnóstico más preciso de las necesidades en la atención a las personas mayores y planificar las políticas de atención para un amplio período. Surgió el plan gerontológico del Instituto de Servicios Sociales (INSERSO) (Pineda, 1993), con el que se consiguió un cambio cualitativo para el área del conocimiento relacionado con la vejez, se encontraron respuestas a las necesidades de las personas mayores en cinco áreas de actuación: a) pensiones; b) planes de salud y asistencia sanitaria, con una atención sociosanitaria coordinada; c) acceso a la cultura y al ocio, facilitando el acceso de las personas mayores a actividades culturales y educación; d) participación social, y e) se desarrollaron

servicios sociales, enfocados a la necesidad de que la persona envejezca en casa, motivo por el que se diseñaron recursos orientados en esta dirección, como eran centros de día, estancias temporales en residencias y sistemas alternativos de alojamiento. Se abordó esta planificación teniendo en cuenta las necesidades de familiares cuidadores, ya que hasta entonces no había habido iniciativas sobre apoyo a cuidadores informales. También se facilitó el acceso de las personas mayores a los bienes culturales, educación, aprendizaje y participación social.

En esta década de los noventa, también hay que tener en cuenta el auge de los sistemas de calidad, implantados a partir de la aplicación de la Ley General de Sanidad de 14/1986 del 25 de abril, en la que una de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud es dar una atención integral de salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (Ley 14/1986).

Con la entrada de la primera década del siglo XXI, se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 16/2003, de 28 de mayo, donde se concretaban los elementos que configuraban lo que se denominó “infraestructura de calidad y seguridad”, a seguir por los centros asistenciales tanto públicos como privados, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de los

servicios que prestaban a los pacientes (Ley 16/2003). En primer lugar, normas de calidad y seguridad, para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura; en segundo lugar, ítems, elementos estadísticos que permiten comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma fiable; en tercer lugar, guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial; en cuarto lugar, el registro de buenas prácticas, que recoge información sobre aquellas prácticas que ofrecen una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual y en quinto lugar, el registro de acontecimientos adversos, que recoge información sobre aquellas prácticas que resulten un problema potencial de seguridad para el paciente.

Todo ello provocó profundos cambios en la atención gerontológica en los centros asistenciales. La atención giraba en torno a los criterios de calidad exigidos, los cuales eran la mejora continua de la calidad, con evidencias empíricas objetivas y el conocimiento de las necesidades de los usuarios, lo cual iba asociado a la implantación de sistemas de monitorización (Universidad de Cádiz, 2018), siempre con una visión paternalista de protección y de un marcado carácter asistencial.

Se aplicaba un Modelo de Atención al Servicio, donde se organizaban los cuidados en torno a necesidades organizativas,

objetivos puramente profesionales y un lenguaje lleno de tecnicismos que difícilmente podía ser comprendido por la persona usuaria y su familia, relegándolas a un segundo plano. La persona era un sujeto pasivo, receptor de servicios y tratamientos diseñados para un usuario estándar y la familia no podía participar de forma activa de sus cuidados.

También, fueron muchos los cambios sociales afrontados a nivel demográfico, económico, tecnológico, cultural e ideológico. Estos cambios afectaron a la estructura social, al modo de vida de las personas y a la forma de organizarse y relacionarse en una sociedad, que tiende a la individualización y a un cambio en las estructuras familiares (Martínez, 2015a).

Con la consolidación del Estado de Bienestar y la ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006), hubo un cambio de mentalidad en la atención a personas dependientes, así como el abordaje de los problemas sociales, la multiculturalidad y el avance del pensamiento social centrado en la persona. Todo esto trajo cambios sociales y construcción de nuevas realidades, que han ido generando y transformando las necesidades de los individuos. La esperanza de vida al nacer aumenta hasta superar los 80 años y la persona mayor es considerada cada vez más importante, cobra

protagonismo y se empodera. Estamos, por tanto, ante una sociedad que no solo envejece, sino que tiene un alto riesgo de padecer alguna dependencia y el Modelo de Atención Centrado en el Servicio, no ha sabido o no han podido adaptarse a las necesidades de las personas que recurren a ellos, encontrando despensalización, paternalismo o infantilización en su interior (Alarcón, 2016).

En la segunda década del siglo actual, la propia realidad social nos encamina hacia un Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP), modelo más representativo de los valores sociales del siglo XXI: solidaridad, tolerancia, participación ciudadana, revolución de roles, confianza, libertad de pensamiento y expresión, defensa de un estándar de vida determinado, etc. (Universidad de Deusto, 2012). Este modelo pone a la persona en el centro, aboga por la autodeterminación del ser humano y vela por el principio de autonomía e independencia. La persona no es la que debe adaptarse al servicio, al contrario, es el servicio el que debe adaptarse a la persona. El Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGCP) tiene como referencia la propia vida del individuo. Su historia de vida, su forma de pensar y de relacionarse, sus rutinas, sus gustos y aficiones son el eje fundamental a la hora de planificar los recursos. La persona es quien decide, los profesionales apoyan y facilitan esas decisiones aportando su experiencia y esfuerzos para

mejorar su calidad de vida, pero la persona mayor es el sujeto activo (Martínez, 2011). El MACP presenta por tanto diferencias notables respecto a los modelos centrados en el servicio, que se resumen en la Tabla 1.

En el MACP, los profesionales se centran en las capacidades y habilidades que tiene cada individuo, frente a la visión en la que se centraba el plan de atención centrado en el servicio, que eran los déficits y necesidades de la persona o lo que no podía hacer. En el MACP, los profesionales comparten objetivos y decisiones que se establecen, teniendo en cuenta los criterios de las personas mayores y sus prioridades. Se entienden los centros asistenciales como entornos o viviendas habituales de la persona mayor, no como un servicio sociosanitario. Se dan opciones para hacer cosas nuevas y diferentes dentro y fuera del centro, lejos de terapias o actividades limitadas y preestablecidas en los centros. Se prioriza la visión de calidad de vida que cada persona tiene, frente a los criterios que marca la organización, como estándares de calidad de vida en la atención. Los equipos de trabajo están formados por profesionales capaces de tomar decisiones y enfocados a solucionar problemas de forma directa, animando a que haya una comunicación fluida y abierta entre profesionales, familiares y residentes, con un lenguaje familiar, cercano y claro, evitando tecnicismos, en foros y reuniones abiertas.

La finalidad es establecer planes de vida, que tengan una visión holística de la persona y no una atención centrada en corregir conductas y tratar enfermedades excluyendo otros aspectos de la persona como sus preferencias, gustos, relaciones sociales, aficiones, etc.

**Tabla 1**

*Características de los diferentes modelos de atención*

Modelos centrados en el servicio	Modelos centrados en la persona
Se centran en déficits y necesidades.	Sitúan su foco en capacidades y habilidades.
Las decisiones dependen de los/as profesionales.	Se comparten decisiones.
Encuadran a la gente en el contexto de servicios sociales.	Ven a la gente dentro de su entorno habitual.
Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de acciones.	Esbozan un estilo de vida con un ilimitado número de experiencias deseables.
Centrados en cubrir necesidades del servicio.	Se centran en la calidad de vida.
Confían en equipos interdisciplinarios.	Crean equipos para solucionar los problemas.
Delegan el trabajo en profesionales de atención directa.	Animan a profesionales a tomar directamente decisiones.
Organizan reuniones para profesionales.	Organizan acciones para personas usuarias, profesionales y familias.
Las nuevas iniciativas solo valen si pueden plantearse a gran escala.	Las nuevas iniciativas valen la pena, aunque tengan un pequeño comienzo.
Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.	Utilizan un lenguaje familiar y claro.
Su intervención prioriza ciertos aspectos como conductas alteradas, patologías, etc.	Intervención global y centrada en el plan de vida de las personas.

*Fuente: Adaptada de Martínez (2011).*

## **Situación actual de las personas con dependencia en España**

A la hora de hablar de atención a personas mayores, nos referimos a todo el grupo de edad de mayores de 65 años, donde hay una gran diversidad de personas y situaciones, según la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Vejez (Madrid, 2002).

En 2009, el Instituto de Estadística de España (INE), elaboró la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), en la cual se recogía gran cantidad de información sobre discapacidad, dependencia, envejecimiento de la población y estado de salud de la población residente en España.

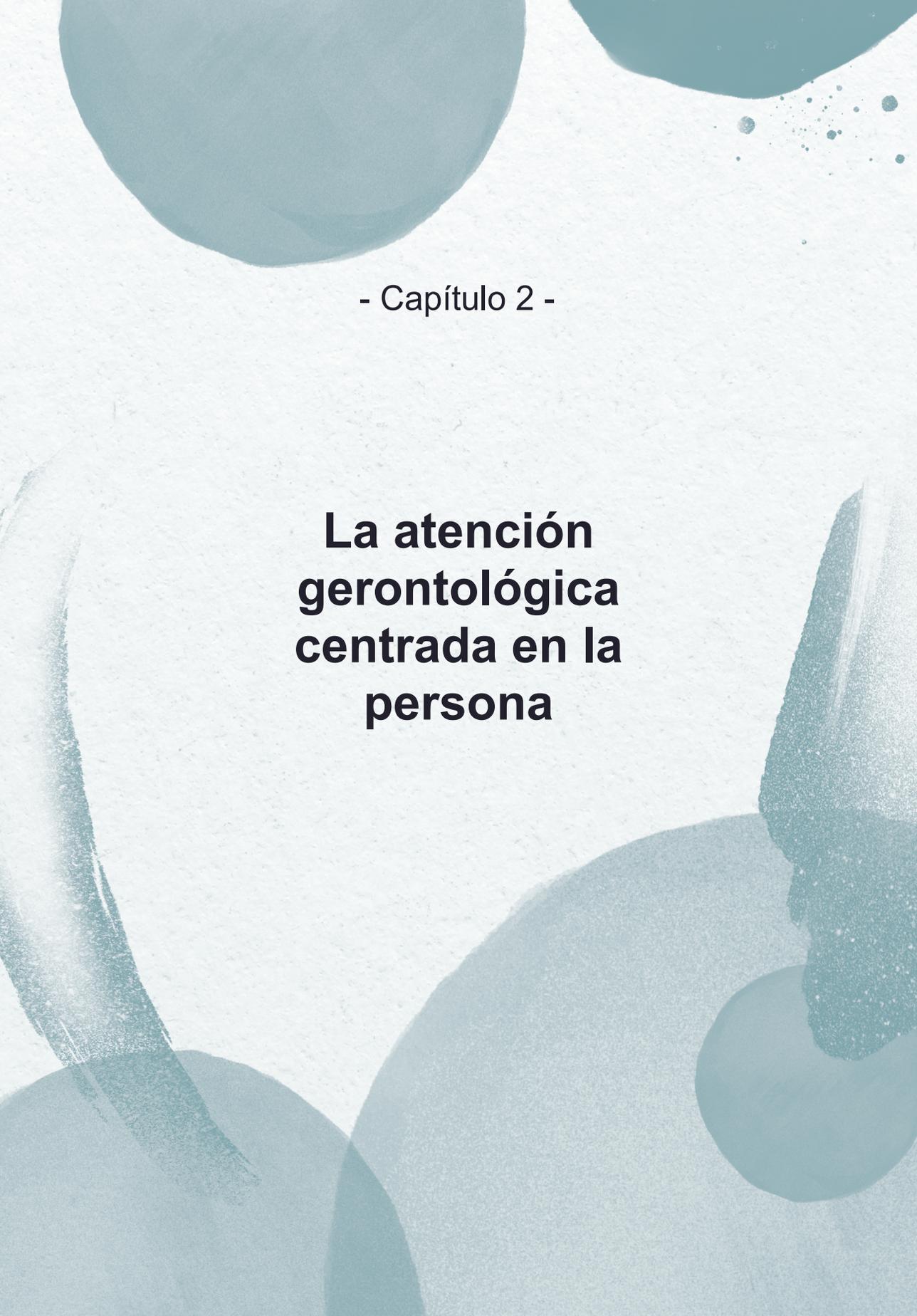
Esta encuesta tomó como referencia los criterios establecidos en la Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, realizada en el año 1999 por el INE, con adaptaciones a condiciones sociales y demográficas actualizadas. Mantuvo también la referencia de discapacidad, como las limitaciones para la realizar actividades de la vida diaria, que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año y que tengan su origen en alguna deficiencia. Consideraba dependientes a personas que, a causa de su discapacidad, recibían asistencia o cuidados personales. Categorizaba las discapacidades en ocho grandes grupos, atendiendo a la clase de actividades dificultades: discapacidad visual, de audición, de comunicación, de

aprendizaje y aplicación del conocimiento, de movilidad, autocuidado, vida doméstica y relaciones interpersonales. En concreto, se tuvieron en cuenta 44 actividades y se consideró que una persona presenta discapacidad, si declara dificultad o limitación en alguna de esas actividades, aunque la supere con el uso de ayudas técnicas externa (Esparza, 2011).

Con estos criterios, esta encuesta revela que el 57% de las personas con discapacidad que vive en sus hogares tiene 65 años o más, siendo un 31% personas entre 65 y 79 años y un 26% personas mayores de 80 años, mientras que en centros residenciales viven 222.260 personas de 65 años o más con alguna discapacidad (INE 2009). De las personas mayores con alguna discapacidad física y/o mental, que viven en casa y tienen dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, el 10% tiene entre 65 y 79 años y el 34% tiene 80 años o más. De las personas mayores con alguna discapacidad física y/o mental, que viven en centros residenciales, tienen dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria el 65%.

Las dependencias están originadas, en su mayor parte, por problemas degenerativos a nivel osteomuscular y sensorial, siendo por lo tanto las dificultades de movilidad, actividades de la vida

doméstica y tareas de autocuidado, los problemas referidos más frecuentemente por las personas dependientes.



- Capítulo 2 -

**La atención  
gerontológica  
centrada en la  
persona**



### **Modelo de atención gerontológica centrada en la persona**

Podemos encontrar en la revisión de la literatura diferentes términos que se refieren al modelo de atención gerontológica centrada en la persona y que pueden producir cierta confusión. En primer lugar, el término Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque que reconoce una serie de principios que orientan un modo de hacer; cuando este enfoque está dirigido a la atención gerontológica se le denomina Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP). En segundo lugar, el concepto Modelo de Atención Centrada en la Persona, (MACP) asume el enfoque ACP y es una manera de entender y organizar la atención profesional, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que precisan cuidados, dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo (Martínez 2013c). Cuando este modelo se aplica en Gerontología, se denomina Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGCP).

Este modelo busca armonizar los sistemas organizativos de los servicios, con las preferencias y deseos de las personas mayores que precisan atención o cuidados personales (Martínez, 2011) y desde este enfoque, la gestión de los centros o servicios se debe supeditar a objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas. Estos objetivos consisten en defender los derechos de las

personas, evitar daños y proporcionar beneficios, donde es prioritaria la obtención del consentimiento por parte de la persona atendida, la confidencialidad y no ocasionar perjuicios.

El origen de la AGCP tiene su base en los principios de la Atención Centrada en la Persona (ACP), cuyo origen parte de la teoría de la psicología humanista, cuyo máximo representante es el psicólogo Maslow (1954), que desarrolla la teoría de la pirámide de las necesidades humanas, la cual es útil para desarrollar o justificar los modelos de intervención social, al centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia, a su dignidad como eje de la atención, a la capacidad de decidir y a la necesidad de autorrealización. Asimismo, el psicólogo Rogers (1961) fue uno de los promotores del método terapéutico de la terapia centrada en el cliente o terapia no directiva. En esta terapia, la relación terapéutica que se establece entre el terapeuta y el cliente se basa en la confianza en este último, que participa con responsabilidad y libertad en el proceso terapéutico, como un agente activo y no como un paciente o agente pasivo, siendo condiciones necesarias para favorecer el proceso de cambio y de desarrollo personal.

Dentro del campo de la atención sanitaria, han sido especialmente relevantes las aportaciones al campo de la ACP de

diferentes disciplinas, como la medicina, la enfermería y la terapia ocupacional.

Con la medicina o práctica clínica centrada en la persona (González-Blasco, 2004 y Sacristán, 2013), se busca la promoción de una medicina de la persona, se incluye la enfermedad y la promoción de la salud desde tres perspectivas. En primer lugar, para la persona, donde se tiene en cuenta el proyecto de vida; en segundo lugar, por la persona, con profesionales científicamente responsables y con valores humanos y en tercer lugar, con la persona, con quien se trabaja de forma respetuosa y colaborativa.

Desde enfermería, se desarrolla la ACP en dos enfoques (Valverde, 2008 y Suárez, 2014). En primer lugar, un enfoque holístico, con una atención individualizada, respeto y empoderamiento hacia la persona. En segundo lugar, un enfoque humanístico, donde toma valor la relación de cercanía y confianza entre el profesional de enfermería y paciente, donde es imprescindible el acercamiento a la biografía del paciente, se tiene en cuenta los valores de la persona y los significados que ésta da a la salud y se contempla a la vez sus capacidades. Para ello, se implica a todos los agentes que forman parte en el proceso asistencial y que son las personas mayores, las familias cuidadoras y los profesionales.

La terapia ocupacional aporta dos modelos de actuación: el modelo canadiense del desempeño ocupacional, donde la persona es protagonista de su propio cambio y la intervención es una estrategia capacitadora de la persona, a lo largo de su proceso de recuperación (Revuelto, 2017) y el modelo de ocupación humana, con una visión global y humanista de la persona, donde ésta es un sujeto activo en su proceso de cambio (De las Heras y García, 2017).

El MAGCP es un modelo profesionalizado que busca, como ya hemos mencionado anteriormente, mejorar la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados, donde la persona es parte activa de los mismos, pudiendo opinar y elegir teniendo control real sobre su vida cotidiana, donde el profesional y la organización son facilitadores y apoyos para el desarrollo de su proyecto de vida. Para todo ello, necesita conocer e identificar lo que para la persona es importante, sus preferencias y deseos, respetando en todo momento su autonomía y dignidad.

### **La atención gerontológica centrada en la persona en los centros gerontológicos**

Las aplicaciones del enfoque ACP en la atención a personas mayores han tenido lugar sobre todo en los recursos residenciales, ya que estos centros son objeto de numerosas críticas, por su falta de atención personalizada y flexibilidad (Martínez, 2009).

A la hora de definir la ACP aplicada en servicios de cuidados de larga duración a personas mayores de 65 años, según Martínez (2013a), se distinguen dos dimensiones. Por un lado, está la atención personalizada o dirigida por la persona y por otro, el entorno de cuidados o atención.

En la atención personalizada, son aspectos indispensables el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de su biografía y modo de vida, la autonomía personal, la personalidad y perspectiva de la persona, el cuidado individualizado y las relaciones sociales.

En el entorno de los cuidados, se hace mención el espacio físico, a las actividades cotidianas significativas y a la organización propia del centro residencial. Desde la visión de la ACP, se han desarrollado también numerosas técnicas, que tienen como objetivo la mejora en los cuidados y la atención a personas mayores, como la incorporación de la biografía (May et al., 2009), la participación de las personas en el diseño de su plan de atención (Vila et al., 2012), la intervención a través de las reminiscencias (Haight y Webster, 1995; Martínez, 2012; Serrano et al., 2004 y Woods y McKierman, 1995), la organización de la atención desde las preferencias de las personas (Edwardsson et al., 2005) e intervenciones ambientales para

conseguir espacios físicos significativos y hogareños (Brawley, 2006; Knudstrup, 2011 y Regnier, 2012).

Esto se puede ver en los países, cuyas políticas sociosanitarias están más avanzadas. Éstas se apartan de modelos organizativos medicalizados e institucionales, para reorientar los recursos residenciales. Como experiencias en diferentes conceptos de alojamientos, hay diferentes iniciativas asistenciales a nivel internacional, que han incorporado como eje central la ACP (Rodríguez, 2012). Uno de ellos es lo que algunas autoras han denominado modelo housing (Leichsenring y Strümpel, 1998 y Díaz-Veiga, 2012), el cual apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos, que permitan a las personas mayores seguir en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Se dirige, por tanto, a satisfacer los reiterados deseos de las personas de envejecer en casa, incluso cuando se precisa ayuda. El modelo housing, para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar y donde la idea no es otra que vivir fuera de casa, pero como en casa.

Existen una gran variedad de denominaciones, para referirse a los distintos tipos de alojamientos que tienen las características del modelo housing: supported housing, integrated care, extracarehousing, closecare, assisted living, retirement village, retirement community, continuing care retirement community, etc. (Croucher, Hichs y Jackson, 2006). En estos alojamientos, se pretende conseguir un modo de vida parecido al hogar y proponen un abordaje terapéutico, desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona, con atención profesional durante las 24 horas por personal adecuadamente formado y especializado, organizando la atención desde los ritmos y preferencias de la persona y en unidades de 6 a 20 personas. Estos recursos están integrados en entornos comunitarios y con la idea de que sean “viviendas para toda la vida”, estando las familias y allegados incorporados en la vida cotidiana de cada unidad, manteniendo el máximo nivel de independencia y autonomía posible de las personas (Leichsenring y Strümpel, 1998; Yanguas 2007; Díaz y Sancho, 2012 y Rodríguez, 2012a).

En los países nórdicos, desde hace años, apenas ya existen residencias de tipo institucional y las que existen se reservan para la atención sociosanitaria compleja (Rodríguez, 2012). La evolución de las últimas décadas, en los centros residenciales, se ha producido

desde los modelos de centros grandes institucionales hacia la construcción de viviendas en grupos muy reducidos de residentes, que comparten espacios comunes con apartamentos privados. En la actualidad, en Suecia, el modelo predominante para personas en situación de dependencia es el de las denominadas viviendas de grupo, que se componen de 10 a 12 apartamentos, distribuidos alrededor de estancias comunes y que garantizan la atención las 24 horas del día (Martínez, 2013b).

En Norteamérica, existe la reorganización de centros en unidades de convivencia, a modo de grupos de vecinos. Estos grupos conviven en un espacio físico y modo de vida hogareño, con flexibilidad en la atención, para ajustarse a las rutinas que la persona desea mantener en su vida cotidiana y con diversa opciones para comer, modo de baño preferido, actividades espontáneas, entendidas como disfrute y no solo como terapia, aceptación de decisiones sobre tratamientos y dietas prescritas, colaboración con las familias para decorar su habitación y centro con objetos personales, estímulo a profesionales para que mantengan la cercanía y vínculos con las personas que cuidan e invitación a las personas mayores y a las familias, a participar en las reuniones donde se trata el plan de atención de cada persona (Bowers, Nolet, Roberts y Esmond, 2007).

Resulta de especial interés la evolución que han tenido los modelos residenciales, cercanos a las propuestas del MAGCP en las últimas décadas. Se ha experimentado en varios países europeos, como Reino Unido, Alemania, Holanda o Francia, una evolución hacia modelos de atención en viviendas, en las que viven pequeños grupos de personas mayores y que están orientados sobre todos a personas que tiene deterioros cognitivos o demencia (Rodríguez, 2012b). Por su parte, el Gobierno de Australia también se ha decantado por incluir el enfoque ACP en sus líneas estratégicas de mejora, en la definición de su sistema de salud y de cuidados a las personas mayores (Dow, Haralambous, Bremner y Fearn, 2006). Canadá sitúa el enfoque de la ACP, como eje de calidad de los servicios para las personas mayores, siendo liderados desde ámbitos no gubernamentales y por grupos de investigación vinculados a diferentes asociaciones, como son Alzheimer Society of Canada y Canadian Association of Occupational Therapists (Martínez, 2015a).

En España, por ejemplo, han surgido en los últimos años iniciativas en la implantación de la ACP en centros gerontológicos. En primer lugar, el proyecto “Etxean ondo” en Gipuzkoa (Instituto Gerontológico Matia, 2014), promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco en colaboración con Matia Fundazioa, donde se han desarrollado distintas líneas de

investigación, dirigidas a documentar y analizar los resultados conseguidos en la reorganización de los centros residenciales en diferentes unidades de convivencia (modelo housing). En segundo lugar, el proyecto “En mi casa”, liderado por la Junta de Castilla y León e inspirado también en los modelos housing y que opta por reconvertir las residencias tradicionales en pequeñas unidades de convivencia. Y en tercer lugar, el proyecto “Tú decides cómo envejecer”, liderado por el Consorcid’Acció Social de Catalunya, para promover cambios y avanzar hacia la AGCP.

En cualquier caso, es evidente la tendencia internacional del enfoque de la ACP en los cuidados en la atención gerontológica, lo que genera gran interés en diversos campos profesionales. Este enfoque ha sido trasladado, con diferentes matices, a otros ámbitos de atención, donde profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otras personas, como la educación, la atención a la discapacidad o a las personas mayores con demencia (Martínez, 2011).

### **Aspectos esenciales en la AGCP**

La AGCP se sustenta en cinco ámbitos de actuación: la atención personalizada; lo privado, lo íntimo y la confidencialidad; lo propio, lo significativo y lo cotidiano; las familias y lo organizativo y los profesionales, como podemos ver en la Tabla 2.

**Tabla 2***Aspectos importantes de la AGCP*

- 
- 1. La atención personalizada desde la autonomía y la independencia**
    - Reconocer su singularidad
    - Promocionar su autonomía
    - Crear entornos flexibles, facilitadores y proveedores de apoyos
  - 2. Lo privado, lo íntimo y la confidencialidad**
    - Protección de su honor y su intimidad
    - Relaciones asistenciales basadas en la confianza y el respeto
    - Garantizar la confidencialidad
  - 3. Lo propio, lo significativo y lo cotidiano**
    - Buscar su bienestar en el día a día
    - Crear entornos significativos
    - Dar oportunidades de empoderamiento e integración
  - 4. Las familias**
    - Valorar la importancia de las familias
    - Facilitar la participación de las familias en el cuidado profesional
  - 5. Lo organizativo y los profesionales**
    - Armonizar organización y trato personalizado
    - Relacionarse desde nuevos roles profesionales
    - Promover cambios para ganar en calidad de vida
- 

*Fuente: Adaptada de Martínez (2011).*

***La atención personalizada desde la autonomía y la independencia***

El punto de partida para cuidar desde el MAGCP es conocer qué es lo que realmente quiere cada persona, qué es lo más importante para cada una de ellas, en qué áreas de la vida tiene un mejor y/o peor nivel de calidad de vida, cuáles son sus deseos respecto a la atención, sus expectativas y qué temas o aspectos le preocupan. La combinación de todo ello nos ayuda a conseguir el

objetivo final, que es permitir y ayudar a que cada persona pueda continuar haciendo lo que le gusta, a la par de proponerle actividades para ampliar sus conocimientos y experiencias y ofrecerle nuevos apoyos dirigidos a su mejora funcional y a bienestar emocional (Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011). Asimismo, se hace necesario poder evaluar el grado de desarrollo e implantación del MAGCP, para conseguir desarrollarlo al máximo. En este sentido, se priorizan tres objetivos: reconocer su singularidad, promocionar su autonomía y crear entornos flexibles, facilitadores y proveedores de apoyos.

### **Reconocer su singularidad.**

Es necesario entender que cada persona es única y que para ello tenemos que conocer su historia y proyecto de vida.

Para hacer la historia de vida, se parte de cada biografía (dónde ha nacido, cuál ha sido su relación con sus seres queridos, cuáles han sido sus momentos más felices y duros...). La historia de vida es un tipo de investigación cualitativa, que se centra en la vida del individuo, de una manera más personal y subjetiva. Las formas más frecuentes, en esta metodología del MAGCP, son la entrevista y la observación. La historia de vida no se centra en el proceso biológico de crecimiento y envejecimiento; lo fundamental son los eventos y fases en la vida, que no se entienden de forma aislada (la infancia, juventud, etc.). Cada fase es analizada como parte de una

trayectoria de vida, en la que hay un encadenamiento de acontecimientos y experiencias (Ramírez, 2011). A la hora de realizar estas entrevistas, se harán siempre desde el respeto y con una escucha activa, invitando a la persona que cuente hasta donde quiera contar y obteniendo la información, de una forma dinámica y a lo largo del tiempo, no necesariamente en una sola entrevista.

El proyecto de vida de la persona mayor se entiende como un proyecto de vida definido y previamente pensado, para todo lo que desean hacer cuando lleguen a determinada edad, si bien es cierto que no es común encontrar en la mayoría de las personas mayores, por lo que es necesario orientar y apoyar esa conciencia en ellos. En el proyecto de vida, se evidencia la potencialidad de la persona y se da continuidad a su pasado, presente y futuro. Influyen en su elaboración la propia característica de la persona mayor, la capacidad de tomar decisiones y la confianza en sí mismo (Jiménez, 2008). Conocer, por lo tanto, su proyecto de vida y respetarlo es necesario para poder establecer conjuntamente, siempre desde sus gustos y preferencias, los objetivos para su desarrollo. Nuestra labor será la de apoyarle y ayudarle a solventar aquellos factores externos, que pueden dificultar la consecución de éste y elaborar lo que se llama en la AGCP el proyecto de atención y vida. Éste es el proceso que

utilizan los profesionales, para planificar la atención a las personas en los centros asistenciales de forma individualizada (Martínez, 2013c).

### **Promocionar su autonomía.**

La persona mayor debe poder decidir sobre cómo van a ser los cuidados recibidos y para ello, resulta necesario que esté adecuadamente informada de riesgos y beneficios, en cada caso. La persona será, en cualquier caso, la que tome la decisión final y si existe deterioro cognitivo, lo hará la familia o persona allegada. Para ello, se fomentará la participación de la personas en su plan de atención, se visibilizarán sus capacidades, se conciliará seguridad, autonomía y bienestar, se minimizarán las medidas restrictivas y sujeciones y, en caso de tener deterioro cognitivo, se aplicarán técnicas específicas de observación y actuación.

Para fomentar la participación de la persona en su plan de atención, se debe asegurar la participación de las personas en su día a día en las actividades cotidianas, dar opciones de elección y negociación en los aspectos relacionados con su plan de atención individualizado. El plan de atención individualizado es una metodología, que permite planificar la atención a la persona en los centros asistenciales, de forma que se coordine adecuadamente y de forma coherente con el servicio, teniendo en cuenta los deseos y preferencias de la persona mayor y las diferentes actuaciones de los

profesionales, siempre asegurando una buena praxis profesional (Martínez, 2016).

A la hora de visibilizar las capacidades, para hacerlo desde el MAGCP, es importante dar una vuelta a la visión de la aplicación de los cuidados. En AGCP, se habla de ver las capacidades de la persona y fomentarlas, en lugar de ver solo los déficits y necesidades, si los hubiera. Las decisiones de la persona tienen prioridad y es necesaria la asunción de riesgos, si respetamos la capacidad de autodeterminación de la persona.

Para conciliar seguridad, autonomía y bienestar, los profesionales tienen el deber de informar y formar a las personas; pero son estas últimas las que deciden y asumen los riesgos que estas decisiones conllevan. Siempre hay que intentar buscar en la medida de lo posible el equilibrio entre seguridad y riesgos para conseguir el máximo bienestar de la persona.

Cuando se minimizan medidas restrictivas y sujeciones, se lleva a la práctica cuando hablamos de sujeciones físicas y químicas. Las sujeciones físicas son aquellos métodos (barras de cama, manoplas, cinchas pélvicas, petos abdominales...), que se aplican para que la personas tenga limitada su libertad de movimientos o el acceso a cualquier parte de su cuerpo. Cuando nos referimos a una sujeción química, nos referimos al uso de medicamentos psicoactivos

(sedantes, tranquilizantes, etc.), que se administran para manejar conductas molestas o de riesgo (Burgueño, 2004). En cualquiera de los dos casos, son elementos que limitan la libertad y autonomía del individuo. Para estos casos, existen herramientas que, con la formación y el conocimiento adecuado por parte de los profesionales, nos ayudan a cuidar, teniendo como principio la dignidad de la persona. Herramientas, como la Norma Libera Care (Fundación Cuidados Dignos, 2018), que se aplica desde el principio de autonomía que beneficia a la persona. Se trata de la garantizar la autonomía de la persona para decidir y en caso de no ser capaz de decidir, por padecer deterioro cognitivo, hacerlo a través de sus tutores legales, contando siempre con el apoyo y asesoramiento de los profesionales, buscando el máximo beneficio de la persona mayor (Urrutia, 2015).

Cuando la persona tiene deterioro cognitivo, con alteraciones del comportamiento que pueden poner en riesgo su seguridad con deambulación errática, compulsividad, etc., el coaccionarlas puede aumentar la confusión y desencadenar episodios de agitación y agresividad (Alarcón, 2001). En estos casos, es recomendable aplicar técnicas de observación, Dementia Categorization Recording Observational System (D-CROS) (García, 2013) y Dementia Care Mapping-DCM, (Bradford Dementia Group, 2005), que nos permiten

analizar, por medio de una observación continuada y objetiva y un registro metódico de las interacciones, una información detallada de las acciones que le proporcionan bienestar o, por el contrario, qué acciones le generan malestar o incomodidad a la persona.

Recoger las decisiones anticipadas es otra cuestión que se plantea, para poder respetar los deseos de las personas en la fase final de la vida. Esto se hace mediante la recogida de las últimas voluntades, en un documento de voluntades anticipadas o registro de instrucciones previas. Este documento se realiza siempre con la persona en plenas facultades mentales. En él, deja constancia escrita, de manera libre y autónoma, de cuáles son sus deseos respecto a cómo quiere que sean sus cuidados, cuando llegue el momento final de su vida y siempre dentro la legalidad vigente (Betancor, 1995). Este documento puede ser modificado o anulado por la persona en cualquier momento de su vida, siempre que mantenga las capacidades cognitivas para ello y tiene vigencia permanente, una vez registrado en el Departamento o Consejería de Sanidad, en la comunidad autónoma que reside la persona. La elaboración y registro de este documento está legislado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de 14 de noviembre, que dispone la creación del Registro Nacional de Instrucciones Previas (Ley 41/2002). Posteriormente, se regula el

fichero automatizado de datos de carácter personal (Real Decreto 124/2007).

**Crear entornos flexibles, facilitadores y proveedores de apoyos.**

Al hablar del entorno, nos referimos no solo al espacio físico, sino a las personas que rodean a la persona mayor y facilitan el desarrollo de su plan de atención y vida. Para ello, daremos importancia el entorno, al papel de los otros, que son aquellas personas que rodean a la persona mayor y al uso prudente de protocolos.

El entorno en las personas mayores influye directamente, a la hora potenciar actividades como la capacidad de comunicarse, de relacionarse, de aprender y de dar sentido a la vida. Es necesario adecuar constantemente el entorno a las características personales de cada individuo, según el momento vital que se esté atravesando (Belenger y Aliaga, 2005). Tal y como dice Martínez (2013d), “todo individuo modifica su conducta, en base a la interacción que tiene con su medio y todos aquellos elementos que se encuentran en relación estrecha con el individuo y que se convierten a su vez en recursos potenciales para la comunidad”. La integración dentro de la familia y la comunidad, así como la independencia y la participación, son

beneficiosas para la salud y ayudan a reforzar la dignidad de las personas en todas las edades (Noda y Díaz, 2008).

El papel de los otros se refiere a que dentro del entorno que rodea a las personas mayores, se encuentran las personas que cuidan de éstas, que deben ser facilitadores, para que la persona mayor pueda ejercer su autonomía de una forma satisfactoria. Es necesaria la formación de un grupo de apoyo, con profesionales de enfermería, psicología, medicina, cuidadoras, etc., que vele por que el desarrollo adecuado del plan de atención pactado con la persona mayor. En este grupo, pueden participar todas aquellas personas cercanas a la persona mayor y que, de una manera u otra, estén implicadas en sus cuidados (Martínez, 2011). También es importante destacar la figura del profesional de referencia (PR), elemento clave en la AGCP, para asegurar unos cuidados de calidad. El PR es aquella persona del equipo de profesionales que atiende a la persona mayor, preferentemente un cuidador de atención directa, que establece una relación de confianza y complicidad y que facilita la comunicación y asegura unos cuidados adecuados, por parte de todo el grupo de apoyo. Es, de alguna manera, el valedor de la persona mayor, velando por que las preferencias y los deseos de la persona sean cumplidos de una forma profesional y coherente (Martínez, 2011).

El uso prudente de los protocolos, a la hora de planificar los cuidados, es otro aspecto a tener en cuenta, ya que en los centros asistenciales existen protocolos de buenas praxis, que aseguran la calidad y seguridad de los cuidados prestados. Estos protocolos han de ser seguidos de una forma flexible, adaptándose a los deseos y preferencias de la persona y equilibrando los riesgos beneficios de la atención (Martínez, 2011).

Al hablar de entornos facilitadores, resulta necesario también comentar la recomendación de la no utilización de uniformes y la eliminación de baberos. Los uniformes posicionan a los profesionales, respecto al resto de las personas y, sin bien es cierto que el color blanco transmite higiene y asepsia, también marca distancia entre los cuidadores formales y las personas cuidadas (Uniformes Web, 2014), y lo que queremos es eliminar esa distancia y que haya un trato de igual a igual, para poder generar una relación de confianza y de cercanía. Para ello, es recomendable que las personas que trabajan en los centros lleven ropa informal, con la que se sientan cómodos y que se huya de la uniformidad. Se respetarán, en todo caso, las normas de seguridad laboral de prevención de riesgos laborales, donde uno de los objetivos es el de “promover la seguridad y la salud de los trabajadores, mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias, para la prevención de riesgos

derivados del trabajo” (Ley 31/1995). Para ello, se utilizará un Equipo de Protección Individual (EPI), que incluye prendas y accesorios que protegen de los riesgos a los que pueda estar expuesto el profesional, poniendo en riesgo su seguridad en el trabajo. Las condiciones para comercialización de los citados EPI y los requisitos que deben cumplir, como calzado antideslizante y de sujeción adecuada, ropa de aislamiento en caso de protección biológica, etc., están legislados para un adecuado cumplimiento (Real Decreto 1407/1992).

Respecto al uso de baberos en las personas mayores, éste es un uso muy extendido en los centros asistenciales, con la finalidad de que las personas mayores no se manchen la ropa durante las comidas. Si bien es necesario mantener unas condiciones de limpieza adecuadas y dicho mantenimiento de la higiene está relacionado, de forma directa, con la dignidad de la persona, la acción de colocarle un babero a una persona mayor es una manera de infantilizarla. El babero, como tal, es un elemento de uso pensado y diseñado para los niños en su edad más temprana y el uso de estos, en personas mayores, es una manera de infantilización, lo cual se puede considerar una forma de maltrato no consciente, porque atenta a la dignidad de la persona (Pinazo-Hernadis, 2013 y Cordero y Gálvez, 2017). El maltrato a las personas mayores se produce al realizar una acción basada en la confianza y que puede atentar contra la persona

produciendo daño psicológico (OMS, 2018). Por ello, se deben ofrecer alternativas a aquellas actividades o usos inadecuados según estos criterios, por ejemplo, ante el uso de baberos, ofrecer alternativas según las preferencias y gustos de las personas, como delantales, batas, servilletas impermeabilizadas, etc., que cumplan la función de mantener una higiene correcta, pero a su vez dignifiquen a la persona.

### ***Lo privado, lo íntimo y la confidencialidad***

Las personas mayores tienen derecho a “disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales, cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991). Para ello, se tendrán en cuenta la protección de su honor e intimidad y garantizar la confidencialidad.

#### **Protección de su honor y su intimidad.**

Asegurar la intimidad de las personas cuidadas es tarea de las personas profesionales de los centros en los que viven. Esto se puede conseguir, creando espacios físicos que protejan la intimidad y respetando lo privado y lo íntimo (individualidad y culturalidad).

A la hora de crear espacios físicos que protejan la intimidad, se debe asegurar que los espacios físicos y la actitud de los profesionales favorezcan la intimidad de la persona, no solo a la hora de aplicar cuidados de las Actividades de la Vida Diaria (aseo, eliminación, alimentación, descanso, etc.), o cuidados sanitarios (curas, control de constantes, administración de medicamentos, etc.), sino también, en actividades propias que requieran espacios privados (rituales religiosos, expresión de vínculos afectivos y de carácter sexual, etc.). En estos casos, las creencias y actitudes de los profesionales, ante las necesidades de las personas mayores, tienen un impacto significativo para facilitar o dificultar la expresión de esas necesidades, sobre todo en las de carácter sexual (Villar, Celdrán, Fabá, Serrat y Martínez, 2017).

El respeto de lo privado y lo íntimo, como aspectos individuales y culturales, hace referencia a los criterios de intimidad o privacidad de cada persona, que pueden ser muy variables, según sus creencias religiosas e ideologías o entorno sociocultural y están relacionados con la individualidad de la persona. Organizaciones y profesionales deben involucrarse y adaptar dichos espacios, en la medida de lo posible, facilitando habitaciones individuales; puertas cerradas durante el aseo o cuidados sanitarios; cortinas separadoras

o biombos, en ausencia de posibilidad de habitaciones individuales; colocación adecuada y de forma estratégica del mobiliario; etc.

### **Garantizar la confidencialidad.**

Los profesionales que cuidan de las personas mayores tienen acceso a mucha información, de carácter íntimo y confidencial. Para ello, hay que responder al deber de confidencialidad, crear cultura sobre la confidencialidad, construir relaciones de confianza, desde un trato respetuoso y cálido, actuar con prudencia en las situaciones complejas y llegar a acuerdos.

Para responder al deber de confidencialidad, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, en su artículo siete, dice que los datos que se obtienen, para asegurar una adecuada asistencia sanitaria, se consideran datos especialmente protegidos, al hacer referencia a información de carácter personal, que son los relativos a ideología, salud, vida sexual, creencias, etc. (Ley 15/1999). Su utilización debe ser, exclusivamente, para la prestación de asistencia sanitaria o gestión de servicios sanitarios y siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o a una obligación equivalente de secreto.

Se debe crear cultura sobre la confidencialidad y este principio ha de ser seguido, de manera escrupulosa, por parte de los

cuidadores de atención directa, ya que forman parte de la intimidad de la persona y tienen información muy personal de la misma. Hay que insistir y formar, de forma continuada, a este respecto a los profesionales, ya que el día a día y la relación de confianza, que se establece en muchos casos, puede ser confundida como una relación informal. Resulta necesario, por lo tanto, saber establecer los límites de esta relación, actuando con máxima prudencia, en aquellas situaciones en la que la información disponible sea susceptible de daños a terceras personas o de máxima vulnerabilidad de la persona cuidada y no se debe banalizar aquella información que nos pueda parecer carente de importancia. Es imprescindible que la persona mayor esté informada de qué información maneja el equipo de apoyo y que así lo autorice, y debe poder decidir, en cualquier caso, qué información puede ser o no compartida, entre el equipo de profesionales (Martínez, 2011).

Es necesario construir relaciones de confianza, desde un trato respetuoso y cálido. Las relaciones asistenciales deben estar basadas en la confianza y en el respeto, para generar relaciones de confianza entre la persona y los profesionales del cuidado. La labor del profesional no es, en ningún caso, la de juzgar las decisiones de la persona, sino la de facilitar, desde un trato cálido, cercano y

respetuoso, que la persona sienta el apoyo de las personas que le cuidan.

Debemos actuar con prudencia en las situaciones complejas y llegar a acuerdos. Para poder hacer frente y resolver situaciones de conflicto aparentemente complejas, es necesario haber creado estas relaciones de confianza, entre el profesional y la persona mayor. Esto permitirá al profesional poder actuar y tener la capacidad de llegar a acuerdos, siempre con la máxima prudencia por parte del profesional y respetar las decisiones de la persona mayor, en la medida de lo posible.

**Lo propio, lo significativo, lo cotidiano.**

Las personas mayores, a lo largo de su vida, han adquirido rutinas y desarrollado actividades, que les crean bienestar y que dan sentido a su vida, en entornos que tienen significado para ellas. Es necesario, para desarrollar el plan de vida de estas personas que viven en centros residenciales, que esto tenga continuidad en la medida de lo posible y asegurar al cumplimiento de este plan de vida. Se plantea para ello la necesidad de buscar su bienestar en el día a día, crear entornos significativos y dar oportunidades de empoderamiento e integración.

**Buscar su bienestar en el día a día.**

Es importante, para asegurar la calidad de vida de las personas mayores, que tengan la percepción de bienestar en su vida diaria. Para ello, los profesionales de los centros deben conocer cómo les gusta a estas personas desarrollar las actividades de la vida diaria, en qué orden y forma, para llevarlas a cabo. Dentro de las posibilidades del centro, daremos importancia a lo cotidiano, a procurar la continuidad de las actividades y se integrará lo terapéutico, en la vida diaria.

La importancia de lo cotidiano, en el desarrollo de la vida diaria, es importante y esto es dar valor a aquellas tareas o actividades de carácter cotidiano y que son significativas para la persona. Esto quiere decir que hay ciertas rutinas que dan seguridad a las personas y bienestar.

La continuidad de las actividades, para lo que es necesario acordar estas actividades cotidianas, entre la persona y el grupo de apoyo, según sus hábitos, gustos o preferencias y las posibilidades organizativas del centro y cómo deben desarrollarse de forma continuada -por ejemplo, a qué hora levantarse, cuándo realizar el aseo diario, dónde y con quién comer, qué actividades de carácter doméstico, lúdico, cultural, etc. pueden hacer-.

Integrar lo terapéutico en la vida diaria, con actividades que no deben estar establecidas como grupos de terapia, es algo muy habitual en los centros asistenciales que funcionan bajo un modelo centrado en el servicio, con la finalidad de cumplimientos de los objetivos pautados por los técnicos. Deben ser actividades de carácter significativo para la persona, que tengan sentido en su vida cotidiana, y esto ya es terapéutico, porque da continuidad al desarrollo y consecución de su plan de atención y vida. Estas actividades significativas tienen beneficios para la persona mayor porque favorecen la estimulación mental, favorecen la actividad física y mejoran la salud general, favorecen la interacción social, mejoran los hábitos de sueño y la autoestima, disminuyen los niveles de depresión y ansiedad y minimizan los problemas del comportamiento en las personas con deterioro cognitivo (Qmayor Magazine, 2018).

### **Crear entornos significativos.**

Las actividades deben ser desarrolladas en entornos que tengan sentido para ellos. Por ejemplo, si vamos a cocinar, que sean recetas que conozcan, en una cocina y con menaje que sepan utilizar, que los ambientes sean lo más parecido a un hogar, en dimensiones e instalaciones. Para ello, las actividades deben estar plenas de sentido, dando valor a lo propio, en el pasado y en el presente, y en un espacio físico adecuado.

Las actividades deben ser tareas significativas para la persona, al igual que los espacios donde realizan estas actividades. Las actividades cotidianas carecen de sentido, si no se hacen en entornos reconocidos como propios o sin objetos que los hacen más domésticos y cercanos, evitando uniformidades y ambientes hospitalarios.

Dar valor a lo propio, en el pasado y el presente, y fomentar que las organizaciones creen espacios domésticos reconocibles para las personas que viven en ellos, y que éstas aporten elementos propios y personales, para reconocer esos espacios como suyos. Esto se consigue creando pequeñas unidades de 10 a 15 personas como máximo, que funcionen como pequeñas viviendas, dentro del centro residencial, y que recreen un entorno lo más parecido a un hogar (Díaz-Veiga, 2018), con espacios y habitaciones personalizadas, con artículos propios elegidos por las personas mayores y con elementos decorativos personales y fotos de las personas que viven en ellos y de sus seres queridos.

El espacio físico de estas viviendas debe estar dotado de cocinas equipadas y disponibles para su uso, por las personas que viven en los centros y sus familias, zonas de estar, ambientadas con una distribución del mobiliario y luces ambientales, que generen entornos agradables, que favorezcan las relaciones interpersonales y

actividades individuales, como la conversación, lectura, televisión, etc.. También, se crearán espacios exteriores ajardinados equipados con mesas, sillas, sombrillas, aparatos de ejercicio al aire libre, huerta, etc., con sitios para pasear, favorecer las oportunidades de realizar actividad física, mental, sensorial y/o de aprendizaje al aire libre y donde se pueda compartir, aprender, enseñar y cuidar (Mulé, 2015).

### **Dar oportunidades de empoderamiento e integración.**

Las personas mayores han de ser los protagonistas de su vida, participando de forma activa en todas aquellas acciones, en las que quieran participar, y los profesionales deben ser proveedores de oportunidades y facilitadores para llevarlas a cabo. Esto se hará, con actividades que empoderan a las personas mayores, en contextos integradores y utilizando productos de apoyo y tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Realizar actividades que empoderan a la hora de organizar actividades, tanto individuales como grupales, se hará desde la perspectiva de las personas que viven en los centros. Se utilizará, para tal fin, aquella información recogida en las historias de vida de cada persona y en sus gustos y preferencias. Se asegurará, de esta forma, la adecuación de estas actividades y se invitará a las personas mayores a participar en ellas, desde la propia planificación,

organización y posterior desarrollo. De esta manera, se empodera a la persona mayor que vive en los centros y se le reconoce en sus capacidades, como son las habilidades intelectuales, creatividad y sabiduría, que se mantienen, modifican o se incrementan con el tiempo, según el caso (Zamudio, 2013).

Los contextos deben ser integradores, ya que estas actividades nos solo deben desarrollarse en el centro, sino que también pueden desarrollarse en el entorno de la comunidad y en colaboración con otros colectivos o grupos, como asociaciones socioculturales, colegios, institutos, ayuntamientos, etc. De la misma manera, también se deben abrir las instalaciones de los centros residenciales para intereses de la comunidad y para desarrollar actividades que fomenten la participación de las personas mayores. En ambos casos, se consigue una integración y visibilidad de las personas mayores y de los centros residenciales, como parte activa de la comunidad. Esta participación social de las personas mayores es valiosa por su propia experiencia vital, la cual debe ser aprovechada por el resto de la sociedad, y que además contribuye a su calidad de vida, prolongando su vida y haciéndola más útil y satisfactoria (Servicio de Investigación Social de la Comunidad del País Vasco, 2013).

Los productos de apoyo y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) también son necesarios para poder hacer visible esta participación y la imagen de las propias personas mayores en la sociedad actual. Las tecnologías de la información y la comunicación, radio, televisión, prensa, internet, etc., son herramientas fundamentales y que se deben integrar en la vida cotidiana de las personas mayores. Éstas favorecen la comunicación y mantienen a la persona conectada con el medio. Para ello, hay que facilitarles y ofrecerles el acceso a las mismas, teniendo espacios y materiales adaptados, ordenadores, tablets, smartphones, teléfonos móviles, etc., así como hacer formación adaptada a sus necesidades, capacidades y conocimientos, en el caso de las nuevas tecnologías aplicaciones para smartphone, office, internet, etc. (Martínez, 2011 e INFOSALUS, 2015).

### ***Las familias***

Las familias o seres queridos son un aparte esencial dentro de la vida de cualquier persona y, por lo tanto, también de las personas mayores. Se debe facilitar la participación de las familias en la vida cotidiana de los centros. Para ello, se plantean tres objetivos generales: valorar la importancia de las familias, facilitar su participación en el cuidado profesional e intervenir también ellas.

**Valorar la importancia de las familias.**

Las familias son valiosas en sí mismas y el hecho de que las personas mayores vivan en un centro residencial no quiere decir que la familia ya no forme parte de su vida. Las familias deben sentir que la unidad de convivencia es la casa de la persona mayor allegada y que, por lo tanto, es un espacio familiar, para compartir vivencias, cuidados y experiencias. Para ello, debemos tener en cuenta porqué las familias importan y cómo es cuidar fuera de casa.

Las familias importan, porque el papel de la familia dentro del MAGCP “es un elemento primordial, para el bienestar de la persona mayor. Las familias no solo desempeñan un importante papel, en la prestación de cuidados de la persona mayor, sino que suelen ser un aporte afectivo potentísimo, además del principal nexo de conexión con su proyecto vital” Martínez (2011) (p. 161).

A la hora de cuidar fuera de casa, resulta necesaria la participación de la familia, en el cuidado de la persona mayor en las unidades de convivencia, haciendo sentir a los familiares que son parte importante y activa de la vida de la persona mayor. Es importante que siempre estén de acuerdo, en esta colaboración, ambas partes, residentes y familiares. La familia ejerce un papel colaborativo en el desempeño de cuidados a la persona mayor, porque interactúa con la persona cuidada al existir una dependencia

emocional y una modificación en el rol de los miembros de la familia, para mantener el equilibrio familiar (Esandi y Canga, 2016).

**Facilitar la participación de las familias en el cuidado profesional.**

El equipo de profesionales debe trabajar para ayudar y orientar a la familia, para que pueda colaborar en los cuidados y participar en la vida cotidiana de la persona mayor. Esto se consigue, siendo el equipo profesional facilitador de la participación de las familias en el cuidado profesional y con la participación de la familia, en el plan de atención y vida de la persona mayor.

En lo referente al equipo, como elemento facilitador de la participación de las familias en el cuidado profesional, se trata de que dentro de las dinámicas de los centros residenciales, resulta necesario ver, como hemos mencionado anteriormente, a la familia como colaboradora y, para ello, el equipo técnico debe ser facilitador en esta cooperación. Los profesionales deben orientar a las familias, colaborar con otros profesionales para, de una forma continuada, proporcionar educación a los residentes y sus familias, ayudarles a reconocer sus puntos fuertes y darles apoyo en el cuidado de la persona con dependencia (Canga, Vivar y Naval, 2011).

La participación de la familia, a la hora de elaborar en el plan de atención y vida de la persona mayor, se logra invitando a las

personas allegadas a ser parte del grupo de apoyo. De esta manera, se convierten en parte activa, para conseguir los objetivos acordados en el mismo (Martínez, 2011) y, por lo tanto, son parte integrante de la vida diaria de la persona mayor. En cualquier caso, debemos respetar, tanto la decisión de ser parte activa de los cuidados, como la de no querer participar en los mismos -ya que el que éstos sean de carácter voluntario es necesario, para establecer una buena relación de cuidado y que la persona cuidadora se sienta bien cuando lo hace (Rodríguez, Díaz-Veiga, Martínez y García, 2014)-.

#### **Intervenir también con las familias.**

Las familias o allegados no solo son promovedores y colaboradores en los cuidados, también necesitan soporte emocional y acompañamiento, en muchos momentos vitales de la persona mayor. Es por ello, por lo que los profesionales deben estar alertas, para detectar necesidades y actuar de la forma más adecuada. Para ello, se tendrán en cuenta algunas claves, a la hora de intervenir con las familias y serán objeto de atención profesional.

Para conocer las claves para intervenir con las familias, se debe entender que los cuidados han de realizarse desde la unidad de cuidado -formada por la persona cuidada, el cuidador profesional y los familiares o allegados-, por lo que es necesario conocer cómo están conformadas las familias y las funciones que cada uno de ellos

ocupa, en la estructura familiar, y cómo son las interacciones entre ellos (Canga y Esandi, 2016). Hay que saber las necesidades, demandas y situación de las familias que colaboran en las funciones de cuidado, para poder poner en marcha, por parte del equipo técnico de los centros residenciales, las medidas de apoyo adecuadas (Canga, Vivar y Naval, 2011).

La familia también es un objeto de atención profesional, desde una perspectiva del profesional de enfermería, ya que a la hora de colaborar en los cuidados, los familiares pueden ser parte activa de diferentes maneras, según el momento o la situación: realizando funciones de apoyo a los cuidadores de la persona mayor (relación enfermera-"helper"); reconociendo el cuidador la experiencia del familiar, pero supervisando y controlando la atención (relación trabajador-trabajador); transfiriendo conocimientos a los familiares, a la vez que se evalúa y monitoriza las habilidades y competencias adquiridas por el familiar (relación gerente-trabajador) y, por último, en los casos en los que el familiar necesita atención, derivada del propio esfuerzo que ejerce como cuidador (relación enfermera-paciente) (Canga y Esandi, 2016).

En cualquier caso, los profesionales deben estar atentos, para ir adaptando su relación con las familias, en función del momento vital

y de necesidad de cuidados que se encuentren, tanto éstas como el familiar o allegado que vive en el centro residencial.

### ***Lo organizativo y los profesionales***

Cuando una organización decide aplicar la ACP en los cuidados prestados a las personas mayores, debe tener en cuenta aspectos de carácter organizativo y de perfil de los profesionales que favorecen la ACP. Para tal fin, se propone armonizar la organización y dar un trato personalizado, relacionarse desde nuevos roles profesionales y promover cambios, para ganar en calidad de vida.

#### **Armonizar la organización y trato personalizado.**

Cuando una organización enfoca los cuidados desde la ACP, debe tener en cuenta aspectos, que afectan a la propia organización de los centros o unidades de convivencia. Debe adaptarse a los gustos y preferencias individuales de la persona mayor, en la medida de lo posible, para conseguir el equilibrio entre todas las personas que conviven en dichas unidades, tanto personas mayores, como cuidadoras. Para ello, se tendrá en cuenta la planificación individual de las personas y la del centro; lo organizativo estará al servicio de las personas y se establecerán normas.

A la hora de hacer la planificación individual y la del centro, se debe considerar que los centros, preferentemente pequeños, han de estar configurados y organizados, a modo de viviendas, unidades de

convivencia o modulares de 10 a 15 personas, donde se respire un ambiente doméstico y hogareño (Díaz-Veiga, 2018), en las que debe existir una organización propia. En primer lugar, con personal asistencial de primer nivel (cuidadoras), que se mantenga estable en dichas unidades, sin rotar por otros módulos y con contratos estables, que minimicen los cambios frecuentes de personal. En segundo lugar, con horarios en la unidad adaptados a las personas que viven en ella. Y en tercer lugar, con actividades, organizadas según los gustos y preferencias de estas personas.

Lo organizativo debe estar al servicio de las personas. La unidad de convivencia, donde viven las personas mayores, debe ser flexible, para facilitar el desarrollo del plan de atención y vida de las personas, confeccionado a partir de sus gustos y preferencias. Las actividades diarias y domésticas deben tener un sentido significativo para las personas, no siendo terapias cuya finalidad sea simplemente su ejecución (Martínez, 2011).

Respecto a las normas del centro, éstas deben realizarse desde la flexibilidad. De esta forma, éstas deben ser las mínimas necesarias, con el fin de favorecer una convivencia adecuada y deben tener la flexibilidad necesaria, para favorecer la autonomía y autodeterminación, desde las necesidades individuales de cada persona.

### **Relacionarse desde nuevos roles profesionales.**

Cuidar de los mayores ha sido visto como una tarea fácil, sin ser necesaria una formación especializada (en parte, porque cuidar es una de las tareas atribuidas a las mujeres, de forma natural); sin embargo, cuidar personas mayores, con algún tipo de dependencia, requiere una formación adecuada. Para ello, se necesita polivalencia y organización de los equipos, desarrollar nuevos roles profesionales, capacitar a los profesionales...

La polivalencia y la organización de los equipos es necesaria. Los profesionales, que desarrollan su labor en estos centros, deben tener un perfil polivalente y estar preparados, en el caso de los cuidadores o profesionales de primer nivel, para asumir responsabilidades, a la hora de llevar a cabo los objetivos de los planes de atención de las personas mayores. En el caso de los profesionales especializados o profesionales de segundo nivel, deben estar preparados, para formar y asesorar a los cuidadores de atención directa, en las actividades que se pueden delegar (comunicación con las familias, manejo de incidencias sanitarias leves, etc.).

En cuanto a los nuevos roles profesionales, cabe señalar que el MAGCP en general, no solo es un modelo de atención centrado en las personas cuidadas, sino también en las personas que cuidan,

intentando satisfacer sus necesidades, expectativas y desarrollo profesional. Es por ello por lo que los cuidadores de primer nivel o cuidadores formales adquieren, dentro de este modelo, un protagonismo muy significativo, con una formación adecuada y adaptada al nuevo modelo, donde los roles y las capacidades de estos se ven modificadas y reconocidas. Ello implica la necesidad de profesionales que puedan atender las necesidades de estas personas, tanto en sus domicilios como en las instituciones (Suárez, 2013).

Resulta necesario capacitar a los profesionales, ya que existen muchos factores que influyen en la aplicación de los cuidados. Entre ellos, podemos destacar la motivación en el trabajo, la satisfacción personal, el nivel de formación de los profesionales y la calidad de vida de los cuidadores. Si nos centramos en la calidad de vida de los trabajadores en el contexto laboral, vemos en la bibliografía que éste es un término ampliamente redefinido, por diversos autores, como calidad de vida laboral (CVL) (Munduate, 1993; De la Poza 1998; Lau, 2000, etc.). Analizando este concepto de CVL, se pueden apreciar condicionantes subjetivos y objetivos, que afectan directa o indirectamente a la calidad de vida en general de las personas trabajadoras en los centros asistenciales. Estos condicionantes son horarios de trabajo, posibilidad de desarrollo

profesional, sueldo, relaciones humanas, medio ambiente laboral, etc. (Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas, 2003) y afectan por lo tanto, de forma directa, a la calidad de la atención a las personas mayores. Es necesaria una formación continuada y especializada, para poder capacitar a los profesionales para conocer, entender y asumir los cambios que la AGCP plantea y poder así cuidar a las personas mayores, con el conocimiento adecuado, dentro de las competencias propias de cada profesión. Tal y como explican Puig, Lluch, Sabater y Rodríguez (2010), las cuidadoras que reciben una formación adecuada tienen la percepción de una buena calidad de vida, satisfacción con su vida, son felices y entienden la calidad de vida como un bienestar físico, psíquico y con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades.

### **Promover cambios para ganar en calidad de vida.**

Los cambios que afectan a la organización de los centros residenciales afectan a todas las personas que participan en el día a día de éstas, como son los profesionales, residentes y familiares. Debido a esto, se debe hacer de una manera organizada, prudente y sin prisas, con una información adecuada, entre todas las partes, para asegurar el bienestar de todas las personas implicadas. Para ello, los cambios han de ser conducidos y liderados, debe haber participación

de las personas, consolidación y revisión de los cambios y una adecuada gestión de la información.

Los cambios deben ser conducidos y liderados ya que, a la hora de realizar cambios en las organizaciones, bien de forma más profunda, como la que afecta a la estructura organizacional, los roles profesionales, etc., o más superficial, como son nuevas actividades, horarios diferentes, etc., siempre es necesaria una supervisión y seguimiento de cómo funcionan dichos cambios, para modificar o continuar con los cambios propuestos. Hace falta, por tanto, que estos cambios sean conducidos y liderados por personas de la organización, altamente implicadas y formadas en AGCP.

La participación, revisión y consolidación de los cambios se debe realizar con una evaluación inicial de la situación del centro en materia de AGCP, la búsqueda de consenso a la hora de plantear los cambios y la revisión posterior de los cambios realizados, para identificar áreas de mejora y consolidar aquellas actuaciones que resulten positivas. Para todo este proceso, se necesita tener en cuenta dos aspectos: la participación de los profesionales, personas residentes y sus familiares y la consolidación, de una forma gradual y progresiva, de los logros obtenidos (Martínez, 2011).

Otro aspecto para tener en cuenta es la gestión de la información. El alcance del logro de los objetivos planteados está muy

relacionado con la cultura de la organización respecto a la comunicación y dependerá del grado de complejidad del modelo de comunicación, utilizado en cada caso. La comunicación puede ser interna, con intranet, emails, notas informativas, reuniones, etc., y externa, con, por ejemplo, internet. También puede ser una comunicación formal, con reuniones de equipo, e informal, en forma de reuniones para tomar un café, etc. (Lucas, 2001). Todo ello hará que esta comunicación sea más o menos fluida y con más o menos intermediarios, a la hora de informar y de recoger información sobre los cambios sugeridos. Es necesario, en cualquier caso, para evitar malentendidos, aclarar dudas, normalizar la existencia de los cambios y justificar la necesidad de estos (Martínez, 2011).

En resumen, se puede decir que todo lo expuesto, en este capítulo, ha de ser sustentado desde un trato digno, desde el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores de la persona. Se debe asegurar que éstas guíen las decisiones clínicas, que exista soporte educativo, por parte del profesional, para que las personas puedan tomar sus propias decisiones y puedan participar en su autocuidado, con autonomía e independencia. Se trata de buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y el control de la vida cotidiana, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos.

Esta calidad de vida se concreta y resume en aspectos de la atención cotidiana según Martínez (2011), como:

El bienestar físico y emocional; el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias, en relación con su vida cotidiana; la promoción de la independencia, desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores; la protección y garantía de la intimidad y la privacidad; la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal y el fomento de la inclusión social (p. 21-22).

Es así como se entiende que se debe establecer los planes de cuidados de cada una de las personas que viven en estos centros, desde una visión de la AGCP.

El MAGCP pretende, por tanto, contribuir a un necesario cambio, en el enfoque de la intervención asistencial en centros gerontológicos. Sitúa en el centro de la atención a la persona en su día a día, permite su autonomía, potencia su independencia y destaca el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo.

- Capítulo 3 -

**Impacto de la  
aplicación de la  
AGCP en las  
personas**



La aplicación de la AGCP tiene un impacto, en mayor o menor medida y según cada caso, en las personas que participan directamente en la atención y cuidado a las personas mayores, en los profesionales, en las personas residentes y sus familiares y en las organizaciones en las que se aplican los cuidados.

### **Impacto de la AGCP en profesionales**

Diversos estudios relacionan la influencia de la AGCP en los profesionales, en comparación con otros modelos de atención a personas mayores. Hay estudios que demuestran que existe mayor personalización a la hora de aplicar los cuidados y mayor autonomía por parte del profesional (Berkhout, Boumans, Nijhuis, Van Breukelen y Abu-Saad, 2003). En sus estudios, Ashburner, Meyer, Johnson y Smith, (2004) y McCormack et al, (2010), comprobaron un aumento de la satisfacción de los profesionales de enfermería, una mejora de las condiciones de trabajo, capacidad de identificar de forma más precisa las necesidades de las personas, de practicar una adecuada continuidad de cuidados y una comunicación de los profesionales con los residentes más eficaz, con una relación basada en el buen trato y en el respeto. Incluso en las personas con demencia, se observa una mejor interacción del personal con ellas (Villar, Vila-Miravent, Celdrán y Fernández, 2013).

Edvardsson, Sandman y Borell (2014) en su estudio en un proceso de implantación de AGCP en centros residenciales, obtuvieron resultados positivos, en cuanto a la disminución del malestar derivado del pensamiento de que no se está cuidando adecuadamente, llamado estrés de conciencia, lo cual está asociado al burnout (Juthber, Eriksson, Norberg y Sundin, 2010 y Glasberg et al., 2006).

La AGCP también reduce la carga emocional de los profesionales, quienes aceptan las alteraciones del comportamiento, empatizan mejor con las personas a las que cuidan y se adaptan mejor a sus demandas, Hayajneh y Shehadeh (2014).

Con todo ello, se llega a la conclusión de que la AGCP produce un efecto positivo en los profesionales que cuidan a las personas mayores en los centros residenciales, donde se observa una mayor humanización, el desarrollo de prácticas orientadas a un mayor bienestar, la personalización en la atención y efectos positivos para los profesionales, con una mayor satisfacción con el trabajo (Martínez, 2015a).

### **Impacto de la AGCP en las personas residentes**

En relación con los efectos de la aplicación de modelos AGCP en las personas que viven en los centros asistenciales, se han

realizado estudios, en los que se ven las consecuencias de aplicar este modelo en personas con o sin deterioro cognitivo.

En su estudio en centros residenciales, Kane et al. (2007) encontraron diferencias significativas en calidad de vida percibida, en favor de la AGCP. En el estudio que realizaron en residencias gerontológicas y hospitales de cuidados de larga duración, Terada y colaboradores (2013) encontraron correlaciones positivas significativas entre AGCP y los ítems de calidad de vida en personas con demencia, como el afecto positivo, la comunicación, la espontaneidad en la actividad y la vinculación a los demás.

En un estudio realizado en residencias que aplicaban la AGCP, respecto a otras con modelo tradicional, Ashburner, Meyer, Johnson y Smith (2004) observaron un aumento en la interacción social, entre los residentes en las que aplicaban la AGCP. En los estudios de Te Boekhorst y colaboradores (2009) y Morgan-Brown, Newton, y Ormerod (2013), se encontró que en los residentes que vivían en unidades de convivencia se recurría menos al uso de restricciones físicas, requerían menos apoyos para las actividades de la vida diaria, se relacionaban más con otras personas, cuidaban más su imagen personal y mantenían el interés por actividades diversas. En el estudio realizado por Sjögren, Lindkvist y colaboradores (2013),

también se encontraron correlaciones positivas entre la AGCP y el funcionamiento en actividades cotidianas.

Respecto a variables, como la calidad de vida y el bienestar físico de las personas mayores, hay diversos estudios que relacionan la AGCP con una mejora significativa en estos aspectos y en las personas con demencia, un mejora en comportamientos conductuales, con una disminución de la agitación, agresividad, etc. En un estudio en personas con demencia, que presentaban alteraciones de conducta, a la hora de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria (Moniz, Cook, Stockes et al., 2003), se observó que cuando se utilizaban medidas psicosociales orientadas desde la AGCP, había una disminución de alteraciones del comportamiento y una mejora del bienestar de las personas. Sloane y colaboradores (2004) obtuvieron resultados de reducción de agitación, agresividad y malestar de las personas a la hora de la higiene diaria, con intervenciones basadas en AGCP en relación con la técnica tradicional. En un estudio de Chenoweth y colaboradores (2009), se observó que en las personas con demencia atendidas por profesionales formados en AGCP, hubo una disminución de las incidencias de agitación, frente a las personas atendidas por profesionales formados en el modelo tradicional.

En España, en un estudio que se realizó en varias unidades de residencias gerontológicas, donde se llevaron a cabo cambios ambientales y organizativos, así como formación específica a los profesionales en MAGCP (Díaz-Veiga et al., 2014), se observaron diferencias significativas en calidad de vida, en las personas con y sin deterioro cognitivo. En los casos con personas con demencia, se vieron resultados positivos en afecto, comunicación, espontaneidad, actividad y vinculación a los demás, en el estudio de Terada y colaboradores (2013). En el estudio de Robinson y Roshe (2006), se encontró una disminución de síntomas depresivos, en las personas sin deterioro cognitivo y en el trabajo de Bergman-Evans (2004), una mejora del estado anímico de las personas sin demencia, con cuidados enfocados desde la AGCP.

En estudios realizados en contextos diferentes, no occidentales, como el realizado en Japón por Nakanishi, Nakashima y Sawamura (2012), también se han encontrado efectos positivos en calidad de vida de las personas usuarias, cuando se han puesto en marcha modelos residenciales alternativos, orientados hacia la AGCP.

Se aprecia, por lo tanto, una reducción en alteraciones del comportamiento en las personas con demencia y mejoras en la

calidad de vida en general, en la personas cuidadas desde un enfoque de la AGCP en centros gerontológicos (Martínez, 2015a).

### **Impacto de la AGCP en familiares**

Aunque los estudios publicados sobre el impacto de la AGCP en los familiares son menos numerosos que los centrados en las personas mayores o los profesionales, la aplicación de modelos orientados desde la AGCP también se ha asociado a efectos positivos en las familias de las personas que viven en los centros gerontológicos y/o unidades de convivencia. Esto se observa, tanto en el incremento de la satisfacción sobre la atención recibida, como en su implicación y colaboración en el cuidado.

En un estudio de Lum y colaboradores (2008), encontraron que las familias expresaban una mayor satisfacción con su papel de familiares en el centro, así como un menor nivel de carga experimentada. Por su parte, McKeown y colaboradores (2010) describieron la percepción, por parte de las familias, de contar con más apoyo de los profesionales del centro residencial. En el estudio realizado por Robinson y Roshe (2006), hallaron una mejora significativa en la satisfacción de las familias con la atención residencial. Otros estudios también señalan un incremento de la satisfacción con la atención recibida por parte de las familias (Lum, et al., 2008 y McKeown et al., 2010), cuando se opta por aplicar

modelos de atención AGCP. Finalmente, en el estudio de Díaz-Veiga y colaboradores (2014), encontraron que las familias de los residentes mostraron un incremento en la satisfacción, con la atención recibida con el MAGCP.

Se debe tener en cuenta que la satisfacción familiar no es solo un dato relevante en sí mismo, sino que cabe interpretarlo, también, desde la hipótesis de que ésta puede incidir en una colaboración más estrecha con el centro y en una mayor implicación, en el proceso de atención y cercanía a la persona usuaria.

### **Impacto de la AGCP en las organizaciones**

A la hora de analizar el efecto del AGCP en las organizaciones, éste se puede llevar a cabo desde dos perspectivas: en primer lugar, mediante el análisis de ítems de calidad asistencial y en segundo lugar, desde los efectos que este tipo de atención tiene en la gestión propia de los centros.

Si utilizamos los ítems de calidad asistencial, existe una gran dificultad, si se hace fuera de los que proceden de los paradigmas de la atención sociosanitaria tradicional. Numerosos estudios evalúan la calidad asistencial, en base a ítems y objetivos relacionados con la salud, como pueden ser el estado nutricional, riesgo o aparición de úlceras por presión, procesos infecciosos, etc., o con ciertas incidencias -como son las caídas, episodios de agresividad,

derivación a urgencias, uso de restricciones o contenciones físicas, prescripción un número determinado de fármacos, uso de psicofármacos, etc.-.

Coleman et al. (2002) encontraron un descenso significativo en el uso de ansiolíticos, en un grupo de personas atendidas con una visión de AGCP, frente a un grupo atendido de manera tradicional. En el estudio de Sloane y colaboradores (2004), donde se aplicaron técnicas AGCP en el baño a personas con demencia con alteraciones en el comportamiento, se registraron mejoras en el estado de la piel y en relación con una menor agresividad en el momento del aseo. Fossey y colaboradores (2006) observaron que se redujo la prescripción de neurolépticos en personas con demencia. En el estudio realizado por Chenoweth et al. (2009), se halló un descenso de las caídas, cuando se aplicaban cuidados orientados desde la AGCP. En el estudio de Boekhorst y colaboradores (2008), se encontró una menor incidencia de restricciones físicas en las unidades pequeñas de convivencia, frente a los centros residenciales más grandes.

Si analizamos los efectos de la AGCP, desde los efectos en la gestión de los centros, podemos encontrar estudios como los de Bowman y Schoeneman (2006) y Wunderluch y Kohler (2001), que confirman que los profesionales permanecen más tiempo trabajando

en estos centros, con menos índice de absentismo y una percepción de mejora de trabajo en equipo. En su estudio, Boumans, Berkhout y Landeweerd (2005) observaron una mejora de la coordinación de la atención, en los casos en los centros con una visión de AGCP. También se observa una reducción del absentismo en el trabajo de Collins (2009) y la mejora del trabajo en equipo, en los centros asistenciales con una visión de AGCP, en el estudio de McCormack y colaboradores (2010).

Se puede decir, por lo tanto, que la AGCP beneficia también a la organizaciones, ya que las personas, que desarrollan su labor profesional en ellas, lo hacen con más coordinación, de una manera más eficaz y eficiente y con mayor satisfacción laboral, lo que repercute en un mayor calidad de cuidados.



- Capítulo 4 -

**Instrumentos  
actuales para la  
evaluación del nivel  
de aplicación de la  
AGCP**



El enfoque de atención a las personas mayores ha venido acompañado por el diseño de diversos instrumentos, para la evaluación de los recursos de atención a estas personas. Esto es una parte esencial de los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios, ya que la aplicación de la AGCP tiene un impacto en las personas receptoras de cuidados, en sus familias, en los profesionales y en las organizaciones en las que se aplica.

### **Instrumentos de evaluación de la AGCP en el ámbito internacional**

En el contexto internacional, existen instrumentos, que permiten analizar la aplicación de la AGCP, dirigidos a profesionales, residentes y familiares.

#### ***Instrumentos de evaluación de la AGCP en el ámbito internacional dirigidos a profesionales***

Se encuentran varios instrumentos, que recogen la opinión de los profesionales, respecto a variables de atención que se consideran relacionados con la AGCP. Estos instrumentos son: Dementia Care Mapping (DCM), The Person-Directed Dementia Care Assessment Tool, The Artifacts of Culture Change Tool, The Individualized Care - IC, Staff Assessment Person Directed Care - PDC, Cultural Change Scale, The Person-Centered Care Domains of Practice. Person Centered Climate Questionnaire-Staff Version (PCQ-S), The VIPS

Framework Quality Assurance for Person-Centered Dementia Services, The Care Observational Tool - CARES, The Staff Person-Centered Practices in Assisted Living -Staff PC-PAL, The Eden Warmth Surveys- Employee Questionnaire, Person-Centered Care Environmental Audit Tool For Hospitals, Psychometric Evaluation of the Perspectives of Members of the Person-Centered Care Team (TM-PCC) Survey of Long-Term Care Homes (Tabla 3).

**Tabla 3***Instrumentos de evaluación en AGCP internacionales dirigidos a profesionales*

Nombre	Ítems	Dimensiones	$r_{xx}$	
			Kappa	Alfa
Dementia Care Mapping-DCM, 1997	23	Respuestas de bienestar y malestar. Detractores y potenciadores personales.	0,7	-
The Person-Directed Dementia Care Assessment Tool, 2005	396	Ambiente físico, lenguaje y comunicación, actividades, resolución de problemas de comunicación y comportamiento, liderazgo, estructura y funciones del equipo, conocimiento y formación de los profesionales y procesos y procedimientos.	-	-
The Artifacts of Culture Change Tool, 2006	79	Actividades básicas de la vida diaria, el entorno, la familia y la comunidad, el liderazgo, las prácticas de los profesionales y la organización.	-	-
The Individualized Care -(IC), 2007		Conocimiento de la persona, la autonomía de la persona mayor y en la comunicación entre profesionales/residentes y profesionales/profesionales.	0,77-0,80	-
Staff Assessment Person Directed Care - PDC, 2008	50	Atención dirigida a la persona y apoyo del entorno.	0,74-0,96	-
Cultural Change Scale, 2008		Asignación de personal permanente, conciencia de cambio cultural, comportamiento de liderazgo informal, comportamiento dirigido por los residentes y comportamiento del equipo de liderazgo.	-	0,90-0,97
The Person-Centered Care Assessment-P-CAT, 2010	13	Cuidado personalizado, la accesibilidad del espacio físico y el apoyo de la organización.	-	0,84

Nombre	Ítems	Dimensiones	$r_{xx}$	
			Kappa	Alfa
The Person-Centered Care Domains of practice, 2011		Reconocimiento, individualidad/respeto, dignidad/autonomía/independencia y elección; privacidad, relaciones y pertenencia a la comunidad; gerencia/titularidad; liderazgo; prácticas laborales; compromiso y vida significativa; servicios; ambiente físico y responsabilidad.	-	-
Person-Centered Climate Questionnaire-Staff Version (PCQ-S), 2012	14	Clima de seguridad, clima de lo cotidiano, clima de comunidad.	-	0,92
The VIPS Framework Quality Assurance for Person-Centered Dementia Services, 2013	24	Valoración de los profesionales, la atención individualizada, la perspectiva de la persona con demencia y el entorno social.	-	-
The Care Observational Tool -CARES, 2013	16	Cuidado compasivo.	0,77	-
The Staff Person-Centered Practices in Assisted Living -Staff PC-PAL, 2014	62	Fuerza laboral, conexión social, atención y servicios individualizados, ambiente y relaciones entre cuidadores y residentes.	-	0,96
The Eden Warmth Surveys- Employee Questionnaire, 2017	46	Satisfacción con la organización.	0,60	-
Person-Centered Care Environmental Audit Tool for Hospitals, 2017	53	Interacciones humanas compasivas, acceso a la información, compromiso con el paciente y familia, privacidad del paciente, dignidad y apoyo del personal.	-	-
Psychometric Evaluation of the Perspectives of Members of the Person-Centered Care Team (TM-PCC) Survey of Long-Term Care Homes, 2018	11	Apoyo a las relaciones sociales, familiaridad con las preferencias de los residentes, relaciones significativas entre el residente y el personal.	-	0,82

### **Dementia Care Mapping (DCM).**

El DCM (Braford Dementia Group, 2005) es un instrumento para la observación y desarrollo de la AGCP en los centros gerontológicos. Este instrumento parte de la descripción que Kitwood (1997) hizo de las necesidades psicológicas básicas de la persona: confort, identidad, apego, ocupación e inclusión. La observación se clasifica en 23 categorías del comportamiento, en base a unos ítems de bienestar y malestar (Alzheimer Catalunya en español, 2009b). También, se registra lo que el DCM define como “potenciadores personales”, que fomentan el bienestar de la persona y “detractores personales”, que surgen a partir de la psicología social maligna y que debilitan a la persona (Alzheimer Catalunya en español, 2009a).

El DCM aporta información objetiva sobre los niveles de malestar/bienestar del grupo y la persona, la relación entre la ocupación de las personas y su estado de bienestar y las actitudes del personal que fomentan o debilitan la ACP. En base a esta información obtenida, se pueden plantear objetivos dentro del plan de atención individualizada, con una evaluación periódica de la consecución de objetivos con observaciones posteriores.

La fiabilidad inter jueces de este instrumento está en un 70% de coincidencias en la evaluación de los ítems (Fossey, Lee, y

Ballard, 2002; Thornton, Hatton y Tatham, 2004 y Edelman, Fulton, y Kuhn, 2004).

La desventaja de este instrumento es que la complejidad en su administración, como la necesidad de formación especializada en DCM por parte de las personas lo realizan, hace que sea un instrumento poco práctico para evaluar la aplicación de la AGCP en centros residenciales y su uso sea más adecuado para evaluar pequeñas intervenciones en individuos o grupos concretos.

#### **The Person-Directed Dementia Care Assessment Tool.**

Ésta es una herramienta desarrollada por *Department of Health and Family Services of Wisconsin* (2006) y se utiliza como autoevaluación, por parte de los profesionales de la atención en procesos asistenciales. Describe las debilidades y fortalezas de los centros, en ocho dimensiones principales relacionadas con áreas específicas y de enfoque vital en la prestación de atención y dirigidas a las personas con demencia: ambiente físico, lenguaje y comunicación, actividades, resolución de problemas de comunicación y comportamiento, liderazgo, estructura y funciones del equipo, conocimiento y formación de los profesionales y procesos y procedimientos.

### **The Artifacts of Culture Change Tool.**

Se trata de una herramienta, basada en el cambio cultural de centros residenciales de personas mayores y que permite medir el grado de cambio en la organización (Bowman y Schoeneman, 2006). Consta de 79 ítems, relacionados con los elementos que intervienen en las actividades básicas de la vida diaria, el entorno, la familia y la comunidad, el liderazgo, las prácticas de los profesionales y la organización.

### **The Individualized Care (IC).**

El IC (Neena, Chapell, Reid y Gish, 2007) es un instrumento que consta de 46 ítems y está dirigido al personal del centro. Evalúa la atención a personas con demencia, a través de tres dimensiones: el conocimiento de la persona, la autonomía de la persona mayor y la comunicación entre profesionales y residentes y profesionales. La consistencia interna Alfa de Cronbach de las tres dimensiones es 0,77, 0,80 y 0,77 respectivamente.

### **Staff Assessment Person Directed Care (PDC).**

El PDC es un instrumento diseñado por White, Newton-Curtis y Lyons (2008), para conocer el nivel de aplicación de AGCP en los centros residenciales. Este cuestionario tiene dos dimensiones: una atención dirigida a la persona y otra de apoyo del entorno. A su vez, la dimensión de atención dirigida a la persona se subdivide en cinco

subdimensiones. En primer lugar, la autonomía, que evalúa si se permite que las personas residentes puedan elegir, decidir y tener control sobre su atención. En segundo lugar, la perspectiva de la persona, en la que se reconoce a la persona como ser único, reconociendo sus capacidades y situando en el centro de la atención a la persona. En tercer lugar, el conocimiento de la persona, que refiere si el personal tiene en cuenta los valores de las personas usuarias, sus necesidades, preferencias, costumbres y actividades que les producen bienestar. En cuarto lugar, el bienestar en los cuidados, que tiene en cuenta las necesidades emocionales y físicas de las personas y si se aplican basados en la evidencia. Por último, las relaciones sociales, que identifica cómo se previene el aislamiento social, se favorece la comunicación y las relaciones sociales. La subdimensión dos es apoyo del entorno y se divide en tres subdimensiones que son: primero, si hay un ambiente personalizado, donde el espacio físico y las actividades están orientadas a las personas favoreciendo un ambiente hogareño y el acceso al exterior; segunda, si los profesionales de atención directa tienen la información necesaria sobre las personas y si tienen habilidades y recursos necesarios para hacer efectiva una atención centrada en la persona y tercera, cómo la organización apoya una atención centrada en la

persona, proporcionando formación y un acompañamiento adecuado (Martínez, 2015).

Consta de 50 ítems relacionados y dirigidos a profesionales de atención directa, en una escala tipo Likert de cinco categorías de respuesta, del 1 al 5 “1, muy pocas veces o ninguna”, “2, algunas veces”, “3, en torno a la mitad de las veces”, “4, la mayoría de las veces” y “5, todas o casi todas las veces”. Su puntuación total oscila entre 50 y 250 puntos, donde a mayor puntuación obtenida, mayor grado de atención centrada en la persona, pudiendo evaluarse de forma independiente cada dimensión o subdimensión.

El uso del PDC se considera adecuado por sus buenas propiedades psicométricas y la posibilidad de analizar de forma independiente cada factor, ajustándose a las necesidades de análisis de cada organización, aunque en las personas con deterioro cognitivo avanzado la dimensión autonomía de la persona puede dar resultados poco fiables.

En esta versión original del PDC, la fiabilidad de cada dimensión muestra una buena consistencia interna alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,96. Se realizó una adaptación posterior por motivos culturales en Corea del Sur (Choi y Lee, 2013) reducida a 30 ítems y con una adecuada consistencia interna Alfa de Cronbach entre 0,65 y 0,85 y en español (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz,

2015), donde se mantuvieron los 50 ítems y con una adecuada consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,97.

### **Cultural Change Scale.**

Este un instrumento sirve para evaluar la puesta en marcha del cambio cultural en los centros de cuidados de personas mayores, desde un enfoque de AGCP y está dirigida a los profesionales que trabajan en estos centros (Grant, 2008). Consta de 48 ítems, que recogen aspectos en cinco áreas: asignación de personal permanente, conciencia de cambio cultural, comportamiento de liderazgo informal, comportamiento dirigido por los residentes y comportamiento del equipo de liderazgo. Sus resultados nos dan información a su vez sobre la calidad de vida de los residentes, la satisfacción del personal y el beneficio económico de la organización. Tiene una fiabilidad estimada por el coeficiente Alfa de Cronbach, que oscila entre 0,90 y 0,97.

### **The Person-centered Care Assessment (P-CAT).**

El P-CAT fue desarrollado por Edvardsson, Fetherstonhaugh y Gibson (2010). Evalúa el cuidado desde la AGCP en centros residenciales. Consta de una escala tipo Likert de cinco categorías y 13 ítems al cuidado personalizado, la accesibilidad del espacio físico y el apoyo de la organización para el desarrollo de la AGCP.

Este instrumento es cumplimentado por los profesionales de atención directa. Su puntuación oscila entre 13 y 65 puntos, de menor a mayor grado de aplicación de AGCP (1, totalmente en desacuerdo; 2, en desacuerdo; 3, ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4, de acuerdo y 5, totalmente de acuerdo). Respecto a sus cualidades psicométricas, presenta alta consistencia interna alfa de Cronbach de 0,84 (Martínez, 2015b).

Esta escala se ha adaptado y validado posteriormente en varios países como Suecia, (Sjögre et al., 2012), Noruega (Rokstad et al., 2012), China (Zhong y Lou, 2013) y España (Martínez, 2015).

#### **The Person-centered Care Domains of practice.**

Este cuestionario ha sido diseñado por *Center for Excellence in Assisted Living* (2011), para favorecer el cambio cultural en las residencias de Estados Unidos. Consta de 43 ítems agrupados en nueve dimensiones: reconocimiento, individualidad/respeto, dignidad/autonomía/independencia y elección; privacidad, relaciones y pertenencia a la comunidad; gerencia/titularidad; liderazgo; prácticas laborales; compromiso y vida significativa; servicios; ambiente físico y responsabilidad. No se han encontrado propiedades psicométricas.

**Person Centered Climate Questionnaire-Staff versión (PCQ-S).**

PCQ-S (Bergland, Kirkevold y Edvardsson, 2006) es un instrumento dirigido a los profesionales, que permite medir las percepciones y las relaciones del personal que influyen en la vida cotidiana y en el bienestar de los residentes, tanto en los entornos físicos como en los aspectos psicosociales, en los centros para personas mayores. Consta de 14 ítems agrupados en tres dimensiones, que son: clima de seguridad, clima de lo cotidiano y clima de la comunidad. Presenta una alta consistencia interna estimada Alfa de Cronbach de 0,92.

**The VIPS Framework Quality Assurance for person-centered dementia services.**

Se utiliza en los centros para personas mayores y hace uso de la metodología práctica VIPS (Rosvik et al., 2013), donde “V” se refiere al valor absoluto de todas las vidas humanas, independientemente de la edad o la capacidad cognitiva, “I” hace referencia a un enfoque individualizado, “P” comprende el mundo, desde la perspectiva de la persona que vive con demencia y “S” es la psicología social positiva, en la que la persona que vive con demencia puede experimentar un bienestar relativo (Rosvik et al., 2011). Esta metodología resume los cuatro elementos del marco

teórico de Kitwood de AGCP en la atención a personas con demencia, como son el enfoque individualizado, la perspectiva de la persona que vive con demencia y el entorno social. Consta de un total de 24 ítems, creados para conocer el grado de satisfacción y de atención a las personas mayores que viven en estos centros.

### **The Care Observational Tool (CARES).**

CARES (Gaugler, Hobday y Savik, 2013) es un instrumento de observación corto y fácil de usar, con 16 ítems dirigidos a profesionales que cuidan a personas con demencia, desde un punto de vista de un cuidado compasivo y con una atención centrada en la persona. Evalúa las relaciones interpersonales entre los cuidadores y las personas con demencia y las respuestas de estas últimas ante los cuidados, el reparto del trabajo entre los diferentes profesionales y la satisfacción de los cuidadores en el trabajo, así como el conocimiento que tienen sobre el manejo de personas con demencia. La confiabilidad con el coeficiente Kappa de Cohen fue de 0,77.

### **The Staff Person-Centered Practices in Assisted Living (Staff PC-PAL).**

Staff PC-PAL (Zimmerman et al., 2014) es un cuestionario dirigido al personal y compuesto por 62 ítems, en torno a cinco dimensiones relacionadas con la AGCP, que son fuerza laboral, conexión social, atención y servicios individualizados, ambiente y

relaciones entre cuidadores y residentes. Respecto a sus propiedades psicométricas, presenta una buena consistencia interna, con un Alfa de Cronbach para el total de la prueba de 0,96 y el de las cinco subdimensiones entre 0,81 y 0,95. El cuestionario final para residentes incluía 49 ítems y 4 factores: bienestar y pertenencia, atención y servicios individualizados, conexión social y atmósfera.

#### **Eden Alternative Warmth Survey - Employee Questionnaire.**

La herramienta utilizada en los centros gerontológicos Eden (Eden Alternative, 2017) está dirigida a profesionales y consta de 26 ítems, relacionados con la manera en que dispensan los cuidados y la satisfacción de los profesionales en su centro de trabajo.

#### **Person-Centered Care Environmental Audit Tool for Hospitals.**

La herramienta de auditoría ambiental dirigida a los profesionales, elaborada por Planetree (2017), evalúa cómo el entorno físico del hospital apoya o interfiere con la prestación de atención centrada en el paciente y consta de 53 ítems, con un enfoque particular en las barreras y/o facilitadores en interacciones humanas compasivas, acceso a la información, compromiso con el paciente y la familia, privacidad del paciente, dignidad y apoyo al personal. Los aspectos que contempla son: si es acogedor, ruido

ambiental, ambiente olfativo, mobiliario, acabados, limpieza, orientación y señalización, intimidad, contaminación, vistas, apoyo del personal, áreas de apoyo social, medidas de sostenibilidad, acceso a comida y bebida y elección y proximidad a los espacios de apoyo espiritual.

**Psychometric Evaluation of the Perspectives of Members of the Person-Centered Care team (TM-PCC) Survey of long-term Care Homes (Boscart et al., 2018).**

Es una encuesta de 11 ítems dirigida a profesionales de centros de cuidados de larga estancia, que desean implementar o monitorear la implantación de cuidados, desde un enfoque de AGCP. Tiene tres dimensiones: apoyo a las relaciones sociales, familiaridad con las preferencias de los residentes y relaciones significativas entre el residente y el personal. Tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82.

***Instrumentos de evaluación de la AGCP en el ámbito internacional dirigidos a residentes y familiares***

También se encuentran, aunque en menor número, instrumentos dirigidos a conocer la opinión de los residentes que viven en los centros, desde la perspectiva de la AGCP, como Elderly Homes of America PCC Toolkit, Person Centered Climate Questionnaire -Version for Patients y The Eden Warmth Surveys-

Residents Questionnaire. En el caso de instrumentos dirigidos específicamente a familiares de residentes de centros gerontológicos, el cuestionario Eden Alternative Warmth Survey - Family Questionnaire recoge su opinión, desde un enfoque de AGCP (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Instrumentos de evaluación en AGCP internacionales dirigidos a residentes y familiares*

Nombre	Ítems	Dimensiones	Alfa
Elderly Homes of America, PCC Toolkit, 2014	16	Preferencias en cuidado personal y actividades.	-
Person Centered Climate Questionnaire-Version for Patients, 2014	17	Clima de seguridad, clima cotidiano y clima de hospitalidad.	0,84
Eden Alternative Warmth Survey-Elder Questionnaire, 2016	13	Satisfacción con el personal, atención, atención médica, apoyo, actividades y comidas.	0,82
Eden Alternative Warmth Survey-Family Questionnaire, 2017	20	Satisfacción con el personal, atención, apoyo, actividades y entorno social.	-

#### **Elderly Homes of America (PCC Toolki).**

PCC Toolki (Van Haitsma et al., 2014) es una herramienta estructurada en dos partes. La primera de ellas está dirigida a los residentes y consta de 16 ítems, relacionados con las preferencias del cuidado personal y de actividades, así como preguntas sobre el nivel de satisfacción con el cumplimiento de preferencias importantes. La

segunda parte es un libro de Excel preprogramado, donde el personal puede introducir información de las entrevistas y observar qué preferencias afectan a las personas que conviven en un hogar, piso o unidad, así como las preferencias particulares, que no se cumplen para varias personas que viven en una ubicación común. El personal puede usar los resultados, como base para la discusión y la resolución de problemas, durante la planificación de la atención individual, así como para desarrollar estrategias más amplias para mejorar la atención.

#### **Person Centered Climate Questionnaire-Version for Patients.**

El instrumento elaborado por Bergland y colaboradores (2014), que está dirigido a residentes, para evaluar sus percepciones sobre su entorno y si éste reúne las condiciones de una atención centrada en la persona en aspectos como, por ejemplo, características y tamaño de las instalaciones a disposición de los residentes, si disponen de jardín sensorial, si tienen un cuidador principal, etc. Esto se recoge en 17 ítems, agrupados en tres Dimensiones: clima de seguridad, clima de lo cotidiano y clima de hospitalidad. Consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,84.

**Eden Alternative Warmth Survey - Elder Questionnaire.**

Éste es un cuestionario dirigido a los residentes, para conocer la satisfacción de las personas mayores que viven en los centros gerontológicos Eden, en las dimensiones de satisfacción con el personal, atención en los cuidados, atención médica, apoyo, actividades y comidas. Este cuestionario está formado por 13 ítems, con una alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,82 (Yeung et al., 2016).

**Eden Alternative Warmth Survey - Family Questionnaire.**

Cuestionario dirigido a los familiares de las personas, que viven en los centros gerontológicos Eden Alternative, a los que dan asistencia desde un enfoque de AGCP. Consta de 20 ítems, que recogen aspectos relacionados con la satisfacción con el personal, atención, apoyo, actividades y entorno social.

De entre todos los instrumentos internacionales revisados, destacan por su especificidad en la materia tres de ellos, dirigidos a profesionales: Dementia Care Mapping-DCM, The Person-centered Care Assessment- P-CAT y The Person Directed Care - PDC.

**Instrumentos de evaluación de la AGCP en España**

En el contexto nacional, se dispone de instrumentos de evaluación, elaborados en nuestro contexto y otros adaptados cultural y lingüísticamente a la población española. Los instrumentos

elaborados, originales para la población española son: Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona y Dementia Categorization Recording Observational System (D-CROS). Los instrumentos adaptados son: The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) y The Staff Assessment Person-directed Care - PDC (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Instrumentos de evaluación en AGCP en España*

Nombre	Ítems	Dimensiones	$r_{xx}$	
			Alfa	Kappa
Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona, 2013	85	Proceso de atención y vida cotidiana y el proceso del entorno.	-	-
Dementia Categorization Recording Observational System (D-CROS), 2013	14	Verbalización, contacto físico, dolor, aspecto emocional y problemas de conducta.	-	0,75
The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT), versión española, 2015	13	Cuidado personalizado, la accesibilidad del espacio físico y el apoyo de la organización.	0,89	-
The Staff Assessment Person-directed Care-PDC, versión española, 2015	50	Atención dirigida a la persona y apoyo del entorno.	0,98	-

### ***Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona***

Ésta es una herramienta muy detallada (Martínez, 2013d), que permite una extensa autoevaluación de los equipos de profesionales de residencias gerontológicas. Se centra en evaluar cualitativamente acciones claves y criterios descriptores de buena praxis desde la ACP, los cuales se han seleccionado, tras la revisión de instrumentos previos, consultas a expertos y un pilotaje en residencias de España.

Esta herramienta facilita el cambio de modelo, de una manera secuencial, a través de dos fases: el proceso de atención y vida cotidiana y el proceso del entorno. Recoge 20 aspectos, relacionados con la AGCP: antes de incorporarse al centro; acogida en el centro; el plan de atención y vida; despertarse y levantarse; el aseo y baño; vestido, arreglo e imagen corporal; comida; movilidad; ir al wc y atención a la incontinencia; acostarse y la noche; actividades; relaciones sociales; conciliar autonomía y bienestar personal; atención a las personas con demencia; atención en el final de la vida; espacio físico; profesionales; familia; comunidad y organización. Estos a su vez están subdivididos en 85 acciones, en la versión para residencias y 65 acciones, en la versión para centros de día, que permiten el auto chequeo por parte de los profesionales de su labor en dichos centros. Existen dos versiones, una dirigida a residencias y otra, dirigida a centros de día.

### ***Dementia Categorization Recording Observational System (D-CROS)***

El D-CROS es un Instrumento observacional, desarrollado por García (2013), para el estudio de problemas conductuales en personas con demencia institucionalizadas. Está dirigido a profesionales y consta de tres categorías generales: situación antecedente, problema de conducta y respuesta consecuente, divididas a su vez en 14 categorías de conducta, relacionadas con la verbalización, el contacto físico, el dolor, el aspecto emocional y los problemas de conducta, con las que se recogen aspectos de la interacción entre profesionales, familiares y otros usuarios con el usuario a estudio. Presenta un coeficiente de Kappa de Cohen de 0,75.

### ***The Person-centered Care Assessment Tool versión española (P-CAT)***

La versión española del P-CAT (Martínez, 2015b) se realizó a partir de la versión original de Edvardsson, Fetherstonhaugh y Gibson (2010). Este cuestionario evalúa el grado de aplicación de ACP en centros gerontológicos y la fiabilidad, estimada mediante el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,89.

El formato de respuesta, al igual que el instrumento original, es una escala tipo Likert de cinco categorías y tiene los mismos 13

ítems relacionados con la ACP, en las dimensiones de cuidado personalizado, accesibilidad del espacio físico y apoyo de la organización.

Está dirigido a los profesionales que están al cuidado de las personas mayores, con una puntuación final entre 13 y 65 puntos, de menor a mayor grado de aplicación de ACP “1, totalmente en desacuerdo”, “2, en desacuerdo”, “3, ni en desacuerdo ni de acuerdo”, “4, de acuerdo” y “5, totalmente de acuerdo” (Martínez, 2015b) y se puede usar, tanto en residencias, como en centros de día, sustituyendo el término “residente” por el de “persona usuaria”.

### ***The Staff Assessment Person-directed Care, versión española (PDC)***

La versión española del PDC (Martínez, 2015b) tiene como objetivo evaluar el nivel de aplicación de cuidados desde la ACP y está dirigido a los profesionales de atención directa. Consta de 50 ítems, todos ellos dirigidos a profesionales de atención directa, en una escala tipo Likert de cinco categorías del 1 al 5 “1, muy pocas veces o ninguna”, “2, algunas veces”, “3, en torno a la mitad de las veces”, “4, la mayoría de las veces” y “5, todas o casi todas las veces”. Se obtiene una puntuación total, con un mínimo de 50 y una máxima de 250 puntos -a mayor puntuación obtenida, mayor grado de atención centrada en la persona- y se puede evaluar, de forma independiente,

cada dimensión. Estos ítems se clasifican en dos dimensiones, con cinco y tres subdimensiones respectivamente. La dimensión “atención dirigida a la persona”, con las cinco subdimensiones: uno, “autonomía”; dos, “perspectiva de la persona”; tres, “conocimiento de la persona”; cuatro, “bienestar en los cuidados” y cinco, “relaciones sociales” y la segunda dimensión “apoyo del entorno”, con las tres subdimensiones: uno, “ambiente personalizado”; dos, “profesionales de atención directa” y tres, “organización”.

Este instrumento se adaptó, para ser aplicado en centros de día. En este caso, se eliminaron tres ítems, porque se consideró no procedían, en este medio, por referirse al descanso nocturno, cuidados al final de la vida y ambiente de la propia habitación. La versión para residencias mantuvo los 50 ítems iniciales. La fiabilidad estimada mediante el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,98.

Se considera que, tanto el PDC como en el P-CAT, tienen las dimensiones adecuadas, según se contempla en las bases del MACP. Sin embargo, según concluye Martínez (2015b), los ítems están adaptados lingüísticamente, pero no lo suficiente a las características socioculturales de nuestro entorno, y se pueden añadir componentes, que permitan conocer y medir el desarrollo de la ACP en los distintos recursos asistenciales, tanto desde la visión de los

profesionales que participan de los cuidados, como desde la perspectiva de las propias personas y familiares que viven en los centros, ya que no podemos obviar que al ser un modelo de atención centrado en las personas, la opinión de estas últimas es imprescindible. No se han encontrado, en nuestro entorno, instrumentos dirigidos a las personas mayores que viven en los centros gerontológicos y a sus familiares, que permitan evaluar si los cuidados se aplican desde un enfoque de AGCP.

- Capítulo 5 -

# **Objetivos de la investigación**



En los últimos cincuenta años, los países más avanzados en políticas sociosanitarias, han optado por incorporar y aplicar el enfoque de la AGCP, como uno de los ejes centrales en la gestión de los recursos sociales y sanitarios. Fruto de la aplicación de este nuevo enfoque en nuestro contexto, se han adaptado y validado instrumentos que identifican el grado de aplicación del modelo, en los centros gerontológicos españoles (Martínez, 2015b). Estos instrumentos se centran, de forma exclusiva, en la opinión de los profesionales -sin recoger la percepción de otros colectivos implicados en los procesos asistenciales en los centros gerontológicos, como familiares y residentes-.

Teniendo en cuenta lo hasta ahora expuesto, este trabajo se plantea tres objetivos.

En primer lugar, elaborar un instrumento orientado a la evaluación del grado de aplicación del AGCP, adaptado a las características socioculturales del entorno (País Vasco) y que recoja la opinión de los tres colectivos implicados en el cuidado en los centros gerontológicos: profesionales, residentes y familiares. Este primer objetivo requiere comprobar la adecuación de los ítems, para evaluar las dimensiones de “cuidado personalizado” y “apoyo del entorno”, contempladas en la AGCP, y analizar la adecuación del vocabulario, para facilitar la cumplimentación por parte de los tres

colectivos implicados y evaluar las propiedades psicométricas del instrumento, aportando evidencias de validez, que garanticen su utilidad posterior, para la evaluación de la atención gerontológica centrada en la persona en los centros gerontológicos de Gipuzkoa.

En segundo lugar, comparar la valoración del grado de aplicación de la AGCP, entre profesionales, familiares y residentes de los centros gerontológicos.

En tercer lugar, analizar el grado de implantación de la AGCP, en los centros gerontológicos de Gipuzkoa.

- Capítulo 6 -

# Método



La elaboración del cuestionario MAGE se realizó en varias etapas -que incluían: en primer lugar, la elaboración y selección de ítems, mediante entrevistas personales y un grupo de trabajo; en segundo lugar, la valoración y selección de ítems, a través de un grupo de jueces expertos; en tercer lugar, el análisis y selección de ítems en un estudio piloto y en cuarto lugar, el análisis de pruebas psicométricas en un estudio de campo-, precisando, en cada una de estas fases, diferentes participantes e instrumentos.

## Participantes

### **Entrevistas**

Se realizaron entrevistas a 23 personas, relacionadas con los cuidados a mayores, pertenecientes a tres colectivos: profesionales, familiares y residentes. En cuanto a los profesionales, se entrevistaron a 10 expertos gerontólogos, que conocían el MAGCP -de los cuales dos eran enfermeras, uno médico, dos trabajadoras sociales, dos psicólogos, dos pedagogas y una socióloga-. Desarrollaban su trabajo, tanto en el ámbito asistencial, como de la docencia e investigación en España. La edad media fue  $\bar{x}=51,8$  años (DT=8,65) y siete eran mujeres y tres eran varones. En segundo lugar, se entrevistó a seis familiares de personas que vivían en centros gerontológicos -dos varones y cuatro mujeres-, con una edad media de  $\bar{x}=55,33$  años (DT=8,89). Finalmente, se entrevistó a siete

personas residentes de centros gerontológicos -un varón y seis mujeres-, con una edad media de  $\bar{x}=80,71$  años (DT=6,87).

### ***Grupo de trabajo***

El grupo de trabajo era un grupo multidisciplinar, formado por nueve profesionales de atención directa en Centros Gerontológicos de Matia Fundazioa en Gipuzkoa, conocedores del MAGCP, entre los que se encontraban una profesional de pedagogía, tres de psicología, una de trabajo social y cuatro de enfermería. Estaba formado por cinco mujeres y un varón, la edad media fue  $\bar{x}= 42,33$  (DT=6,78). Todos tenían más de cinco años de experiencia en atención directa en diversos centros gerontológicos de Gipuzkoa.

### ***Grupo de jueces expertos***

Para el grupo de jueces expertos, se seleccionó a seis profesionales, de los cuales uno era psicólogo, dos pedagogas, una antropóloga y dos enfermeras, con más de 10 años de experiencia en Gerontología y conocedores del MAGCP. Desarrollaban su actividad en la organización Matia Fundazioa, que tiene amplia experiencia en el cuidado a personas mayores y, en los últimos años, ha definido como reto nuclear el desarrollo e implantación del MAGCP. Su edad media fue  $\bar{x}=50,33$  (DT=7,71), cinco eran mujeres y uno varón.

### **Estudio piloto**

La muestra para el estudio piloto fue seleccionada *ad hoc* en dos centros gerontológicos de Gipuzkoa en Zumarraga y Bergara, ambos con gestión privada y plazas concertadas con la Diputación de Gipuzkoa.

Participaron un total de 78 personas, de las que 25 eran residentes, con una edad media de 85,24 años (DT=7,59); 18 eran familiares, con una edad media de 59,33 años (DT=8,74) y 35 eran profesionales de atención directa, con una edad media de 43,23 años (DT=9,8). La distribución del género y otras variables se pueden consultar en tabla 6.

**Tabla 6**

*Características de la muestra del estudio piloto*

			n	%	Edad	
					M	DT
	Género	Mujer	33	94,3		
		Varón	2	5,7		
		<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>		
<b>Profesionales</b>	Antigüedad en el centro	1 a 5 años	8	22,9	43,23	9,8
		6 a 10 años	12	34,3		
		>10 años	15	42,9		
		<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>		
<b>Residentes</b>	Género	Mujer	23	92		
		Varón	2	8		
		<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>		

		n	%	Edad	
				M	DT
Tiempo de estancia en el centro	<1 Año	4	16		
	1 a 2 años	6	24		
	3 a 4 años	5	20	85,24	7,59
	5 o mas	10	40		
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>		
Género	Mujer	15	83,3		
	Varón	3	16,7		
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>		
Familiares	Hija	10	55,6		
	Hermana	2	11,1	59,33	8,74
	Sobrina	3	16,7		
	Otros (amigos, pareja)	3	16,7		
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>		
<b>Total muestra</b>		<b>78</b>	<b>100</b>		

Nota: M=media; DT=desviación típica.

### ***Estudio de campo***

La muestra del estudio de campo estaba compuesta por los tres agentes implicados en el cuidado a las personas mayores, profesionales, familiares y las propias personas residentes de seis centros gerontológicos de Gipuzkoa: Bermingham Residencial de Donostia-Antiguo, Lamorous de Donostia-Intxaurren, Argixao de Zumarraga, Fraisoro de Zizurkil, Otezuri de Zumaia y Mizpirualde de Bergara.

Participaron centros situados tanto en medio urbano, como rural, y su tamaño oscilaba entre 51 y 150 plazas. Todos los centros tenían plazas concertadas con la Diputación de Gipuzkoa y cinco de ellos también contaban con plazas privadas. De estos seis centros, uno era de titularidad pública y gestión privada y cinco, de titularidad y gestión privada (Tabla 7).

De los seis centros participantes, dos llevaban cinco años de implantación del MAGCP y tres centros llevaban dos años, en todos los casos, de forma progresiva y organizada con un nivel de desarrollo dispar entre ellos. Un centro participante no reconocía la aplicación del MAGCP de una forma organizada o estructurada.

**Tabla 7**

*Tamaño de los centros y pertenencia/origen de las personas participantes*

		%
Plazas totales del centro	51 -100 plazas	43,4
	100 -150 plazas	56,6
Titularidad de centro	Pública	21,9
	Concertada	78,1
Entorno	Urbano	81,5
	Rural	18,5

Un elevado número de las personas participantes pertenecían a centros de tamaño grande, de entre 51 y 150 residentes y de 70 a 100 trabajadoras.

La mayoría de los centros tenía más de tres unidades convivenciales para personas con dependencia moderada-grave y contaban con unidad psico-geriátrica. En general, los centros contaban, aproximadamente, con la mitad de las habitaciones y baños individuales.

Respecto a las instalaciones de los centros, todos tenían servicio de enfermería, peluquería, podología, espacios comunes y apoyo de voluntariado, para el acompañamiento de las personas mayores; gran parte de ellos tenían jardines, gimnasio, lavandería, cocina, cafetería y gimnasio.

Del total de los centros, un 83,3% estaba en entorno urbano y un 16,7%, en un entorno rural. El 50% de los centros disponía de paradas de transporte urbano cerca del centro y el 33,3% tenía comercios en su proximidad. En el entorno del 83,3% de los centros, había parques y/o plazas.

Del total de la muestra participante (n=265), el 37,4% eran residentes (n=99) en estos centros gerontológicos; el 32,1%, familiares (n=85) y el 30,5%, profesionales de atención directa (n=81). La edad de los participantes oscilaba entre 21 y 101 años. La

distribución del género, localidad y grupo de participantes se puede consultar en la Tabla 8.

**Tabla 8**

*Características de la muestra del estudio de campo*

		n	%	Edad	
				M	DT
<b>Grupo participante</b>	Profesionales	81	30,5	41,74	9,64
	Residentes	99	37,4	85,27	6,69
	Familiares	85	32,1	57,51	9,64
	<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>100</b>	<b>63,06</b>	<b>20,11</b>
<b>Género</b>	Mujeres	212	80	61,87	21,05
	Varones	53	20	67,83	15,07
	<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>100</b>	<b>63,06</b>	<b>20,11</b>
<b>Localidad del centro</b>	Bergara	44	16,6	65,25	19,94
	Donostia-Ant.	22	8,3	72,82	48,29
	Donostia-Intx.	46	17,4	65,8	21,91
	Zizurkil	49	18,5	65,84	17,54
	Zumaia	36	13,6	63,25	20,35
	Zumarraga	68	25,6	54,56	18,89
	<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>100</b>	<b>63,06</b>	<b>20,11</b>

*Nota:* M=media; DT=desviación típica.

La edad media de los 81 profesionales, que participaron en el estudio, era de 41,74 años, oscilando entre 21 y 62 años. El 90,1% de las profesionales eran mujeres y el 9,9%, varones. El 44,5% de los profesionales trabajaba en Zumarraga; el 19,8%, en Bergara; el 12,3%, en Zumaia; el 12,3%, en Zizurkil; el 9,9%, en Donostia-Intxaurrenondo y el 1,2%, en Donostia-Antiguo. El 39,5% tenía más de

10 años de antigüedad en la organización, un 38,3% llevaba de seis a diez años trabajando en el centro, el 14,8% llevaba entre uno y cinco años y un 7,4% llevaba menos de un año en el centro (Tabla 9).

**Tabla 9**

*Características de la muestra de profesionales en el estudio de campo*

		n	%	Edad	
				M	DT
<b>Género</b>	Mujer	73	90,1	40,74	9,34
	Varón	8	9,9	50,88	7,72
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>41,74</b>	<b>9,65</b>
<b>Localidad del centro</b>	Bergara	16	19,8	46,75	10,23
	Donostia-Antig.	1	1,2	36,00	-
	Donostia-Intx.	8	9,9	33,25	8,60
	Zizurkil	10	12,3	43,90	8,25
	Zumaia	10	12,3	41,20	11,75
	Zumarraga	36	44,5	41,11	8,32
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>41,74</b>	<b>9,64</b>
<b>Antigüedad en la organización</b>	<1 año	6	7,4	32,83	9,85
	1 a 5 años	12	14,8	37,25	9,27
	6 a 10 años	31	38,3	40,26	7,94
	>10 años	32	39,5	46,53	9,16
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>41,74</b>	<b>9,64</b>

La edad media de las 99 personas residentes, que participaron en el estudio, era de 85,27 años y oscilaba entre 67 y 101 años. En cuanto al género, el 75,8% eran mujeres y el 24,2%, varones. El 21,2% de las residentes vivía en el centro situado en el

barrio de Intxaurreondo de Donostia; el 20,2%, en Zizurkil; el 18,2%, en Bergara; el 16,2%, en Zumaia; el 13,1%, Zumarraga y el 11,1%, en el barrio del Antiguo de Donostia. El 26,3% llevaba viviendo en el centro más de 5 años (Tabla 10).

**Tabla 10**

*Características de la muestra de residentes en el estudio de campo*

		n	%	Edad	
				M	DT
<b>Género</b>	Mujer	75	75,8	86,71	6,20
	Varón	24	24,2	80,79	6,24
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>85,27</b>	<b>6,69</b>
<b>Localidad del centro</b>	Bergara	18	18,2	86,06	7,11
	Donostia-Ant.	11	11,1	89,09	4,35
	Donostia-Intx.	21	21,2	86,86	4,09
	Zizurkil	20	20,2	82,85	7,86
	Zumaia	16	16,2	82,56	6,64
	Zumarraga	13	13,1	85,46	7,62
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>85,27</b>	<b>6,69</b>
<b>Tiempo que lleva viviendo en el centro</b>	<1 año	29	29,3	86,17	5,39
	1 a 2 años	22	22,2	86,27	7,83
	3 a 4 años	22	22,2	86,55	6,33
	5 años o más	26	26,3	82,35	6,73
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>85,27</b>	<b>6,69</b>

La edad media de los 85 familiares participantes era de 57,51 y estaba comprendida entre 37 y 84 años. Respecto al género, un 76,1% eran mujeres y un 23,9% eran varones. El 20% de las familiares acudían al centro gerontológico del barrio de Intxaurreondo

de Donostia; el 22,3%, a Zumarraga; el 22,3%, a Zizurkil y el 11,8%, a Zumaia, Bergara y barrio del Antiguo de Donostia, respectivamente. En cuanto al vínculo con la persona residente, el 72,9% eran hijos; el 11,8%, sobrinos; el 7,1%, hermanos; el 2,3%, cónyuge y el 5,9% tenía otro vínculo, como cuñado, amigo, etc. (Tabla 11).

**Tabla 11**

*Características de la muestra de familiares en el estudio de campo*

	n	%	Edad		
			M	DT	
<b>Género</b>	Mujer	64	75,3	56,86	7,87
	Varón	21	24,7	59,48	11,61
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>57,51</b>	<b>8,94</b>
<b>Centro</b>	Bergara	10	11,8	82,85	7,86
	Donostia-Ant.	10	11,8	58,60	7,78
	Donostia-Intx.	17	20	55,12	7,97
	Zizurkil	19	22,3	82,85	7,86
	Zumaia	10	11,8	54,40	10,38
	Zumarraga	19	22,3	58,89	9,12
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>57,51</b>	<b>8,94</b>
<b>Vínculo familiar</b>	Hijo	62	72,9	55,85	7,83
	Hermano	6	7,1	72,33	7,71
	Sobrino	10	11,8	72,33	7,71
	Cónyuge	2	2,3	62,50	12,02
	Otros	5	5,9	58,00	9,14
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>57,51</b>	<b>8,94</b>

## Instrumentos

Con el objetivo de elaborar y validar el cuestionario MAGE, se han utilizado diferentes instrumentos en cada caso. Para la elaboración y selección de los ítems, se utilizaron el *Staff Assessment Person Directed Care (PDC) versión española*, entrevistas semiestructuradas, un grupo de trabajo y el MAGE79 y el MAGE51. Para la validación del MAGE, se utilizó el *Staff Assessment Person-directed Care (PDC) versión española*; el MAGE32, el cuestionario *Burnout de Maslach (MBI)* y el cuestionario *Calidad de Vida profesional (CVP-35)*, las *láminas Cooperative World Organization of National Colleges Academies (COOPWONCA)* y la escala de *Satisfacción con la Vida (SWLS)*.

### **Instrumentos para la elaboración y selección de los ítems**

Para la elaboración y selección de ítems, se utilizaron los instrumentos *Staff Assessment Person Directed Care-PDC* (versión española), las entrevistas semiestructuradas y el grupo de trabajo.

**Staff Assessment Person Directed Care- PDC versión española.**

El PDC (Martínez, 2015b) mide el grado de aplicación del MAGCP en los centros gerontológicos. Sus características han sido explicadas en el capítulo cuatro de esta Tesis y su contenido completo se encuentra en el Anexo 1.

### **Entrevistas semiestructuradas.**

Estas entrevistas estaban dirigidas a profesionales de atención directa, expertos en gerontología, residentes y sus familiares. Contenían preguntas, orientadas a comprobar el conocimiento sobre la Atención Gerontológica Centrada en la Persona y descubrir los aspectos, que consideraban más importantes en los cuidados en los centros gerontológicos, desde esta visión. En la Tabla 12, se recogen las preguntas dirigidas a los profesionales, que fueron adaptadas a los colectivos de familiares y residentes, para facilitar su comprensión. En el Anexo 2, se puede consultar una transcripción de una de las entrevistas a una experta en Gerontología.

**Tabla 12**

#### *Guión de las entrevistas personales para profesionales*

- 
1. ¿Qué es para ti el MAGCP?
  2. ¿Cómo crees que hay que aplicar el MAGCP, en los centros gerontológicos?
  3. ¿Cómo crees que deben actuar los profesionales, para dar una AGCP en los centros gerontológicos?
  4. Según tu punto de vista, ¿cómo debe ser la formación de las personas, que trabajan en los centros gerontológicos, que cuidan desde una visión del MAGCP?
  5. ¿Cómo crees que debe ser la interacción social de las personas, que viven en los centros gerontológicos que cuidan desde una visión del MAGCP?
  6. ¿Cómo piensas, desde el punto de vista del MAGCP, que tiene que ser la relación de las personas, que viven en estos centros gerontológicos, con sus familiares y seres queridos?
  7. Según tu criterio, ¿cómo deben ser las residencias que trabajan con una AGCP?
  8. ¿Cómo piensas que debe ser la organización de un centro gerontológico, que trabaje desde el MAGCP?
-

### **Grupo de trabajo.**

En este grupo de trabajo, se recogió qué aspectos consideraban relevantes diferentes profesionales de atención directa, desde diferentes disciplinas implicadas en la atención a personas mayores y se hizo una revisión crítica del instrumento PDC (Martínez, 2015b), según se puede ver en la Tabla 13. Consultar el Anexo 3, para ver la sesión completa del grupo de trabajo.

### **Tabla 13**

#### *Guión del grupo de trabajo*

- 
1. Presentación del proyecto de investigación.
  2. Entrega del cuestionario PDC a cada miembro del grupo de trabajo.
  3. Lectura individual del cuestionario PDC.
  4. Debate sobre la idoneidad de los ítems propuestos desde el PDC y sus dimensiones.
  5. Nuevas propuestas de ítems relacionados con el MAGCP.
- 

### ***Instrumentos para analizar las propiedades psicométricas del cuestionario MAGE***

Para el análisis de validez del cuestionario MAGE, y en base a la teoría sobre AGCP, se definieron los distintos aspectos que se debe tener en cuenta, a la hora de aplicar el MAGCP. Estos aspectos implican a todos los agentes activos, en el contexto de los cuidados a personas mayores en centros gerontológicos, y se recogen con

instrumentos estandarizados y validados en profesionales y residentes (Tabla 14).

Para el análisis de validez convergente, se utilizaron los datos obtenidos de profesionales con el cuestionario MAGE32 y *Staff Assessment Person-directed Care (PDC)*; el análisis de validez predictiva en profesionales se realizó con la información recogida de los profesionales mediante el MAGE32, *Burnout de Maslach (MBI)* y el cuestionario *Calidad de Vida profesional (CVP-35)*; en residentes, se calculó la validez predictiva mediante los datos obtenidos en el MAGE32, *Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)*, *Láminas Cooperative World Organization of National Colleges Academies (COOPWONCA)* y *Satisfacción con la Vida (SWLS)*. Estos cuestionarios pueden verse en su totalidad en los Anexos 4, 5, 6 y 7, respectivamente.

**Tabla 14**

*Instrumentos para analizar la validez convergente y predictiva del MAGE32*

Dirigido a	Instrumentos	
<b>Profesionales</b>	PDC	Validez convergente
	MBI	Validez predictiva
<b>Residentes</b>	MEC	Validez predictiva
	CVP-35	
	COOP/WONCA	
	SWLS	

**Cuestionario para la evaluación del grado de implantación del Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGE).**

El cuestionario MAGE estaba formado por un número de ítems, que varió en función del momento del estudio en el que se encontraba: MAGE79; MAGE51 y MAGE32.

Estos ítems se respondían en una escala Likert de 5 categorías, de menor a mayor, acuerdo con el ítem propuesto: “1, totalmente en desacuerdo”; “2, en desacuerdo”; “3, ni en acuerdo ni en desacuerdo”; “4, de acuerdo” y “5, totalmente de acuerdo”. Estaba compuesto de dos dimensiones, “Cuidado Personalizado” y “Apoyo de Entorno”, las cuales a su vez estaban divididas en siete subdimensiones: “Conocimiento de la Persona”, “Bienestar de los Cuidados”, “Autonomía”, “Perspectiva de la Persona”, “Relaciones Sociales”, “Ambiente/Espacio para las Personas Residentes” y “Relación con la Comunidad”. Las definiciones de estas son las siguientes:

I.-Cuidado Personalizado. Se entiende como el cuidado que tiene en cuenta aquellos aspectos personales del residente, en lo referente a sus emociones, necesidades, intereses, cómo establece sus relaciones sociales con el resto de las personas residentes y profesionales del centro, así como los aspectos relacionados al

bienestar, comodidad, etc. Esta dimensión recoge las subdimensiones “Conocimiento de la Persona”, “Bienestar de los Cuidados”, “Autonomía”, “Perspectiva de la Persona” y “Relaciones Sociales”.

*A.-Conocimiento de la Persona.* Trata de evaluar si las cuidadoras conocen los valores de la persona residente, las necesidades, hábitos y actividades, que le generan bienestar en la vida cotidiana, y sus preferencias en los cuidados. Recoge el grado, en el que las profesionales del cuidado conocen las emociones de las personas mayores, para poder tomar decisiones adecuadas que aseguren su bienestar y evalúa, asimismo, el conocimiento que tienen las personas cuidadoras de las rutinas y actividades de la vida cotidiana, que le generan bienestar y tienen significado para la persona mayor, tanto actividades básicas de la vida diaria, como actividades de ocio.

*B.-Bienestar de los Cuidados.* Grado en el que la atención en el centro contempla, tanto las necesidades físicas, como las emocionales de la persona residente y si los cuidados personales se desarrollan desde buenas prácticas, basadas en la evidencia, donde se fomenta y mantiene la capacidad funcional, que permite el bienestar de la persona mayor.

*C.-Autonomía.* Mide si el centro acepta que la persona residente pueda tomar sus propias decisiones, hacer elecciones sobre aspectos relacionados con el autocuidado y las actividades que quiere realizar y le generan bienestar, lo que le permite tener control sobre los cuidados que recibe. Tiene en cuenta si se observa a la persona mayor, con el fin de conocer todo lo que puede hacer por sí sola y ayudarle solo en lo necesario para potenciar su autoestima.

*D.-Perspectiva de la Persona.* Evalúa el grado en el que el centro se reconoce y se respeta a cada persona residente como ser único, en el que la atención dispensada sitúa en el centro a las personas residentes- y si las profesionales se interesan o preguntan sobre lo que desean conseguir, si se fijan en sus capacidades y si mantienen con ellas conversaciones significativas, sobre temas ajenos a la rutina asistencial.

*E.-Relaciones Sociales.* Mide en qué medida se procura prevenir el aislamiento social, si se facilita la comunicación y si se favorecen las relaciones sociales, que puedan suponer un apoyo para la persona. Si mantiene contacto con algún grupo o actividad, favoreciendo actividades, tanto dentro como fuera del grupo familiar o de convivencia.

II.-Apoyo del Entorno. Se entienden como “Apoyo del Entorno” los aspectos que hacen referencia al espacio y ambiente físico, que

rodea al residente y su relación con la comunidad, para desarrollar una atención centrada en la persona. Esta dimensión recoge las subdimensiones “Ambiente/Espacio para Residentes” y “Relación con la Comunidad”.

*F.-Ambiente/Espacio para las Personas Residentes.* Evalúa en qué medida el espacio físico y las actividades están dirigidas a la persona residente para favorecer su autonomía en el desarrollo de actividades cotidianas, si el centro ofrece un ambiente hogareño y que la persona mayor pueda reconocer como propio y si se le permite acceder a espacios exteriores.

*G.-Relación con la Comunidad.* Ésta es una subdimensión nueva, en relación con la herramienta de referencia PDC validado al español por Martínez, (2015). Surge, tras las aportaciones recogidas por las personas entrevistadas y en las que existe un criterio común, al entender que éste es un aspecto importante, para tener en cuenta en la vida de las personas mayores. Valora el nivel de integración de la residencia y de la persona residente, como miembro activo de su municipio y comunidad, si se visibilizan las actividades del centro en la comunidad, a través de medios de información (redes sociales, prensa...), y si recibe la información de lo que sucede en el resto de la sociedad, así como el acceso a nuevas tecnologías.

La subdimensión “Relación con la Comunidad” está relacionada con el apoyo social, tal y como afirma Sarason (1974), donde el sentido de comunidad es la percepción subjetiva de pertenencia a un colectivo mayor, formado por relaciones de apoyo y confianza, que según Sánchez (2001), se complementa con la percepción de arraigo territorial. Hombrados y Gómez (1998) también explican los beneficios de la comunidad, por la unión social, el compromiso moral y la continuidad en el tiempo que implica, donde el sentimiento de pertenencia a una comunidad y su participación en ella, se entiende como un elemento positivo, dentro de la percepción de calidad de vida y desarrollo del proyecto de vida de la persona mayor, ambos elementos esenciales de la AGCP.

#### **Staff Assessment Person-Directed Care (PDC).**

El PDC (Martínez, 2015b) mide el nivel de aplicación del MAGCP en los centros residenciales y sus características fueron descritas en el capítulo cuatro de esta Tesis. Puede consultarse en el Anexo 1.

#### **Burnout de Maslach (MBI).**

El MBI (García, Herrero y León, 2007) evalúa el nivel de Burnout de los profesionales, en tres subdimensiones: “cansancio emocional”, referido al nivel de agotamiento físico y emocional, producido por excesiva carga laboral o alto nivel de frustración;

“despersonalización”, relacionado con la falta de empatía, que se puede tener debido a la cosificación de las personas cuidadas y al sentimiento de culpabilidad, y “realización personal en el trabajo”, que indica un alto nivel de empatía y eficacia en el cuidado a las personas, así como la percepción de que la labor realizada influye, positivamente, tanto en las personas que se cuidan, como en uno mismo. La consistencia interna es un Alfa de Cronbach 0,89 para la subdimensión “cansancio emocional”; 0,8, para la subdimensión “despersonalización” y 0,81, para la subdimensión “realización personal en el trabajo”. Consta de 22 ítems, en una escala Likert del 1 al 6, sobre los sentimientos y actitudes de la persona profesional hacia su trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Se puede consultar el inventario MBI en el Anexo 8.

### **Calidad de Vida Profesional de 35 ítems (CVP-35).**

El cuestionario CVP-35 (Rivera-Ávila et al., 2017) está dirigido a profesionales de los centros gerontológicos y realiza una medida multidimensional de la calidad de vida laboral profesional. Está validada con una fiabilidad interna Alfa de Cronbach 0,93 y consta de 35 preguntas, que se responden en una escala con una puntuación del 0 al 10, donde 1 y 2 es “nada”; 3, 4 y 5, “algo”; 6”, 7 y 8, “bastante” y 9 y 10 “mucho”. Sus ítems están agrupados, en tres grandes

subdimensiones: “percepción de la carga de trabajo”, hace referencia a la cantidad de trabajo, presión y falta de tiempo para la realización del mismo, conflictos con los compañeros de trabajo o incomodidad física, así como exceso de responsabilidad y alto nivel de estrés emocional; “percepción de apoyo directivo”, indica el nivel de satisfacción con el trabajo realizado, sueldo recibido, el apoyo de los jefes, así como sentirse escuchado y reconocido, con libertad de acción y decisión en el puesto de trabajo y “motivación intrínseca”, recoge aspectos, como las ganas de esforzarse, el apoyo familiar, la creatividad y el sentimiento de orgullo del trabajo realizado. Por último, el cuestionario añade 2 ítems, no englobados en ninguna categoría: “calidad de vida global” y “capacidad de desconexión, tras la jornada laboral”. Baja puntuación en la primera subescala y altas puntuaciones en el resto de los aspectos indican un alto nivel de calidad de vida profesional percibida. Se puede consultar el CVP-35 en el Anexo 9.

### **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).**

El cuestionario MEC (Lobo et al., 2001) es un instrumento, que permite la detección del deterioro de funciones cognoscitivas de las personas residentes, siendo cumplimentado por profesionales de psicología del centro. Presenta un coeficiente de fiabilidad de 0,64. Consta de 17 ítems, agrupados en cinco apartados, que comprueban

la orientación espacio-temporal, fijación de la memoria inmediata, concentración y cálculo, construcción espacial y recuerdo diferido y lenguaje. El resultado oscila de 0 a 35, donde, en personas mayores de 65 años, una puntuación de 23 o menos indica “deterioro cognitivo” y 24 o más indica “no deterioro cognitivo”. Se puede consultar este instrumento en el Anexo 10.

### **Láminas Cooperative World Organization of National Colleges Academies (COOP-WONCA).**

Las láminas COOP-WONCA (Lizán y Reig, 2002) son un instrumento validado al español con una fiabilidad Alfa de Cronbach 0,77, que recoge la percepción de calidad de vida que tienen las personas mayores, en relación con su estado de salud. El instrumento abarca un total de 9 láminas. Cada una de ellas consta de una cuestión, referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas. A menos puntuación obtenida, mejor calidad de vida percibida, donde 1 es “muy buena” percepción de calidad de vida; 2, “buena”; 3, “ni buena ni mala”; 4, “algo mala” y 5, “mala”. Se puede consultar el cuestionario Coop-Wonca en el Anexo 11.

### **Satisfacción con la Vida (SWLS).**

El cuestionario SWLS (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000) es un instrumento dirigido a las personas mayores y validado, con una fiabilidad interna Alfa de Cronbach 0,75 (Schulmeyer, 2017). Se

compone de 5 ítems, que evalúan la satisfacción con la vida actual. Es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilan del desacuerdo al acuerdo con la cuestión planteada. Una alta puntuación indicaba alta presencia de satisfacción con la vida, siendo 1, “muy en desacuerdo”; 2, en “desacuerdo”; 3, “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”; 4, “de acuerdo” y 5, “totalmente de acuerdo”. Se puede consultar la escala de Satisfacción con la Vida en el Anexo 12.

En los cuestionarios, también se recogen las variables sociodemográficas, de interés en cada caso, y que han sido expuestas más arriba: edad, genero, localidad, antigüedad en el centro en los profesionales o tiempo que llevan viviendo en el centro, en el caso de las personas residentes, y vínculo familiar, en el caso de los familiares.

### **Procedimiento**

Para la construcción del cuestionario MAGE, se han tenido en cuenta las recomendaciones, mencionadas por Muñiz (1996) y Fonseca-Pedrero y Muñiz (2019), para garantizar los criterios de calidad, requeridos en la construcción de instrumentos de medida y el proceso de validación, propuesto en los *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA/APA/NCME, 2014). Las primeras fases de contextualización, justificación y definición del objetivo del

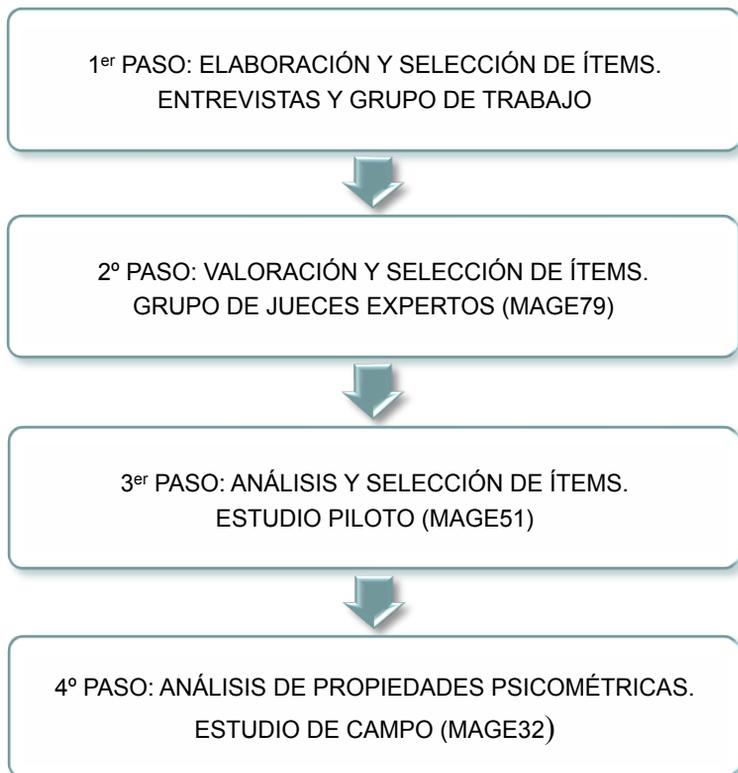
cuestionario MAGE han sido argumentadas, ampliamente, en los capítulos precedentes.

A continuación, se presenta el Gráfico 1, que resume el proceso de construcción del cuestionario.

### Gráfico 1

*Procedimiento general del proceso de desarrollo del cuestionario*

*MAGE*



### **1<sup>er</sup> Paso. Elaboración y selección de ítems. Entrevistas y grupo de trabajo**

La elaboración y selección de ítems se realizó, entre abril de 2015 y enero de 2016. El objetivo de esta fase era recoger información, para posteriormente enunciar una batería amplia de ítems, centrados en los aspectos principales del cuidado centrado en las personas, que fueran representativos del constructo que pretenden medir, relevantes para su medición y que presentaran claridad y sencillez para su comprensión, por parte de las personas a las que está dirigido, así como sencillez en su administración (Muñiz et al., 2005).

Para la elaboración de los ítems, se aplicó una metodología cualitativa, consistente en entrevistas y sesiones, con un grupo de trabajo implicado en el cuidado de las personas mayores y conocedoras del modelo teórico del MAGP. Las entrevistas y los grupos de trabajo y expertos fueron organizadas y realizadas por la investigadora de este estudio.

El objetivo de las entrevistas era acordar los aspectos que se consideran más importantes en los cuidados de las personas mayores en los centros gerontológicos, desde la visión del cuidado centrado en la persona. Las preguntas se adaptaron a cada colectivo entrevistado, profesionales, familiares y residentes. En el caso de las

personas participantes en el grupo de trabajo, se les pidió que valorasen en qué grado los ítems del cuestionario PDC (cuestionario de referencia) recogían los aspectos, que se deben tener en cuenta para el cuidado de las personas residentes, desde la perspectiva del cuidado centrado en la persona.

En la elaboración de los ítems, además de las directrices compendiadas, que han ido apareciendo en la literatura (Nunnally y Berstein, 1995; Haladyna, 2004; Moreno, Martínez y Muñiz, 2004; Haladyna, Downing y Rodríguez, 2002), se tuvo en cuenta el marco teórico, los cuestionarios nacionales e internacionales existentes más aceptados o utilizados, en distintos contextos culturales y países, así como el grupo social al que estaba dirigido. En cuanto a los instrumentos, se consideró el cuestionario The Staff Assessment Person-Directed Care-PDC (Martínez, 2015b), por recoger las dimensiones que plantea el MAGCP y la posibilidad de analizar, de forma independiente, las subdimensiones en las que se dividen y ya descritas. Con toda la información teórica y la recogida en la fase anterior, se seleccionaron los ítems del PDC, que los participantes valoraron como adecuados para evaluar las facetas, que implican los cuidados centrados en la persona. Por otro lado, se redactaron nuevos ítems, que recogían aspectos relacionados con la AGCP, que

no contemplaba el PDC. Finalmente, con los ítems obtenidos, se configuró la primera versión del cuestionario MAGE, con 79 ítems.

### **2º Paso. Valoración y selección de ítems. Grupo de jueces expertos**

La valoración y selección de ítems se llevó a cabo en agosto de 2016, mediante la evaluación del MAGE79, por un grupo de jueces expertos. Previamente, se les explicó el proyecto de investigación y objetivos y se les solicitó su consentimiento, para participar en la investigación. Posteriormente, se entregó a cada participante un ejemplar de MAGE79, que contenía los ítems agrupados en las dimensiones y subdimensiones teóricas, junto a una breve explicación del significado y contenido de cada una. La tarea para realizar consistía en valorar de 1 a 5 el grado de acuerdo de cada ítem, con las dimensiones y subdimensiones sugeridas. La tarea era individual. También manifestaron, verbalmente, el acuerdo con las definiciones de las dimensiones presentadas en el cuestionario. De este proceso, se obtuvo un cuestionario MAGE, con 51 ítems.

### **3º Paso. Análisis y selección de ítems. Estudio piloto**

Se hizo un estudio piloto, con el cuestionario MAGE51. Para acceder a las personas participantes, se contactó, en julio de 2017, con dos centros gerontológicos de Gipuzkoa, a través de un email, en el que se explicaban los objetivos de la investigación y se solicitaba

su colaboración, para poder acceder a residentes, profesionales y familiares.

Antes de cumplimentar el cuestionario, se expusieron los objetivos de la investigación, al grupo de profesionales, y se les solicitó su participación. Al grupo de residentes, fue el personal del centro el encargado de la administración del cuestionario y de pedirles su colaboración y explicarles el objetivo de las preguntas. En el caso de familiares, la dirección del centro facilitó, a la persona investigadora, el contacto con el familiar o familiares de referencia de cada residente del centro. En este caso, vía telefónica, se informó a cada familiar del propósito y objetivo del estudio. A las personas que aceptaron participar, se les dejó preparado, en el centro, un sobre con el cuestionario, para su cumplimentación y posterior entrega en el mismo centro.

Esta fase permitió, atendiendo a los resultados obtenidos, mejorar la redacción de los ítems, rechazar los que no cumplían con los criterios estadísticos y sustantivos marcados y retener aquellos que sí cumplían, con los criterios establecidos de capacidad de discriminación y consistencia interna. Se obtuvo un cuestionario MAGE, con 32 ítems.

#### **4º Paso. Análisis de propiedades psicométricas. Estudio de campo**

Se realizó un estudio de campo, en el que se utilizó el cuestionario MAGE32. Para la muestra de investigación, se enviaron emails a 60 residencias gerontológicas de Gipuzkoa, con información y objetivos del estudio. Con las residencias que aceptaron participar, se procedió, tanto para informar a los participantes, como para la recogida de datos, de la misma manera que en el estudio piloto. La recogida de datos se realizó, entre diciembre de 2017 y marzo de 2018.

En el estudio de campo, el cuestionario MAGE32 constaba de dos partes: la primera recogía las instrucciones y los ítems y en la segunda parte, se aglutinaban una serie de variables sociodemográficas y características personales (edad, género, estado civil, relación con el residente, etc.), adaptada a cada uno de los grupos, implicados en el cuidado de las personas mayores. La muestra de interés se seleccionó *ad hoc*, entre residentes y profesionales de los centros gerontológicos y familiares de las personas residentes. Una vez aplicado el cuestionario, se comprobaron las propiedades psicométricas de las puntuaciones recogidas: análisis de ítems, estimación de la fiabilidad de las

puntuaciones, dimensionalidad y obtención de evidencias de validez convergente y discriminante.

La participación de las personas integrantes de la muestra fue voluntaria y consentida. Asimismo, se aseguró, en todos los casos, el anonimato. Las personas participantes no recibieron ninguna clase de compensación por su participación y, en todos los casos, firmaron un consentimiento informado, siguiendo las normas éticas para las investigaciones relacionadas con seres humanos, tal y como se recoge en el capítulo IV del Código Deontológico de Psicólogos de Gipuzkoa del 6 de marzo de 2010, según adaptación del Colegio De Psicólogos - CDP a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y los principios éticos de los profesionales de la psicología y código de conducta de American Psychological Association (APA) (2010). El documento de consentimiento informado se puede consultar en el Anexo 13.

Los criterios de inclusión, tanto para el estudio piloto, como para el estudio de campo fueron los siguientes:

- Ser personal activo en el centro, en el momento de la recogida de datos, en el caso de profesionales.

- Residir en el centro gerontológico, independientemente de la duración y motivo del ingreso, en el caso de residentes.
- Ser familiar o allegado de una persona residente del centro, en el que se realiza la recogida de datos, en el caso de familiares.
- La capacidad de comprensión y/o respuesta de los ítems, en el caso de residentes.
- La voluntariedad en la participación del estudio, tanto de los centros, como de residentes y profesionales.

## **Análisis**

### ***Grupo de expertos***

El grupo de jueces expertos realizó la valoración cualitativa de la adecuación de los ítems del cuestionario MAGE79, obtenidos a partir de las entrevistas y del grupo de trabajo. A partir de los datos recogidos, se realizó la valoración cuantitativa, mediante la aplicación de la prueba V de Aiken, para evaluar la relevancia de cada ítem a su constructo y el grado de acuerdo, entre el grupo de jueces expertos (Escurra, 1988; Pedrosa, Suárez-Alvárez y García-Cueto, 2013). Se eliminaron aquellos ítems, con un valor en el índice inferior a 0,6. Se tuvieron en cuenta aportaciones sobre la redacción de los ítems, dificultad de comprensión y subjetividad a la hora de responderlos.

### ***Estudio piloto***

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems del cuestionario MAGE51: media, desviación típica, simetría, curtosis y depuración de ítems, teniendo en cuenta la correlación corregida ítem test total y consistencia interna. El criterio para la eliminación de los ítems fue un índice de discriminación inferior a 0,25, para obtener una alta consistencia interna.

### ***Estudio de campo***

La evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario se realizó, desde el enfoque de la Teoría Clásica de los Test.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los ítems y, posteriormente, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), para detectar aquellos ítems de cuestionario MAGE32 que mejor contribuían a la medición de las dimensiones, aportaban mayor consistencia al instrumento y extraer la estructura factorial (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Báez et al., 2014; Ferrando, 2014). Antes de realizar el AFE, tal y como sugieren Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010), se comprobó si existían correlaciones significativas entre las variables y si el modelo factorial era pertinente. Los indicadores utilizados fueron el test de esfericidad de Bartlett, que permite rechazar la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones sea una

matriz identidad, lo que indicaría que los ítems son independientes y no tendría sentido realizar el análisis factorial y el índice de Kaiser-Mayer Oklin (KMO) (Kaiser, 1970). La matriz de correlaciones será aceptable para la interpretación de los resultados, si el índice alcanza valor superior a 0,80 y muy buena, si es superior a 0,90 (Kline, 2000; Martínez-Arias et al., 2006).

Se analizó la frecuencia de respuesta a los ítems, con cuatro categorías de respuesta del cuestionario MAGE, con la muestra total de participantes en el estudio de investigación, para detectar posibles categorías de respuesta elegidas, en proporción inferior al 10% o no ser elegida.

Se realizó el AFE, para la extracción de factores en dos ocasiones. En primer lugar, con el programa Factor Analysis, utilizando el método Unweighted Least Squares (ULS), para datos categóricos y rotación promax (Ferrando, 1993), para conseguir la solución con la mejor estructura simple, que permita la correlación entre factores. Y en segundo lugar, con el programa Mplus, con la rotación oblicua Geomin. Para la asignación de los ítems a los factores, se tuvo en cuenta la coherencia del contenido de los ítems, con el concepto que se pretendía evaluar.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio, aplicando el Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM en sus siglas en

inglés), en la muestra de investigación y en los tres subgrupos de familiares, residentes y profesionales, por ser menos restrictivos en la igualdad de las cargas factoriales (Asparouhov y Muthen, 2009). Este modelo presenta la particularidad de ser más flexible que al Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). En el modelo de AFC, en la rotación de la matriz factorial, las cargas de los factores están restringidas a cero, por lo que resulta más difícil el ajuste del modelo y poner de manifiesto la relación existente entre los ítems, cuando está apoyada por una teoría substantiva. El procedimiento ESEM combina el análisis factorial exploratorio con rotaciones factoriales, con las ventajas del análisis factorial confirmatorio, en el marco del modelo de las ecuaciones estructurales (ESEM), lo que permite estimar los parámetros del modelo de medida (pesos factoriales, interceptos y la unicidad o residuales de los ítems) y los parámetros del modelo estructural (las medias y varianzas de las variables latentes y las covarianzas entre las variables latentes). Esta estrategia ha demostrado, en investigaciones basadas en simulación y en investigaciones empíricas, ser superior a los modelos de AFC y, además, tiene la posibilidad de analizar estructuras complejas, con modelos longitudinales y modelos multigrupo (Marsh et al., 2009; Marsh et al., 2020).

Por tratarse de ítems categóricos ordenados, se aplicó el estimador el WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted) (Muthén, Du Toit y Spisic, 1997), que también tiene la ventaja de ser más seguro en muestras pequeñas (Brown, 2006). Este estimador está implementado en el programa Mplus, en el que la rotación por defecto es Geomin.

También, se estimó la consistencia interna, mediante el coeficiente omega ( $\omega$ ) para datos ordinales, como sugieren distintos autores McDonald (1999), Elosua (2005), Viladrich, Angulo-Brunert y Doval (2017). El coeficiente omega refleja el verdadero nivel de fiabilidad en variables categóricas, sin depender del número de ítems. En cambio, el coeficiente alfa ofrece una estimación objetiva de la fiabilidad, cuando los pesos del factor común sobre las variables son iguales; es decir, cuando las medidas son equivalentes (Novick y Lewis, 1967).

Para la evaluación del ajuste de los modelos AFE y ESEM, se tienen en cuenta numerosos índices de ajuste (Schreiber, Nora, Stage, Barlow y King, 2006). Aquí se tendrán en cuenta los índices que ofrece el programa Mplus. El más popular es  $\chi^2$ , pero es conocida su sensibilidad al tamaño de la muestra. Es por lo que los más utilizados en las publicaciones y recomendados por distintos autores son el *Comparative Fix Index* (por sus siglas en inglés CFI), el índice

*Tucker-Lewis Index* (por sus siglas en inglés TLI). Para ambos, se recomienda un valor igual o superior a 0,95 (Hu y Bentler, 1999), para asegurar un adecuado ajuste. Asimismo, se tienen en cuenta *Root-Mean Square-Error of Approximation* (en sus siglas en inglés RMSEA), para datos categóricos se recomienda un valor inferior a 0,06 con un intervalo de confianza. (Hu y Bentler, 1999; Schreiber, Nora, Stage et al., 2006).

Para obtener evidencias de validez se comparó el instrumento MAGE32, con otros instrumentos ya validados que evalúan aspectos relacionados con la AGCP.

Se correlacionó con *The Staff Assessment Person Directed Care- PDC* (versión española), para comprobar la validez convergente (Campbell y Fiske, 1959), ya que ambos evalúan la aplicación de la AGCP en centros residenciales.

La validez predictiva se comprobó en la muestra de profesionales, mediante la correlación entre las puntuaciones obtenidas con el cuestionario MAGE32, con las puntuaciones del *Burnout de Maslach* (MBI) y *Calidad de Vida Profesional* (CVP35). Se analizó también la correlación entre las puntuaciones obtenidas con la muestra de residentes del MAGE32, con las puntuaciones recogidas en las *Láminas Cooperative World Organization of National Colleges Academies* (COOP-WONCA), que evalúan la calidad de vida en

residentes, la escala Satisfacción con la Vida (SWLS) y el *Mini Examen Cognoscitivo de Lobo* (MEC), que evalúa la capacidad mental.

Por último, se analizó la capacidad de discriminación del cuestionario, entre los subgrupos familiares, profesionales y residentes y cada una de las dimensiones del cuestionario MAGE32, mediante el modelo lineal univariante ANOVA. Para las comparaciones entre pares de grupos, se utilizó la corrección de Tukey. Se estimó el tamaño del efecto según Cohen (1992).

Los análisis se realizaron, con los programas Microsoft Excel 2010, IBM SPSS v.22, Factor Analysis v.10 y Mplus.





- Capítulo 7 -

CONFIDENCIAL

# Resultados

- Capítulo 8 -

CONFIDENCIAL

**Discusión general,  
conclusiones y  
propuesta de  
investigación  
futura**

The background features a light, textured green color with several large, overlapping, organic teal shapes. In the upper right corner, there is a cluster of small, dark teal speckles. The overall aesthetic is modern and artistic.

# Referencias



AERA/APA/NCME. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education.

Aguilar, J.M., Álvarez, J., Lorenzo, J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. N°1-Vol. 4, 2011. ISSN: 0214-9877. [http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD\\_010423\\_161-168.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_161-168.pdf)

Alarcón, S. (2016). *Neurovida Multiespacio de Terapia y Convivencia Buenas Prácticas. Modelo y ambiente*. <http://www.fundacionpilares.org>

Alarcón, T. (2001) Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI. ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia>

Alzheimer Catalunya en español (2009a). *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*.

Alzheimer Catalunya en español (2009b). *Dementia Care Mapping. Manual del usuario*.

Argoud, D. (2010). Approche historique des dispositifs gérontologiques en France. *Gérontologie et société*. Vol. 33. N° 132. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-1-page-103.htm#>

American Psychological Association-APA (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct American Psychological Association*.

American Psychological Association-APA (2020). *Publications Manual of the American Psychological Association*.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*. Resolución 46/91. <http://www.vejezyvida.com/principios-a-favor-de-la-tercera-edad/>

Ashburner, C., Meyer, J., Johnson, B. y Smith, C. (2004). *Using action research to address loss of personhood in a continuing care setting*. *Illn Crises Loss*, 12. <https://dx.doi.org/10.2147%2FCIA.S38589>

Asparouhov, T. y Muthén, B. (2009). *Exploratory structural equation modelling*. *Structural Equation Modeling*. (pp. 397-438).

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychotema*, 12.

<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7597>

Ávila, F.M (2010). *Definición y objetivos de la geriatría*. Vol. V Número 2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>

Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. En Baltes PB y Baltes MM (ed). *Successful Aging: Perspectives from behavioural sciences*. Cambridge. Cambridge University.

Barenys, M.P. (1992) Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Revista de Sociología. Papers*, 40. <https://www.siiis.net/documentos/ficha/53021.pdf>

Belenger, MV., Aliaga, F. (2005). Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. *Rev. Rol de Enfermería*, 23. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004)

Berkhout, A.J.M, Boumans, N.P.G., Nijhuis, F.N., Van Breukelen, G.P.J. y Abu- Saad, H.H. (2003). *Effects of resident-oriented care on job characteristics of nursing caregivers*. *Work Stress*, 17. <https://doi.org/10.1080/02678370310001647645>

Bergland Å., Kirkevold M y Edvardsson D. (2006). Psychometric properties of the Norwegian questionnaire on person-centered climate from the context of a nursing home. *Journal of Caring Sciences*, N.º 26. [https://doi/ 10.1111 / j.1471-6712.2012.00979.x](https://doi/10.1111/j.1471-6712.2012.00979.x)

Bergland Å., Hofoss D., Kirkevold M., Vassbø T y Edvardsson D. (2014). Room climate focused on the person as experienced by mentally lucid residents in long-term care facilities. *J. Clinical Nursing*, Vol. 24. [https://doi/ 10.1111 / jocn.12614](https://doi/10.1111/jocn.12614).

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the Basics: Effects of the Eden Alternative Model on Quality of Life Issues. *Journal of Gerontological Nursing*; 30(6). <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20040601-07>

Betancor, J.T. (1995). El Testamento vital. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. Eguzkilore* (9): 97-112.

Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J. y Pot, A. (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. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/working-in-group-living-homes-for-older-people-with-dementia-the-effects-on-job-satisfaction-and->

burnout-and-the-role-of-job-  
characteristics/8E54D3DB88FD18DE5EAD17D763D9189F

Boscart, M., Davey, M., Ploeg, J., Heckman, G., Dulpus, S., Sheiban, L., Luh Kin, J., Brown, P y Sideni, S. (2018). Psychometric Evaluation of the Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC) Survey for Long-Term Care Homes. *Healthcare*. V.6 (2). [https://doi/ 10.3390 / healthcare6020059](https://doi/10.3390/healthcare6020059)

Boumans, N., Berkhout, A. y Landeweerd, A. (2005). *Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care*. *Scand J Caring Sci*, 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16101852>

Bourdelaís, P., Gourdon, V. y Viret, J.L. (2006). La vieillesse en France, XVII-XX siècles. Parmi les réglementations familiales, les représentations sociales et les intérêts scientifiques et politiques. *SEMATA, Sciences sociales et humaines*, ISSN 1137-9669, vol. 18. [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4555/pg\\_031060\\_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4555/pg_031060_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T. y Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long- term Care. A practical guide to transformation*. <http://www.nhqualitycampaing.org>

Bowman, C.S., y Schoeneman, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool.*

<http://www.artifactsofculturechange.org/Data/Documents/artifacts.pdf>

Brawley, E.C. (2006). *Design innovations for aging and Alzheimer.* New Jersey: John Wiley & Sons.

Bradford Dementia Group (2005) (8ª Ed.) *Care Mapping DCM 8.* University of Bradford.

Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research.* New York: Guilford.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema? (pp. 233-246). J. Buendía (ed): *Gerontología y salud: Perspectivas actuales.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Burgueño, A.A. (2004). Guía para personas mayores y familiares. *Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer.* Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores y Fundación Iberdrola.  
<http://ceoma.org/>

- Campbell, D.T. y Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56 81-105.
- Canga, A., Vivar, C.G. y Naval, C. (2011). *Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 34(3).  
<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>
- Canga, N. y Esandi, A. (2016). Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. *Atención Primaria*; 48(4). Doi: 10.1016/j.aprim.2015.11.006
- Gaugler, J.E., Hobday, J.V. y Savik, K. (2013). *The CARES® Observational Tool: A Valid and Reliable Instrument to Assess Person-Centered Dementia Care*. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.01.002
- Carp, F.M. y Carp, A. (1982). Perceived environmental quality of neighborhoods: Development of assessment scales and their relation to age and gender. *Journal of Environmental Psychology*. Vol 2. Issue 4. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(82\)80029-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(82)80029-7)
- Casas, J., Repullo, J.R., Lorenzo, S., Cañas, J.J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales

sanitarios. *Revista de administración sanitaria*. Vol VI. Número 23.

[http://scholar.google.es/scholar\\_url?url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FSusana\\_Lorenzo%2Fpublication%2F237316492\\_Dimensiones\\_y\\_medicion\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_laboral\\_en\\_profesionales\\_sanitarios%2Flinks%2F574e8f6e08ae8bc5d15c02ca.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=1&d=11779068216081150296&ei=SnqiW5aEKZKGmwHnyqYo&scisig=AAGBfm0MN8yr5Jke\\_Tu-9F0-\\_Lep7b46SA&nossl=1&ws=911x433](http://scholar.google.es/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FSusana_Lorenzo%2Fpublication%2F237316492_Dimensiones_y_medicion_de_la_calidad_de_vida_laboral_en_profesionales_sanitarios%2Flinks%2F574e8f6e08ae8bc5d15c02ca.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=1&d=11779068216081150296&ei=SnqiW5aEKZKGmwHnyqYo&scisig=AAGBfm0MN8yr5Jke_Tu-9F0-_Lep7b46SA&nossl=1&ws=911x433)

Castells, I, (2016). El sentido de comunidad y el apoyo informal en las personas mayores. El caso de Teulada-Moraira. (Trabajo final de Máster en Intervención y Mediación Familiar. Universitat Jaume I).

[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/164043/TFM\\_2016\\_CastellsFerrerIsabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/164043/TFM_2016_CastellsFerrerIsabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Center for Excellence in Assisted Living. (2011). The Person-centered Care Domains of practice. <http://www.theceal.org>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, Vol. 112. No.1,155-15.

<https://www.ime.usp.br/~abe/lista/pdfn45sGokvRe.pdf>

Collins, J.H. (2009). *The personcentered way*.

Congreso Envejecimiento. La investigación en España y Europa (2011).

*Envejecimiento*. La investigación en España y Europa.

[http://digital.csic.es/bitstream/10261/76083/1/REGG\\_Ageing\\_2012.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/76083/1/REGG_Ageing_2012.pdf)

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 clusterrandomised trial. *The Lancet Neurology*, 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19282246>

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

Coleman M. T., Looney, S., O'Brien, J. et al. (2002). The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation. *Journal Gerontology a Biological Sciences Med Sci*, 57.

Cordero, G., Gálvez, F. (2017). *El maltrato a las personas mayores. Nuevas manifestaciones*.

[http://scholar.google.es/scholar\\_url?url=http%3A%2F%2Fgeronte.pt%2Fpdf%2Fmartin.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=3&d=10683529734421987868&ei=xSKhW7b1FZSwmgGJ4b](http://scholar.google.es/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fgeronte.pt%2Fpdf%2Fmartin.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=3&d=10683529734421987868&ei=xSKhW7b1FZSwmgGJ4b)

OoBQ&scisig=AAGBfm0XN4VRHTyWVbLGS4vH25dq0uRYE  
g&nossl=1&ws=1242x591

Cribier, F. (2007). Rapport par Élise Feller. Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. *Des personnes âgées aux retraités, 2005.*

The Social Movement, No. 221. <http://mouvement-social.univ-paris1.fr/document.php?id=541>.

Croucher, K., Hicks, L. y Jackson, K. (2006). Housing with care for later life. *A Literature Review*. Joseph Rowntree Foundation.

Davey, A., Malmberg, B. y Sundström, G. (2014). Aging in Sweden: local variation, local control. *The gerontologist*, Vol. 54.

N.º 4. Consultado el 19 de abril de 2019. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt124>

De La Poza, J. (1998). Satisfacción, clima y calidad de vida laboral. En A. Rodríguez (Coord.). *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (pp. 259-272). Pirámide.

De Las Heras, B., García, E. (2017). *Aplicación del modelo de ocupación humana en personas con daño cerebral adquirido: una perspectiva de trabajo en grupo.*

<https://terapiaocupacional50.files.wordpress.com/2007/11/aplicacion-del-moho-en-personas-con-dano-cerebral-adquirido.pdf>

Del Barrio, E. y Sancho, M. (2009). Proyecto red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. *Boletín sobre*

*envejecimiento*. N.º 39. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm39.pdf>

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. Department of Health and Family Services. Division of Disability and Elder Services.

Díaz-Veiga, P., Sancho, M. (2012). *Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa*. Informes Portal Mayores, N.º 132.

Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza C., Orbegozo, A, y Yangüas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEGG.

Díaz-Veiga, P. (2018). *La atención centrada en la persona es algo más que un eslogan publicitario*. Diario Vasco del 26 de junio

de 2018. <https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/pura-diaz-veiga-directora-fundacion-matia-ancianos-gipuzkoa-20180626003101-ntvo.html>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985).

The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/review.html>

Dow, B., Haralambous, B., Bremner, F., Fearn, M. (2006). *What is*

*person-centred health care? A literature reviews*. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services and National Ageing Research Institute.

Eden Alternative. (2017). *Heat surveys*. Eden Alternative.

<https://www.edenalt.org/resources/warmth-surveys/>

Edelman, P., Kuhn, D. y Fulton, B. R. (2004). *Influence of cognitive*

*impairment, functional impairment, and care setting on dementia care mapping results*. *Envejecimiento y salud mental*, Vol.8. <https://doi.org/10.1080/13607860412331303801>

Edwardsson, D., Sandman, P.O., y Rasmussen, B. (2005). Sensing

an atmosphere of easy-a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciencies*, 19, 344-535.

Edwardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Gibson, S. (2010).

Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT). *International Psychogeriatrics*, 22, pp. 101-108.

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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576607>

El Bihan-Youinou, B. (2010). La prise en charge des personnes âgées

dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? *Informations Sociales* N.º 157. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-124.htm>

Elosua, P. (2005). Evaluación progresiva de la invarianza factorial

entre las versiones original y adaptada de una escala de autoconcepto. *Psicothema*. Vol. 17, N.º 2, (pp. 356-362). Universidad de Oviedo. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3112>

Elosua, P. y Zumbo, B.D. (2008). Coeficientes de fiabilidad

para escalas de respuesta categórica ordenada.

*Psicothema* Vol. 20, nº 4, pp. 896-901.

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3572>

Esandi, N., Canga, A. (2016). Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer. Family systems approach: a framework for Alzheimer's disease care. *Gerokomos*. 2016;27.

<https://www.researchgate.net/publication/305768572/download>

Escurrea Mayaute, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista De Psicología*, 6(1-2), 103-111.

Esparza, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores*, Nº 108.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>

Feller, E. (2005). Histoire de la vieillesse en France 1900-1960. Pag 108 a109. Paris, Seli Arslan.

Fernández, A., Zabala, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento de la población: hechos y proyecciones*. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed.), *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología* (pp. 41-58). Editorial Pirámide. Grupo Anaya.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón M.D., López Bravo, M.D., Molina Martínez, M.A., Díez Nicolás, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010. Vol. 22, N.º 4. [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. y Díaz, P. (1992), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Envejecimiento saludable*. Congreso sobre Envejecimiento: La investigación en España.

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M., Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es)

Ferrando, P.J. (1993). *Introducción al análisis factorial*. Barcelona: PPU.

Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.

- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2014). *Exploratory item factor analysis: Some additional considerations*. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175. D.
- Fonseca-Pedrero, E. y Muñiz, J. (2017). *Quinta evaluación de tests editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro*. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 38(3), pp. 161-168  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2844>
- Fossey, J., Lee, L. y 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. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11136-007-9203-7>
- Fundación Cuidados Dignos (2018). *Norma Libera-Care*.  
<http://www.cuidadosdignos.org/>
- Gadermann, A.M., Guhn, M. y Zumbo, B.D. (2012). *Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide*.  
[https://www.researchgate.net/publication/236605201\\_Estimating\\_ordinal\\_reliability\\_for\\_Likertype\\_and\\_ordinal\\_item\\_response\\_data\\_A\\_conceptual\\_empirical\\_and\\_practical\\_guide](https://www.researchgate.net/publication/236605201_Estimating_ordinal_reliability_for_Likertype_and_ordinal_item_response_data_A_conceptual_empirical_and_practical_guide)
- García, A (2013). *Desarrollo de un instrumento de observación para el estudio de los problemas de conducta en personas mayores*

*institucionalizadas*. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Ciencia de la Conducta).

[https://www.researchgate.net/publication/301695461\\_DESARROLLO\\_DE\\_UN\\_INSTRUMENTO\\_DE\\_OBSERVACION\\_PARA\\_EL\\_ESTUDIO\\_DE\\_LOS\\_PROBLEMAS\\_DE\\_CONDUCTA\\_EN\\_PERSONAS\\_MAYORES\\_INSTITUCIONALIZADAS](https://www.researchgate.net/publication/301695461_DESARROLLO_DE_UN_INSTRUMENTO_DE_OBSERVACION_PARA_EL_ESTUDIO_DE_LOS_PROBLEMAS_DE_CONDUCTA_EN_PERSONAS_MAYORES_INSTITUCIONALIZADAS)

García, J.M, Herrero, S. y León J.L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

*Apuntes de Psicología*, Vol. 25, N.º 2.

[http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25\\_2\\_4.p](http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25_2_4.p)

George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference*. Belmont, USA : Wadsworth Publishing Company.

Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørli, V. y Norberg, A. (2006).

*Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire*. *Nursing Ethics*, 13.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17193804>

Grant, L. A. (2008). *Cultural change in a chain of for-profit nursing homes: an evaluation*. The Commonwealth Fund.

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund->

reports/2008/feb/culture-change-in-a-for-profit-nursing-home-chain--an-evaluation

González-Blasco, P. (2004). *Los cuatro pilares de la medicina familiar. Four basic principles in Family Medicine*. Archivos en medicina familiar, Vol. 6, Núm. 2. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf042b.pdf>

Haight, B.K. y Webster, J. (1995). *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications*. Taylor & Francis.

Hair, J.F.J., Black, W., Babin, B.J. y Anderson, R.E. (2001). *Multivariate Data Analysis*. [https://www.researchgate.net/publication/234021554\\_Multivariate\\_Data\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/234021554_Multivariate_Data_Analysis)

Haladyna, T. M. (2004). *Developing and Validating Multiple-Choice Test Items*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Haladyna, T.M., Downing, S.M. y Rodríguez, M.C. (2002). A Review of Multiple-Choice Item-Writing Guidelines for Classroom Assessment. *Applied measurement in education*, 15(3), 309-334. [https://sites.educ.ualberta.ca/staff/ldelia/M%27Choice%27Tests=Haladyna\\_Guidelines\\_AME\\_2002.pdf](https://sites.educ.ualberta.ca/staff/ldelia/M%27Choice%27Tests=Haladyna_Guidelines_AME_2002.pdf)

Havighurst, R.J. (1961). Successful Aging. *The gerontologist*, Vol. 1, Issue 1. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

Hayajneh, F.A. y Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *Int J Nurs Pract.*, 20, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25039325>

Hombrados, M.I. y Gómez, L. (1998). *La organización comunitaria*. En J. M. Canto y L. Gómez (Eds), *Psicología social* (pp. 2175-289). Ediciones Pirámide.

Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling. Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55. <https://doi/10.1080/10705519909540118>

IBM (2013). *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS (v.22)*. Windows. Nueva York. EEUU.

Informe GAUR (1975). *La situación de los ancianos en España*. Confederación Española de Cajas de Ahorros.

INFOSALUS (2105). *10 principios imprescindibles para tratar a las personas mayores*. <http://www.infosalus.com/mayores/noticia-buen-trato-mayor-todos-somos-responsables-20150528071732.html>

Instituto Gerontológico Matia. Varios autores (2014). *Comparative study of four wellbeing indicators in residential care settings*

*between two units with different healthcare models: traditional and person-centered care within the Etxean Ondo Project.*

Grupo Matia.

Instituto Nacional de Estadística - INE (2009). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).*

[www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C  
&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=12547361947  
16&id\(1254735573175\)](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&id(1254735573175))

Ishii, K. (2013). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences ?* La Revue de l'Ires, N° 79. <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2013-4-page-3.htm>

Jiménez, E. (2008). El proyecto de vida en el adulto mayor. *Rev Medisan 12*. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247009.pdf>

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. y Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66. Consultado el 10 de enero de 2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557396>

- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B. y Yu, T.C. (2007). *Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial greenhouse program*.
- Kart, C. S. (1990). *The realities of aging: an introduction to gerontology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kaiser, H. F. (1970). A second-generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first* (pp.8). Open University Press.
- Knudstrup, M.A. (2011). *Evidence on the relationship between architectural design and subjective wellbeing*. Jornadas Internacionales sobre innovaciones en residencias. Fundación Pilares y Fundación Caser.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2ª ed). Roudtegle.
- Koren, M.J. (2010). Person-centered care for residents of nursing homes: the cultural change movement. *Health issues*, Vol. 29. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Kong, T.K. (2000). DR. Marjory Warren: The mother of geriatrics. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*, Vol. 10 No.2. <http://hkgs.org/Journal/v10200007/JHKGS0007p102.pdf>

Lau, R.S.M. (2000). «Quality of work life and performance. An ad hoc investigation of two elements in the service profit chain model». *International Journal of Service Industry Management*, 11.

Lawton, M.P. (1977). The impact of the environment on aging behavior. En L.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold.

Leichsenring, K. y Strümpel, C. (1998). *L'accueil des personnessouffrant de démence en Petites Unités de vie*. Centro Europeo de Investigación en Política Social.

Leseman, F. y Martin, C. (1993). *Les personnes âgées : dependence, soins et solidarites familiales. Comparaisons internationales*. La Documentation Francaise.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad Jefatura del Estado de España. BOE nº. 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Jefatura del Estado. España. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995, páginas 32590 a 32611. BOE-A-1995-24292. [https://boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-24292](https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-24292)

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Jefatura del Estado.

España. BOE» núm. 298, de 14/12/1999.  
<https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Jefatura del Estado «BOE» núm.274, de 15 de noviembre de 2002.  
<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado. España. BOE N.º 128, de 29 de mayo de 2003.  
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aprobada por el Congreso de los Diputados de España el 30 de noviembre de 2006. BOE N.º 299 de 15 de diciembre de 2005.  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l39-2006.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l39-2006.html)

Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.  
<https://www.boe.es/eli/es/l/2009/12/22/25>

- Limón, M.R. Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de psicología y Educación*. Vol 1. N° 6, (pp.225-238). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3808587>
- Limón, M.R. (2015). El envejecimiento activo. *Revista Crítica*. <http://www.revista-critica.es/2015/09/10/el-envejecimiento-activo>.
- Lizán Tudel, L. y Reig Ferrer, A. (2012). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Evaluation in the clinic of health-related quality of life: the COOP/WONCA cartoons. *Atención primaria. Elsevier*, Vol. 29, N° 6. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-evaluacion-calidad-vida-relacionada-salud-consulta-13029752>
- Lloret-Segura, S., Ferreras-Traver, A., Hernandez-Baez, A. et al. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, vol 30, nº 3. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>
- Lobo A., Saz P., Marcos G., Díaz J.L., De la Cámara C., Ventura T., Morales F., Fernando L., Montañés J.A, Aznar S., Concepción Lacámara C. (2001). *Revalidación y normalización del Mini-*

*Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica.*

<https://www.researchgate.net/publication/232425808>

López-Pulido, A. (2018). La vejez como enfermedad: un tópico acuñado en la Antigüedad clásica. *Gerokomos* vol. 29 N.4. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000400156&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400156&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P.J. (2019). *Factor Analysis* (v.10). Windows.Tarragona: Universitat Rovira y Virgili.

Lucas, A. (2001). Capítulo 5. Cultura y comunicación en organizaciones. En Trelles, I. (Ed), *Comunicación organizacional, compilación de lecturas*, (pp 149-160). Editorial: Feliz Varela.

<http://roa.ult.edu.cu/handle/123456789/3185>

Lum, T.Y., Kane, R.A., Cutler L.J. y Yu, T.C. (2008). Effects of Green House nursing home son resident's families. *Health Care Financing Review*, 30.

[https://es.scribd.com/document/65683977/Effects-of-](https://es.scribd.com/document/65683977/Effects-of-GreenHouse-Nursing-Homes-on-Residents-Families)

[GreenHouse-Nursing-Homes-on-Residents-Families](https://es.scribd.com/document/65683977/Effects-of-GreenHouse-Nursing-Homes-on-Residents-Families)

McDonald, R. P. (1985). *Factor analysis and related methods*. Hissdalle: LEA.

- Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57. (pp.519-530).  
<https://doi.org/10.1093/biomet/57.3.519>
- Marsh, H.W., Guo, J., Dicke, T., Parker, P.D. y Craven, R.G. (2020). Confirmatory Factor Analysis (CFA), Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM), and Set-ESEM: Optimal Balance Between Goodness of Fit and Parsimony Affiliations expand. DOI: 10.1080/00273171.2019.1602503
- Marsh, H. W., Muthen, B., Asparouhov, T., Luedtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S. y Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling. Multidisciplinary Journal*, 16, (pp. 439-476). <https://doi/10.1080/10705510903008220>
- Martínez-Arias, M.R., Hernández-Lloreda, M.J. y Hernández-Lloreda, M.V. (2006). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Martínez, M. (2013). *La influencia del entorno en el comportamiento humano*. Monografías.com  
<https://www.monografias.com/trabajos96/influencia-del-entorno-comportamiento-humano/influencia-del-entorno-comportamiento-humano.shtml>

Martínez, T. (2009). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. *Informes Portal Mayores*, N.º 98.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia / Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa: makaltasun- edo mendekotasun-egoeran dauden adinekoei arreta emateko zentro eta zerbitzuetan esku-hartze profesionala gauzatzeko gida* (Ed 1). Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco / Eusko Jaularitzaren Argitalpne Zerbitzu Nagusia.

Martínez, T. (2012). *Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencias*. Editorial Médica Panamericana.

Martínez, T. (2013a). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*.

<http://www.acpgerontologia.net>

Martínez, T. (2013b). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*. 8, 25-47.

Martínez, T. (2013c). Decálogo:

<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>

Martínez, T. (2013d). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros*. Manual para su aplicación. [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

Martínez, T. (2015a). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación*. (Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología). <http://docplayer.es/40985186-Tesis-Doctoral-la-atencion-centrada-en-la-persona-en-los-servicios-gerontologicos-modelos-de-atencion-e-instrumentos-de-evaluacion.html>

Martínez, T. (2015b). *Validación española de dos instrumentos de evaluación de la atención centrada en la persona en residencias y centros de día para personas mayores: el P-CAT y el PDC*. Informes ACP Gerontología. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/informesacpgerontologia2>

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento en red*,

nº12.<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/en-red-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>>

Martínez, T. (2016). *El Plan de Atención y Vida*.  
<http://acpgerontologia.blogspot.com/2016/02/el-plan-de-atencion-y-vida-por-teresa.html>

Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yangúas, J. y Muñiz, J. (2015). El enfoque centrado en la persona en Gerontología: nuevas evidencias de validez del cuestionario de atención dirigida a la persona para la evaluación de profesionales. *International journal of clinical and health psychology*, Vol 16.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>

Maslow, A (1961). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.

<https://drive.google.com/file/d/0B5DgQx9G3Yu2ckpmV0RiTjXJmakU/view?pli=1>MayH, Edwards P, & Brooker D (2009). *Enriched care planning for people with dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.

May, C.R., Mair, F., Finch, T. et al. (2009). *Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory*.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Manning, M., Peelonkilroe, L., Tobin, C. y 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. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. y 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. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>

Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004), "Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor", *Psykhé*. Vol.13, nº 1.

Miharu Nakanishi, M., Nakashima, T. y 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*. doi: 10.11236/jph.59.1\_3.

Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Gobierno de España. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad (2016). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*.

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=3437](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=3437)

Moniz, E., Cook, B., Stokes, G. y Agar, S. (2003). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 197–208. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.370>

Moragas, R. (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27. Nº2.

Moreno, R., Martínez, R.J. y Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 3, (pp. 490-497). <http://www.psicothema.com/pdf/3023.pdf>

Morgan-Brown, M., Newton, R. y 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22943667>

Munduate, L. (1993). Aportaciones de la perspectiva de la CVL a las relaciones laborales. En Munduate, L. y Barón, M. (Comp.) *Gestión de Recursos Humanos y CVL*. Editorial Eudema.

Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Universitas.

Muñiz, J., Hidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martínez, R. y Moreno, R. (2005) *Análisis de ítems*. La Muralla.

Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2019) Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema* Vol. 31. Nº 1, 7-16.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>

Mulé, C. (2015). Jardines terapéuticos. Therapeutic gardens. *CONSENSUS* 20 (2).  
<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/consensus/article/view/412/371>

Muthén, B., Du Toit, SHC y Spisic, D. (1997). Robust inference using weighted least squares and quadratic estimation equations in latent variable models with continuous and categorical results. *Psychometrika*.  
[http://www.statmodel.com/bmuthen/articles/Article\\_075.pdf](http://www.statmodel.com/bmuthen/articles/Article_075.pdf)

Muthén, L.K. & Muthén, B.O. (1998-2012). *Mplus user's guide*(7thed.) Los Angeles, CA. Muthén & Muthén.

Navarro, L.F, et al (2014). *50 recomendaciones de planificación y atención gerontológica centrada en la persona*. Grupo de calidad. Sociedad española de geriatría y gerontología.  
[https://www.segg.es/media/descargas/50\\_Recomendaciones\\_PAGCP\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf)

Neena, L., Chapell, N.L., Reid, R.C. y 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.  
<https://doi.org/10.1177%2F1471301207084372>

Noda, M. y Díaz, V. (2008). Influencia del entorno familiar y social en adultos mayores con estados depresivos. *Monografias.com*.  
<https://www.monografias.com/trabajos93/influencia-del-entorno-familiar-y-social-adultos-mayores-estados-depresivos-colon/influencia-del-entorno-familiar-y-social-adultos-mayores-estados-depresivos-colon.shtml>

Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1968). *Psychometric Theory*. McGraw-Hill.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J. C. y Berstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. (3a. ed). McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud-OMS (1999). Envejecimiento activo. La 52ª Asamblea Mundial de la Salud.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84566/s7.pdf;jsessionid=BF0E3AF95B394DC701666AE51687476?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud-OMS (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.

<http://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml>

Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). *Global Age-friendly*

*Cities: A Guide*. World Health Organization.

[http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud-OMS (2018). *Maltrato a las Personas Mayores*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Orden del Ministerio de Trabajo de España por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos. BOE núm. 53, de 3 de marzo de 1971.

Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J. y García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica*, 10(2).

<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>

Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de Geriatría y Gerontología*. Vol 51.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Planetree. (2017). *Person-Centered Care Environmental Audit Tool for Hospitals*.

Pinazo-Hernadis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. Infantilization in institutional care for elderly people. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 41. ISSN: 2254-724X.

[http://scholar.google.es/scholar\\_url?url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FSacramento\\_Pinazohernadis%2Fpublication%2F292906832\\_Infantilizacion\\_en\\_los\\_cuidados\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_en\\_el\\_contexto\\_residencial%2Flinks%2F56b8b35808ae5ad3605f4f50.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=0&d=1411768697184113290&ei=xSKhW7b1FZSwmgGJ4bOoBQ&scisig=AAGBfm2\\_DKHX\\_vInj3NHyst52yk4paCPww&nossl=1&ws=1242x591](http://scholar.google.es/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FSacramento_Pinazohernadis%2Fpublication%2F292906832_Infantilizacion_en_los_cuidados_de_las_personas_mayores_en_el_contexto_residencial%2Flinks%2F56b8b35808ae5ad3605f4f50.pdf&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=0&d=1411768697184113290&ei=xSKhW7b1FZSwmgGJ4bOoBQ&scisig=AAGBfm2_DKHX_vInj3NHyst52yk4paCPww&nossl=1&ws=1242x591)

Pineda, R. (1993) *La década del cambio en la política social dirigida a los mayores*.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol1/arti2.htm>

Prieto, O. (1999). Gerontología y Geriatria. Breve resumen histórico. *Resumed* 12(2):51-4.

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res01299.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf)

Public Health Agency of Canada (2009). *Crossing sectors. Experiences in intersectorial action, public policy and health.*

Public Health Agency of Canada. (pp. 45).

Puig, M., LLuch, M.T., Sabater, P. y Rodríguez, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Life quality and training needs for the formal care givers of dependent elderly institutionalized. Enfermería global.* N°19. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200008)

Qmayormagazine (2018). *8 razones por las que las Actividades Significativas son importantes en la Demencia.* <https://www.qmayor.com/psicologia/8-razones-por-las-que-las-actividades-significativas-son-importantes-en-la-demencia/>

Ramírez, O. (2011). Método biográfico. *Historia de vida, Historia oral.* <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2727/1/Metodo-biografico.-Historia-de-vida%2C-Historia-oral>

Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para la comercialización y libre circulación intracomunitaria de los equipos de protección individual. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno BOE núm. 311, de 28 de diciembre

de 1992, páginas 44120 a 44131. BOE-A-1992-28644.  
[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-28644](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-28644)

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Ministerio de Sanidad y Consumo «BOE» núm. 40, de 15 de febrero de 2007 Referencia: BOE-A-2007-3160

Regnier, V. (2012). Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. En P. Rodríguez (Eds.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia* (pp. 123-153). Fundación Caser para la dependencia.

Revuelto, L. (2017). *Una aproximación empírica desde el modelo canadiense de desempeño ocupacional: calidad de vida en profesionales de la red de centros para personas con diversidad funcional de la provincia de Córdoba*. (Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Programa de Doctorado de Atención Sociosanitaria).

Ribera, J. M. (2017). "Centenario de Elie Metchnikoff (1845-1916)". *Educación Médica*, Volumen 18, Issue 2, (pp. 136-146).

Rivera-Ávila, D. A, Rivera-Hermosillo, J.C. y González-Galindo, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes.

Validation of the professional quality of life and burnout questionnaires (CVP-35 and MBI-HSS) in medical residents. Investigación en Educación Médica. *Elsevier*, Vol 6, N° 21. <https://doi/10.1016/j.riem.2016.05.010>. Open Access

Robinson, S. B. y Rosher, R. B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: creating a resident centered nursing home environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 32. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470713563.ch2>

Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Revista Pensamiento Actual. Universidad de Costa Rica. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5897884.pdf>

Rodríguez, M. (2018). Gerontología: la ciencia de la vejez. *Psicología - Online*. <https://www.psicologia-online.com/gerontologia-la-ciencia-de-la-vejez-3657.html>

Rodriguez, V. (2011). FUTURAGE. Prioridades de Investigación sobre Envejecimiento en Europa. Resultados de la consulta en España. *Informes Portal Mayores*, nº 107.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-z-futurage-01.pdf>

Rodríguez, P. (2012a). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Fundación Caser para la dependencia.

Rodríguez, P. (2012b). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, pp. 6-40.

Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Martínez, T. y García, A. (2014). Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona. *Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, Nº 1. <http://www.fundacionpilares.org>

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: a psychotherapist view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rokstad, A.M.M., Engedal, K., Edwardsson, D. y Selbaek, G. (2012). Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-Centred Care Assessment Tool. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 18.

Rosvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. Kirkevold, O. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a

qualitative evaluative study. Practice development - information and dementia. *International journal of older people nursing*.

Rosvik, J., Brooker, D., Mjorud, M. y Kirkevold, O. (2013). *What is person-centered care in dementia? Clinical reviews in practice: the development of the VIPS practice model*.  
<https://doi.org/10.1017/S0959259813000014>

Rowe, J.W. y Khan, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237.

Rowe, J.W. y Khan, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37.

Rozitchner, E. (2011). *Un fruto dulce y maduro* (pp. 12).  
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/9-55337-2011-08-30.html>

Sacristán, J. (2013). Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. Evidence based medicine and patient centered medicine: Some thoughts on their integration. *Revista Clínica Española*, Vol 213, Issue 9.  
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.05.014>

- Sánchez, A. (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 16, (pp 157-175).
- Sancho, T. y Rodríguez, P. (1999). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro. Ageing and social protection of dependency in Spain: 20 years of history and a towards into the futur. *Intervención Psicosocial*, 2001, Vol. 10, N.º 3.
- Sarason, S.B. (1974). The Psychological Sense of Community: Prospects for a Community Psychology. Jossey-Bass. *Scientific Research*.  
[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2080506](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2080506)
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. y King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337. <https://doi/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Schulmeyer, M. (2017). Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en Población Boliviana. *Boletín Tesape Arandu* N° 34. Academia Nacional de Ciencias de Bolivia.

[https://www.academia.edu/35456433/Validaci%C3%B3n\\_de\\_la\\_Escala\\_de\\_Satisfacci%C3%B3n\\_con\\_la\\_Vida\\_de\\_Diener\\_en\\_Poblaci%C3%B3n\\_Boliviana](https://www.academia.edu/35456433/Validaci%C3%B3n_de_la_Escala_de_Satisfacci%C3%B3n_con_la_Vida_de_Diener_en_Poblaci%C3%B3n_Boliviana)

Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M. y Montañés, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychol Aging*, 19.

Servicio de Investigación Social de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2013) *La participación social de las personas mayores en la CAPV. Sistema de ítems*. <http://www.fundacionede.org>

Sjögren, K., Lindkvis, M., Sandman, P., Zingmark, K. y Edvardsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (PCAT). *International psychogeriatrics*, 24.

Sjogren, K, Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmar, K. y Edvardsson, D. (2013). Personcentredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi/10.1111> / jan.12085. Epub 2013 21 de enero.

Schreiber, J.B., Nora, A., Stage, F.C., Barlow, A. y King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory

- Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*. Vol 99. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- 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. y Koch, G.G. (2004). Effect of personcentered 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507054>
- Studervant, D. L., Mueller, C. y Buckwalter, K.C. (2018). Measuring the change in the culture of nursing homes: Systematic review. *Research in Gerontological Nursing*. Nº 11 (2). <https://doi.org/10.3928/19404921-20171205-01>
- Suárez, N. (2013). *Calidad de vida laboral en las cuidadoras formales implicadas en el proyecto de implantación del modelo de atención centrada en la persona en un centro residencial de Guipúzcoa*. (Tesina Máster Salud Pública. UPV/EHU).
- Suárez, N. (2014). *Reflexiones de una enfermera sobre cómo cuidar desde el Modelo de Atención Centrado en la Persona*. <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/01/07/reflexi>

ones-de-una-enfermera-sobre-como-cuidar-desde-el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona/

Sundström, G. (2015). Reflections on long-term care in Sweden.

Crossroads. *Critical Review of Social Sciences*, Vol. 10, r1001.

<http://www.encrucijadas.org/index.php/ojs/article/viewFile/230/>

191

Te Boekhorst, S., Depla, M.F., De Lange, J., Pot, A.M. y 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.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1360786080238>

0615

Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda,

N. Sasaki, K. y Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life patients with dementia in long term care facilities.

*Psychiatry Research*, 205, 103-108.

[https://okayama.pure.elsevier.com/en/publications/person-](https://okayama.pure.elsevier.com/en/publications/person-centered-care-and-quality-of-life-of-patients-with-dementi)

[centered-care-and-quality-of-life-of-patients-with-dementi](https://okayama.pure.elsevier.com/en/publications/person-centered-care-and-quality-of-life-of-patients-with-dementi)

Thane, Pat. (2006) La vejez en la historia inglesa. SEMATA, Ciencias

Sociales y Humanidades, *ISSN 1137-9669*, vol. 18: 13-30.

[https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4554/pg\\_](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4554/pg_)

[013-030\\_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4554/pg_013-030_semata18.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Thornton, A., Hatton, C. y Tatham, A. (2004). DCM reconsidered: Exploring the reliability and validity of the observational tool.

*International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19.

Tibbitts, C. (1960). *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*. The University of Chicago Press.

Townsend, P. (1962). *The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged*. Routledge & Kegan Paul.

UniformesWeb (2014). Uniformes sanitarios, más que batas blancas.

Vestuario en sanidad. Blanco vs Color. *Simbolismo de la bata blanca, uniforme sanitario por excelencia*.

Universidad de Cádiz-UCA (2018). *Conceptos generales de calidad*.

Consultado el 5 de septiembre de 2018.

[https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod\\_resource/content/1/TEMA](https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA)

Universidad de Deusto (2012). *Cambio de valores en el siglo XXI*.

Universia España.

<http://noticias.universia.es/enportada/noticia/2012/07/13/950383/cambio-valores-siglo-xxi.html>

Urrutia, A.M. (2015) “*Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación*” (Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de medicina).

<http://www.cuidadosdignos.org/quienes-somos/>

- Valverde, C. (2008). Enfermería centrada en los Significados del Paciente®: Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. *Index de Enfermería*, 17(3), 157-158. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300001&lng=es&tlng=es)
- Van Haitsme, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Michelic, A., Scott, C., Cury, E. K., Spector, A., Eshraghi, K., Duntzee, C., Reamy, A. y Abbott, K. (2014). New toolkit to measure the quality of person-centered care: pilot development and evaluation with nursing home communities. *Magazine of the American Association of Medical Drafts*, Vol. 15. N ° 9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.004>
- Vila, J., Villar, F., Celdrán, M. y 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, (pp. 109-117).
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A. y Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de psicología*, 2017, Vol. 33. N° 3. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>

- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., Serrat, R. y Martínez, T. (2017). Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales. *Guías de la Fundación Pilares para la autonomía personal* N.º 3. <http://www.fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-guias03-sexualidad.php>
- Villar, F., Vila-Miravent, J., Celdrán, M. y 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 Geriátría y Gerontología*, Vol 48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.001>
- White D., Newton-Curtis L. y Lyons K (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *Gerontólogo*, 48. <https://doi.org/10.1093/geront/48.Suplemento1.114>
- Woods, R.T. y 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*. Taylor & Francis. pp. 233-242.
- Wunderluch, G.S. y Kohler, P.O. (2001). *Improving the quality of LongTerm Care*. IOM, National Academy Press.

- Yangüas, J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. IMSERSO.
- Yeung, P., Rodgers, V., Dale, M., Spence, S., Ros B., Howard, J. y O'Donoghue K. (2016). Psychometric tests of a person-centered care scale the Eden Warmth Survey survey in a long-term care home in New Zealand. *Revista contemporánea enfermera*, 52. <https://doi/10.1080/10376178.2016.1198236>
- Zamudio, L.G. (2013). La pérdida de la memoria en la tercera edad. Cambios cognoscitivos en la tercera edad. *Cambios cognoscitivos en la vejez: inteligencia, creatividad y sabiduría*. <http://perdidamemoria3aedad.blogspot.com/2013/04/cambios-cognoscitivos-en-la-tercera-edad.html>
- Zhong, X.B. y Lou, V.W. (2013). Person-centered care in Chinese residential care facilities: a preliminary measure. *Aging and Mental Health*, 17. <https://doi/10.1080/13607863.2013.790925>
- 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. y Reed, P. (2014). *Toolkit for Person-Centeredness in Assisted Living*. University of North Carolina (UNC) & the Center for Excellence in Assisted Living (CEAL). <https://www.shepscenter.unc.edu/wp->

content/uploads/2014/06/Person-Centered-Toolkit-for  
Assisted-Living-Final.pdf

Zunzunegui, M.V. y Béland, F. (2010). *Políticas intersectoriales para abordar el envejecimiento activo*. Informe SESPAS 2010.  
<https://www.gacetasanitaria.org/es-politicas-intersectoriales-abordar-el-reto-articulo-S0213911110002530>



### Lista de tablas

Tabla 1. Características de los diferentes modelos de atención.

Tabla 2. Aspectos importantes de la AGCP.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación en AGCP internacionales dirigidos a profesionales.

Tabla 4. Instrumentos de evaluación en AGCP internacionales dirigidos a residentes y familiares.

Tabla 5. Instrumentos de evaluación en AGCP en España.

Tabla 6. Características de la muestra piloto.

Tabla 7. Tamaño de los centros y pertenencia/origen de las personas participantes.

Tabla 8. Características de la muestra del estudio de campo.

Tabla 9. Características de la muestra de profesionales en el estudio de campo.

Tabla 10. Características de la muestra de residentes en el estudio de campo.

Tabla 11. Características de la muestra de familiares en el estudio de campo.

Tabla 12. Guión de las entrevistas personales para profesionales.

Tabla 13. Guión del grupo de trabajo.

Tabla 14. Instrumentos para analizar la validez convergente y concurrente.

Tabla 15. Estructura del cuestionario MAGE para los jueces expertos.

Tabla 16. Ítems eliminados (V Aiken).

Tabla 17. Adecuación de los ítems en dimensiones y subdimensiones (V Aiken).

Tabla 18. Ítems eliminados según el criterio del grupo de jueces expertos (aportaciones cualitativas).

Tabla 19. Redacción de ítems según grupo de jueces expertos (aportaciones cualitativas).

Tabla 20. Dimensiones y número de ítems obtenidos del análisis del grupo de jueces expertos.

Tabla 21. Media, desviación típica, correlación y Alfa de Cronbach en ítems y subdimensiones en el MAGE51 en el estudio piloto.

Tabla 22. Fiabilidad del MAGE51 en el estudio piloto (Alfa de Cronbach).

Tabla 23. Frecuencia de respuestas a los ítems con cuatro categorías de respuesta.

Tabla 24. Media, desviación típica, correlación corregida y Alfa corregido en ítems del MAGE32 en el estudio de campo.

Tabla 25. Análisis factorial exploratorio (cargas factoriales) y % de varianza total explicada.

Tabla 26. Subdimensiones y número de ítems del MAGE32.

Tabla 27. ESEM para muestra total y submuestras.

Tabla 28. Coeficiente de fiabilidad omega en las subdimensiones del MAGE32.

Tabla 29. Correlación de Pearson entre las puntuaciones del cuestionario MAGE32 y PDC en la muestra de profesionales (n=81).

Tabla 30. Correlación de Pearson entre las puntuaciones del cuestionario MAGE32 y MBI en la muestra de profesionales (n=81).

Tabla 31. Correlación de Pearson entre las puntuaciones del cuestionario MAGE32 y CVP-35 en la muestra de profesionales (n=81).

Tabla 32. Correlación de Pearson entre las puntuaciones del cuestionario MAGE32, MEC, COOWONCA y SLWS en la muestra de residentes (n=99).

Tabla 33. Puntuaciones en MAGE32 de profesionales, residentes y familiares (medias desviaciones típicas).

Tabla 34. Puntuaciones en MAGE32 según el centro (medias y desviaciones típicas).

Tabla 35. Dimensiones, subdimensiones y nº de ítems del cuestionario MAGE32.



## Lista de gráficos

Gráfico 1. Procedimiento general del proceso de desarrollo del cuestionario MAGE.

Gráfico 2. Modelo factorial cuestionario MAGE.

Gráfico 3. Puntuaciones totales y dimensiones en MAGE para profesionales, residentes y familiares (medias).

Gráfico 4. Puntuaciones en los componentes de la dimensión “cuidado personalizado” para profesionales, residentes y familiares (medias).

Gráfico 5. Puntuaciones en los componentes de la dimensión “apoyo del entorno” para profesionales, residentes y familiares (medias).

Gráfico 6. Puntuaciones totales en MAGE32 según el centro.

Gráfico 7. Puntuaciones en las dimensiones principales del MAGE32 según el centro.

Gráfico 8. Puntuaciones en los componentes de la dimensión “cuidado personalizado” según el centro (medias).

Gráfico 9. Puntuaciones en los componentes de la dimensión “apoyo del entorno” según el centro (medias).



## Anexos

Anexo 1. Assessment Person-directed The Staff Assessment Person Directed Care -PDC, versión española para residencias.

Anexo 2. Transcripción de una entrevista personal.

Anexo 3. Vídeo del grupo de trabajo de profesionales.

Anexo 4. Cuestionario para la Dirección del centro.

Anexo 5. Cuestionario para profesionales.

Anexo 6. Cuestionario para residentes.

Anexo 7. Cuestionario para familiares.

Anexo 8. Inventario de Burnout de Maslach / MBI.

Anexo 9. Cuestionario de calidad de vida profesional de 35 ítems / CVP-35.

Anexo 10. Mini Examen Cognoscitivo-MEC de Lobo.

Anexo 11. Cuestionario Calidad de Vida-CoopWonca.

Anexo 12. Escala de Satisfacción con la Vida-SWLS.

Anexo 13. Documento de consentimiento informado.

Anexo 14. Origen de los ítems para el cuestionario MAGE.

Anexo 15. Cuestionario MAGE dirigido a Jueces expertos con 79 ítems.

Anexo 16. Resultados V Aiken del cuestionario MAGE79 para el grupo de jueces expertos.

Anexo 17. Cuestionario MAGE51 para el estudio piloto.

Anexo 18. Cuestionario MAGE32 para el estudio de campo.

Anexo 19. Frecuencia de respuesta a los ítems del cuestionario MAGE32 en la muestra total con cinco categorías.

Anexo 20. Frecuencia de respuesta a los ítems del cuestionario MAGE32 en los tres grupos con cinco categorías.

Anexo 21. Cuestionario final MAGE32.

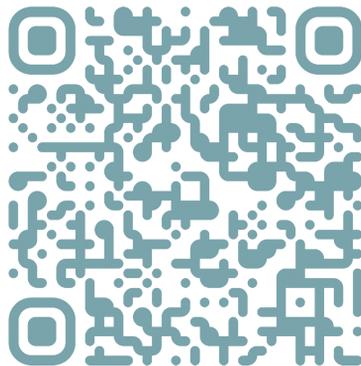
Anexo 22. ESEM para la muestra total (cargas factoriales).

Anexo 23. ESEM del grupo de profesionales (cargas factoriales).

Anexo 24. ESEM del grupo de residentes (cargas factoriales).

Anexo 25. ESEM del grupo de familiares (cargas factoriales).

Para acceder al contenido de estos 25 anexos, puede escanear el siguiente código QR:









**Elaboración y validación  
de una escala para la  
evaluación del grado de  
implantación del Modelo  
de Atención Centrada  
en la Persona en centros  
gerontológicos**

Nerea Suárez Pérez de Eulate



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**MDe**

Master eta Doktorego Eskola  
Escuela de Máster y Doctorado  
Master and Doctoral School