

ARTÍCULO DE INTERÉS

Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona

Teresa Martínez Rodríguez

Consejera de Servicios y Derechos Sociales. Principado de Asturias (España).

Correo electrónico: *m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org*

Conflictos de interés: La autora no presenta conflictos de interés.

Recibido el 19 de octubre de 2017; aceptado el 20 de noviembre de 2017

RESUMEN

La Atención Centrada en la Persona (ACP) viene siendo objeto de un creciente interés en los cuidados de larga duración a personas mayores al considerarse un eje estratégico en la calidad de los servicios sociales y sanitarios. En la primera parte de este artículo se señalan los elementos nucleares de este enfoque insistiendo en la necesidad de hacerlos efectivos en los servicios gerontológicos. Se recomienda definir los componentes relevantes de la ACP en los diferentes servicios, no sólo para evitar aplicaciones fragmentadas de la ACP sino también para facilitar la evaluación de sus progresos. En una segunda parte se resumen las distintas estrategias que han sido desarrolladas hasta la fecha en la evaluación de la ACP en servicios gerontológicos (observación, autoinformes e indicadores de progreso) y se realizan algunas consideraciones al respecto. Finalmente se presenta y describe el modelo ACP-gerontología, compuesto por dos dimensiones (prácticas centradas en la persona y entorno facilitador) y un total de 10 componentes, presentándolo como un referente para orientar la aplicación de este enfoque en centros gerontológicos. Un modelo integrador que pretende superar la limitación que implica el uso de instrumentos aislados, incorporando tanto la opinión subjetiva de los diferentes actores en el cuidado (personas mayores, familiares, profesionales y directores) como la evaluación externa por parte de expertos/as.

Palabras clave: *Atención centrada en la persona, residencias de personas mayores, evaluación de servicios gerontológicos, cuidados de larga duración*

Gerontology Services Assessment: a new model based on Person Centered Care Approach

ABSTRACT

There has been a growing interest in the Person Centered Care (PCC) involving old people long term care as considered a strategic approach in social and sanitary services quality.

Firstly, nuclear elements of this approach are described and it is emphasized the need of making them effective in gerontology services. It is recommended to define PCC relevant components in different facilities not only avoids fragmented applications of the model but allows progress assessment.

Secondly, different PCC evaluation strategies developed to date are exposed (direct observation of care given, interviews and progress indicators).

Finally, the PCC-gerontology model is described to be composed by 2 dimensions (personalized care and supportive surroundings) and an amount of 10 components. It is presented like a referent to guide the application of this approach in gerontology centers. An integrating model that pretends to overcome the limitations of isolated instruments use by incorporating both, different care actors opinions (recipients of care, families, professionals and directors/managers) and external evaluation carried by experts.

Keywords: *Person centered care, nursing homes, gerontology service assessment, long term care*

Avaliação dos serviços gerontológicos: um novo modelo baseado na atenção centrada na pessoa

RESUMO

A Atenção Centrada na Pessoa (ACP) vem sendo objeto de um crescente interesse nos cuidados de longa duração de pessoas idosas na medida em que considera um eixo estratégico na qualidade dos serviços sociais e sanitários. Na primeira parte deste artigo

são assinalados os elementos nucleares deste enfoque, insistindo na necessidade de fazê-los efetivos nos serviços gerontológicos. Recomenda-se definir os componentes relevantes da ACP nos diferentes serviços, não somente para evitar aplicações fragmentadas da ACP, mas também para facilitar a avaliação de seus progressos. Na segunda parte são resumidas as diferentes estratégias que foram desenvolvidas até o presente momento na avaliação da ACP em serviços gerontológicos (observação, auto-observação e indicadores de progresso) e são realizadas algumas considerações a respeito. Finalmente se apresenta e descreve o modelo ACP-gerontologia, composto de duas dimensões (práticas centradas na pessoa e entorno facilitador) e um total de dez componentes, modelo que se apresenta como um referente para orientar a aplicação deste enfoque nos centros gerontológicos. Um modelo integrador que pretende superar a limitação que o uso de instrumentos isolados implica, incorporando tanto a opinião subjetiva dos diferentes atores no cuidado (pessoas idosas, familiares, profissionais e diretores) quanto a avaliação externa por parte dos expertos(as).

Palavras-chave: *Atenção centrada na pessoa, residências de pessoas idosas, avaliação de serviços gerontológicos, cuidados de longa duração.*

La atención centrada en la persona, una mirada crítica a los servicios gerontológicos tradicionales

Las sociedades actuales están experimentando un rápido y creciente envejecimiento a nivel mundial, lo que está llevando al menos a los países más desarrollados hacia un notable desarrollo de diferentes servicios de cuidado profesional para las personas mayores en situación de dependencia^{1,2}. Todo ello conduce a las administraciones públicas a controlar la calidad dispensada y a los responsables de los servicios a impulsar procesos que permitan mejorar la atención proporcionada³.

Sin embargo, la mirada a la calidad de los servicios no siempre ha estado orientada a conseguir logros en la calidad de vida de las personas sino que en ocasiones ha estado más vinculada a otros objetivos relacionados con la gestión⁴. La consciencia de esta desviación ha hecho que en estos últimos años distintos organismos internacionales apuesten por un enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) como eje estratégico orientador de la calidad de los servicios^{5,6}.

La ACP apuesta porque las personas sean el eje vertebrador de los servicios y su auténtico fin. Parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociopersonales. Entre los elementos definitorios suelen ser destacados el reconocimiento de cada persona como ser global, singular y valioso junto con su derecho a la gestión de la propia vida y a decidir sobre sus cuidados^{7,8,9}. Esta visión del buen cuidado aporta elementos metodológicos innovadores como el

cuidado basado en la historia de vida¹⁰, la planificación centrada en la persona¹¹ o los profesionales de referencia¹². Además, enfatiza el papel del entorno como facilitador (o barrera) de la ACP, cobrando gran relevancia elementos como una actividad cotidiana significativa¹³, el diseño de espacios físicos hogareño¹⁴ o las variables organizativas de los servicios^{15,16,17}.

El origen de la ACP suele atribuirse a Rogers y a la Terapia Centrada en el Cliente¹⁸, cuyos postulados han trascendido al ámbito de la psicoterapia teniendo gran repercusión y desarrollo en campos aplicados como la educación, la salud o la discapacidad. En relación a las personas mayores este enfoque ha suscitado un especial interés en la atención a las personas con demencia. Cabe destacar las aportaciones de Tom Kitwood, fundador del grupo de Bradford, quien precisamente acuñó el término "atención centrada en la persona con demencia" al poner de manifiesto la importancia en la expresión de la demencia, además del daño cerebral, de factores como la personalidad, la biografía o el entorno social^{19,20}. También hay que mencionar algunos trabajos que ponen de relieve el gran potencial que encierra la ACP para el cuidado de personas con una demencia severa²¹.

A pesar del reconocimiento del gran valor de la ACP como enfoque referencial del buen cuidado, no existe una denominación única ni una definición consensuada, lo que en ocasiones se ha considerado como una limitación²². Ello podría deberse a que estamos ante un constructo complejo y multidimensional que adopta matices diferenciales en función del ámbito donde se ha desarrollado²³. No obstante, a pesar de la diversidad conceptual de la ACP, es posible afirmar un

acuerdo en cuanto a los valores nucleares que acaban de ser mencionados y que vienen sustentando tanto los modelos como las intervenciones que se adhieren a este enfoque.

Así pues la ACP viene siendo objeto de un creciente interés en general en el campo de la salud y concretamente en los cuidados de larga duración a personas mayores se insiste en la urgencia de revisar los servicios actuales analizando la visión subyacente de éstas y el papel que en ellos les es otorgado^{24,25,26}.

Según esta reflexión, los servicios gerontológicos proceden de una mirada más centrada en la enfermedad que en las personas, de tal forma que la atención se concibe desde necesidades asociadas a perfiles de pacientes prestando una escasa atención a la diferencia individual. De hecho, en lo que respecta a la toma de decisiones que afectan a la atención y vida de las personas, tienden a prevalecer criterios técnicos y organizativos frente a la escucha de las preferencias, deseos y voluntades de las personas^{27,28}.

El recurso residencial institucional es el que ha recibido mayores críticas en cuanto a su rigidez organizativa (muchas normas, poca flexibilidad), a la falta de privacidad o a una visión uniforme de las personas centrada en la enfermedad²⁹. La atención en estos centros tiende a ser altamente protocolizada según tareas asistenciales programadas, horarios fijos y procedimientos uniformes. La historia y modo de vida de las personas, sus ritmos y sus preferencias quedan en segundo o plano, o directamente, son ignorados. Las personas tienen que adaptarse y supeditarse a lo que dicta la organización. Estas características afectan negativamente el bienestar de las personas en la medida en que limitan su capacidad para tomar decisiones y poder seguir viviendo de una forma acorde a sus hábitos y preferencias³⁰.

De hecho en los países que se caracterizan por un mayor avance en cuanto a políticas sociosanitarias (Países nórdicos y centro Europa, Estados Unidos, Australia, o Canadá) hace ya varias décadas que se han puesto en marcha iniciativas para reorientar los recursos tradicionales residenciales, apartándose de modelos organizativos medicalizados e institucionales hacia lo que algunos autores recientemente han denominado como modelos *Housing*. Estos nuevos modelos

buscan ofrecer cuidados profesionales de calidad en lugares que parezcan y funcionen como una casa, posibilitando una vida cotidiana dirigida por las personas que allí viven⁽³¹⁾.

El enfoque ACP se reconoce como una estrategia especialmente válida para orientar el necesario cambio en el modelo residencial, al abogar por la flexibilidad y la personalización en los cuidados, un movimiento ya iniciado en distintos países y considerado por muchos como un cambio cultural dada la envergadura del mismo. En Norteamérica se lo conoce como *The Nursing Home Culture-Change Movement*, es decir, el movimiento por el cambio cultural en residencias.^{32,33,34}

Recientemente en España, así como en distintos países latinoamericanos, está surgiendo un creciente interés hacia la ACP como referente capaz de guiar un necesario cambio de modelo en los servicios gerontológicos. Queda, por tanto, un largo camino por recorrer con muchos retos pendientes, en el cual deben conjugarse creencia y rigor. En este sentido, la evaluación de los servicios incorporando la óptica del enfoque ACP debe considerarse un requisito imprescindible.

Aproximaciones para evaluar la ACP en los servicios gerontológicos

El interés por avanzar hacia una atención centrada en la persona como estrategia de mejora de la calidad de los servicios gerontológicos viene acompañado por la construcción de instrumentos que permitan evaluar su implantación³⁵.

Hasta la fecha, son diversas las estrategias de evaluación que se vienen utilizando para conocer y medir el grado de ACP dispensada en un centro o servicio. Distintas revisiones publicadas en los últimos años muestran los instrumentos diseñados a tal efecto para ser aplicados en los centros gerontológicos que ofrecen cuidados de larga duración, a la par de dar cuenta de sus propiedades psicométricas^{33,34,35}. En esta línea cabe destacar el trabajo pionero de Edvardsson & Innes³⁴, la extensa revisión realizada por De Silva³⁴ en el ámbito de los servicios sanitarios o la llevada a cabo por Martínez, Suárez-Álvarez & Yanguas³⁵ donde se describen las principales estrategias junto con los instrumentos de evaluación publicados en los últimos

años en el campo de los cuidados de larga duración no hospitalarios para personas mayores.

De Silva ha señalado que las tres aproximaciones más utilizadas en cuanto a la evaluación de servicios de salud desde el enfoque ACP vienen siendo la observación de la atención dispensada, las encuestas dirigidas a recoger la opinión de las personas usuarias de los servicios y las encuestas a profesionales³⁴.

En la revisión realizada por Martínez *et al*³⁵ se detalla una gama diversa de instrumentos dirigidos a evaluar la ACP en centros y servicios para personas mayores. Unos se dirigen a observar la interacción profesionales/personas mayores; otros permiten constatar la adecuación ambiental del espacio físico para las personas con demencia, mientras que otros, la mayoría, son medidas de autoinforme para recabar la opinión de los distintos implicados en el cuidado.

También se han ideado estrategias más innovadoras como la de Van Haitisma *et al*³⁶, la cual se dirige específicamente a conocer el grado de cumplimiento de las preferencias expresadas por las personas en cuanto a cuidados personales y actividad cotidiana, considerando este aspecto el elemento fundamental de la ACP en un centro. Finalmente cabe señalar que también se han creado indicadores para evaluar, bien mediante la autoevaluación o desde una evaluación externa, el progreso en el cambio de modelo asistencial, aunque la mayoría de ellos no han sido objeto de estudios psicométricos, circunstancia que limita su uso tanto en la investigación como en la evaluación de servicios.

La complejidad y multidimensionalidad del modelo ACP, como se ha señalado anteriormente, hace necesario no perder de vista la restricción y el sesgo que puede suponer la utilización de una única estrategia de evaluación o instrumento de medida. En este sentido, algunos autores recomiendan la combinación de instrumentos: encuestas de opinión, técnicas de observación e indicadores objetivos de progreso^{34,35}. En referencia específica al uso de encuestas, De Silva aconseja triangular las opiniones de personas usuarias, familiares y profesionales para así reducir el riesgo de subjetividad que toda medida de autoinforme conlleva³⁴.

Por otra parte, cabe señalar, dada la ausencia de una definición consensuada sobre qué es ACP y de

su variabilidad según el contexto aplicado donde se pretende trasladar el enfoque, que es conveniente partir de una descripción previa del modelo del que se parte definiendo los distintos componentes que lo componen y que, por tanto, se convierten en objetivo de evaluación¹⁷.

Cabe subrayar de nuevo el creciente interés por parte del sector sociosanitario español hacia estos modelos, lo que pone de manifiesto la progresiva toma de conciencia sobre la necesidad de transformación de los servicios actuales. Para que este avance sea posible resulta imprescindible llevar a cabo evaluaciones rigurosas en los centros que permitan conocer en qué grado la atención dispensada está orientada a las personas, lo que permitiría informar del avance logrado cuando se aplican estos nuevos modelos.

Sin embargo, el desarrollo de pruebas válidas para este objetivo en población de habla hispana es muy reciente. Cabe citar, en primer lugar, la validación en población española del *Dementia Care Mapping*³⁷ (Villar *et al.*, 2015) instrumento diseñado por el grupo de Bradford para la observación sistemática de personas con demencia en instituciones y su interacción con sus cuidadores. En segundo lugar, se dispone ya de dos pruebas que miden el grado de ACP en Centros de Residencias y Centros de día a través de autoinformes que registran la opinión de los profesionales: a) la versión española del *Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)*³⁸ (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas & Muñiz, 2015) y b) la adaptación al español del *Staff Assessment Person directed Care Questionnaire (PDC)*³⁹ (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas & Muñiz, 2016). Ambas pruebas han sido objeto de validaciones en distintas poblaciones y sus versiones originales fueron publicadas por Edvardsson, Fetherstonhaugh & Gibson⁴⁰ y White, Newton-Curtis & Lyons⁴¹, respectivamente. Estos instrumentos pioneros en la ACP en España sólo permiten medidas parciales del progreso de la implementación de la ACP en los servicios.

La constatación de estas limitaciones en la evaluación de la ACP junto con la falta de instrumentos más globales, adaptados y validados en población española, animan y justifican la creación de nuevos modelos e instrumentos que permitan una valoración que incorpore distintas apreciaciones del progreso de los servi-

cios en la implementación de este nuevo enfoque de la atención gerontológica.

El modelo de evaluación ACP-Gerontología

El modelo ACP-Gerontología nace con el propósito de diseñar una propuesta que permita evaluar el grado de ACP dispensado en los servicios gerontológicos españoles nace el modelo ACP-Gerontología, buscando una visión más integrada y más ajustada a la propia realidad social que las propuestas existentes basadas en instrumentos aislados diseñados en otros contextos culturales.

El modelo ACP-Gerontología fue definido tras realizar una revisión de las publicaciones técnicas y científicas en el campo de la ACP en servicios gerontológicos, tanto referidas a modelos de atención como a instrumentos de evaluación.

Este modelo propone dos grandes dimensiones y se concreta en 10 componentes. La primera, denominada *Prácticas centradas en la persona* hace referencia tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como a las diversas interacciones comunicativas informales que los cuidadores formales mantienen en el cuidado a lo largo del día. Incluye 5 componentes: Conocimiento, Autonomía, Comunicación, Individualización/bienestar e Intimidad.

La segunda dimensión, *Entorno facilitador de la ACP*, incluye un total de 5 componentes (Actividad cotidiana, Espacio físico, Familia y amistades, Comunidad y Organización) al ser considerados elementos importantes para facilitar, o en su caso obstaculizar, la aplicación de prácticas centradas en la persona.

El modelo, en cuanto a sus dimensiones y componentes, ha sido validado por un grupo nacional de 17 expertos/as en gerontología y ACP de distintas especialidades y campos de conocimiento (salud, servicios sociales, ética, derecho, etc.). Todos, ellos y ellas, valoraron en una escala de 1 a 10 la pertinencia de cada uno de los 10 componentes propuestos como integrantes de explicativo de la ACP. Las puntuaciones medias en pertinencia fueron altas para los 10 componentes, oscilando entre un mínimo de 8,6 (Comunidad) y un máximo de 9,9 (Conocimiento y Organización). Ningún experto ni experta otorgó una puntuación inferior a 7 a

ninguno de los componentes. Las definiciones finales, expuestas seguidamente, recogieron además las distintas aportaciones realizadas por este grupo.

Dimensión 1. Prácticas centradas en la persona

1. Conocimiento

Grado en que los/as profesionales del servicio conocen los aspectos biográficos de las personas mayores que atienden, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar (o malestar) en la vida cotidiana y sus preferencias en los cuidados, reconociéndolas y respetándolas como alguien singular y valioso.

2. Autonomía

Grado en que el centro y sus profesionales permiten y apoyan que las personas mayores tomen sus propias decisiones, participen en su atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. En el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado, estas decisiones se toman teniendo en cuenta la historia de vida, valores y observación del bienestar de la persona.

3. Comunicación

Grado en que los/as profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de éstas incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.

4. Individualización/Bienestar

Grado en que la atención dispensada es flexible y se adapta a las necesidades y preferencias de cada persona mayor buscando tanto su bienestar físico como emocional.

5. Intimidad

Grado en que se protege la intimidad de las personas mayores, tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.)

Dimensión 2. Entorno facilitador de ACP

6. Actividad cotidiana

Grado en que el centro y sus profesionales proponen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecen apoyos para que éstas participen, si así lo desean.

7. Espacio físico

Grado en que el espacio físico del centro está orientado a las personas mayores siendo accesible, seguro, personalizado y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.

8. Familia y amistades

Grado en que las familias (o amistades muy allegadas) pueden y son animadas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana del centro.

9. Comunidad

Grado en que el centro estimula el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrece apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

10. Organización

Grado en que la organización explícita y lidera un modelo ACP, forma y apoya a sus profesionales, utiliza metodologías facilitadoras, es flexible y modifica su sistema organizativo para que ello sea posible.

El modelo de evaluación ACP-G, teniendo en cuenta estos diez componentes, integra distintos instrumentos de medición diseñados para completar la visión subjetiva de los agentes que participan en el cuidado con una visión externa experta.

Incluye, en primer lugar, cuatro modelos de cuestionarios destinados a conocer la opinión de personas mayores, familiares, profesionales de atención directa y directores/as del propio centro. Ello permitirá conocer y comparar, la opinión de cada grupo en relación a cada uno de los componentes evaluados en un determinado centro o servicio.

La opinión subjetiva de los diferentes agentes se ve complementada con la información que proporciona un instrumento de registro de indicadores que se dirige también a medir estos 10 diez componentes. Este instrumento se aplica mediante la evaluación externa realizada por expertos/as en cada Centro. De este modo se constata el grado de cumplimiento de un conjunto de 50 indicadores, combinando varias técnicas (entrevista al responsable del Centro y, en su caso, a otros profesionales, junto con la observación del espacio físico y de distintos momentos de actividad e interacción profesionales/personas mayores).

Estos instrumentos se encuentran actualmente en fase de estudio y validación en una amplia muestra de residencias españolas. Una vez analizados los datos, se darán a conocer los principales resultados.

La combinación de estas medidas ofrecerá información sobre el grado de extensión del enfoque ACP en el centro evaluado identificando el desarrollo de cada uno de estos 10 componentes, lo que permitirá orientar el proceso de mejora. Además se obtendrá un índice global ACP, dato de interés no sólo para conocer la evolución de cada servicio sino también para poder establecer comparaciones entre centros, consideración relevante en la toma de decisiones vinculadas a la gestión de los recursos.

Referencias

1. Kinsella K, Phillips D.R. Global Aging: The challenge of success. *Population Bulletin* 2005; 60(1):1-44.
2. United Nations. World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013.
3. Zubritsky C, Abbott K M, Hirschman K B, Bowles K H, Foust J B, Naylor M D. Health-related quality of life: Expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. *Gerontologist* 2013; 53: 205-210.
4. Leturia M. Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia* 2012; 5: 43-66.
5. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
6. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva (Switzerland): WHO. Service Delivery and Safety; 2015.
7. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco; 2011.
8. Martínez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Madrid: Fundación Pílares para la Autonomía Personal; 2016.
9. Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Colección Papeles de la fundación, nº 1. Madrid: Fundación Pílares para la autonomía personal; 2013.
10. McKeown J, Clarke A, Ingleton C, Ryan T, Repper J. The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing* 2010; 5: 148-158

11. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Alava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco; 2014.
12. Sevilla J, Abellán R, Herrera G, Pardo C, Casas X, Fernández R. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta; 2009.
13. Sancho M, Yanguas J. Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En: Rodríguez P, Vila A, coordinadores. El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica. Madrid: Tecnos; 2014. p.303-315.
14. Regnier V. Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. En: Rodríguez P, editora. Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Madrid: Fundación Caser para la dependencia; 2012. p. 123-153.
15. Bowers BJ, Nolet K, Roberts T, Esmond S. Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation. ARTIFACTS OF CULTURE (CHANGE website); 2009. Disponible en: http://artifactsforculturechange.org/Data/Documents/Implementation_Manual_ChangeInLongTermCare%5B1%5D.pdf
16. Bowman CS, Schoeneman C. The development of the Artifacts of Culture Change Tool. (ACTION PACT website); 2006. Disponible en: <http://actionpact.com/assets/cache/artifacts.pdf>
17. Martínez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación. [Tesis doctoral]. Oviedo: Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo; 2015.
18. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable; 1961.
19. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Maidenhead-Berkshire: Open University Press; 1997.
20. Brooker D. Person Centered Dementia Care: Making Services Better. London: Jessica Kingsley; 2007.
21. Edvardsson D, Winblad B, Sandman P O. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. The Lancet Neurology 2008; 7 (4):362-367.
22. Morgan S, Yoder L H. A concept analysis of person-centered care. Journal of Holistic Nursing 2012; 30 (1):6-15.
23. McCormack B. Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. International Journal of Older People Nursing 2004; 13:31-38.
24. Díaz-Veiga P, Sancho M. Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2013; 48(39):101-102.
25. Rodríguez P. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Actas de la Dependencia 2012; 3:6-40.
26. Martínez T. Urge cambiar el modelo residencial. (ACPGERONTOLOGIA página web); 2010. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/articulos%20prensa/urgetcambiarmodelo.pdf>
27. Martínez T. La atención personalizada en los servicios gerontológicos. En: Rodríguez P, Vila A, coordinadores. El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica. Madrid: Tecnos; 2014. p.280-293.
28. Martínez T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas de la Dependencia 2013; 8:25-47.
29. Koren M J. Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement. Health Aff 2010; 29 (2): 321-317.
30. Misorski S, Kahn K. Changing the culture of long-term care: moving beyond programmatic change. Journal of Social Work in Long-Term Car 2005;3(3/4):137-146.
31. Díaz-Veiga P, Sancho M. Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa. Informes Portal Mayores, nº 132 Madrid: Imserso; 2012.
32. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clinical interventions in Aging 2013; 8: 1-10.
33. Edvardsson D, Innes A. Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. Gerontologist 2010; 50: 834-846.
34. De Silva D. Helping measure person-centred care. London: The Health Foundation; 2014.
35. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. Psicothema 2016; 28 (2):114-121.
36. Van Haitsma K, Curyto K, Spector A, Towsley G, Kleban M, Carpenter B et al. The preferences for everyday living inventory: Scale development and description of psychosocial preferences responses in community dwelling elders. Gerontologist 2012; 53: 582-595.
37. Villar F, Vila-Miravent J, Celdrán M, Fernández E. Assessing the well-being of patients with dementia: Validity and reliability of the Spanish version of the Dementia Care Mapping (DCM) tool. Studies in Psychology, 2015; 36(2):389-412.
38. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). Aging Ment Health 2015; 26:1-9.
39. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. Int J Clin Health Psychol 2016; 16:175-85.
40. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT). Int Psychogeriatr 2010; 22(1):101-8.
41. White D L, Newton-Curtis L, Lyons K S. Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. Gerontologist 2008; 48(1):114-123.