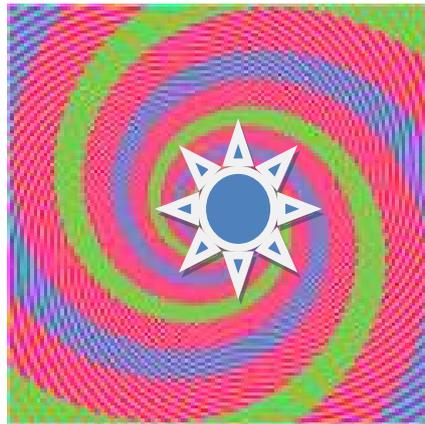


Avanzar en

Atención Gerontológica Centrada en la persona



Marco y fases para liderar un cambio de modelo

Teresa Martínez Rodríguez

©Teresa Martínez Rodríguez (2013)

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción del documento ni de cualquiera de sus partes.

Depósito legal: AS- 03254-2013

Para citar este documento:

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

INDICE

Presentación

- 1.** La Atención Centrada en la Persona, un enfoque desde el reconocimiento de la dignidad de las personas

- 2.** El modelo Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP): dimensiones y componentes

- 3.** Elementos que facilitan el cambio de modelo de atención en los centros

- 4.** Fases para liderar el cambio
 - 4.1.** Prepararse para comenzar
 - 4.2.** Construir un liderazgo compartido
 - 4.3.** Conocer la situación de partida
 - 4.4.** Crear una ruta propia de mejora
 - 4.5.** Seguir siempre avanzando

- 5.** La familia de instrumentos Avanzar en AGCP

Presentación

Avanzar en AGCP: marco y fases para liderar un cambio de modelo, es el documento marco que introduce y contextualiza a la familia de herramientas *Avanzar en AGCP*.

Avanzar en AGCP surge en continuidad a la publicación *La atención gerontológica centrada en la persona*¹ (Martínez, 2011) como un conjunto de instrumentos y documentos pensados para facilitar el cambio de modelo cambio en los centros de atención a personas mayores.

La atención gerontológica centrada en la persona fue editada a modo de guía genérica destinada a profesionales con el propósito de exponer las bases de este enfoque de atención a la par de ofrecer un compendio de propuestas de intervención. En un momento donde en nuestro país todavía no existían experiencias aplicadas de estos modelos, el objetivo de esta guía no fue crear un método concreto para liderar el cambio sino, simplemente, reunir las principales ideas y metodologías acordes a este enfoque de atención. Ideas y metodologías organizadas en torno a cinco asuntos importantes para trasladar el modelo a los centros y servicios: a) la atención personalizada desde la promoción de la autonomía y la independencia, b) lo privado, lo íntimo y la confidencialidad, c) lo propio y lo significativo, d) las familias y e) la organización y los profesionales.

Unos años después, *Avanzar en AGCP* nace como una familia de herramientas facilitadoras del cambio de modelo siguiendo distintas fases. Éstas son sugeridas tras la revisión de distintas experiencias internacionales relacionadas con el cambio de modelo en residencias de personas mayores así como de los aprendizajes procedentes de diversas iniciativas en marcha en nuestro país para avanzar hacia el logro de una atención orientada a las personas.

Avanzar en AGCP es, por tanto, un conjunto de instrumentos de apoyo desarrollados en torno a la aplicación de modelos de atención afines al enfoque de Atención Centrada en la Persona. Surge como una propuesta abierta y flexible que, como tal, irá generando e incluyendo diferentes metodologías y recursos que se consideren de interés para apoyar los procesos de cambio, ciertamente complejos cuando la organización procede de una cultura organizativa centrada en el servicio.

¹ Este documento fue editado en el año 2011 por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco desde una colaboración con Fundación Matía con el objetivo de impulsar el avance de este modelo de atención en los recursos de atención a personas mayores.

No es un método que deba ser conducido de un modo idéntico en todos los casos ni tampoco ofrece herramientas cuya aplicación excluya otras opciones.

Propone una secuencia orientativa de intervención y distintos instrumentos de apoyo para lograr avanzar en algunos objetivos y temas esenciales en la aplicación de modelos de centros afines a la ACP en la que las organizaciones y equipos expresan tener mayores dificultades.

Son instrumentos que aplicados de forma sensata y adaptada a cada realidad pueden ayudar a los responsables y equipos profesionales a liderar un cambio de modelo real, sustancial y consistente. Evitando, en todo caso, quedarse en lo anecdótico o circunstancial, ya que la ACP es una forma de entender la relación asistencial desde el empoderamiento a las personas y ello, en muchos casos, requiere un cambio de calado en la cultura de la organización (visión, actitudes, sistema organizativo, roles profesionales, relaciones interpersonales, diseño del espacio, sistemas de evaluación y gestión de la calidad, etc.).

Avanzar en AGCP ofrece, en este momento de su desarrollo, un documento introductorio y un primer instrumento:

 *Avanzar en AGCP: marco y fases para liderar un cambio de modelo*

Este documento presenta, como marco de partida el enfoque ACP y un modelo de atención que contempla un total de diez componentes. Además propone un orden secuenciado desde donde contextualizar los distintos instrumentos y metodologías incluidos en la familia Avanzar en AGCP.

 *Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa*

Es un instrumento que permite la revisión participativa de los centros de atención a personas mayores. Ofrece un manual explicativo de su aplicación y dos cuestionarios (versión residencias y versión centros de día) para ser auto-aplicados en cada centro mediante una revisión participativa en la que deben implicarse los diferentes profesionales.

1. La Atención Centrada en la Persona, un enfoque desde el reconocimiento de la dignidad

La Atención Centrada en la Persona (ACP) apuesta por una visión determinada de la calidad asistencial. Una visión donde la salvaguarda de la dignidad de cada persona, el respeto a su singularidad y el derecho al control de la propia vida son valores nucleares. Un enfoque que los países más avanzados en políticas socio-sanitarias (Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros) han señalado como elemento clave para la mejora de la atención a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

Los servicios que ofrecen atención y cuidados personales a las personas mayores difieren no solo en cuestiones estructurales u organizativas sino en su modo de atención y, concretamente, en si se permite y apoya a las personas usuarias para que puedan seguir con su proyecto y modo de vida.

Los principios rectores de la atención gerontológica (personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención) definen lo esencial de un modelo de atención (Rodríguez, 2006, 2010). Estos principios, a pesar de ser generalmente enunciados, pueden quedarse en la declaración de intenciones si su concreción en el día a día de los servicios y centros se tropieza con dificultades como la inflexibilidad organizativa, las prácticas y espacios que no protegen la intimidad o los procedimientos asistenciales uniformes que no permiten una atención personalizada.

Para evitar estos riesgos, los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. Desde la ACP, la autonomía (entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida), se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión del centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas (Martínez, 2009, 2010).

El término “Atención Centrada en la Persona” no viene siendo utilizado desde una única acepción o significado (Morgan y Yoder, 2011) En este sentido, cabe distinguir, al menos, tres tipos de acepciones de la ACP (Martínez, 2013 a): como enfoque, como modelos que la conceptualizan o desarrollan y como metodologías de intervención acordadas. Se opta por esta denominación como traducción del término Person-Centered Care (PCC), acuñado desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

La ACP, como enfoque, comprende un conjunto de valores o enunciados que orientan la atención dispensada desde distintos niveles –organización, servicios o profesionales- Entre estos valores figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados, puedan tomar decisiones sobre su atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permitan (McCormack, 2004; Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2004).

Cabe destacar, a modo de decálogo, diez asunciones o postulados que caracterizan y pueden resumir el enfoque ACP aplicado a la atención de las personas mayores (Martínez, 2013 b).

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

- 1. Todas las personas tienen dignidad.** Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
- 2. Cada persona es única.** Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.
- 3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.** La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.
- 4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.** La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.
- 5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.** La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.
- 6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.** Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no solo se fija en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.
- 7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo.** Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.
- 8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar y salud de las personas.** Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.
- 9. Las personas son interdependientes.** El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas mayores teniendo un papel clave en el ejercicio de su autodeterminación y en el logro de su bienestar.
- 10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.** En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Si bien es posible señalar un enfoque común en relación a la ACP, no se puede decir lo mismo sobre la existencia de un único modelo. De hecho las aportaciones son diversas y mientras que algunos modelos ofrecen marcos conceptuales de la ACP (Brooker 2004, 2007; Kitwood 1993,1997; Nolan et al., 2004; Rodríguez 2010,2013), otros han sido elaborados con objetivos más operativos como la construcción de instrumentos de evaluación señalando las dimensiones y factores que integran (Coyle y Williams, 2001; Chapell, Reid y Gish, 2007; Edvardsson, Koch y Nay, 2009; Edvardsson, Fetherstonhaugh y Gibson, 2010; White, D.L., Newton-Curtis, I., Lyons, K.S., 2008) o para servir de guía en procesos de mejora de la atención.

En el siguiente apartado se presenta el modelo referencial utilizado en Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona. Un modelo que se concreta en dos dimensiones y diez componentes. Su papel, como modelo teórico, es guiar y dar coherencia tanto a los diseños relacionados con las diferentes metodologías de intervención como a los instrumentos de evaluación que se proponen en la familia de herramientas Avanzar en AGCP.

2. El modelo Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP): dimensiones y componentes

Como se acaba de señalar, el modelo AGCP se plantea como marco teórico referente para el diseño de las diferentes herramientas que integran la familia Avanzar en AGCP. Es un modelo afín al enfoque ACP y contempla dos dimensiones: Atención a las personas y Entorno Positivo. A su vez se desarrolla en un total de 10 componentes.

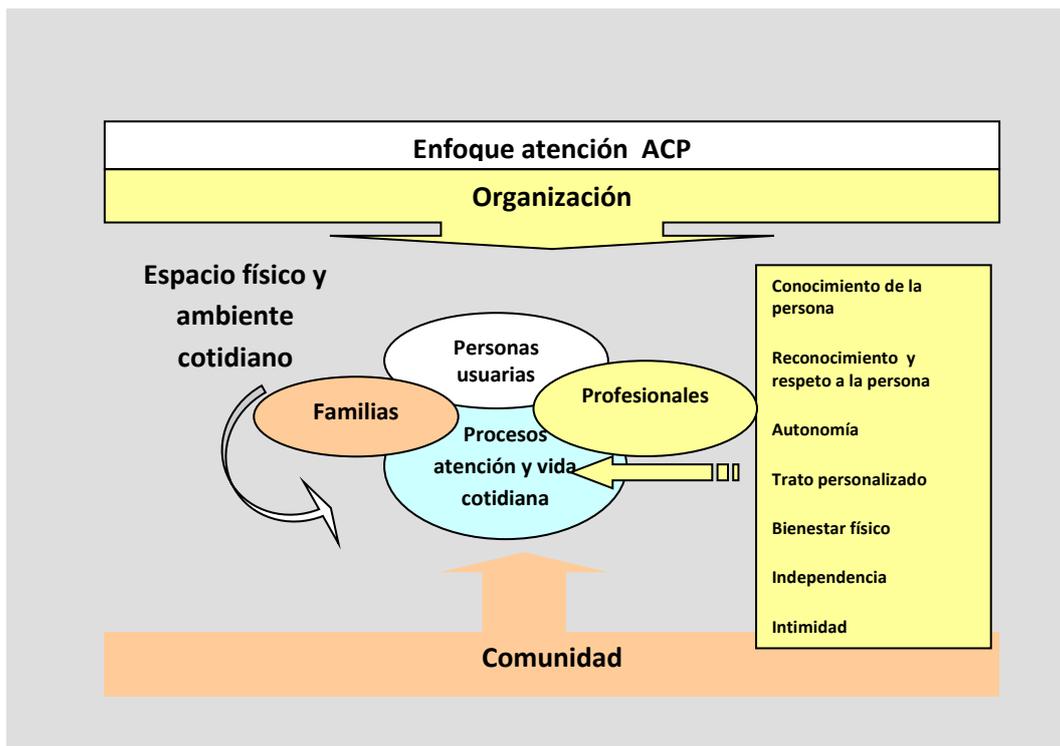
Estas dimensiones y componentes se muestran en la Tabla 1.

Incluye los componentes frecuentemente más citados en los modelos de atención y evaluación propuestos desde el enfoque ACP, relacionados por un lado con la atención a las personas (conocimiento de la persona, puesta en valor y respeto a la persona, autonomía y trato personalizado) y por otro con un entorno facilitador (espacio físico, relaciones sociales y organización).

Además se ha considerado de interés añadir a la primera dimensión tres componentes, que a pesar de no figurar de forma constante en los distintos modelos propuestos, tienen gran importancia en la definición de este enfoque por la estrecha relación que guardan con la promoción de la autonomía personal: el bienestar físico, la independencia funcional y la intimidad.

Tabla 1. Dimensiones y componentes del modelo AGCP

DIMENSIONES	COMPONENTES
Atención a las Personas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de la persona. 2. Respeto y reconocimiento de la persona. 3. Promoción de la autonomía. 4. Trato personalizado. 5. Protección del bienestar físico. 6. Promoción de la independencia. 7. Protección de la intimidad.
Entorno Positivo	<ol style="list-style-type: none"> 8. Espacio físico y ambiente significativo. 9. Relaciones sociales. 10. Organización amiga.



DIMENSIÓN 1. ATENCIÓN A LAS PERSONAS

La descripción de los siete componentes que forman parte de esta primera dimensión se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Descripción de los componentes del modelo AGCP DIMENSIÓN 1. ATENCIÓN A LAS PERSONAS	
Componentes	Hace referencia e incluye:
1) Conocimiento de la persona (C- Per)	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento global de la persona, contemplando sus diferentes dimensiones (bio, psico, social y espiritualidad). • Especial atención al conocimiento de las características y singularidad de la persona: biografía, intereses, preferencias y rechazos.
2) Respeto y reconocimiento de la persona (R- Per)	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en valor y respeto de la dignidad y singularidad de cada persona. • Identificación de las fortalezas y capacidades. • Empatía y comprensión de la perspectiva de la persona.
3) Promoción de la Autonomía (Auto)	<ul style="list-style-type: none"> • Información comprensible para permitir la toma de decisiones. • Oportunidades y apoyos para realizar elecciones. • Toma de decisiones y control sobre la vida cotidiana.
4) Trato personalizado (T- Per)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y cuidados integrales individualizados. • Flexibilidad en la atención para adaptarse a cada persona.
5) Protección del Bienestar físico (B- Fis)	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de daños y riesgos. • Hábitos saludables. • Confort físico.
6) Promoción de la independencia (Indep)	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la realización independiente de las actividades cotidianas.
7) Protección de la Intimidad (Intim)	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de la intimidad corporal. • Trato respetuoso y cálido en los asuntos íntimos. • Protección de la confidencialidad en la información personal.

DIMENSIÓN 2. ENTORNO POSITIVO

La segunda dimensión del modelo, Entorno Positivo incluye 3 componentes. Su descripción se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de los componentes del modelo AGCP DIMENSIÓN 2. ENTORNO POSITIVO	
Componentes	Hace referencia e incluye:
8) Espacio físico y ambiente significativo (E-F y AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad. • Confort. • Sensación de hogar, ambiente hogareño no “institucional”. • Espacios estimuladores de la actividad física y la relación social. • Actividades significativas.
9) Relaciones sociales (R- Soc)	<ul style="list-style-type: none"> • Cercanía y colaboración de las familias. • Apoyo a las relaciones sociales. • Apertura del centro a la comunidad. • Acceso a los servicios y espacios de la comunidad.
10) Organización amiga (Organ)	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales que mantienen relaciones empáticas y empoderadoras con las personas usuarias. • Organización y metodologías que permiten la autonomía de las personas y la flexibilidad en la atención. • Coordinación entre profesionales y trabajo en equipo bien organizado. • Reconocimiento y apoyo a los profesionales. • Participación de las personas en la organización (personas mayores, familias y profesionales). • Cultura asistencial coherente que lidera la aplicación de sus valores, misión y visión.

3. Elementos que facilitan el cambio de modelo en los centros

Los servicios y centros gerontológicos basados en modelos centrados en las personas tienen todavía en nuestro país un escaso desarrollo.

A pesar de que con frecuencia se propone como objetivo la atención personalizada, los centros y servicios tradicionales parten de una idea y organización de la atención donde la autonomía de las personas usuarias se ve seriamente restringida. La existencia de normas derivadas de objetivos organizativos, la escasa flexibilidad en la atención o los roles profesionales excesivamente directivos y rígidos (más centrados en la realización de las tareas programadas que en las personas) merman las oportunidades reales de personalizar los cuidados y de que las personas mayores tomen sus propias decisiones y ejerzan control real sobre su vida cotidiana.

Hacer realidad un enfoque como la ACP no siempre es fácil. En muchos casos implica revisar las organizaciones e introducir cambios en la cultura asistencial. Con frecuencia es necesario liderar un cambio de modelo, lo cual aun siendo posible conlleva dificultades.

Además las situaciones y motivos que pueden conducir a un centro a interesarse por este enfoque pueden ser realmente diversos. Puede ser una iniciativa de la empresa, del responsable o director, de un grupo de profesionales...ello, sin duda supone puntos de partida muy diferentes y la estrategia y planteamiento a seguir no pueden ser los mismos.

Si el centro procede de un modelo organizativo y de atención muy alejado de los postulados de la ACP se va a requerir un cambio que transforme a niveles profundos la organización (valores, actitudes, sistemas organizativos, relaciones...). Ello requiere la implicación de los máximos responsables. Sin este compromiso el cambio real transformador no es posible.

En las fases que aquí se proponen, se parte del compromiso de los responsables del centro en emprender un cambio de estas características.

Ello no significa que los profesionales, en ausencia de un apoyo claro de los responsables, puedan introducir mejoras en sus intervenciones y en su praxis cotidiana. Ello, además, forma parte de la responsabilidad individual inherente a cada profesional: hacer las cosas bien. Pero un cambio de calado requiere una apuesta por parte de quien ostenta la responsabilidad del centro.

Es importante conocer los elementos que facilitan el cambio y saber cómo secuenciarlo. Partiendo de la experiencia internacional y de los centros que en nuestro país están involucrados en procesos de mejora, cabe señalar algunos elementos que actúan de facilitadores del cambio de modelo:

- El liderazgo por parte de los responsables de la organización y del centro o servicio.
- Un clima organizacional favorable al cambio.
- La disposición o apertura del centro u organización a la revisión y al continuo aprendizaje.
- Una comunicación clara a todos los implicados (personas mayores, profesionales, familias...).
- La participación y el compromiso de los profesionales de atención directa.
- La formación y el apoyo continuado en el proceso de cambio a los equipos de atención directa.
- La adaptación del proceso de cambio a cada organización.
- La progresividad del proceso de modo que se propongan cambios asumibles.

En el siguiente apartado se comentan de un modo más detallado, desde un proceso de cambio secuenciado, todas estas cuestiones. Secuenciar el cambio haciéndolo progresivo y asumible es una cuestión indispensable para poder avanzar.

4. Fases para liderar el cambio

4.1. Prepararse para comenzar

Conocer algunos factores clave

Misiorski (2004) señala algunos elementos críticos para propiciar un cambio en la cultura organizativa de un centro:

- ✓ La existencia de una decisión consensuada de avanzar hacia un enfoque ACP.
- ✓ La existencia de un estilo de liderazgo transformacional².
- ✓ La participación en el centro de las personas mayores, familias y profesionales en el centro.
- ✓ La calidad de las relaciones existentes entre:
 - Profesionales-profesionales.
 - Profesionales-jefes.
 - Profesionales-personas mayores.
 - Profesionales-familias.
 - Profesionales-organización.
- ✓ La capacidad de aprendizaje de la organización.
- ✓ La disponibilidad de recursos.

Saber cómo el centro se sitúa en relación a estas variables es importante para identificar debilidades y fortalezas que, en cierto modo, orientarán la estrategia de

² El liderazgo transformacional se caracteriza por buscar la motivación de los profesionales hacia el trabajo para aumentar su implicación, la proactividad y la asunción de responsabilidades. Los profesionales son activos, se confía en ellos y tienen capacidad de autogestión.

inicio del proceso. Se recomienda recoger información cuantitativa y cualitativa que permita conocer estos aspectos.

Informar y comunicar

Una vez tomada la decisión de abordar un proceso de cambio, la información debe llegar de una forma clara a todos los implicados en el centro.

Se trata de dar a conocer el modelo de una forma sencilla, sus características, sus valores y las prácticas que son y nos son acordes a éstos. Especialmente, en este primer momento, se trata de visualizar lo que aporta un modelo ACP y de lo que se diferencia frente a otros enfoques o modelos de atención.

La información del modelo de atención en el que se quiere avanzar no solo ha de trasladarse a los profesionales sino también a las personas usuarias y a las familias.

Otros agentes (organizaciones sindicales, recursos de la comunidad con los que existan alianzas) también deben ser informados. Se trata de dar una información clara que evite equívocos y que, a la vez, permita ganar aliados.

La implicación de todos estos grupos es fundamental. Los cambios a acometer pueden ser de gran calado y esto requiere no solo comprensión sino compromiso por parte de todos los agentes.

Sensibilizar a los profesionales y abordar las resistencias

La implicación de los profesionales del centro tiene una gran trascendencia. No es suficiente con informar a los profesionales sino que resulta de la máxima trascendencia “saber llegar” a cada uno de ellos. Para ello se deberá propiciar un espacio de reflexión colectiva poniendo en marcha estrategias que conduzcan además a la reflexión y percepción individual de la necesidad de cambio. En otras palabras, es fundamental ser capaces de “movilizar al individuo”.

Una vez que se ha ofrecido un primer acercamiento al modelo, un aspecto importantísimo es detectar las resistencias que el cambio de modelo puede suscitar en el grupo de profesionales y en las personas.

Todos los cambios generan resistencias. Por ello es imprescindible identificar las dudas, las incertidumbres, los temores y saber abordar de una forma adecuada las resistencias que producen. El esfuerzo invertido en esta fase (que en ocasiones puede llegar a ser importante) nunca es un tiempo perdido, ya que se traducirá en una mayor colaboración posterior.

En esta fase, la intervención de asesores externos puede resultar de gran ayuda e incluso llegar a ser imprescindible. Esto sucede en centros muy alejados de las propuestas del modelo ACP o que tenga un clima organizacional complejo.

Algunas estrategias que pueden ayudarnos a sensibilizar a los profesionales ³

- ✓ Indagar y compartir los momentos y experiencias que nos han hecho “replantearnos” la atención que damos o el modelo que tenemos, las vivencias que si sabemos aprovecharlas suponen “un antes y un después”.
- ✓ Identificar y abordar las resistencias que el grupo tiene ante el cambio. Unas tienen que ver con falta de información (creencias erróneas sobre lo que es este modelo de atención), otras provienen de dudas justificadas (escasez de recursos, normativas que impiden ciertas acciones...) mientras que muchas de ellas son temores.
- ✓ Dejar que afloren las resistencias, comentarlas, empatizar con los temores que esconden, informar sobre creencias incorrectas, reconocer las dificultades reales, señalar y visualizar alternativas que puedan ser realistas y efectivas.
- ✓ Conocer cómo lo han hecho en otros centros. Visitar otros recursos, escuchar experiencias y testimonios, ver videos de experiencias reales, conocer cómo ha sido su proceso, sus dificultades, sus logros y trasladar su balance positivo final, tiene un poder extraordinario. Especialmente cuando la experiencia la trasladan “iguales”.
- ✓ Visibilizar y concretar lo que supone la ACP en la práctica cotidiana. En muchos casos los profesionales están convencidos de que “eso ya lo hacemos”. Poner ejemplos, comparar modos diferentes de resolver situaciones (confrontando formas orientadas al servicio y formas orientadas a las personas), realizar chequeos de formas de actuar ante situaciones del día a día suele dar buenos resultados.

³ Estas estrategias pueden resultar también de utilidad para la sensibilización de familiares y de las personas mayores. Algunas actividades dirigidas a sensibilizar sobre la necesidad de cambio del centro pueden realizarse conjuntamente.

- ✓ Reconocer el esfuerzo que esto supone pero insistir y hacer ver los beneficios. Es fundamental ser capaces de transmitir lo que supone este modelo de atención haciendo un especial hincapié en los beneficios que reporta para todos, no solo para las personas mayores sino también para los profesionales y la organización.

4.2. Construir un liderazgo compartido

Clarificar y consensuar los valores, la misión y la visión del centro

Una tarea inicial para lograr un proceso de cambio compartido es visibilizar y consensuar los valores, la misión y la visión del centro. Si el centro ya los tiene definidos es indispensable revisarlos y ver si el modo en que fueron expresados es afín a las propuestas de la ACP.

- Los valores.** Son las creencias y asunciones que compartimos sobre la atención, las personas y el trabajo. Deben ser clarificados, explícitos y acordes a las prácticas asistenciales.
- La misión.** Es el propósito o razón que da sentido a la existencia del centro. Es importante asegurarse que está enunciado de una forma acorde a las propuestas de la ACP. Su enunciado debe motivar a las personas y mostrar la apuesta del centro.
- La visión.** Es la forma como la organización se ve a sí misma en un futuro. Visualiza el centro incorporando los cambios previstos y los objetivos que se pretenden alcanzar.

Una vez consensuados los valores, la misión y la visión del centro, ya se puede decir que se cuenta con el “ideario del centro”. Es el faro que permitirá dar luz a las dudas que surjan y especialmente a cotejar si las prácticas cotidianas son acordes al modelo (expresado en valores, misión y visión) por el que se ha apostado.

En este liderazgo hacia el cambio de modelo deben participar los tres principales grupos y agentes que conviven en el centro: personas mayores, familiares y profesionales.

Crear un grupo líder promotor del cambio

El liderazgo de los responsables de los recursos u organizaciones en el cambio de modelo resulta imprescindible. Si éste no existe, aunque los profesionales se esfuercen y logren mejoras, el cambio de modelo se verá muy limitado ya que con frecuencia es necesario introducir cambios en el concepto de atención y en la organización del servicio.

Pero este liderazgo “por arriba” no puede ir solo. El esfuerzo y compromiso de los profesionales es indispensable para avanzar en este modelo, tanto del equipo técnico como, especialmente, del conjunto de gerocultores/as o cuidadores/as, ya que son quienes acompañan y apoyan a lo largo del día a las personas. De hecho desde los modelos de atención ACP el rol y cometidos de los gerocultores/as se consideran esenciales y por ello, deben de ser valorados, reforzados y apoyados.

La implicación de las personas mayores y las familias también resulta esencial en el cambio. Una visión compartida, aunque requiera más trabajo, facilita y da fuerza a los logros que se van consiguiendo.

La formación de grupos líderes o promotores del cambio en cada centro suele resultar de gran ayuda. Esta estrategia funciona porque facilita el cambio interno, para lo cual los profesionales han de participar y sentirse comprometidos.

El modo y tiempo de incorporación de todos estos agentes a un grupo promotor del cambio puede requerir distintas actuaciones en función de la cultura participativa del centro.

El grupo promotor puede estar formado solo por profesionales inicialmente para luego cuando tenga más rodaje pueda incorporar a personas mayores y familias, o bien integrar desde el inicio a todos los agentes. Esta segunda opción requiere mayor experiencia y madurez de la organización en cuanto a la participación. En los casos de centros que vienen de modelos alejados de la ACP suele ser necesario un trabajo previo solo con los profesionales para que estos luego faciliten una real participación a las personas mayores y sus familias.

Los grupos profesionales promotores de la ACP

- ✓ Actúan de líderes en la conducción del proceso de avance hacia un modelo de ACP en un centro u organización.
- ✓ Un Grupo Promotor de un centro está formado por un conjunto de profesionales comprometidos con el cambio. Suele estar formado por el director/a o responsable, técnicos y personal de atención directa continuada. El tamaño puede variar según la capacidad del centro, pero, en lo que atañe a profesionales, un buen número puede estar entre 5-10 profesionales.
- ✓ Los miembros forman parte de esos grupos de forma voluntaria. Tienen afinidad a este enfoque de atención y aceptan lo que este compromiso supone.
- ✓ El trabajo de este grupo se realice desde consensos, no desde la imposición de los responsables.
- ✓ Todos los miembros adquieren compromisos relacionados con la transferencia de información a los demás y con el cumplimiento de acuerdos.
- ✓ Si el compromiso se adquiere a nivel de organización, es importante que en cada centro o servicio se constituya un grupo promotor, ya que éste será quien asuma la tarea de liderar el proceso de cambio. En estos casos, suele ser de gran utilidad y apoyo constituir, además, un grupo promotor matriz que servirá de soporte e intercambio para el resto de grupos promotores de centro.
- ✓ Este grupo debe estar formado en el modelo ACP y en cómo aplicar un método que permita revisar el centro y proponer y liderar un proceso de mejora y cambio.

4.3. Conocer la situación de partida

Realizar la evaluación inicial

Es importante documentar la situación de partida para así disponer de información, datos objetivos y poder comprobar y analizar los resultados.

Se trata tanto de conocer la situación inicial como posteriormente los impactos que se han generado y poder conocer a qué se deben.

La evaluación ha de realizarse por un lado, sobre los tres grupos de personas que interactúan en el centro: personas usuarias, profesionales y familias y además, a nivel del centro.

Algunas variables de interés

a) Personas

Personas mayores

- Calidad de Vida
- Nivel funcional
- Funcionamiento cognitivo
- Actividades que realizan
- Estado de ánimo
- Satisfacción y opinión sobre la atención

...

Profesionales

- Satisfacción laboral
- Habilidades relacionales
- Opinión sobre la atención

...

Familias

- Grado cercanía y colaboración en la atención
- Satisfacción y opinión sobre la atención del centro
- Confianza en el personal del centro

...

d) Centro

- Características físicas
- Características organizativas
- Modelo de atención
- Clima organizacional

...

Combinar la recogida de información cuantitativa y cualitativa es, habitualmente, la mejor opción. Documentos, gráficos, datos, métodos de observación, grupos de discusión, entrevista individuales, cuestionarios de opinión, escalas de valoración pueden resultar de interés.

No obstante, es importante realizar una recogida de información asumible que no resulte excesiva y que permita contar con datos e indicadores que sean sensibles para recoger los cambios que pretendemos generar.

Llevar a cabo una revisión participativa

Con cierta frecuencia escuchamos a algunos responsables de centros o a profesionales afirmaciones tipo “eso ya lo hacemos” en relación a las propuestas de atención personalizada. También nos encontramos con reacciones contrarias, pensamientos como “eso es inviable, no es posible”, cuando muchas de las cuestiones que plantea el modelo tienen que ver con cambios de actitud y de procedimientos.

Hemos de tener cuidado en no reducir ni tergiversar lo que implica la ACP. La aplicación de este enfoque conlleva asumir un cambio en la posición de las personas usuarias y en la relación que éstas establecen con los profesionales y la organización.

Desde el enfoque ACP se enuncia que las personas son el centro de la atención. Ello, por supuesto, no significa restar importancia a la capacitación y bienestar de los profesionales, al papel de las familias o la adecuación de los recursos y los entornos. Esto implica partir de la creencia de que las personas pueden seguir decidiendo muchas cosas sobre su vida cotidiana y sobre su atención, si el entorno que les rodea lo facilita. Sin duda, todo un reto que conlleva en muchos casos cambios en las actitudes, en la definición de ciertos roles y en la organización.

Por esto es importante realizar una revisión participativa o chequeo sobre cómo estamos actuando en la actualidad. Esta es, precisamente, la principal finalidad de *Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa*: chequear los procesos de atención desde descriptores de buena praxis definidos desde este modelo de atención. Ello permite situar la práctica actual de cada centro y de sus profesionales en relación a los criterios de buena praxis propuestos desde la ACP, identificando tanto las fortalezas o buenas prácticas como las distancias o áreas de mejora.

4.4. Crear una ruta propia de mejora

Diseñar un plan inicial de mejora

Cada realidad es diferente y por eso hemos de adaptar el proceso de cambio a cada organización. Cada centro tiene su historia y su momento. Es fundamental conocer cada centro, su cultura, la actitud de sus profesionales, el clima organizacional y trazar, llegando al máximo consenso posible, una ruta de cambio propia.

La progresividad, en este sentido, es un elemento esencial. No podemos plantearnos cambiar todo a la vez; debemos saber qué objetivos nos planteamos, identificar lo que hoy sí es posible y trazar un proceso de cambio planificado y asumible.

Para ello es fundamental conocer las distancias entre los valores enunciados desde la ACP y las prácticas cotidianas. Del mismo modo, es primordial saber priorizar los cambios que deben introducirse en el centro.

a) Partir de las distancias detectadas entre lo que se hace y la buena praxis desde la ACP.

La revisión efectuada con *Avanzar en AGCP-Instrumento para la revisión participativa* da cuenta de la situación donde se encuentra el centro y permite reconocer tanto las fortalezas como las áreas de mejora que han sido identificadas en un espacio de reflexión y consenso. Ofrece información sobre qué distancias existen entre las prácticas cotidianas y la buena praxis descrita en relación a los diferentes procesos además de presentar las medidas o propuesta para la mejora que del grupo han surgido.

b) Seleccionar y priorizar los cambios

Se trata de seleccionar los cambios entre las medidas e ideas que se hayan recogido y programarlos de una forma temporalizada.

La revisión realizada con *Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa* puede llegar a generar un importante número de ideas para la mejora. Además las propuestas suelen ser muy diversas, no solo en cuanto al proceso a la que se dirigen

sino en cuanto a su concreción, impacto, dificultad o esfuerzo que requiere su puesta en marcha. Por eso, antes de seleccionar los cambios y programarlas en un plan de mejora temporalizado se recomienda evaluar cada medida de mejora propuesta.

Puede resultar de utilidad aplicar en la evaluación de las medidas de mejora criterios que estimen las siguientes cuestiones:

- Su impacto en la calidad de vida de las personas mayores.
- El esfuerzo requerido por parte del personal.
- La viabilidad para la organización.
- Su efecto transversal (potencia para afectar a distintos procesos).

Podemos graduar en 2/3 grados cada variable e incluso ponderar el conjunto de criterios que finalmente se seleccionen. Ello proporcionará un listado de medidas puntuadas y facilitará su selección. Con esta información resultará más fácil proceder a realizar un plan de medidas programadas y temporalizadas.

Además de esta evaluación, la experiencia procedente de centros y organizaciones en proceso de cambio de modelo señalan algunas pautas a tener en cuenta para seleccionar y priorizar los cambios.

Algunas claves para seleccionar y planificar los cambios

- ✓ Iniciar cambios en procesos transversales como la actitud y roles de los profesionales, el diseño ambiente físico y la organización de las actividades cotidianas. Este tipo de acciones suele genera un mayor impacto al afectar a distintas situaciones de la atención e interacción cotidiana.
- ✓ Proponer cambios posibles, que estén temporalizados y que sean fruto del consenso.
- ✓ Empezar con cambios sencillos y exitosos, es decir, que tengan altas probabilidades de “salir bien” con un esfuerzo asumible.
- ✓ Proponer los cambios organizativos más complejos iniciando experiencias “piloto” con profesionales voluntarios. Ello permite, en primer lugar, experimentar y aprender de los logros y las dificultades. Además, los intentos con profesionales más motivados tienen mayores posibilidades de éxito y esto facilita su extensión al resto del centro encontrando una menor resistencia.

- ✓ Comprobar que los cambios que se proponen son valorados como algo importante por las personas mayores y por los profesionales de atención directa.
- ✓ Asegurarse que los cambios producen un mayor control de las personas mayores y quienes le cuidan sobre la vida cotidiana.
- ✓ Enfatizar la importancia de las relaciones interpersonales.

c) Temporalizar los planes de mejora

Un cambio de modelo en un centro que procede de un planteamiento distante a la ACP no es un proyecto a corto plazo. No es un trabajo sencillo que se consiga con el logro de varias medidas. Es un cambio cultural y eso implica esfuerzo, compromiso y tiempo. No es adecuado plantearlo como una meta final y concreta que alcanzar ya que el cambio de modelo es un proceso continuo, sin fin. Como acertadamente es señalado por la red *Pionners* “La ACP no es un destino, es un viaje sin fin” (Misiorski, 2004).

Sin embargo, sin perder esta visión de continuidad, es oportuno y operativo temporalizar los planes de mejora que se propongan.

La revisión completa con *Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa* contempla el chequeo en un centro residencial de un total de 20 procesos (16 en centros de día). Ello implica un trabajo de mejora y programación de cambios que puede extenderse a lo largo de dos/tres años, dependiendo del tamaño del centro. Por ello se recomienda programar planes temporalizados. Seis meses puede ser un buen periodo para proponer “grupos” de medidas de mejora.

Una temporalización que huye del corto plazo, de la prisa o necesidad de “cambiar todo a la vez” ofrece ventajas como permitir un ritmo asumible, ir consolidando cambios o visualizar una ruta de cambio acorde a una nueva cultura asistencial.

Sin olvidar lo dicho...que “este viaje, no tiene fin”.

Implementar el plan de mejora inicial

Una vez diseñado un plan temporalizado de mejora inicial se trata de llevarlo a la práctica. Para facilitar su buen ritmo y eficiencia deberemos tener en cuenta algunas cuestiones.

a) Compartir la responsabilidad en el desarrollo del plan de mejora

Cada una de las diferentes acciones consensuadas para la mejora debe contar con una persona responsable de coordinar y supervisar el desarrollo de la misma. Esto favorece además la implicación de los distintos profesionales. Si no existe compromiso individual la responsabilidad tiende a diluirse.

b) Ser flexibles

La existencia de un plan de mejora debe ir acompañada por la flexibilidad, de modo que si a lo largo de la puesta en marcha se aprecian dificultades o se producen circunstancias que alteran lo previsto, el grupo promotor sea capaz de realizar ajustes.

Por otro lado, en el proceso de mejora que se planifique han de tener cabida las propuestas que vayan surgiendo de los equipos de atención directa. Estas nuevas ideas son un buen indicador de que los equipos están motivados con los cambios.

Sin embargo, es conveniente que las nuevas propuestas sean refrendadas por el equipo promotor para asegurar su coherencia con el modelo y la adecuada implantación de las mismas. Se trata de apostar por un proceso abierto y constructivo a la par de evitar desviaciones del modelo producto de iniciativas entusiastas pero no suficientemente reflexionadas.

c) Acompañar a los profesionales en el cambio

Un aspecto primordial es la formación y el acompañamiento a los equipos de atención directa en el proceso de cambio.

Llevar a cabo una formación inicial, aunque suele ser algo necesario, no suele resultar suficiente ya que es preciso cambiar formas de hacer que en ocasiones están muy automatizadas. Muchas veces es necesario “des-aprender” y esto siempre es costoso. Requiere auto-observación, reflexión y entrenamiento en los distintos momentos de atención para que realmente se transfieran los conocimientos a las prácticas cotidianas y se logren cambios en la relación con las personas.

Por ello es altamente recomendable contar con un plan flexible de formación y acompañamiento optando por un modelo de aprendizaje activo donde los profesionales se impliquen activamente y desarrollen habilidades que les capaciten para aplicar las diferentes medidas de mejora o cambios propuestos en los escenarios cotidianos de cuidados.

1.6. Seguir siempre avanzando

Evaluaciones de seguimiento

Una vez iniciado el proceso de mejora se han de planificar evaluaciones periódicas que sean asumibles.

Se trata de obtener información que nos permita documentar los cambios y el impacto generado. Para ello será necesario volver a registrar algunas de las variables evaluadas inicialmente.

También es importante incluir indicadores sensibles que nos permitan seguir el avance de las medidas de cambio concretas incluidas en el plan de mejora, de modo que podamos comprobar cómo vamos progresando y qué aspectos debemos ir modificando.

Identificar y poner en valor los logros

Un objetivo importante es mantener y consolidar los logros conseguidos. Esto es algo, que si se desatiende, puede acabar haciendo que este proceso de cambio vaya poco a poco perdiendo fuerza, se caiga en la inercia o incluso se retroceda a prácticas anteriores.

Para ello, en primer lugar debemos saber identificar y permitirnos “celebrar” los avances conseguidos. Sucede, algunas veces, que solo nos fijamos en lo que todavía no funciona bien y desatendemos lo logrado con la falta de refuerzo y el riesgo de extinción que ello supone.

Esto ayuda a consolidar conciencia colectiva sobre el modelo de atención y a afianzar la nueva visión o cultura.

Estrategias para identificar y poner en valor los logros conseguidos

- ✓ Manejar criterios o indicadores que señalen el cumplimiento de objetivos en el logro de medidas o la identificación de buenas prácticas.
- ✓ Compartir internamente y celebrar los logros y las buenas prácticas (jornadas de buenas prácticas, documentos, videos, etc.).
- ✓ Documentar los cambios, dar a conocer los resultados y el impacto generado.
- ✓ Difundir nuestra experiencia, nuestras buenas prácticas y las “lecciones aprendidas”.

Gestionar la incertidumbre y abordar las situaciones más complejas

Apostar por un cambio hacia la ACP implica asumir cambios, estar dispuestos a que afloren discrepancias y también a asumir ciertos riesgos. Saber gestionar estos momentos de dificultad es vital para la supervivencia del nuevo modelo que queremos implantar así como para crecer como grupo y organización.

Algunos sucesos pueden suponer momentos críticos en el proceso de cambio. Ciertos sucesos desafortunados (como por ejemplo cuando iniciamos la eliminación de sujeciones físicas y se produce una caída) o cuando se comete un error grave son situaciones que pueden poner en peligro el plan de mejora. Son eventos, que aunque no solo acontecen en procesos de cambio de modelo, suponen riesgos importantes de abortar el intento si no se abordan con madurez.

Por otro lado, la puesta en marcha real de cambios, aunque hayan sido trabajadas previamente las resistencias y hayan sido acordadas las medidas, pueden suscitar momentos de duda, “resucitar” las resistencias e incluso llegar a generar disputas o malos entendidos.

Especialmente entonces se ha de actuar con calma, reflexión y prudencia. Gestionar la dificultad y la incertidumbre es una habilidad profesional clave que debe saberse manejar tanto individualmente como cuando trabajamos en grupo. Resulta crucial cuando se trabaja en la atención a personas que precisan cuidados. Y cuando se aceptan y asumen procesos de cambio todavía más.

Algunos consejos para gestionar situaciones complejas

- ✓ No tomar decisiones tajantes en el mismo momento. Dejar pasar algo de tiempo y cuando se reduzca la intensidad de algunas emociones analizar y sopesar de una forma más serena qué hacer.
- ✓ Saber que la incertidumbre forma parte de la vida y de nuestro trabajo.
- ✓ Reflexionar, poner en común, apoyarnos en el grupo, compartir lo que más nos cuesta, lo que nos resulta más difícil.
- ✓ Formar a los profesionales en habilidades de deliberación ética.
- ✓ Contar con algún apoyo externo (*coaching*, profesionales expertos, comité de ética...) para que nos ayude a analizar la situación y a conocer opciones.
- ✓ Aprender de las experiencias más difíciles. Tomarlas como fuente de reflexión y conocimiento profesional y personal.

Dar continuidad al proceso desde un clima de creatividad y continuo progreso

Se ha de evitar que lo conseguido, por falta de impulso o por inercia hacia prácticas previas, se acabe perdiendo o deteriorando.

Caer en la rutina, en el aburrimiento constituye un peligro, y por ello se deberá combatir y sobre todo, prevenir.

Como ya se ha señalado, la mejora de la calidad es un proceso que nunca concluye, es una forma de entender la práctica profesional desde la revisión y el continuo aprendizaje.

Hemos de dirigir importantes esfuerzos a alimentar un clima de creatividad e ilusión hacia el aprendizaje, hacia el conocimiento de nuevas experiencias y hacia el continuo progreso. Una tarea que no es sencilla pero que si se logra alimenta un clima de trabajo altamente facilitador y gratificante para todos.

Lo que favorece un centro creativo y en continuo progreso

- ◆ Los espacios participativos donde se generen nuevas alternativas, nuevas actividades.
- ◆ El sentido del humor, utilizado con respeto, profesionalidad y prudencia.
- ◆ La organización de actividades creativas y que resulten divertidas.
- ◆ Las actividades espontáneas.
- ◆ La formación continua, activa y participativa.
- ◆ La formación adaptada a las necesidades que vayan surgiendo en función de las áreas de mejora detectadas.
- ◆ La actitud de escucha continua a las personas, a sus familias, al barrio, a otros profesionales...
- ◆ Las iniciativas que alimenten la innovación y dejen sitio a la creatividad.

Siempre hay momentos de mayor estancamiento. Surgen mesetas donde parece que la ilusión baja... En estas fases puede ser bueno detenerse y dedicar un día a visibilizar el proceso como un continuo, a comentar y a recordar en grupo “el recorrido” que hasta ahora se ha llevado. Recordar el inicio, los hitos, los avances, los momentos de dificultad, el momento actual e intercambiar ideas sobre próximos objetivos ayuda a crear sentido de grupo y a consolidar una cultura de mejora continua.

5. La familia de instrumentos Avanzar en AGCP

Avanzar en AGCP nace como una familia de herramientas facilitadoras del cambio de modelo a lo largo de una secuencia que orienta el progreso a través de las diversas fases que aquí han sido sugeridas.

Surge como una propuesta abierta y flexible, que como tal, irá proponiendo diferentes metodologías y recursos que se consideren de interés para apoyar los procesos de cambio, ciertamente complejos cuando la organización procede de una cultura organizativa centrada en el servicio.

No es un método que deba ser conducido de un modo idéntico en todos los casos ni tampoco ofrece herramientas cuya aplicación excluya otras opciones.

La familia avanzar en AGCP se inaugura con su primer instrumento, *Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa*.

Es un instrumento pensado para propiciar la reflexión grupal por parte de los profesionales de centros gerontológicos, concretamente de residencias y centros de día.

Esta herramienta permite llevar a cabo una revisión interna sobre el funcionamiento actual del centro. Para ello, los profesionales de cada centro, en clave de reflexión constructiva, han de chequear sus intervenciones cotidianas. Ello conduce, por un lado a identificar y poner en valor las prácticas acordes al enfoque ACP, y por otro posibilita reconocer los aspectos en los que es preciso avanzar, aportando y comprometiéndose con medidas de mejora que se consideren posibles de llevar a cabo en cada lugar.

Este instrumento plantea la consideración de un total de 20 procesos diana en residencias, 15 de ellos relacionados con procesos de atención y vida y otros 5 referidos a procesos del entorno, y por tanto, transversales a los procesos de atención. En la versión del instrumento para centros de día se proponen un total de 16 procesos diana (11 procesos de atención y vida y 5 procesos del entorno).

Cada proceso diana incluye distintas acciones o metodologías que han sido valoradas como relevantes para avanzar y hacer efectivo un enfoque de atención centrada en la persona en la atención cotidiana. Por eso se han denominado acciones o metodologías clave.

A su vez cada acción o metodología clave se detalla a través de un grupo de descriptores de buena praxis en relación a la ACP. Ello permite a los profesionales valorar la cercanía o distancia de sus intervenciones en relación a las propuestas de este enfoque.

Los equipos, revisando cada acción o metodología clave, a lo largo de los diferentes descriptores de buena praxis, pueden auto-evaluarse identificando tanto sus fortalezas (las prácticas acordes a la ACP que se hayan calificado como consolidadas o avanzadas) como sus distancias, las que indican, al fin y al cabo, posibles áreas o aspectos a mejorar.

Fases para liderar un cambio Avanzar hacia la ACGP	Acciones a realizar y utilidad de Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa
Fase 1. Prepararse para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de variables organizacionales que facilitan o dificultan el cambio. ➤ Información a los distintos agentes (personas mayores, familiares y profesionales) sobre el enfoque ACP y el cambio de modelo. ➤ Formación básica a los profesionales del centro sobre qué es y supone el enfoque ACP. ➤ Abordaje de las resistencias.
Fase 2. Construir un liderazgo compartido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clarificación y consenso de valores, misión y visión del centro. ➤ Creación de un grupo líder promotor del cambio.
Fase 3. Conocer la situación actual del centro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación inicial (toma de medidas en distintas variables relacionadas con las personas, organización, atención, etc.). ➤ Revisión participativa. <p style="text-align: center;">Avanzar AGCP-Instrumento para la revisión participativa</p>
Fase 4. Crear una ruta propia de mejora	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseño inicial del plan de mejora. <p style="text-align: center;">Avanzar AGCP-Instrumento para la revisión participativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Información sobre el plan de mejora (personas mayores, familiares y profesionales) y consenso. ➤ Puesta en marcha del plan de mejora. ➤ Acompañamiento, apoyo y formación a los profesionales en las medidas de cambio. ➤ Incorporación de nuevas aportaciones.
Fase 5. Seguir siempre avanzando	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de seguimiento. <p style="text-align: center;">Avanzar AGCP-Instrumento para la revisión participativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y puesta en valor de los logros. ➤ Nuevas medidas de cambio y actuaciones para la consolidación de logros. <p style="text-align: center;">Avanzar AGCP-Instrumento para la revisión participativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acciones para fomentar la creatividad y un clima de continuo progreso.

Nota final

Próximamente, a esta familia, se irán incorporando nuevos instrumentos. Es mi deseo que sean de utilidad para seguir apoyando “este viaje” que muchos y muchas profesionales, personas y organizaciones, deseamos y ya hemos iniciado.

Quiero, para concluir, destacar una idea que considero de máxima importancia. Los instrumentos, cualesquiera que utilicemos, son solo medios y no deben acabar convirtiéndose en fines en sí mismos. El uso de los instrumentos propuestos en la familia *Avanzar en AGCP* no debe entenderse ni utilizarse como muestra o aval de que el centro aplica de forma efectiva una atención centrada en la persona. El avance real dependerá del compromiso adquirido por cada centro u organización, de la puesta en marcha de cambios o intervenciones que permitan una atención cotidiana coherente a los enunciados de estos modelos y del logro de objetivos debidamente evaluados.

Se agradecen los comentarios y las sugerencias de mejora a los documentos e instrumentos de la familia *Avanzar en AGCP*. Para ello, os animo a contactar a través de www.acpgerontología.net.

Teresa Martínez Rodríguez

Oviedo, octubre de 2013

Referencias

- Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.
- Brooker, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley.
- 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.
- Coyle, J y Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 450-455.
- Edvardsson D., Koch S. y Nay S. (2009). Psychometric Evaluation of the English Language Person-Centered Climate Questionnaire - Patient Version. *Western Journal of Nursing Research*, Volumen 31, Number 4, 235-244.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. y Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101-108.
- Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 541-545.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead-Berkshire): Open University Press.
- Martínez, T. (2009). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. . Informes del portal de mayores nº 98. Madrid: IMSERSO.
- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Madrid: Editorial Médica-Panamericana.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco.

- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.
- Martínez, T. (2013 a). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Martínez, T. (2013 b). *El decálogo de la Atención Centrada en la Persona*. Disponible en: www.acpgerontologia.net.
- McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31–38.
- Misiorski, S. (2004). *Getting Started: A Pioneering Approach to Culture Change in Long-Term Care Organizations*. The Pioneer Network y The Paraprofessional Healthcare Institute.
- Morgan, S. y Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. y Nolan, J. (2004) Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45-53.
- Rodríguez, P. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Madrid: Fundación Alternativas
- Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Informes Portal de mayores, nº 116. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la fundación, nº 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- White, D.L., Newton-Curtis, I., Lyons, K.S. (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontological Society of America*. Vol. 48, Special Issue I, 114–123.