



50 RECOMENDACIONES BÁSICAS DE APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO DE PLANIFICACIÓN Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA (PAGCP)

**DOCUMENTO DE APORTACIÓN DEL
GRUPO DE TRABAJO: “CRITERIOS DE CALIDAD
ASISTENCIAL EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS PARA
PERSONAS MAYORES”**

Autores y miembros del grupo:

Coordinadora: Luisa Fernanda Navarro Mulas. Secretario: Juan Gonzalo Castilla Rilo.

Otros autores Stephan Biel, Alfredo Bohórquez Rodríguez, Julián Corral Fernández, Patricia Escobar Flores Cristina Hidalgo Izquierdo, Teresa Jaudenes Gual de Torrella, Carmela Mañas Martínez, Salomé Martín García, Ana E. Mediavilla Sánchez, Manuel Nevado Rey, José Luis Pareja Rivas, María Luisa Revuelta Alonso, Miguel Angel Ruiz Carabias, Nieves Sanz González, Francisco San Raimundo Morín y Pablo Santos Marcos

ÍNDICE

1. BASES PARA UN MODELO DE PLANIFICACIÓN Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADO EN LA PERSONA (PAGCP)	Pág. 3
---	--------

2. RECOMENDACIONES DE APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO DE PAGCP	Pág. 7
--	--------

2.1. Sensibilización y cambio centrado en la persona mayor.	Pág. 7
2.2. Plan de Vida y Atención (PVA).	Pág. 10
2.3. Profesional de referencia y figuras facilitadoras.	Pág. 11
2.4. Rol de los profesionales y organización.	Pág. 11
2.5. Las familias.	Pág. 12
2.6. Espacios y entornos.	Pág. 13
2.7. Otras consideraciones.	Pág. 13

3. TABLA RESUMEN DE ASPECTOS A TENER EN CUENTA	Pág. 14
---	---------

4. POSIBLES INDICADORES PARA LA PAGCP	Pág. 16
--	---------

5. GLOSARIO	Pág. 17
--------------------	---------

6. SIGLAS UTILIZADAS	Pág. 20
-----------------------------	---------

7. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 20
------------------------	---------

1. BASES PARA UN MODELO DE PLANIFICACIÓN Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA (PAGCP):

Actualmente existe un número muy amplio de modelos de calidad y modelos de atención a las personas. Gran parte de estos modelos se basan en una adecuada valoración, planificación y atención, abordan aspectos de seguridad, satisfacción de los grupos de interés, incluyen instrumentos de medición para evaluar los resultados y contemplan aspectos de seguimiento y mejora continua.

Algunos de los aspectos que habitualmente no se contemplan en estos modelos tradicionales es la capacidad de la persona para decidir en todas las dimensiones que afectan a su vida, en considerar a la persona como el centro de todo el proceso asistencial y respetar al máximo su autonomía y sus derechos (éticos y legales). En este sentido, se hace necesario ir más allá de la aplicación de los instrumentos clásicos de valoración que nos permiten conocer la situación clínica, funcional, mental y social de la persona. Es necesario tener un conocimiento real de la persona desde el punto de vista humano, conocer su proyecto de vida, sus sueños, sus temores y cómo quiere realmente vivir su vida.

El modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona toma como referentes el modelo humanista y la terapia centrada en la persona (Carl Rogers), los principios rectores en la intervención social (principios éticos y criterios de atención integral), el Concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo), el modelo integrado de atención sociosanitaria, la metodología de gestión de casos y el enfoque de la Planificación Centrada en la Persona (PCP), así como diversos enfoques orientados hacia la persona desde los recursos gerontológicos (Modelo Housing, Kitwood, Martínez Rodríguez, etc.).

Más allá del aspecto metodológico y de evaluación tiene un carácter de atención integral que otorga el máximo valor a la persona, reconociendo su papel central para que sea ella misma, o su representante, quien decida y participe activamente en todos los aspectos de su vida y cuidados presentes y futuros. Este modelo se construye sobre una serie de principios rectores y criterios que cubren los aspectos éticos, de individualidad y de proyecto de vida de cada persona (se detallan en el punto 2.1). Permite a los diferentes profesionales implicados en los recursos que prestan apoyo y atención a las personas disponer de una metodología de valoración e intervención, proporcionando una visión más amplia y realista de cada persona, implicándonos con ella y prestando los apoyos necesarios para alcanzar el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La mejor fuente de información sobre la calidad de vida es la propia persona, quien determinará qué aspectos de su propia calidad de vida son los más importantes. Es sustancial la valoración de los procesos de apoyo y los aprendizajes conjuntos del equipo de planificación para apoyar a la persona en su proyecto de vida. La atención integral centrada en la persona y la planificación anticipada mejoran su calidad de vida, la asistencia, la satisfacción personal y la de sus familias. Para las personas mayores con apoyo de terceros, la planificación anticipada sobre sus preferencias es muy importante, ya que garantiza que las familias y los miembros del equipo profesional comprendan y actúen de acuerdo con el proyecto de vida y las decisiones de la persona.

Es recomendable crear sinergias (siempre desde el deseo de la persona), incluso para promover el cuidado preventivo, haciendo énfasis en la coordinación y continuidad de servicios, para que la persona pueda seguir manteniendo y desarrollando su autonomía e independencia funcional, emocional y social.

Es necesario analizar las experiencias actuales y promover más experiencias pilotos para poder evaluar, difundir y facilitar la implantación del modelo. Se expone a continuación una tabla comparativa entre el modelo centrado en la persona y otros tipos de modelos. (Adaptado de Martínez T, 2011 y Sevilla J y cols. 2009):

MODELO CENTRADO EN LA PERSONA	MODELO CENTRADO EN EL SERVICIO
La persona es agente activo y cooperador de los recursos.	La persona es agente pasivo y paciente de los recursos.
Modelo democrático-participativo.	Modelo paternalista-directivo.
Se centra en los recursos y habilidades de la persona.	Se centra en las limitaciones y déficits de la persona.
Intervención “macro”- global (plan de vida).	Intervención “micro”-específica (conductas concretas, alteraciones).
Se consensúan decisiones con el entorno relevante.	La toma de decisiones recae en los profesionales.
Se interviene con la persona en su contexto habitual.	Se encuadra a la persona en los recursos sociales.
Se une a la gente desde las experiencias comunes.	Se distancia a la gente resaltando las diferencias.
Se esboza un estilo de vida deseable desde la positividad.	Se esboza un estilo de vida mediante programas.
Se centra en la calidad de vida.	Se centra en cubrir plazas de recursos/programas.
Se crean equipos de PACGP para problemas que surjan.	Se confía en equipos interdisciplinarios “clásicos”.
Responsabiliza a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.
Organizan acciones comunitarias para todos.	Organizan reuniones para profesionales.
Proceso flexible y responsabilidades compartidas.	Proceso rígido y responsabilidad jerárquica.
Programas y servicios adaptados a necesidades.	Programas y servicios preestablecidos por profesionales.
Las nuevas iniciativas son válidas aunque sea a poca escala.	Las nuevas iniciativas solo valen si se implantan a gran escala.
Se usa un lenguaje cercano, coloquial, familiar y claro	Se usa un lenguaje lejano, complejo, clínico y con tecnicismos
El centro es la persona y específicamente lo que constituyen sus principales esperanzas, sueños y deseos.	El centro del programa es lo que las personas pueden o no pueden hacer, más que considerar quién es la persona y qué es lo que quiere en su vida.
La propia persona o su representante, se responsabiliza del proceso, ésta decide quién debe implicarse, como debe realizarse el proceso y cuáles son los ejes principales del mismo.	La persona es la receptora final de las acciones planificadas en la mayoría de estos enfoques.
El experto es la persona mayor. Los profesionales participan con la persona y con aquellos que la atienden (familiares o representantes), en un proceso en que escuchan y aprenden. Poseen habilidades y conocimiento de la persona.	Otras personas (profesionales) tienen el control del proceso y son considerados los expertos.

Según se recoge en el documento de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona publicado por el departamento de empleo y asuntos sociales del Gobierno Vasco, la PACP se sustenta en varias **asunciones básicas** (López y cols., 2004):

- La individualización del trato y la atención debe ser la base central de los recursos que prestan los servicios que apoyan a las personas con algún tipo de necesidad.
- El proceso de la atención se centra en la persona, partiendo de sus derechos y enfocado a sus capacidades, recursos, motivaciones y decisiones propias.
- En el desarrollo del proyecto vital de la persona que precisa atención, las relaciones más cercanas como familia y amigos, se convierten en esenciales y son clave para el desarrollo de la autoafirmación.
- La planificación centrada en la persona es un proceso continuado y flexible que exige la escucha activa y el aprendizaje continuo, ya que estos serán los que modulen y rentabilicen las acciones. En cada proceso, se producirán cambios que exigirán adaptaciones ya que las necesidades, deseos, metas y motivadores irán cambiando a lo largo de la planificación por diferentes circunstancias vitales.

En la siguiente tabla se recogen los **principios y criterios** que fundamentan el modelo de atención centrada en la persona (Rodríguez, P. 2010):

PRINCIPIOS	CRITERIOS
Dignidad	Garantía de derechos
Competencia	Promoción/ Autorrealización
Autonomía	Diversidad
Participación	Accesibilidad e interdisciplinariedad
Integralidad	Globalidad
Individualidad	Flexibilidad y atención personalizada
Inclusión social	Proximidad y enfoque comunitario
Bienestar	Promoción/Atención continuada
Independencia	Prevención/rehabilitación
Continuidad atención	Coordinación y convergencia

Según la publicación de FEAPS (2007) se establecen **cinco puntos clave**:

- La persona es el centro del proceso.
- Para la persona mayor, los miembros de la familia y los amigos son claves.
- El foco de la PCP se centra en las capacidades de la persona, lo que es importante para ella y los apoyos que precisa.
- Es un compromiso de acciones que contempla y reconoce los derechos de la persona, sin paternalismos.
- La PCP es un continuo proceso de escucha, aprendizaje y acción en donde los cambios no sólo se producen en la persona mayor, sino también en los servicios que reciben.

Realmente los profesionales estamos ante un cambio de paradigma, pasar de un modelo centrado en la valoración y resultados de cada área profesional a un modelo centrado en la persona, que nos impulsa a conocer realmente al individuo y adaptar los apoyos o servicios a su proyecto de vida.

Verdugo y Schalock, iniciaban este camino planteando las siguientes 8 dimensiones de la calidad de vida:

TABLA. MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO, 2002.

DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar emocional	1. Satisfacción: Estar satisfecho, feliz y contento.
	2. Autoconcepto: Estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso.
	3. Ausencia de estrés: Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede.
2. Relaciones Interpersonales	4. Interacciones: Estar con diferentes personas, disponer de redes sociales.
	5. Relaciones: Tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos.
	6. Apoyos: Sentir apoyo a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.
3. Bienestar Material	7. Estatus económico: Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta.
	8. Empleo: Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado.
	9. Vivienda: Disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.
4. Desarrollo Personal	10. Educación: Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles.
	11. Competencia personal: Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales.
	12. Desempeño: Tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.
F5. Bienestar Físico	13. Salud: Tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad.
	14. Actividades de la vida diaria: Estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc.
	15. Atención sanitaria: Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.
	16. Ocio: Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.
6. Auto-determinación	17. Autonomía/Control Personal: Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable.
	18. Metas y valores personales: Disponer de valores personales, expectativas y deseos, hacia los que se dirijan de sus acciones.
	19. Elecciones: Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.
7. Inclusión Social	20. Integración y Participación en la Comunidad: Acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad.
	21. Roles Comunitarios: Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad.
8. Derechos	22. Apoyos sociales: Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite.
	23. Derechos humanos: Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad.
	24. Derechos legales: Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

Tenemos un buen reto por delante, debemos ser capaces de superar las dificultades y los temores para afrontar el cambio hacia nuevos sistemas de atención centrados en la persona mayor. Es necesario respetar sus decisiones y priorizar los objetivos relacionados con su proyecto y calidad de la vida.

2. RECOMENDACIONES DE APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO DE PAGCP:

Este modelo es de aplicación a todas las personas mayores, independientemente de su situación de dependencia (cognitiva, física o sensorial) o de tipo de servicio.

Teniendo como base de partida, la ética y la profesionalidad, se puede desarrollar el modelo de PAGCP. Para ello, se exponen a continuación 50 aspectos básicos a tener en cuenta para avanzar en su aplicación.

2.1. SENSIBILIZACIÓN Y CAMBIO CENTRADO EN LA PERSONA MAYOR:

1 En todo el proceso de atención, es necesario conocer y respetar los siguientes **principios rectores**:

- **Principio de Competencia:**

- La persona mayor posee capacidades, con independencia de los apoyos que precise, para desarrollar en mayor o menor grado, actuaciones competentes.
- El acompañamiento profesional a la persona de manera individualizada, cuestiona la mecanicidad en la intervención con ella. Cada persona precisa de un tiempo diferente para realizar sus acciones.
- La persona mayor no es apta o no apta en función del resultado de sus actuaciones. Lo es en cuanto la actitud que toma ante ellas. Es más importante el proceso que el resultado.
- Se atiende al criterio de Promoción/autorrealización, implicando a todo su entorno y haciéndole partícipe de su acompañamiento.

- **Principio de autonomía:**

- Garantiza el derecho de la persona a mantener en todo momento el control de su propia vida.
- Reconoce la capacidad de autogobierno de las personas y el derecho a tomar sus propias decisiones.
- Permite elegir libremente y sin coacciones externas entre las alternativas existentes.
- Si la persona no puede decidir por sí misma se garantiza que en todo momento se va a respetar su voluntad, según lo expuesto en su testamento vital. En caso de no existir se hará en función del grupo de apoyo y/o representante.
- Se atiende siempre al criterio de diversidad que posibilita de forma eficiente y directa una oferta amplia y múltiple de respuestas ante las necesidades de la persona mayor.

- **Principio de Participación:**

- Las personas tienen derecho a participar en la vida comunitaria.
- Tienen derecho a estar presentes y activos en la toma de decisiones que les afecten en su vida.
- Derecho a ser el eje activo fundamental en la elaboración de su plan personalizado, así como en su desarrollo, supervisión y seguimiento.
- Se tiene en cuenta el criterio de accesibilidad, promoviendo actitudes integradoras y empleando productos de apoyo, que supriman las barreras físicas y de comunicación, generando actitudes sociales positivas.

- Se atiende siempre al criterio de interdisciplinariedad, estableciendo una relación permanente entre profesionales, persona mayor y grupos de apoyo. Se garantiza la actuación desde unos valores y objetivos compartidos.
- Se promueven métodos de trabajo que aprovechen al máximo todos los recursos con los que se cuentan, tanto humanos o materiales, como por ejemplo la metodología de empoderamiento (empowerment).
- **Principio de Integralidad:**
 - Es el derecho a promover la relación equilibrada entre los elementos físicos, corporales, psicológicos, sociales e intelectuales de la vida de la persona mayor.
 - Implica respetar las diferencias individuales de cada persona por parte de los profesionales y del resto de personas mayores, desde la tolerancia y el respeto.
 - Se atiende siempre al criterio de globalidad, satisfaciendo todas las necesidades de la persona mayor.
- **Principio de Individualidad:**
 - Cada persona ha de ser considerada única y diferente.
 - Se atiende siempre al criterio de atención personalizada y al de flexibilidad. Toda intervención es planificada para cada persona, adaptándola a su evolución y necesidades en cada momento del proceso. Nunca será adaptada a otras variables que no sean las de la propia persona mayor.
 - Se tendrá siempre presente el estilo de vida de la persona mayor (biografía, aficiones, gustos, preferencias, etc.).
- **Principio de Inclusión Social:**
 - Toda persona mayor independientemente de su situación, tiene igualdad de oportunidades y derechos con respecto al resto de ciudadanos de la comunidad. Con las mismas posibilidades de acceso y utilización de los recursos de su propio entorno.
 - Se atiende al criterio de proximidad, procurando siempre situar las intervenciones en el entorno más próximo y cercano a su lugar de residencia.
 - Se atiende al criterio de enfoque comunitario, promoviendo la participación activa en los recursos ya existentes en la comunidad. Para promover la relación con la comunidad e intergeneracional, se recomienda evitar que las actividades queden concentradas sólo en recursos específicos para personas mayores.
 - Promueve la visualización positiva de las personas mayores para evitar la imagen social negativa asociada al envejecimiento o a la discapacidad.
- **Principio Bienestar:**
 - La persona mayor ha de tener acceso a programas dirigidos a la promoción de su salud y a la mejora de su bienestar personal (físico, material y emocional).
 - La persona mayor en situación de fragilidad o dependencia, incluso cuando presente grados importantes de afectación y discapacidad, tiene derecho a recibir apoyos que mejoren su situación y su bienestar subjetivo.

- La persona mayor no puede ser considerada, a efectos de atención, como un generador de gasto o de tiempo inútil; todo lo contrario, a lo largo de su vida ha dejado patente su contribución y aportación a las iniciativas de promoción de salud y mejoras de bienestar que ahora tiene el derecho de recibir, y la sociedad en general la obligación de suministrar.
- Se atiende al criterio de Promoción/Atención continuada, no siendo posible el abandonar su aplicación en correspondencia con el aumento de su dependencia y discapacidad.
- **Principio de Independencia:**
 - Las personas mayores tienen derecho a mantener y decidir tener el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana, fomentada a través de programas de promoción de la salud y prevención de la dependencia, tanto formativo como informativo.
 - Se atiende siempre al criterio de prevención y rehabilitación mediante intervenciones dirigidas a la búsqueda de actuaciones para mejorar la calidad de vida, independientemente del grado de afectación de la persona mayor.
- **Principio de continuidad de atención:**
 - Derecho a tener acceso a los apoyos que se precisen de forma continuada y permanente, adaptándose a los cambios y a la evolución del ciclo vital de la persona en situación de fragilidad.
 - Se atiende siempre al criterio de coordinación de los distintos y múltiples recursos socio-sanitarios cuando hayan de intervenir conjuntamente en la atención a la persona mayor.
 - Se atiende siempre al criterio de convergencia complementando la intervención con el apoyo informal mediante programas específicos.
- 2 Dar tiempo y trabajar con los equipos de trabajo **el cambio cultural y de mentalidad**, para promover el equilibrio y compartir el poder y la responsabilidad, entre la persona mayor y los profesionales. Es clave el apoyo, la implicación y facilitación de la dirección o coordinación del servicio.
- 3 Promover la implicación positiva de todos, para que la familia y los profesionales identifiquen que el nivel de decisión está en la persona mayor. Podemos promover sistemas **de participación, información, consenso** y propuesta de cambios.
- 4 **La persona mayor tiene derecho a elegir**, incluso en situaciones donde su capacidad este limitada como consecuencia del deterioro cognitivo u otros procesos.
- 5 **Lo realmente importante es la persona mayor**, por lo tanto sus necesidades serán nuestras prioridades. La finalidad y razón de ser de los profesionales y de cualquier tipo de servicio es la persona mayor. Es recomendable evitar los autoritarismos de los profesionales o de la familia, como base para la puesta en marcha de programas y actividades.
- 6 La puesta en funcionamiento **del modelo puede ser progresiva y con la participación de todos** los actores implicados. Al inicio, puede ser posible comenzar con cambios sencillos, concretos y factibles de llevar a la práctica, optimizando los recursos existentes, para generar un clima de confianza y refuerzo positivo.
- 7 **Ver con la persona mayor o representante, las áreas de decisión que quieran asumir**, las áreas de consenso y las de delegación en los profesionales.

2.2 PLAN DE VIDA Y ATENCIÓN (PVA):

- 8 Se basa en la **historia y vida de la persona mayor**, por lo que es necesario conocerla y recoger un resumen individual y por escrito. La biografía es un referente para la atención y trato individualizado y personalizado. Puede incluir, entre otros, una descripción (escrita, gráfica, con imágenes, objetos, documentos o fotos), de los aspectos, lugares, personas, recuerdos, hechos y acontecimientos de la vida de la persona que sean más relevantes en la actualidad para la persona mayor.
- 9 Es recomendable contar con un **Plan de Vida y Atención (PVA) por escrito** de cada persona mayor. Es importante tener en cuenta y respetar los hábitos, preferencias y estilo de vida habituales. El PVA, entre otros, puede incluir una descripción de los aspectos que la persona considera más relevantes en su vida para ser feliz y para su desarrollo personal y social.
- 10 A nivel práctico, **se pueden utilizar esquemas como los Mapas Básicos**, ya que son registros esquemáticos y visuales (fotos, dibujos o gráficos) de fácil comprensión y pueden permitir obtener de cada área la información relevante para todos los grupos y personas de apoyo.

A continuación y como ejemplos se aportan algunos de los Mapas Básicos que se podrían utilizar:

- **Mapa biográfico.** Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: antecedentes, lugar y fecha de nacimiento, nombre y apodo, situación y estructura familiar, origen (lengua materna, dialectos, otros idiomas, región, etc.) Educación y estudios, trabajo, aficiones, lugares significativos y experiencias importantes en las diferentes etapas de la vida. Organización horaria previa de sus hábitos (ritmo de vida durante las 24 horas).
 - **Mapa de salud, actividades diarias y preferencias.** Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: historial de salud y psicosocial, aspectos que considera importantes para su salud, estilo de vida y organización actual del día, ritmo de vida durante las 24h, aspectos actuales, preferencias, aficiones, gustos, actividades y ocio. Hábitos de sueño, apoyos de personal de cuidados y ayudas técnicas.
 - **Mapa de relaciones sociales.** Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: Personas más importantes en su vida (tipo de relación, trato actual y expectativas), historial social, comportamientos, normas y valores, habilidades y capacidades, estilo social de vida (relación con familia, amigos y antiguos compañeros de trabajo) y riesgo social.
 - **Mapa de sueños, miedos y esperanzas.** Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: sueños, metas logradas y metas por cumplir, expectativa ante el futuro. Preferencias de futuro. Miedos y temores. Existencia o no de testamento vital.
 - **Otros posibles Mapas adicionales.** Puede incluir otras áreas de especial relevancia para la persona.
- 11 Es necesario tener en cuenta la **confidencialidad y protección del honor e intimidad** de la persona en todo el proceso.
 - 12 **El PVA se puede plantear como parte de un proceso continuo, abierto y participativo** entre la persona como centro de atención, sus necesidades y los profesionales y apoyos necesarios para desarrollar su proyecto vital.
 - 13 **El PVA puede incluir los objetivos de intervención, actuaciones, compromisos, servicios y apoyos** que requiere la persona. Se pueden utilizar diferentes esquemas para revisar y actualizar el PVA.
 - 14 Todas las personas mayores que así lo deseen, pueden contar con un **grupo de apoyo con el fin de conseguir las metas de su PVA.**

2.3. PROFESIONAL DE REFERENCIA Y FIGURAS FACILITADORAS:

- 15 Para avanzar en el plan de vida de la persona mayor, podemos contar con **figuras facilitadoras** del proceso de atención centrada en la persona, tales como el facilitador del plan, el profesional de referencia (podrían ser la misma persona) y el grupo de apoyo.
- 16 La **persona mayor podría determinar según su opinión o decisión, quién es o será su profesional de referencia**. El profesional de referencia conoce bien la persona mayor y tiene empatía con ella.
- 17 En el caso de contar con **la figura del facilitador del plan**, esta figura podría buscar, preparar, formar y orientar el grupo de apoyo, ayudando a la persona a conseguir su plan de vida.
- 18 **El grupo de apoyo** podría estar formado por familia, amigos y profesionales elegidos por la persona mayor y su facilitador. Conocen a la persona mayor, pueden acompañarla y ayudarla para la planificación y ejecución de su Plan de Vida y Atención (PVA). Comparten la filosofía de la PAGCP y es recomendable que reciban formación específica.
- 19 Es recomendable establecer los **canales de comunicación y coordinación entre las diferentes figuras** y grupos de apoyo. Puede ser útil disponer de protocolos consensuados de coordinación con otros agentes implicados del entorno y **facilitar contactos e intercambio de experiencias** entre distintas personas mayores y sus grupos de apoyo.
- 20 Para formar **nuevos grupos de apoyo** puede ser útil promover contactos con otros grupos de apoyo que ya estén funcionando aprovechando su experiencia.
- 21 Es recomendable **conocer quiénes son actualmente las personas importantes en la vida de la persona mayor**, desde sus compañeros y amigos hasta los profesionales, otros residentes o familiares. Pueden ser relevantes para su bienestar y calidad de vida.

2.4. ROL DE LOS PROFESIONALES Y ORGANIZACIÓN:

- 22 Algunas ideas para estructurar la **metodología del modelo de PAGCP**, pueden incluir entre otras, a los siguientes aspectos:
 - **Preparación o planificación previa.** Podría incluir los principios rectores, la metodología de intervención, el esquema de formación previa y sensibilización, el esquema de grupos y figuras de apoyo y referencia, los ejemplos de fichas y registros, organización de los objetivos y los instrumentos o indicadores de medición de resultados.
 - **Conocimiento de la persona mayor, flexibilidad e individualización:** Podría incluir entre otros, la biografía, el Plan de Vida y Atención (PVA), las personas relevantes, los tipos de actividades cotidianas a promover, los niveles de decisión a potenciar en las personas mayores y los nuevos esquemas de flexibilización e individualización a estudiar o abordar.
 - **Seguimiento.** Puede incluir tanto la dimensión global del modelo de PAGCP (por ejemplo, seguimiento de la metodología global de actividades, áreas nuevas abordadas de flexibilización e individualización en el servicio, etc.), como de los resultados individuales con la persona mayor (mejora en relaciones sociales, aumento de presencia en la comunidad, desarrollo de roles o competencias, elecciones realizadas, aumento del control sobre su vida y logro de metas personales, etc.).
 - **Revisión.** Se realiza una revisión global de la metodología y se impulsan objetivos y áreas de mejora. Se realiza de forma continua y flexible una actualización individual del PVA, tanto por cambios de la situación de la persona, como por cambios en sus intereses o expectativas.

- 23 Sería recomendable contar con una **guía sencilla y breve de divulgación** para explicar la PAGCP tanto para la persona mayor y familia, como para los profesionales. Se puede realizar con la participación de todos. Esto facilita su consulta por parte de todos los actores implicados.
- 24 Los profesionales del servicio son un apoyo efectivo para que las personas mayores consigan su proyecto de vida deseado. En las **reuniones, es interesante animar la creatividad y la participación**, apoyando y respetando las aportaciones de todos. La escucha, empatía y trabajo compartido desempeñan un papel importante. La mejora de los cauces de comunicación entre profesionales podría redundar en una mejor atención y apoyo a la persona.
- 25 Puede ser útil tener en cuenta en el **ámbito relacional y la interacción social** todos aquellos aspectos que tienen que ver con la interacción entre personas mayores y entre éstas y el personal.
- 26 Es recomendable promover la **flexibilidad en la organización general del servicio** para adaptarlo a las necesidades individuales y preferencias de las personas, (por ejemplo, reglamentos, horarios, visitas, funciones, evitar rotaciones de personal, distribución de espacios, programas, actividades, etc.).
- 27 Puede ayudar contar con actuaciones **de reconocimiento y refuerzo positivo** desde la dirección-coordinación del servicio ante las buenas prácticas del personal en la aplicación del modelo PAGCP.
- 28 Es recomendable determinar un **responsable global del programa de PAGCP** que según el tipo de recurso puede ser el mismo responsable de calidad, coordinador o director del servicio.
- 29 Se puede medir y tener en cuenta el **impacto del modelo PAGCP en la satisfacción de los trabajadores/ras**.

2.5. LAS FAMILIAS:

- 30 Es necesario realizar una divulgación y **sensibilización con familiares y personas próximas** con respecto a la aplicación del modelo para que lo comprendan y se impliquen.
- 31 Se puede definir con la persona mayor o su representante **las áreas de implicación y participación de otros familiares y personas próximas**, incluso en áreas de decisiones conjuntas entre la persona mayor y familia o profesionales.
- 32 En los casos de que las **personas no puedan expresar sus preferencias** éstas pueden ser relatadas por su familia o representante.
- 33 Es recomendable promover cauces **formales y estables que permitan la implicación y comunicación** de los distintos agentes basándose en el diálogo.
- 34 **Si la persona mayor lo decide la familia puede participar en el PVA**. Las formas e intensidades de colaboración de las familias en los PVA pueden ser muy variadas. Los profesionales pueden facilitarlas. Es necesario respetar las opiniones de las familias sin juzgarlas.
- 35 Es recomendable consensuar **protocolos de actuación ante conflictos o divergencias entre la persona mayor y su familia** que permitan mantener el rol de apoyo, respetar a la persona y no suplantar el control que pueda tener sobre su vida.

2.6. ESPACIOS Y ENTORNOS:

- 36 Se recomienda que el **entorno físico del servicio sea hogareño, accesible, seguro** y que ofrezca los apoyos necesarios ante necesidad o situaciones de riesgo. Es recomendable que cada persona cuente con una valoración individual de situaciones de riesgo y que elija los apoyos que necesita.
- 37 Es recomendable que la persona cuente con sus **pertenencias** y tenga el control sobre ellas.
- 38 Es necesario **ofrecer intimidad y seguridad**, especialmente en el baño y habitación.
- 39 Se puede promover que la persona participe en la **decoración de su entorno o habitación** y que incluso en el caso de centros residenciales pueda tener sus muebles. Las zonas comunes se pueden decorar y personalizar por las personas mayores que conviven en ellas.
- 40 Son muy positivas las actividades realizadas en entornos normalizados o comunitarios, donde las personas mayores están en **contacto con otras personas de su comunidad favoreciendo las relaciones intergeneracionales**. Tener una filosofía de apertura a la comunidad en los servicios y centros permite realizar programas y actividades conjuntas de forma regular.
- 41 Se puede disponer de sistemas de **coordinación con otros recursos y colectivos del entorno** comunitario con visitas, actividades o reuniones periódicas.

2.7. OTRAS CONSIDERACIONES:

Las siguientes son algunas de las recomendaciones prácticas a tener en cuenta:

- 42 Comunicarse con las personas mayores mediante **un lenguaje sencillo, cercano y claro**. Fomentar la escucha activa y la empatía favorece la comprensión emocional entre personas mayores y profesionales.
- 43 Potenciar entre los profesionales los **principios éticos y las buenas prácticas**. Es necesario formar a los profesionales en la importancia del respeto a los principios rectores y los derechos fundamentales de la persona mayor.
- 44 Establecer **redes de apoyo comunitario** incluyendo a la persona mayor en la vida del centro o servicio y de la comunidad. Hay que tener el objetivo de conseguir que se mantenga activo y útil.
- 45 **Integrar el nuevo modelo de PAGCP en la organización del servicio** potenciando los cambios organizativos, definiendo con claridad el tiempo a dedicar, los nuevos esquemas de coordinación, la integración de soportes documentales, etc.
- 46 Se recomienda que los **soportes documentales sean compartidos, sencillos, gráficos y prácticos**, evitando duplicidades y eliminando los registros innecesarios.
- 47 Es necesario que las **actividades tengan sentido para la persona mayor** y que sean elegidas o decididas por ella.
- 48 Es recomendable revisar algunas de **las áreas para constatar que son objeto de decisión o elección individual por parte de la persona mayor**, como por ejemplo la elección del tipo de habitación, ropa, horarios, actividades y programas, tratamientos profesionales, dieta, ocio, tipos de cuidados, lugares de estancia, etc.
- 49 Los **apoyos en la vida cotidiana y para las actividades de la vida diaria** son abordados con criterios de flexibilidad, se acuerdan con la persona mayor teniendo en cuenta sus preferencias y capacidades.

- 50 Se promueve y apoya **que la persona mayor planifique su futuro** teniendo en cuenta sus deseos y facilitando que pueda seguir desarrollando sus proyectos vitales. Es recomendable reflejar de manera expresa todos aquellos aspectos que la persona mayor considera prioritarios e irrenunciables en su proyecto de vida.

3. TABLA RESUMEN DE ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

ASPECTO DE AUTOEVALUACIÓN	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
1. Los principios rectores.				
2. Cambio cultural y mentalidad				
3. Participación, información y consenso.				
4. Derecho a elegir.				
5. La persona mayor es importante.				
6. Modelo progresivo y participativo.				
7. Tipos y áreas de decisiones de la persona mayor.				
8. Historia de vida de la persona mayor.				
9. Plan de Vida y Atención (PVA).				
10. Mapas Básicos.				
11. Confidencialidad, protección del honor e intimidad.				
12. PVA como proceso continuo, abierto y participativo.				
13. Objetivos, actuaciones, compromisos, metas y apoyos.				
14. Grupo de apoyo para las metas del PVA				
15. Figuras facilitadoras				
16. Decisión del profesional de referencia.				
17. Facilitador del Plan.				
18. Grupo de apoyo.				
19. Comunicación y coordinación.				
20. Nuevos grupos de apoyo.				
21. Personas importantes en su vida.				
22. Metodología del modelo de PAGCP				
23. Guía de divulgación del modelo.				
24. Creatividad en reuniones.				
25. Ámbito relacional y de interacción social.				
26. Flexibilidad en la organización del servicio.				
27. Sistema de reconocimiento y refuerzo positivo de buenas prácticas.				
28. Responsable global del programa de PAGCP				
29. Medir impacto en satisfacción de los profesionales.				
30. Sensibilización a familiares y allegados.				
31. Áreas de implicación y participación de familiares.				
32. Personas que no pueden expresar sus preferencias.				
33. Cauces de implicación y comunicación.				
34. Participación de la familia en el PVA.				

ASPECTO DE AUTOEVALUACIÓN	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
35. Protocolos ante conflictos y divergencias con la familia.				
36. Entorno físico, hogareño, accesible y seguro.				
37. Control sobre las pertenencias.				
38. Intimidad y seguridad.				
39. Decoración y personalización.				
40. Contacto con personas de la comunidad e intergeneracional.				
41. Coordinación con otros recursos y colectivos comunitarios.				
42. Lenguaje sencillo, cercano y claro.				
43. Principios éticos y buenas prácticas.				
44. Redes de apoyo comunitario.				
45. Integración del modelo en la organización del servicio.				
46. Soportes documentales sencillos, gráficos y prácticos.				
47. Actividades con sentido.				
48. Áreas que son objeto de decisión de la persona mayor.				
49. Apoyos en la vida cotidiana y para las actividades de la vida diaria, flexibles, acordados y según preferencias.				
50. La persona mayor planifica su futuro.				

4. POSIBLES INDICADORES PARA PAGCP:

TIPO	PROPUESTA DE POSIBLES INDICADORES
Resultado	Porcentaje de personas mayores que participan y toman la decisión del tipo de cuidados y atención que reciben en el servicio con respecto al número total de personas mayores del servicio.
Proceso	Porcentaje de personas mayores que reciben por escrito sus derechos, con los aspectos en los que tiene libertad de decisión, con respecto al total de personas mayores del servicio.
Centinela	Número de personas mayores que no han participado por sí mismas o a través de su representante en su Plan de Vida y Atención.
Proceso	Número de áreas de mejora implantadas en el último año con respecto a la metodología de aplicación de la Planificación y Atención Gerontológica Centrada en la Persona (PAGCP).
Proceso	Porcentaje de trabajadores/ras que han recibido en los últimos 2 años formación específica de PAGCP con respecto al total de trabajadores/ras.
Proceso	Porcentaje de trabajadores/ras que han sido designados como figura o grupo de apoyo con respecto al número total de trabajadores/ras.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que tienen registrado al menos un nuevo apoyo de un amigo/a respecto al total de personas mayores del servicio.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que mantienen una relación de apoyo satisfactoria, al menos semanalmente, con sus familiares y/o amigos con respecto al total de personas mayores con familiares y/o amigos.
Proceso	Porcentaje de personas mayores que llevan más de 6 meses en el servicio y tienen elaborados Mapas Básicos, con respecto al total de personas mayores en el servicio que llevan más de 6 meses en el servicio.
Proceso	Porcentaje de personas mayores que tienen una valoración con una escala validada de calidad de vida con respecto al total de personas mayores del servicio.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que han conseguido metas de su PVA con respecto al total de personas mayores con PVA.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que han desarrollado nuevos roles o competencias que estaban marcadas en su PVA con respecto al total de personas mayores con PVA.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que han conseguido nuevas relaciones familiares, o de amistad, con respecto al total de personas mayores que lo tenían como meta.
Centinela	Número de personas mayores que se encuentran insatisfechas o muy insatisfechas con su percepción de calidad de vida global (según instrumento validado).
Resultado	Porcentaje de personas mayores de centros residenciales que tienen decorada con sus objetos personales su habitación con respecto al total de personas mayores.
Resultado	Porcentaje de personas mayores que deciden todas las actividades en las que participa con respecto al total de personas mayores.
Resultado	Porcentaje de personas mayores del servicio que participan activamente en programas y actividades, ya existentes en su comunidad o barrio, con respecto al total de personas mayores.

5. GLOSARIO.

Atención centrada en la persona: Enfoque de la atención hacia la persona, donde ella desde su auto-determinación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.

Autodeterminación: Ejercer control o dominio sobre uno mismo o sobre sí mismo. Tener el derecho o poder de autonomía.

Autonomía: Capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. Las personas tienen derecho a mantener el control de su propia vida, y por tanto, a actuar con libertad y decidir en todos los aspectos de su vida. El término opuesto a autonomía es heteronomía.

Bienestar: Estado o situación de satisfacción o felicidad.

Biografía: Conjunto de informaciones recogidas identificativas y significativas de las trayectorias vitales del individuo.

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

Capacidad: La facultad o competencia que tienen las personas para desarrollar determinadas actividades y conductas que le permiten funcionar en el medio social.

Competencia: Características y capacidades que tienen las personas para desarrollar actuaciones con independencia de los apoyos que precisen.

Continuidad de la atención: Sistema y recursos que garantizan que una persona recibe los cuidados y servicios de apoyo que precisa ante las diferentes situaciones de fragilidad o dependencia que tenga a lo largo de su vida.

Decisiones anticipadas: Situación en la que una persona manifiesta y expresa sus deseos y preferencias de forma anticipada sobre cuestiones futuras relacionadas con sus cuidados o atención.

Dignidad: Derecho que tiene cada persona por su condición humana para que en cualquier situación sea respetado y valorado como ser individual y social.

Dependencia: Situación en la que una persona necesita atención, cuidados y apoyos por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana.

Facilitador: Figura que propicia el proceso de planificación centrado en la persona. Busca con la persona mayor el grupo de apoyo y realiza las acciones de formación necesarias, prepara y conduce reuniones, organiza el material soporte y apoya todo el proceso.

Factibilidad: Que se puede hacer.

Fragilidad: Proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas, generando una disminución de las reservas y capacidad de respuesta del organismo ante situaciones externas.

Gestión de casos: Método de valoración, coordinación y asignación de los apoyos y recursos que requiere una persona mayor, realizado por un profesional o equipo profesional de referencia que busca garantizar la atención individualizada y continuada. Se basa en una metodología sistémica y orientada al proceso de resolver necesidades para asegurar que la persona reciba los apoyos que necesita de una forma coordinada, efectiva y eficiente.

Grupo social de apoyo y consenso: Grupo de personas que acompañan a la persona mayor facilitando su autodeterminación y llegando a consensos con ella sobre su Plan de Vida y Atención. Puede estar conformado por profesionales, familiares o amigos siempre que compartan la filosofía y misión de este grupo y que conozcan bien a la persona.

Heteronomía: Situación en la que una persona tiene limitada su capacidad de decisión, siendo asumida parcial o totalmente por otra u otras personas.

Hoja de ruta personal: Instrumento para la intervención que incluye las fortalezas de la persona, las habilidades o capacidades que deben ser reforzadas, las metas que se propone y las propuestas sobre cómo conseguir dichas metas.

Holístico: Doctrina que contempla todas las interacciones del ser humano como un todo (biológica, social, emocional, vital, funcional, histórica, ética, etc.), y no solo la visión desde un único aspecto o la visión de la suma de sus partes separadas.

Inclusión social: Principio que busca que las personas como ciudadanos sean miembros activos de la comunidad y que tengan acceso y posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios con igualdad de oportunidades.

Independencia: Capacidad y/o derecho de una persona para realizar por sí misma, o con apoyos técnicos, las actividades de la vida diaria.

Individualidad: Principio por el que una persona es considerada única como ser humano pero igual en el ejercicio de sus derechos.

Integralidad: Consideración de la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Intimidad: Parte de la privacidad, es la zona más reservada de cada persona, es todo aquello que la persona se reserva para sí, y por ello no tiene un límite exacto ni objetivo, siendo ella quien decide con quién y en qué grado lo comparte. Hace referencia a lo más privado del ser humano, a lo que no se puede acceder sin autorización de la persona que normalmente se obtiene cuando se establecen relaciones de confianza y seguridad. Todos los asuntos íntimos son privados.

Libro de vida o álbum de orientación: Documento que contiene una selección de fotografías, informaciones básicas y contenidos significativos e incluye secuencialmente los principales hitos y vivencias de la persona, incluyendo el momento actual. Es una forma de presentar resumidamente las biografías de las personas y puede servir también como soporte o estímulo para que éstas relaten sus historias de vida.

Mapas básicos: Soportes donde se presenta esquemáticamente la información relevante de cada persona en relación con distintas áreas básicas implicadas en su Plan de Vida y Atención (biográfico, de salud, actividades diarias, relaciones sociales, lugares significativos, intereses y aficiones, preferencias, sueños, esperanzas, miedos y elecciones). Tienen en cuenta las costumbres llevadas a cabo tanto a largo de la vida como en situaciones especiales de la vida diaria.

Participación: Derecho de las personas a estar presentes en la toma de decisiones de todos los aspectos que afecten al desarrollo de su vida y a desarrollar voluntariamente los programas y actividades de su entorno personal, comunitario o asistencial.

Planificación centrada en la persona: Metodología facilitadora, basada en un modelo holístico y sistémico, para que la propia persona, sobre la base de su historia, deseos, capacidades y necesidades, decida y planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Este enfoque pone a la persona en el centro otorgándole un rol activo desde un principio de empoderamiento en el cual los profesionales tienen un rol de acompañamiento. Permite fijar y apoyar a la persona para que consiga sus metas y mejore su calidad de vida.

Plan de Vida y Atención (PVA): Hoja de ruta basada en los resultados obtenidos previamente en la valoración y diagnóstico de los deseos, capacidades y necesidades de la persona. Incluye la historia de vida y punto de partida, los sueños o imágenes de futuro (deseos, lo que es importante para la persona, proyectos, aspiraciones), los objetivos a alcanzar y prioridades, las preocupaciones y obstáculos, sus capacidades, los apoyos que necesita, el Plan de acción y los compromisos.

Principios éticos: Conjunto de valores fundamentales asociados a la naturaleza de la condición humana. Se caracterizan por lo absoluto de sus exigencias, la universalidad de su validez y la inmutabilidad de su contenido. A nivel práctico establecen valores, reglas o normas, que afectan todas las actuaciones o comportamientos entre las personas.

Principios rectores: Enunciados en referencia a las personas que orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos.

Privacidad: Lo particular y personal de cada individuo, es el ámbito de la vida personal con derecho a proteger de cualquier intromisión, hace referencia a lo que no corresponde al dominio público.

Protocolos: Documentos escritos donde se recogen, en relación a una situación o proceso asistencial, las prácticas y actuaciones profesionales validadas que se consideran óptimas para la atención.

Profesional de referencia: Figura profesional aceptada por la persona mayor que desempeña un papel como referente de confianza y apoyo emocional a la propia persona. Facilita que la persona tenga oportunidades de hablar, comentar, tomar decisiones y pactar acuerdos. Es una figura cercana a quien recurrir cuando se tienen dudas, problemas o si se quiere compartir algo, reconoce los derechos de la persona y le permite implicarse más en todo lo relacionado con su vida en el centro, muestra discreción y prudencia garantizando la confidencialidad en todos los asuntos privados.

Proyecto de vida: Forma en que las personas se plantean su existencia, para conseguir metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social (el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc.).

Satisfacción: Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, no siendo solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Significativo: Aquello relacionado con lo que a cada persona le importa o le interesa. Tiene que ver con lo que socialmente es aceptado, lo que los demás ponen en valor, lo que supone una ayuda para otras personas o lo que generalmente es reconocido de utilidad.

6. SIGLAS UTILIZADAS.

AVD: Actividades de la vida diaria.

PAGCP: Planificación y atención gerontológica centrada en la persona.

PVA: Plan de vida y atención.

7. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- American Geriatrics Society. Statement Regarding the Value of Advance Care Planning. USA, 2011.
- American Geriatrics Society. Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. USA, 2012.
- Bradley, A. Positive Approaches to Person Centred Planning. Glasgow: BILD, 2004.
- Cambridge, P. Y Carnaby, S. Considerations for Making PCP and Care Management Work. Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities. London: Jessica Kingsley. 218-231, 2005.
- Coyle, K. Y Moloney, K. The introduction of person-centred planning in an Irish agency for people with intellectual disabilities: An introductory study. Journal of Vocational Rehabilitation, 12, 175-180, 1999.
- FEAPS. Planificación Centrada en la Persona. Cuadernos de buenas prácticas. Madrid, 2007.
- Gobierno Vasco. La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Documentos de bienestar social. Teresa Martínez. Vitoria, 2011.
- Gobierno Vasco. Cien Propuestas Para Avanzar en el Bienestar y Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción. 2011.
- Gobierno vasco. Fundación Pílares y Fundación Matía. Proyecto piloto “etxean ondo /Como en casa”. 2013.
- Greasley. Individual Planning with Adults who Have Learning Difficulties: key issues – key sources, Disability & Society , 10: 3, 353-364, 1995.
- IMSERSO. informes Portal Mayores. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Pilar Rodríguez. Madrid, 2010.
- IMSERSO. Modelo de Calidad de Vida Aplicado a la Atención Residencial de Personas con Necesidades Complejas de Apoyo. Madrid, 2011.
- Junta de Castilla y León. Programa “en mi casa: Unidades de convivencia y atención integral centrada en la persona”. Experiencia piloto de la residencia pública de Soria. 2013.

- López Fraguas MA, et al. La Planificación Centrada en la Persona, Una Metodología Coherente con el Respeto Al Derecho de la Autodeterminación. Valladolid, 2004.
- Martínez, T. (2.013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.net>
- Mikulic I, Muiños R. La Construcción y Uso de Instrumentos de Evaluación en la Investigación e Intervención Psicológica: El Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV), 2004.
- Mikulic I. et al. Técnicas y Procesos de Evaluación Psicológica. Argentina, 2006.
- Osgood, T. (2005): "Managing the tensions between the interests of organisations and service users". En Cambridge, P. & Carnaby, S. (Ed.) Person Centred Planning and Care PEARCE, J. (2006): Person Centred Planning in a Learning Disability Service. UK: BILD
- Pallisera Díaz M. Revista Iberoamericana de educación, , Planificación Centrada en la Persona, 1-12, 2011.
- Riveros, A, et al. Características de la calidad de Vida en Enfermos Crónicos y Agudos. México, 2009.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar (2.010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Publicación: 4/11/2.010]
- Schwartzmann, L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Uruguay, 2003.
- Yasuko B, Watanabe A. Percepción de la Calidad de Vida: Modelo Factorial Confirmatorio. México, 2007.