

MANUAL SOBRE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

Aproximación teórica y diseño
de un Modelo de Atención
GIZAREA

Título: *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones:
Aproximación teórica y diseño de un Modelo de Atención GIZAREA*

Noviembre 2023

Autor: *SIIS Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía-Careaga, en colaboración con la Dirección de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación y la Secretaría de Servicios Sociales del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava.*

PRESENTACIÓN

El Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava, a través de su Dirección de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación, desea impulsar la filosofía de la Atención Centrada en las Relaciones, como nuevo paradigma de atención en los servicios sociales de la red foral.

La apuesta por este nuevo paradigma se inscribe en el compromiso de mejora continua de la calidad que el Departamento asumió hace décadas y que no ha dejado de reforzar desde entonces, con el fin de promover un cambio progresivo en la cultura de los servicios. Parte de la convicción y de la constatación de que, para ello, es indispensable crear un marco de actuación capaz de vehicular la respuesta a las necesidades, derechos e intereses de todas las personas que confluyen en los servicios-usuarias, profesionales y familiares-, desde sus respectivas posiciones en la relación de cuidado, mediante la creación de contextos positivos de atención. En dichos contextos, el elemento relacional se configura como vector de transformación, como instrumento esencial de la prestación de una atención de calidad basada en el reconocimiento de la dimensión humana de quienes intervienen en la atención, así como de una actitud de compromiso y responsabilidad colectivos, orientada hacia su mejora continua.

Este Manual está pensado para facilitar la articulación de esa transición y, partiendo de una aproximación teórica al Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, propone un modelo estructurado para su implantación, así como un conjunto de recomendaciones prácticas que se irán desarrollando en sucesivos anexos para su aplicación en los diferentes tipos de servicios.

Para facilitar la consulta, los anexos de orientaciones se editarán en documentos independientes del cuerpo central del Manual y se irán incorporando, a medida que se editen, al Banco de Recomendaciones de la web de calidad del IFBS (<https://www.ifbscalidad.eus>).

El Modelo se basa en la articulación de diversos elementos, elegidos tras una revisión exhaustiva de la literatura especializada en Atención Centrada en las Relaciones. Entre ellos destacan dos componentes básicos: un marco de actuación, el “Marco de Sensaciones”, y un método mixto de implantación resultante de la combinación de tres componentes: un enfoque general de Indagación Apreciativa, un instrumento de diagnóstico denominado “Instrumento de Perfiles de Calidad” y un Grupo de Calidad basado en relaciones auténticas de cooperación. Queremos agradecer aquí la autorización otorgada por el Profesor John Keady para la utilización del “Marco de Sensaciones” y por el Profesor Mark Faulkner para la del “Instrumento de Perfiles de Calidad”, en el marco de la elaboración de este Manual y de su implantación en los centros.

Esta nueva propuesta para la mejora de la calidad de la atención es totalmente compatible con los avances ya realizados en etapas anteriores, los complementa y los mejora. En realidad, como se explica en el texto, puede decirse que, en buena medida, en procesos anteriores, se consiguió una aproximación a lo que debe hacerse para garantizar una atención de calidad, mientras que el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, además de ampliar ese foco para extenderlo al conjunto de las personas que intervienen, se centra en cómo hacer lo que debe hacerse.

Creemos en la capacidad de la red foral de servicios, de sus profesionales, de las personas usuarias y familiares para sumarse a una visión en la que la mejora de la calidad de la atención dependerá de la capacidad de todas las personas que intervienen en la atención, prestándola o recibéndola, para construir relaciones auténticas, basadas en el reconocimiento de la dimensión humana, la empatía, y la reciprocidad, como elemento aglutinante para la creación de contextos positivos beneficiosos y enriquecedores para todas las partes.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Nolan, M.; Brown, J.; Davies, S.; Nolan, J.; Keady, J.** (2006). “The Senses Framework. Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach. Getting Research into Practice (GRIP)”, Report. Nº2. Project Report. University of Sheffield.
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.; Brown-Wilson, C.** (2006). “Development of the combined assessment of residential environments (CARE) profiles”. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6):664-677.
- Faulkner, M.; Davies, S.** (2006). “The CARE (Combines Assessment of Residential Environments) profiles: a new approach to improving quality in care homes”. *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 7(3): 15-25.
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.** (2006). “Evaluating positive events in care homes: A case study using the CARE profiling tool”. *International Journal of Disability and Human Development*, 5(1): 35-44.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| Parte 1. EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES | 11 |
| 1. EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES | 13 |
| 2. UN NUEVO PARADIGMA PARA CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN | 15 |
| 3. EL ORIGEN Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES..... | 19 |
| 4. LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES..... | 23 |
| 5. EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA | 25 |
| 6. LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL..... | 35 |
| Parte 2. UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES GIZAREA: COMPONENTES BÁSICOS..... | 41 |
| 7. COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN | 43 |
| 8. UN MARCO DE ACTUACIÓN: EL «MARCO DE SENSACIONES»..... | 47 |
| 9. UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO | 53 |
| 9.1. El enfoque de Indagación Apreciativa. | 54 |
| 9.2. El instrumento «Perfiles de Calidad» para la identificación de eventos positivos y la determinación de su frecuencia..... | 57 |
| 9.3. Un Grupo de Calidad Basado en Relaciones Auténticas de Cooperación para idear mejoras. | 61 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA COMPLETA | 69 |

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO → Este Manual tiene por objetivo servir de referencia y apoyo a los servicios sociales que realmente se propongan avanzar hacia un cambio en la cultura de la atención que prestan, adoptando para ello el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, con el fin de crear contextos positivos de apoyo y cuidado, resultado de la construcción de una red de relaciones auténticas, genuinas, basadas en el reconocimiento de la dimensión humana, la empatía, la compasión y la reciprocidad. Su finalidad última es contribuir a humanizar la atención, tanto para las personas usuarias como también para las personas profesionales y familiares.

CONTENIDO → El Manual Integra los siguientes contenidos:

- Por un lado, explica qué se entiende por Atención Centrada en las Relaciones y presenta el marco teórico sobre el que se asienta este paradigma, es decir, explica y fundamenta el enfoque filosófico que subyace a esta forma de entender la atención.
- Por otro, diseña un Modelo de Atención Centrada en las Relaciones, es decir, una forma específica de aplicar ese paradigma, ofreciendo, mediante la definición y caracterización de sus componentes esenciales, un marco estructurado dirigido a promover la adhesión al cambio de cultura que pretende y a facilitar la prestación de la atención desde una óptica relacional orientada a la garantía de derechos y a la mejora de la calidad de vida. En el marco del modelo, se diseñan detalladamente dos de sus componentes esenciales, los de naturaleza más estructurante:
 - El marco de actuación que adopta, que es el denominado «Marco de Sensaciones», en virtud del cual, la calidad de la atención en un servicio sólo puede alcanzarse si todas las personas que intervienen -usuarias, profesionales y familiares- perciben o experimentan una serie de sensaciones positivas.
 - Un método que facilita la implantación del marco de actuación en los servicios y que resulta de la combinación de tres elementos:
 - ✓ Un enfoque general de Indagación Apreciativa.
 - ✓ Un instrumento de diagnóstico - el instrumento «Perfiles de Calidad» -, dirigido a identificar eventos positivos y a medir su frecuencia, como medio para determinar los aspectos que funcionan bien en el servicio, con la doble finalidad de reforzarlos y de tomarlos como punto de anclaje para inspirar soluciones susceptibles de resolver aspectos más problemáticos.
 - ✓ Un Grupo de Calidad basado en Relaciones Auténticas de Cooperación, en el que participan personas usuarias, profesionales y familiares, y que se propone como foro de análisis del diagnóstico, así como de propuesta, debate y acuerdo de mejoras.
- Por último, ofrece, en sucesivos anexos, un conjunto de orientaciones orientadas a su implementación efectiva en la práctica cotidiana de la atención en los distintos tipos de servicio (en función de su naturaleza y del colectivo al que se dirigen).

ESTRUCTURA → El Manual se estructura en torno a esos tres tipos de contenidos:

- El cuerpo central del Manual (este documento) tiene dos partes:
 - La primera describe la Atención Centrada en las Relaciones como nuevo paradigma de la atención en nuestro ámbito.
 - La segunda presenta un Modelo de Atención Centrada en las Relaciones, es decir, una forma específica de aplicación de dicho paradigma.

Ambas están pensadas para ser de aplicación común a todos los servicios y centros de servicios sociales, independientemente de su área de atención y de su naturaleza.

INTRODUCCIÓN

- A ese cuerpo central, se irán sumando, progresivamente, documentos que agruparán las orientaciones prácticas aplicables a los distintos tipos de servicio.

En esta fase inicial, se ha elaborado un primer compendio de orientaciones dirigido a los servicios residenciales para personas mayores y, en fases posteriores, se irán elaborando para otros servicios.

Para facilitar la consulta, tanto este primer anexo de orientaciones como los que se elaboren en el futuro se editarán en documentos independientes del cuerpo central del Manual y se irán incorporando, a medida que se editen, al Banco de Recomendaciones de la web de calidad del IFBS (<https://www.ifbscalidad.eus>).

COMPATIBILIDAD Y COMPLEMENTARIEDAD CON OTRAS INICIATIVAS

- Tanto el Paradigma de Atención Centrada en las Relaciones como el Modelo de Atención propuesto para llevar dicha filosofía a la práctica son totalmente compatibles y combinables con otras iniciativas de calidad ya desarrolladas por el IFBS.

Es el caso de diversos proyectos aplicados en los servicios sociales alaveses en las últimas décadas, orientados a encuadrar el modelo de atención, a formular recomendaciones de buena práctica o a implantar procesos de mejora de la calidad-evaluaciones, procesos de mejora continua y procesos de formación participativa-, articulados mediante metodologías respetuosas de la pluralidad de agentes.

Todas estas iniciativas se centraban en la necesidad de pensar y de organizar la atención en torno a los derechos de las personas usuarias y de integrar el principio de personalización de la atención, con el fin de respetar a la persona en su integralidad y en su unicidad, es decir, en su calidad de ser humano único. El protagonismo atribuido a las personas usuarias en la articulación de estos avances no pretendía desatender otros intereses que convergen en los servicios: los de la propia institución, los de la dirección, los del personal y los de las familias. Sólo enfatizaba que en ninguna circunstancia debía perderse de vista la situación de especial vulnerabilidad de las personas atendidas y que, en todas las decisiones, de carácter general o particular, debían tenerse en cuenta su condición de personas y la necesidad de garantizar que pudieran seguir siendo ellas mismas y eligiendo, en todo lo posible, el estilo de vida que desearan llevar.

En el nuevo marco de Atención Centrada en las Relaciones, el ejercicio efectivo y la defensa de los derechos siguen siendo centrales; la personalización de la atención sigue siendo un objetivo principal y un requisito esencial para que el ejercicio efectivo de los derechos sea una realidad; la necesidad de que las dotaciones materiales y de recursos humanos de los servicios deban responder a estándares apropiados sigue vigente; y sigue siendo válida y esencial también la necesidad de tener particular consideración a la posición de vulnerabilidad de las personas usuarias.

En otros términos, la Atención Centrada en las Relaciones es totalmente compatible con estos enfoques. La diferencia está en que los mejora y complementa dando protagonismo a aspectos relacionales que, en aquellos, no lo tenían, aunque estuvieran presentes.

NATURALEZA ABIERTA Y DINÁMICA

- Este Manual pretende ser un instrumento vivo, dinámico, abierto a la introducción de mejoras, derivadas de la experiencia adquirida en su aplicación o también de nuevas aportaciones de la literatura especializada. Por esta razón, podrá ser objeto de modificaciones y actualizaciones cuando se estime oportuno.

PARTE 1

EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

1.

EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

En el ámbito de la atención a las personas, ya sea social o sanitaria, referirse a un nuevo paradigma significa referirse a una forma de concebir la atención que supone un giro significativo con respecto a enfoques o filosofías que, hasta ese momento, servían de fundamento al marco asistencial. Esto no quiere decir que se configure, necesariamente, en contraposición o como negación de prismas anteriores, sino como un avance determinante que condiciona la perspectiva desde la que se organiza y presta la atención.

En el caso de la Atención Centrada en las Relaciones puede decirse que es un cambio de óptica y una ampliación del foco, con respecto al enfoque inmediatamente anterior, el de la personalización de la atención, conceptualizado en el Paradigma de la Atención Centrada en la Persona. En el marco de este nuevo enfoque, se sostiene que, para garantizar una buena calidad de la atención a la persona usuaria - considerada ésta en su integralidad y en su unicidad - es indispensable crear un contexto positivo de atención, determinado por la convergencia de tres condiciones básicas:

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO VECTOR DE HUMANIZACIÓN

-
- La primera es que debe darse protagonismo al elemento relacional como vector «terapéutico», de humanización de la atención, basado en el reconocimiento mutuo y empático de la condición humana y de la unicidad de quienes intervienen en ella. Esto es aplicable a los distintos tipos de relación, es decir, a las relaciones entre dos partes diferenciadas de la intervención (entre personas usuarias y profesionales o entre familiares y profesionales), a las que se establecen entre personas dentro de un mismo grupo (relaciones entre profesionales o relaciones entre personas usuarias) y a las relaciones en las que intervienen las tres partes (personas usuarias, familiares y profesionales).

En última instancia, el elemento relacional es el que permite crear un sentimiento de comunidad de cuidados y el buen funcionamiento de esa comunidad reposa sobre la calidad de las relaciones, su autenticidad y su reciprocidad, como cualidades que determinan su carácter beneficioso para todas las partes. Esto conduce a la segunda condición.

DERECHOS, NECESIDADES, INTERESES Y VALORES DE TODAS LAS PERSONAS

-
- Esta segunda condición es que deben tenerse en cuenta los derechos, necesidades, intereses y valores de todas las personas que intervienen en la atención: sin duda, los de las personas usuarias que, por su mayor vulnerabilidad, deben ser objeto de especial consideración, pero también los de sus familiares o personas allegadas, y los de las personas profesionales, cualquiera que sea su función, todo ello dentro del marco organizativo de un servicio que, por ser una estructura compleja, también presenta intereses propios relacionados con su filosofía de atención y con su viabilidad y eficiencia.

Se trata de encontrar, en esta compleja red, un terreno de intereses comunes, lo más amplio posible, en lugar de que las distintas «partes» o «grupos» que intervienen en un servicio se perciban mutuamente como la parte «adversa», con intereses contrapuestos a los propios. Y la forma de conseguirlo puede ser, como se observa tan frecuentemente en el cuidado informal de un familiar, que cada grupo comparta los intereses del otro, que haga suyas sus necesidades, que perciba que el bienestar del otro es también un factor de su propio bienestar, lo cual sólo puede conseguirse en el marco de relaciones personales basadas en la autenticidad, la empatía, la compasión, en su acepción más genuina y la reciprocidad.

CONFLUENCIA DE CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA

-
- La tercera condición es reconocer y valorar que, en ese marco relacional, todas las personas son «expertas» en la atención: no sólo lo son las personas profesionales, como sostienen las visiones convencionales de la atención, sino que también las personas usuarias y sus familiares cuentan con conocimientos y experiencias adquiridas desde su posición de receptoras y prestadoras de cuidados, que constituyen una verdadera «competencia» desde la que poder hacer aportaciones valiosas y coparticipar en el diseño y en la práctica de la atención.

1.

EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

Es cierto que estos aspectos no estaban del todo ausentes de enfoques anteriores, aunque debe reconocerse que, en su marco, estas dimensiones tenían un protagonismo menor, prácticamente instrumental. En el Paradigma de Atención Centrada en las Relaciones, la dimensión relacional es central en la articulación de la atención y es el elemento que permite materializar, de modo sostenible, los objetivos que también perseguían esos otros enfoques: el respeto de los derechos, la personalización de la atención, y la mejora continua de la calidad de la atención y de la calidad de vida.

De algún modo, puede decirse que esos otros enfoques de la atención ponen el foco en lo que debe hacerse, mientras que la Atención Centrada en las Relaciones, además de ampliar ese foco al conjunto de las personas que intervienen, pone el énfasis en cómo debe hacerse. Y ésta, la del «cómo hacer», es una dimensión mucho más abstracta, más sutil, más difícil de aprehender, de definir, de formular y de transmitir, que la del «qué hacer».

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Brown Wilson, C.** (2009). «Developing community in care homes through a relationship-centred approach». *Health and Social Care in the Community*, 17(2): 177-186.
- Ronch, J.L.** (2004). «Changing Institutional Culture: Can We Re-Value the Nursing Home?». *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1): 61-82.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios** (2011). *Los derechos de las personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles?* Serie: Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, 02. Donostia-San Sebastián.

2.

UN NUEVO PARADIGMA PARA CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN

Desde una perspectiva humanista, la adopción de nuevos paradigmas de atención debe obedecer a la necesidad, al deseo y al compromiso colectivo de mejorar la atención prestada y la calidad de vida de las personas atendidas, de las y los profesionales que les atienden, y de sus familiares u otras personas allegadas que, con frecuencia, siguen ofreciendo cuidados y apoyos. Esta mejora de la atención significa esencialmente seguir avanzando hacia su humanización; esto, que es cierto para todos los servicios, es de particular relevancia en los de carácter residencial, dado que son a la vez un contexto de vida para las personas usuarias y un entorno de trabajo para las profesionales, con todo lo que esa dualidad conlleva en la vida cotidiana.

CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN

→ La mejora progresiva requiere, necesariamente, introducir cambios en lo que se hace y en cómo se hace, pero esos cambios no tendrán la capacidad de mejorar la atención si no se abordan desde la profunda convicción de que así es mejor, y esto, a su vez, sólo puede ocurrir si responden a la concepción de la relación de cuidado que tienen todas las personas intervinientes. En otros términos, requiere cambiar la cultura de la atención, entendiendo por tal el conjunto de valores, conductas, actitudes, creencias y rutinas, expresas y tácitas, que determinan el funcionamiento real de un servicio y que interiorizan todas las personas que trabajan en él, lo utilizan o lo visitan. La cultura de un servicio es algo así como su sistema operativo y su función es perpetuarlo, garantizar su supervivencia.

Tradicionalmente, la cultura de los servicios ha llevado a dar prioridad a sus necesidades organizativas y ha conducido, inexorablemente, a modos relacionales muy jerarquizados, y muy estancos, en los que cada «parte» mantiene la distancia frente a las demás, considera que tienen intereses contrapuestos a los propios, tiende a verlas como grupos homogéneos (y no como un conjunto de individualidades) y a atribuirles estereotipos negativos. Por lo general, este tipo de cultura se satisface con responder a las necesidades básicas de las personas usuarias, minimizando la importancia de necesidades más directamente vinculadas a la identidad, la dimensión interpersonal, la creatividad, y la proyección en el futuro.

Además, aunque tiende a olvidarse, los efectos perniciosos de este tipo de cultura asistencial, de carácter institucional, no afectan sólo a las personas usuarias, sino que también impactan en las personas profesionales que les atienden, conduciendo a las primeras a un proceso gradual de despersonalización y a las segundas-en particular, al personal de atención directa- a una profunda insatisfacción, a una creciente falta de interés por su trabajo y a un marcado sentimiento de infravaloración. Estos problemas, con consecuencias directas en la calidad de la atención, se ven exacerbados en contextos que atienden a personas con demencia, enfermedad mental o discapacidad intelectual, en los que las dificultades de comunicación y comprensión intensifican los malentendidos y la estigmatización y en los que, con frecuencia, el personal se encuentra poco o mal equipado, en términos de conocimiento y formación, para gestionar la complejidad de las cuestiones que se plantean.

Afortunadamente, los servicios actuales no responden ya al modelo tradicional de «institución total» y, sin duda, las iniciativas de mejora impulsadas a lo largo de las últimas décadas han conducido a resultados que son indiscutibles avances. Aun así, hay que reconocer que todavía estamos lejos de la finalidad última de humanización de la atención y que para alcanzar ese objetivo es necesario recurrir a un enfoque transformativo de la cultura que subyace a la organización de los servicios y a la prestación de la atención.

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones puede actuar como palanca hacia ese cambio de cultura.

2.

UN NUEVO PARADIGMA PARA CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN

CREACIÓN DE CONTEXTOS POSITIVOS DE ATENCIÓN

→ Para ser real, este cambio de cultura debe producirse a todos los niveles: en la institución, en todos los servicios y en todas las personas que intervienen en ellos, y es fundamental que así sea porque es la única vía susceptible de generar una verdadera y profunda transformación y de darle el dinamismo necesario para hacer posible el proceso constante de avance y de mejora indispensable al cambio.

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones propone, como clave de ese cambio, la creación de contextos positivos, enriquecedores y generadores de mejoras, como resultado directo del protagonismo otorgado a la dimensión relacional. Responden a las siguientes características:

- Adoptan una visión humanista de la atención, que se fundamenta en la dignificación de las relaciones de apoyo y cuidado, y se construye sobre el reconocimiento mutuo de la condición humana de quienes intervienen en la relación de cuidado, así como en la valoración de su cualidad de seres humanos únicos, con una historia de vida, una personalidad, unos valores, unas creencias, lo que significa, por decirlo simplemente, que hay que tratar de ver a la persona que se «esconde» detrás del rol que cada quién tiene asignado en el servicio: el de persona usuaria, de profesional o de familiar.
- Tienen presentes las necesidades, intereses, preferencias y valores de todas las personas que intervienen en la atención: usuarias, profesionales y familiares. Sólo así pueden generarse los vínculos relacionales genuinos indispensables para alcanzar la humanización de la atención; sólo ese equilibrio en la ecuación asistencial puede actuar como palanca de cambio de la cultura, porque una relación entre iguales es una fuente significativa de mejora para todas las partes, con un impacto positivo en la calidad de vida de la persona atendida y en el grado de satisfacción de las personas que le atienden, tanto familiares como profesionales.
- Se articulan en torno a relaciones auténticas, recíprocas, empáticas y compasivas.
- Reconocen que todas las personas que intervienen son «expertas» en la relación de cuidado, cada una desde su posición de usuaria, familiar o profesional, y pueden contribuir a enriquecer el contexto de atención.
- Promueven y valoran, de manera efectiva, la implicación directa, activa y significativa en la planificación y en la toma de decisiones de todas las personas intervinientes.
- Capacitan al personal, integrando la dimensión relacional y las habilidades relacionales en su formación inicial y continua.

Lógicamente, para el adecuado despliegue de la dimensión relacional, deben garantizarse, como prerrequisito, dotaciones materiales-espacios, mobiliario, equipamientos e instalaciones- y recursos humanos susceptibles, cuantitativa y cualitativamente, de contribuir tanto a la adecuada prestación de la atención en condiciones de seguridad como a la creación de espacios y de ritmos de atención que permitan el establecimiento y el mantenimiento de relaciones auténticas y significativas entre las personas.

2.

UN NUEVO PARADIGMA PARA CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN

CAMBIO ORGÁNICO Y PERMANENTE

→ Las relaciones son críticas para los procesos de cambio de cultura porque, se quiera o no, están en el centro de los contextos de cuidado como entornos de vida y de trabajo. El cuidado auténtico se crea en el marco de las relaciones y a través de las relaciones, se hace con alguien, no para alguien, lo que significa que los servicios deben configurarse como comunidades de cuidados basadas en relaciones de reciprocidad e interdependencia.

Es importante tener muy presente que un cambio en la cultura de la atención es un proceso complejo que, como decía Kitwood, consiste en conseguir ver las cosas desde una nueva perspectiva. Para que se produzca, tienen que transformarse las prácticas organizativas, los entornos físicos, las relaciones interpersonales a todos los niveles, los modelos de recursos humanos y las actitudes. Desde esta óptica, puede considerarse que un cambio de cultura es un cambio orgánico y permanente.

No es fácil. El riesgo, al hacerlo, está en la tentación de ir demasiado rápido, de imponer el cambio sin implicar a todas las personas afectadas o interesadas, de hacerlo de arriba hacia abajo, lo cual suele ser contraproducente. Hay que tener presente que cuando las personas han trabajado muchos años en el marco de una cultura más centrada en las necesidades organizativas que en las necesidades personales y relacionales, una cultura en la que la práctica de la atención se rige por pautas estandarizadas que no facilitan o que incluso dificultan la personalización, esas personas pueden mostrarse escépticas y reticentes a cualquier iniciativa de cambio, y pueden incluso sentirse incapaces de cambiar la forma en que atienden o temer hacerlo.

Por ello, es fundamental contar con un liderazgo efectivo, capaz de dinamizar el traslado de las ideas a la práctica, animar al cambio, orientarlo y dirigirlo, porque, sin él, el proceso puede perder impulso y morir en el intento. Pero debe tratarse de un liderazgo activo y colaborativo, que motive y ayude a superar el escepticismo, las reticencias y los temores, mediante una argumentación convincente que muestre que ese cambio será beneficioso y enriquecedor para todas las personas que intervienen en la atención, incluidas las personas profesionales.

IMPACTO POSITIVO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

→ Parte de esa argumentación, sin duda, es el impacto positivo que la Atención Centrada en las Relaciones tiene en todas las personas que intervienen en la relación de cuidado. En efecto, según la literatura especializada, en los contextos en los que se ha aplicado de manera consistente y sostenida en el tiempo, se han obtenido resultados claramente indicativos de su eficacia:

- Mejora el clima asistencial, gracias a una red de relaciones de interdependencia y apoyo mutuo que favorece el bienestar de cada persona y genera una sensación de pertenencia a una comunidad de cuidados.
- Mejora el grado de personalización de la atención, puesto que el vínculo relacional refuerza el conocimiento que las personas tienen las unas de las otras, no sólo en los aspectos directamente vinculados a la atención, sino en su integralidad, en su identidad.
- Mejoran los resultados de las intervenciones, con el consecuente impacto positivo en la calidad de vida de la persona usuaria y de su familiar.
- Aumenta del grado de satisfacción de las personas profesionales con su trabajo, lo que favorece que puedan conectar o volver a conectar con la esencia y la naturaleza compasiva de la función de «cuidar» y con las razones que, en primera instancia, las llevaron al ejercicio de su profesión.
- Favorece la cohesión entre profesionales, mediante el reforzamiento del trabajo en equipo, la creación de espacios de supervisión y apoyo y de mecanismos de toma compartida de decisiones.
- Favorece un espíritu de iniciativa y una mayor disposición al cambio, resultado de un cuestionamiento permanente de las formas de hacer y de una actitud de escucha que permite reconocer y valorar las aportaciones realizadas por las distintas partes que intervienen, cada una desde su conocimiento y su experiencia.

2.

UN NUEVO PARADIGMA PARA CAMBIAR LA CULTURA DE LA ATENCIÓN

- Mejora el ánimo tanto del personal, como de las personas usuarias y familiares.

Estos efectos positivos podrían tener un impacto todavía mayor a nivel de la sociedad en su conjunto. En efecto, como Ronch se atreve a imaginar, si ese cambio de cultura se produjera realmente, si los servicios humanizaran la atención considerando a todas las personas intervinientes en su dimensión humana integral y única, quizá se iniciaría, de forma natural, por capilaridad, un proceso de cambio en la percepción que la sociedad tiene de los servicios y, como resultado del mismo, mejoraría la imagen social de quienes los utilizan y el estatus de quienes trabajan en ellos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Bowker, L.** (1982). *Humanizing institutions for the aging*. Lexington Books. Lexington, MA.
- DeForge, R.; van Wyk, P.; Hall, J.; Salmoni, A.** (2011). «Afraid to care; unable to care: A critical ethnography within a long-term care home». *Journal of Aging Studies*, 25(4): 415-426.
- Dupuis, S.; McAiney, C.; Fortune, D.; Ploeg, J.; de Witt, L.** (2016). «Theoretical foundations guiding culture change: The work of the Partnerships in Dementia Care Alliance». *Dementia*, Vol.15(1): 85-105.
- Dupuis, S.L.; Gilles, J.; Carson, J.; Whyte, C.; Gence, R.; Loiselle, L.; Sadler, L.** (2012). «Moving beyond patient and client approaches: mobilising “authentic partnerships” in dementia care support and services». *Dementia* 11(4): 427-452.
- Fagan, R.M.** (2003). «Pioneer network: Changing the culture of aging in America». *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1/2): 125-140.
- Hill, N.L.; Kolanowski, A.M.; Milone-Nuzzo, P.; Yevchuk, A.** (2011). «Culture change models and residents health outcomes in long-term care». *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1): 30-40.
- Holstein, M.B.; Parks, J.; Waymack, M.H.** (2010). *Ethics, Aging and Society. The Critical Turn.*, Springer Publishing Company, 298 p.
- Kane, R.A.; Caplan, A.L. Eds.** (1990). *Everyday Ethics. Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*. Springer Publishing Company.
- Kitwood, T.** (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First. Rethinking Aging Series*. Open University Press.
- Misiorki, S., Rader, J.** (2010). *Selecting and prioritizing changes. Getting started: Pioneering approaches to culture change in long-term care*.
- Ronch, J.L.** (2004). «Changing Institutional Culture: Can We Re-Value the Nursing Home?». *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1): 61-82.
- Ronch, J.L.; Weiner, A.S.** (2013). *Culture Change in Elder Care*. Serie «Leading Principles and Practices in Elder Care». Health Professions Press, Inc. Baltimore, Maryland.

3.

EL ORIGEN Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

ORIGEN Y FUNDAMENTACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

→ El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones nace en el ámbito sanitario, como resultado de una profunda reflexión y de un intenso debate desarrollados en Estados Unidos en la década de 1990.

Aunque pueda parecer un tanto alejado de la realidad de los servicios sociales, resulta interesante adentrarse, brevemente, en la génesis y en la fundamentación del nuevo paradigma, porque, sin duda, salvando las distancias, muchas de las críticas al sistema y de las propuestas para su mejora son trasladables a nuestro ámbito y pueden ayudar a comprender las razones y las virtudes de la reorientación propuesta.

La reflexión mencionada fue consecuencia de la grave crisis que en aquel momento atravesaba el sistema sanitario estadounidense, crisis que llevó a cuestionar la forma en que se prestaba la atención, el ejercicio mismo de las profesiones sanitarias, así como la formación académica y práctica de las y los profesionales de la salud. Para desarrollarla se constituyó un grupo de trabajo conocido como «*The Pew-Fetzer Task Force*», bajo la dirección de la doctora C.P. Tresolini. Si bien el encargo inicial era repensar la formación de las profesiones sanitarias, pronto resultó evidente que debía extenderse a reconsiderar el marco filosófico de la atención sanitaria. Y el resultado de esa reflexión fue la propuesta de un paradigma de atención alternativo a los ya existentes, es decir, alternativo al paradigma biomédico, pero también al biopsicosocial e incluso al de la atención centrada en el o la paciente.

Esa nueva vía era el Paradigma de Atención Centrada en las Relaciones, considerado como el más apto para construir y formular los nuevos valores fundacionales que debían subyacer al ejercicio de las profesiones sanitarias, centrados en el elemento relacional en sus diversas expresiones: entre pacientes (y familiares) y profesionales de la salud; entre profesionales de la salud; y entre profesionales de la salud y la comunidad.

En su análisis, el grupo de trabajo partió de una constatación básica: las ciencias de la salud contemporáneas y la educación sanitaria todavía operaban, en buena medida, aplicando un paradigma científico inadecuado: el paradigma mecanicista. En su marco, quedaban totalmente separadas las condiciones corporales del ser humano de sus estados mentales, de los acontecimientos de su vida, de sus relaciones y de las condiciones ambientales, aspectos que si bien se consideraban como factores que podían influir en la enfermedad, eran percibidos y tratados como secundarios con respecto a determinantes y causas de la enfermedad a nivel molecular o celular. Cuando se encontraban relaciones causales entre esos estados mentales, eventos o situaciones relacionales y las condiciones físicas del o de la paciente, dichas relaciones tendían a percibirse como anomalías, tratándose entonces de encontrar el factor físico o químico causante de ese efecto. En otros términos, como señala el propio informe publicado por el grupo de trabajo, al adoptar una perspectiva reduccionista que limitaba las enfermedades a su nivel celular o molecular, la biología-la ciencia de la vida- excluía tácitamente la psicología, la etología y la ecología.

El grupo de trabajo consideró que esta forma de ver las cosas no era la adecuada para articular una atención sanitaria integral, moderna, capaz de reconocer y atender múltiples e indisolubles determinantes de la salud. Para eso, se requería un paradigma alternativo, un paradigma en el que los seres vivos se consideraran organismos, en lugar de mecanismos, dotados de propiedades que ninguna máquina tiene: propiedades de crecimiento, de regeneración, de cura o sanación y de aprendizaje.

Adoptar uno u otro paradigma no es baladí, no es algo que simplemente queda en un nivel de abstracción teórica, sin implicaciones en la realidad. En el ámbito sanitario, tiene implicaciones en la determinación y la comprensión de las causas de las enfermedades, de los tratamientos y de los mecanismos de curación, y en la naturaleza de las relaciones.

3.

EL ORIGEN Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

A este respecto, y a los efectos que aquí interesan, conviene destacar, por lo significativo y expresivo que resulta, que un rasgo característico del paradigma mecanicista es que asume que quien observa se encuentra fuera del fenómeno observado, lo que le permite adoptar una visión distante, neutral, ajena a las emociones. En el paradigma organicista, por el contrario, se sitúa dentro de fenómeno observado y participa en él: ambos se impactan mutuamente. Desde este enfoque, los seres vivos no sólo perciben señales sensoriales, sino que también las interpretan, y esa interpretación construye un mundo subjetivo, una visión propia de lo observado, que les conduce a reaccionar de una determinada forma y, a su vez, esa reacción modela la realidad observada, y tiene un impacto en el mundo subjetivo de la otra persona. En otros términos, la distancia y la neutralidad no son posibles, puesto que la actitud adoptada en base a la percepción subjetiva de la realidad impacta en esa realidad. Las dos partes de la relación no son unidades separadas e independientes: se observan mutuamente, interpretan lo que observan, construyen sus respectivos mundos subjetivos y esos mundos se ven modificados por el diálogo entre ambas partes: ambas se ven alteradas en ese proceso. En consecuencia, la dimensión relacional constituye un elemento central de la atención sanitaria.

El informe insistía también en que la adopción del nuevo enfoque debía tener un impacto en la educación de las profesiones sanitarias, no para que el aprendizaje de la dimensión relacional se convirtiera en una nueva disciplina diferenciada de las demás, sino para integrarla en la naturaleza misma de las profesiones sanitarias, en la forma de ser profesional de la medicina o de la enfermería.

LA EXTENSIÓN DEL PARADIGMA A LOS SERVICIOS SOCIALES

→ Pronto, el ámbito de los servicios sociales, siempre propenso a emular lo sanitario, se interesó por el nuevo enfoque. De nuevo, ocurrió primero en Estados Unidos, en el marco del movimiento orientado al Cambio de Cultura en los Servicios (en particular en los servicios residenciales para personas mayores), luego en el Reino Unido y otros países anglosajones, y, más tarde, tímidamente, en otros países europeos, observándose su aplicación en muy diversos sectores de la atención: trabajo social, protección a la infancia y la adolescencia, atención a las personas mayores y las personas con discapacidad.

Al igual que en el ámbito sanitario, en el ámbito de los servicios sociales, tradicionalmente, la voz de las personas atendidas ha tenido poco eco: se consideraba que tenían poco o nada que aportar al proceso de toma de decisiones para su atención; ni qué decir si padecían demencia, enfermedad mental o discapacidad intelectual. Las decisiones descansaban en las y los profesionales y en las y los familiares, y se centraban básicamente en cómo gestionar «la carga» de la atención, no en apoyar a la persona a desarrollar un proyecto de vida.

Con el tiempo, esta forma de funcionamiento se empezó a cuestionar, y buen número de investigadores y profesionales de los servicios sociales defendieron la necesidad de implicar a las personas usuarias, de conocer sus necesidades y sus preferencias, su forma de percibir o experimentar su situación y la atención y su forma de proyectarse en el futuro. El Paradigma de la Atención Centrada en la Persona avanzó en esta dirección, especialmente en su formulación inicial; en esta línea, destacó en particular la concepción de Kitwood, verdadero visionario en el ámbito de la atención a las personas con demencia, que defendía un enfoque centrado en la articulación de estrategias y pautas de atención basadas en el reconocimiento de la condición humana de la persona con demencia y orientadas a reforzar esa dimensión mediante relaciones cercanas y respetuosas.

Posteriormente, no obstante, se perdió de vista la relevancia que este componente relacional tenía en las formulaciones iniciales del Paradigma de Atención Centrada en la Persona, sustituyéndolo, con buena intención, pero desde una perspectiva un tanto paternalista, por un enfoque que, si bien sitúa a la persona en el centro de las decisiones, en la práctica de la atención no la implica realmente en la toma de esas decisiones, ni favorece el establecimiento de una relación equilibrada, en la que su conocimiento y experiencia en la relación de cuidado, se consideran una forma de «*expertise*» válida, que conviene integrar en el diseño de la atención. Por otra parte, la Atención Centrada en la Persona tiende a poner el foco únicamente en las necesidades, derechos e intereses de la persona atendida, sin tener presentes los de las personas cuidadoras, ya sean profesionales o familiares. Todo ello genera un desequilibrio en la ecuación asistencial.

3.

EL ORIGEN Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

En suma, puede afirmarse que la Atención Centrada en la Persona, en esta versión «light» en la que se ha generalizado, no consigue capturar el elemento de interdependencia y reciprocidad que subyace a las relaciones de cuidado. Y esta crítica es la que ha llevado a abogar por la adopción en el ámbito de lo social del Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, en cuyo marco, como se ha visto, se considera que todas las partes que intervienen en la atención son, desde sus respectivas posiciones, expertas en la relación de cuidado, con conocimientos y experiencias que abogan por su participación en la toma de decisiones.

Esta nueva perspectiva reconoce que las relaciones crean el contexto para numerosas funciones y actividades propias de la atención prestada en los servicios: en el marco de esas relaciones, se intercambia información, se asignan recursos, se diseñan programas de atención individualizada, y se valoran los resultados de la atención prestada. Ninguna de estas funciones y actividades puede desarrollarse de forma aislada por una sola de las partes que interviene en la atención: todas se ven mediadas por la frecuencia, la intensidad y la calidad de las múltiples relaciones que conectan a la persona usuaria, a sus familiares, a las personas profesionales, a la dirección, a la organización y, en última instancia, a la comunidad. Y las mejoras alcanzadas, en términos de calidad de la atención, de satisfacción personal y de calidad de vida son resultado directo del buen funcionamiento de esa red relacional.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Beach, M.C.; Inui, T.; Relationship-Centered Care Research Network.** (2006). «Relationship-centered Care: A Constructive Reframing». *Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21 Suppl.1: S3-S8.
- Bowker, L.** (1982). *Humanizing institutions for the aging*. Lexington Books. Lexington, MA.
- Engel, G.L.** (1992). «How Much Longer Must Medicine's Science Be Bound by a Seventeenth Century World View». *Psychoter Psychosom*, 57: 3-16.
- Kitwood, T.** (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First. Rethinking Aging Series*. Open University Press.
- McGilton, K.S.; O'Brien-Pallas, L.L.; Darlington, G.; Evans, M.; Wynn, F.; Pringle, D.M.** (2003). «Effects of a Relationship-Enhancing Program of Care on Outcomes». *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2): 151-156
- Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J.; Keady, J.; Nolan, J.** (2004). Beyond «Person-centred» care: a new vision for gerontological nursing.» *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3ª): 45-53.
- Ronch, J.L.** (2004). «Changing Institutional Culture: Can We Re-Value the Nursing Home?». *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1): 61-82.
- Safran, D.G.; Miller, W.; Beckman, H.** (2006). Organizational Dimensions of Relationship-centered Care. *Theory, Evidence and Practice. Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21(Suppl.1): S9-S15.
- Smith, S.; Dewar, B.; Pullin, S.; Tocher, R.** (2010). «Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings». *International Journal of Older People Nursing*, 5:128-136.
- Soklaridis, S.; Ravitz, P.; Adler Nevo, G.; Lieff, S.** (2016). «Relationship-centred care in health: a 20-year scoping review». *Patient Experience Journal*, 3(1): 130-145.
- Suchman, A.L.** (2006). «A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care. Complex Responsive Processes of Relating». *Journal of General Internal Medicine*, January, 21 Suppl.1: S40-S44.
- Tresolini, C.P. and the Pew-Fetzer Task Force** (1994). *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

4.

LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

La Atención Centrada en las Relaciones se construye en torno a una serie de principios específicos muy estrechamente vinculados entre sí. Son los siguientes:

Las relaciones deben integrar la dimensión humana

En el marco de la atención, las personas que intervienen en las relaciones que se establecen- ya sea entre personas usuarias y profesionales, entre profesionales y familiares, o entre profesionales- son personas únicas, con una biografía propia, un conjunto propio de experiencias, conocimientos, valores y expectativas, que conforman su mundo subjetivo, su personalidad y su carácter.

Es fundamental que todas lo tengan en cuenta y se sirvan de ello para enriquecer las relaciones que establecen en el servicio, respetando a cada ser humano en su integralidad, tratando de ver a cada persona más allá de su función o de su rol y procurando que la experiencia que tienen de la relación de cuidado -recibiéndola o prestándola- y del contexto en el que dicha relación se inscribe, sea el resultado o el reflejo del reconocimiento de la dimensión humana de cada una de las personas que interviene.

El afecto y las emociones son componentes esenciales de la relación de cuidado

El afecto y las emociones son inherentes al inicio, al mantenimiento y a la finalización de las relaciones, también de las relaciones de cuidado. En su marco, la persona profesional ofrece apoyo a la persona usuaria, a su familiar o a otra profesional, no sólo mediante la realización de tareas, sino también a través de su presencia emocional, empática, compasiva y de su mirada positiva sobre las demás personas, alejada de la actitud distante de neutralidad afectiva propia de las estructuras muy institucionalizadas.

Adoptar una actitud empática y compasiva en sus relaciones con las demás personas que intervienen en la atención y, en particular, con la persona atendida, presenta el potencial de ayudar a la otra parte a expresar y a comunicar sus propias emociones (su alegría, su satisfacción, sus miedos, sus carencias), lo que a su vez mejora la experiencia que la persona profesional tiene de la atención que ofrece, ayudándole a conectar con la esencia de la función de cuidado, con la naturaleza misma de su profesión.

Las relaciones ocurren en un contexto de reciprocidad e interdependencia

Las acciones que conforman la prestación de la atención no ocurren de forma aislada, sino que se producen en un contexto de influencia recíproca, tanto cuando se trata de relaciones entre personas usuarias y profesionales, como entre profesionales y familiares, o entre profesionales.

Si las relaciones son genuinas, todas las personas que intervienen en la atención se ven impactadas positivamente, enriquecidas por el vínculo relacional, lo que les permite crecer humanamente y, en el caso del personal, también profesionalmente.

En ese marco, el elemento de reciprocidad, interconexión e interdependencia se vive como algo moralmente bueno, positivo y beneficioso para todas las partes, como un elemento necesario y central de la relación, que conduce a su simetría, por oposición a las relaciones asimétricas propias de los contextos institucionales.

Todas las personas que intervienen son «expertas» en la relación de cuidado

Todas las personas que intervienen en la relación -persona usuaria, profesional y familiar- tienen una serie de conocimientos, vivencias y experiencias asociadas a la atención. En otros términos, todas ellas, cada una desde su posición, son expertas, unas en prestar cuidados y otras en recibirlos.

Todas ellas deben reconocer y tener en cuenta las competencias de las demás y, en particular, las personas profesionales deben ser conscientes de que no son las únicas personas «expertas» en el marco de esa relación de cuidado.

Esto no significa que todos los conocimientos sean equiparables, pero tampoco deben jerarquizarse, dando más valor al conocimiento teórico que al empírico, al intuitivo que al racional, al profesional que al de las personas usuarias y familiares, o a la inversa. Significa que confluyen diversos tipos de conocimiento y experiencia y que todos ellos deben tenerse presentes para construirlos.

4.

LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES

Las actividades cotidianas y los tiempos ordinarios son oportunidades para establecer, mantener y reforzar las relaciones

El establecimiento, mantenimiento y reforzamiento de las relaciones interpersonales se conceptualizan y valoran como parte de la actuación profesional, integradas en las actividades cotidianas y en los tiempos ordinarios.

Resulta indispensable visibilizar los pequeños actos de empatía y compasión, los más simples y básicos, en lugar de valorar única o principalmente los actos complejos y especializados, con el fin de favorecer el reconocimiento de su estatus y de su naturaleza inherente a la atención.

Estos cinco principios son los que pueden considerarse como específicos de la Atención Centrada en las Relaciones, los que la diferencian de otros enfoques. Además, también adhiere a otra serie de principios, comunes a otras formas de pensar la atención: la continuidad de la atención es uno de ellos, pero pueden citarse también, entre otros, los principios de interdisciplinariedad, de no discriminación desde la igualdad en la diversidad, de tratamiento confidencial de la información, o de mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Beach, M.C.; Inui, T.; Relationship-Centered Care Research Network.** (2006). «Relationship-centered Care: A Constructive Reframing». *Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21 Suppl.1: S3-S8.
- Brown, J.; Nolan, M.; Davies, S.** (2001). «Who's the expert? Redefining lay and professional relationships. En: Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Kitwood, T.** (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First. Rethinking Aging Series*. Open University Press.
- MacDonald, C.** (2002). «Nursing Autonomy as Relational». *Nursing Ethics*, 9: 194-201.
- Mulrooney, C.P.** (1997). *Competencies needed by formal caregivers to enhance elders' quality of life: the utility of the "Person and Relationship-centred Caregiving (PRCC) Trait*. Sixteenth Congress of the International Association of Gerontology. Adelaide.
- Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J.; Keady, J.; Nolan, J.** (2004). Beyond «Person-centred» care: a new vision for gerontological nursing.» *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3ª): 45-53.
- Ronning, R.** (2002). «In defence of care: The importance of care as a positive concept». *Quality in Ageing*, 3: 34-43.
- Ryan, T.** (2022). «Facilitators of person and relationship-centred care in nursing». *Nursing Open*, 9: 892-899.

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

Adoptar el Paradigma de Atención Centrada en las Relaciones tiene importantes implicaciones para la práctica de la atención por parte de las personas profesionales, cualesquiera que sean sus funciones, porque ellas son el o la agente que, con su forma de actuar y con su actitud, vehicula y transmite esta nueva filosofía dentro de la organización. Las relaciones que las personas profesionales establecen y mantienen con las personas usuarias, con sus familiares, y con otras personas profesionales en buena medida determinan la actitud de todas ellas y, por lo tanto, la calidad del clima asistencial.

DIMENSIONES DE LA PRÁCTICA RELACIONAL

→ El protagonismo otorgado a las relaciones exige entender la práctica relacional, definida como el conjunto de acciones necesarias para desarrollar y mantener relaciones interpersonales auténticas. Estas acciones se asocian a diversos aspectos o dimensiones. Son las siguientes:

Dimensiones de la práctica relacional

Accesibilidad → Engloba las acciones que realiza la persona profesional, como parte de la relación, para estar disponible para la otra parte de la relación, que puede ser una persona usuaria u otra persona profesional.

Aquí pueden incluirse, por ejemplo: las medidas que se adoptan para posibilitar el contacto entre diferentes momentos o encuentros (por ejemplo, entre tareas); las conexiones necesarias para coordinar entre distintas personas profesionales la prestación de cuidados o para consultarse sobre aspectos específicos de la atención.

Gestión de límites → Engloba las acciones que realiza cada persona que interviene en la relación para construir y mantener unos límites tanto en torno a esa relación frente al exterior, como dentro de la misma.

Un ejemplo de este tipo de acciones son las medidas dirigidas a minimizar las interrupciones o las distracciones mientras se atiende a la persona para concentrarse en ella durante las interacciones.

Conexión → Engloba las acciones orientadas a garantizar que se produzca realmente el contacto con la otra persona, lo que exige:

- Implicación: requiere que una persona se involucre, esté realmente presente y atenta en sus interacciones con la otra persona.
- Empatía y compasión: se refiere a la capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona, de ver la situación tal y como la otra persona la está percibiendo y de utilizar ese conocimiento para mejorar el contacto o la conexión.
- Autenticidad emocional: se produce cuando una persona es capaz de expresar emoción (una emoción apropiada a su rol en la relación), así como de conectar y de responder a las manifestaciones emocionales de la otra parte.

Colaboración → Engloba las acciones dirigidas a compartir información relevante para la toma de decisiones y a negociar el contenido de las decisiones que se adopten, con el fin de que resulten satisfactorias para ambas partes. Esa toma de decisiones requiere una comunicación bidireccional, de respeto mutuo, en la que cada parte escucha a la otra parte, oye sus argumentos y preferencias, y es capaz de expresar su propio punto de vista.

Continuidad → Engloba las acciones dirigidas a facilitar la relación entre las sucesivas interacciones con la otra persona, a establecer el nexo entre situaciones presentes y situaciones pasadas, y a poner el conocimiento adquirido acerca de la otra persona durante dichas interacciones previas al servicio de la interacción en curso.

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

DESARROLLO DE HABILIDADES INTERPERSONALES

→ La eficacia de la práctica relacional, su posibilidad real de contribuir a la construcción de un contexto positivo de atención basado en el reconocimiento de la dimensión humana y de la unicidad de las personas que intervienen en el mismo, requiere que las y los profesionales cuenten con una serie de habilidades interpersonales susceptibles de impactar en la calidad de la atención prestada y en el clima asistencial. Las principales son las que se indican a continuación.

Habilidades interpersonales esenciales de la persona profesional

- Ser consciente de la importancia de las relaciones en el contexto de cuidado: de las relaciones con la persona usuaria, con la familia y con otras y otros profesionales.
- Tener la capacidad de estar plenamente presente en la interacción: prestando una atención cercana a la persona, trabajando de forma colaborativa, tratando de construir las mejoras a partir de los puntos fuertes, de los aspectos positivos.
- Actuar con el propósito de aliviar el sufrimiento y de mejorar la calidad de vida.
- Mostrar curiosidad por las ideas, opiniones, preocupaciones y valores de la persona y un interés sincero por su dimensión humana.
- Ser capaz de mantener la relación de forma estable, lo que, a su vez, exige una actitud auténtica y honesta, que permita disfrutar de los aciertos, pero también reconocer los errores y tener la oportunidad de enmendarlos.
- Mostrar respeto hacia las demás personas y tratarlas como le gustaría que le trataran.
- Mostrar empatía, es decir esforzarse por comprender emocionalmente lo que sienten otras personas, ver las cosas desde su punto de vista e imaginarse en su lugar.
- Ser flexible, mostrar cierta versatilidad relacional que facilite el ajuste de las habilidades interpersonales a la diversidad de las necesidades de las personas usuarias, familiares y profesionales con las que se relaciona.
- Tener inteligencia emocional, es decir, ser capaz de entender y gestionar las propias emociones y las de las demás personas.
- Tener habilidades de comunicación, siendo consciente de que la comunicación abarca:
 - La comunicación verbal, es decir, lo que decimos y cómo lo decimos.
 - La comunicación no verbal, es decir, lo que comunicamos sin palabras, por ejemplo, a través del lenguaje corporal, la mirada o el tono de voz.
 - Las habilidades de escucha, referida a cómo interpretamos los mensajes verbales y no verbales enviados por otras personas.
- Ser capaz de trabajar en equipo y con otros equipos profesionales.
- Tener habilidades de negociación, persuasión e influencia susceptibles de conducir a una toma de decisiones aceptable y beneficiosa para todas las partes.
- Tener habilidades de manejo y resolución de conflictos y desacuerdos interpersonales.

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

CARACTERIZACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE RELACIÓN

→ En el marco de la Atención Centrada en las Relaciones, las características de las relaciones que las y los profesionales establecen difieren en términos de conocimiento, filosofía o actitudes, formas de hacer e impacto real, según se trate de relaciones con la persona usuaria, con otras personas profesionales o con familiares.

En las siguientes tablas, se ofrece una síntesis de dichas características para cada uno de esos tipos de relación. Los elementos que se listan en las mismas son los que se consideran parte integral y esencial de la Atención Centrada en las Relaciones, aunque no cabe duda de que muchas variables pueden relacionarse con dicho enfoque sin ser nucleares en su caracterización.

Al consultarlas, conviene tener presente que no es posible precisar la mayor o menor medida en que una determinada característica es necesaria u óptima en la práctica; en muchos de los elementos listados, la frecuencia, cantidad o intensidad óptima depende de las circunstancias.

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

Elementos característicos de la relación persona profesional – persona usuaria

| Conocimiento | Enfoque, filosofía y actitudes | Formas de hacer | Impacto |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cada persona usuaria es única: su biografía, su experiencia vital, sus necesidades, valores y creencias determinan su unicidad y son relevantes en el proceso de atención. • Las personas usuarias tienen distintas preferencias y expectativas en relación con la atención que reciben. • Los aspectos psicosociales, emocionales y de estilo de vida forman parte integrante de la atención. • Cada relación de cuidado es única y es el resultado del trabajo de cada una de las partes que interviene en ella. • La forma en la que una persona profesional participa en la atención un determinado momento tiene un impacto fundamental en los resultados de la atención a corto y a largo plazo. • La persona usuaria cuenta con una serie de conocimientos y experiencias previas que determinan que sea experta en la relación de cuidados como receptora de atención, y esa competencia puede contribuir al diseño y a la prestación de la atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la dimensión humana de la relación asistencial. • Valorar el partenariatado con la persona usuaria. • Valorar a la persona usuaria como experta en su propia atención. • Considerar que la relación entre la persona profesional y la persona usuaria es un medio terapéutico, es decir, un elemento que tiene un impacto en los resultados de la atención, en la calidad de vida de la persona atendida y en el nivel de satisfacción de la persona profesional. • Valorar el respeto mutuo y tener una mirada positiva sobre la persona usuaria. • Reconocer que la implicación emocional de la persona profesional, en la forma y la medida adecuadas a las circunstancias concretas, pueden reforzar el vínculo terapéutico y la eficacia del cuidado. • Reconocer que la relación se basa en la reciprocidad y conlleva responsabilidades mutuas y beneficios o ventajas para ambas partes. • Reconocer la necesidad de tener en cuenta los valores, actitudes y personalidad de ambas partes. • Reconocer la importancia y el impacto de la relación con la persona usuaria en el propio bienestar de la persona profesional. | <ul style="list-style-type: none"> • Tratar a la persona usuaria con respeto. • Acercarse a la persona usuaria teniendo en cuenta lo que se sabe de ella, de su biografía, de sus circunstancias, de sus valores, expectativas y preferencias. • Ayudar a la persona usuaria a comunicar, escuchándola atentamente, y sin juzgarle. • Prestar especial atención al establecimiento de relaciones auténticas, con vínculo, con las personas que mantienen escasos lazos relacionales familiares o sociales. • Responder a sus emociones, mostrar empatía y compasión. • Buscar elementos comunes que puedan servir de punto de partida a la relación y tener presentes áreas de acuerdo y desacuerdo en valores y expectativas a lo largo de la relación. • Controlar la propia conducta, las reacciones, dado el impacto que puede tener sobre la relación y sobre la respuesta de la persona usuaria. • Ser consciente de sus propias emociones y de su sesgo emocional. • Mostrarse atenta a la evolución de la relación para evitar que se deteriore. | <ul style="list-style-type: none"> • La persona usuaria se siente respetada y bien atendida. • La persona usuaria confía en la persona profesional. • La persona usuaria siente menos ansiedad, menos inquietud. • La persona usuaria se adhiere más fácilmente a los consejos que le da la persona profesional. • La persona usuaria se implica más activamente en la relación, no sólo comenta aspectos de su vida o de su percepción, sino que también se interesa por la vida de la persona profesional. • La persona usuaria y la persona profesional están en la misma onda y eso facilita profundizar las relaciones y aportar vitalidad a las interacciones. • La persona usuaria participa activamente en la toma de decisiones que afectan a su atención. • La persona profesional se convierte en una fuente de apoyo social y emocional para la persona usuaria. • La persona usuaria se convierte en una fuente de satisfacción para la persona profesional. • Existe menor riesgo de que la persona profesional desarrolle el síndrome del quemado. |

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

Elementos característicos de la relación entre personas profesionales

| Conocimiento | Enfoque, filosofía y actitudes | Formas de hacer | Impacto |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cada persona profesional es única: su biografía, su experiencia vital, incluida su experiencia profesional, sus valores y creencias determinan su unicidad. • Dentro de los servicios, pueden existir desigualdades de poder entre grupos profesionales y entre categorías profesionales. • La capacidad de comprender la perspectiva de la otra parte y de explicar la propia postura contribuye a la relación. • Las distintas profesiones pueden tener diferentes enfoques de atención. • La aplicación de dinámicas de grupo a los equipos de trabajo y la adopción de un liderazgo activo y compartido contribuyen a formas colaborativas e interdisciplinarias de atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la importancia de ser consciente del impacto de su propia actitud y conducta en las reacciones de otras personas profesionales. • Valorar la diversidad y la interdisciplinariedad. • Apreciar el interés y la importancia de compartir objetivos y formas de hacer. • Valorar la apertura a las ideas de otras personas profesionales. • Afirmar la importancia del respeto y de la confianza mutuos. • Valorar la capacidad de prevenir errores, de reconocerlos cuando se producen y de adoptar medidas para enmendarlos. | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar acerca de la propia actitud en el servicio y acerca de cómo compaginar las necesidades personales y profesionales. • Aprender permanentemente de la experiencia personal y de la experiencia de otras personas profesionales. • Establecer relaciones de colaboración y compartir responsabilidades. • Comunicar de forma efectiva con otros miembros del equipo. • Escuchar activamente para comprender e implicar a otros miembros del equipo. • Reconocer las situaciones conflictivas y esforzarse por resolverlas. • Dar espacio en las reuniones para el planteamiento y el debate de nuevas ideas. • Recurrir a la indagación apreciativa para imaginar mejoras, es decir, detectar aspectos que funcionan bien y construir mejoras a partir de los mismos. • Examinar continuamente si los valores de la organización tienen reflejo en la actividad cotidiana. | <ul style="list-style-type: none"> • Los desacuerdos se resuelven de forma más eficaz. • Disminuye la rotación del personal. • Las personas profesionales sienten mayor nivel de satisfacción con su trabajo. • Las personas profesionales perciben que se les trata de forma justa y respetuosa tanto en el marco de las reuniones de equipo como en la actividad cotidiana de prestación de la atención. • La capacidad y el deseo de innovar aumenta. • Aumenta la calidad de la atención que recibe la persona usuaria. |

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

Elementos característicos de la relación persona profesional – persona familiar

| Conocimiento | Enfoque, filosofía y actitudes | Formas de hacer | Impacto |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cada familiar es una persona única: su biografía, su experiencia vital, sus necesidades, valores y creencias determinan su unicidad. • Cada familia conforma una red compleja y única de relaciones. • Cada familiar presenta distintas expectativas en relación con la atención ofrecida a la persona usuaria. • Con frecuencia, la persona familiar que más acude al servicio ha sido quien ha asumido la atención informal a la persona usuaria y quiere seguir participando en su atención. • La persona familiar puede requerir un tiempo de transición para adaptarse a su nuevo rol en relación con la atención a la persona usuaria. • La persona familiar cuenta con una serie de conocimientos y experiencias previas que determinan que sea experta en la prestación de cuidados a la persona usuaria y esa competencia puede contribuir al diseño y a la prestación de la atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el partenariatado con la persona familiar. • Considerar a la persona familiar como experta en la atención de la persona usuaria. • Reconocer que la implicación emocional de la persona profesional con respecto a la persona familiar, en la forma y la medida adecuadas a las circunstancias concretas, pueden reforzar la eficacia de la colaboración en el cuidado de la persona usuaria. • Reconocer que la relación con la persona familiar se basa en la reciprocidad y, en consecuencia, conlleva responsabilidades mutuas. • Reconocer la necesidad de tener en cuenta los valores, actitudes y personalidad de ambas partes. • Reconocer la importancia y el impacto de la relación de colaboración con la persona familiar en el propio bienestar de la persona profesional. | <ul style="list-style-type: none"> • Tratar a la persona familiar con respeto. • Esforzarse por conocer los valores de la persona familiar y sus expectativas, con respecto a la atención de la persona usuaria. • Comunicar de manera efectiva con la persona familiar y escucharla. • Responder a sus emociones, mostrar empatía y compasión. • Buscar elementos comunes que puedan servir de punto de partida a la relación y tener presentes áreas de acuerdo y desacuerdo en valores y expectativas a lo largo de la relación. • Controlar la propia conducta, las reacciones, dado el impacto que puede tener sobre la relación de colaboración con la persona familiar. • Ser consciente de sus propias emociones y de su sesgo emocional. • Mostrarse atenta a la evolución de la relación para evitar que se deteriore. | <ul style="list-style-type: none"> • La persona familiar se siente respetada y siente que se atiende bien a la persona usuaria. • La persona familiar aprecia a la persona profesional y confía en ella. • La persona usuaria siente menos ansiedad, menos inquietud al ver que su familiar de referencia tiene una buena relación con la persona profesional y confía en ella. • La persona familiar se implica más activamente en la relación. • La persona familiar y la persona profesional están en la misma onda y eso facilita profundizar las relaciones y aporta vitalidad a las interacciones. • La persona familiar participa activamente en la toma de decisiones, si así lo desea la persona usuaria. • La persona profesional se convierte en una fuente de apoyo social y emocional para la persona familiar. • La persona familiar se convierte en una fuente de apoyo y satisfacción para la persona profesional. |

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

EL PAPEL DE LA ORGANIZACIÓN

→ Como se ha indicado en el apartado 2, el cambio de cultura necesario para crear contextos positivos de atención debe producirse a todos los niveles: en la institución, en todos los servicios y en todas las personas que intervienen en ellos.

Desde esta perspectiva, las organizaciones, tanto la institución o entidad de la que depende el servicio, como la dirección del propio servicio, deben participar en la dinámica relacional y comprometerse con ella y, en ese esfuerzo juega un papel clave la forma de comunicación que impulsan a nivel interno. A este respecto, conviene tener presentes algunas consideraciones acerca de cómo conviene que sea la comunicación impulsada desde una organización (algunas de ellas se retoman en el apartado 7, al tratar del liderazgo efectivo y participativo) tanto con las personas profesionales como con las personas usuarias y familiares:

Características de una buena comunicación interna entre la organización y las personas profesionales

- La comunicación no consiste únicamente en informar, por importante que sea mantener una buena información.
- La comunicación se caracteriza por ser bidireccional, busca un intercambio entre las personas interlocutoras.
- Una buena comunicación interna, además de favorecer la eficacia de las intervenciones, genera o favorece un sentido de pertenencia a un proyecto que valora la participación de todas las personas.
- Una buena comunicación interna requiere que todas las personas implicadas conozcan y compartan la declaración de Misión, Visión y Valores que orienta la filosofía del servicio. Para ello, es importante que:
 - Desde su llegada al centro, y en el marco de un protocolo de acogida, las personas profesionales se familiaricen con dicha declaración y con lo que conlleva en la práctica de la atención.
 - Existan canales permanentes de comunicación acerca de los proyectos y decisiones que puedan afectar a las y los profesionales.
 - En la transmisión de información, las personas profesionales afectadas por decisiones de relevancia sean las primeras en tener conocimiento de ellas por los cauces formales. También es fundamental que, en las comunicaciones importantes, primen las vías directas y personales sobre otros cauces (correos electrónicos, whatsapp, sms).
- La comunicación, en los procesos de trabajo diario, debe ser fluida, abierta y clara. Si no lo es, si se produce a destiempo o por canales inapropiados o si no existe puede afectar al clima laboral porque se aprecia cierta desorganización y esa percepción puede llevar a adoptar soluciones inadecuadas.
- Parte de una comunicación efectiva es el reconocimiento del trabajo bien hecho y de la dedicación y compromiso de las y los profesionales.
- La política comunicativa del servicio debe cuidar la transmisión de información a las personas usuarias y a las familias, conformándose como elemento clave los equipos profesionales de referencia asignados a cada persona usuaria.

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

Además de cuidar y reforzar su comunicación con las personas profesionales, es indispensable que la organización promueva una buena comunicación entre profesionales favoreciendo, al efecto, el trabajo en equipo, cuyas características se aprecian mejor si se contrastan con las del trabajo en grupo:

| | TRABAJO EN GRUPO | TRABAJO EN EQUIPO |
|--|--|---|
| <i>¿Por qué se crea?</i> → | Para lograr objetivos particulares. | Para lograr objetivos particulares y colectivos. |
| <i>¿Para qué interactúan sus miembros?</i> → | Para compartir información y tomar decisiones que ayuden a cada miembro a alcanzar el objetivo que recae en su propia responsabilidad. | Para alcanzar una meta común, aun siendo conscientes de que los resultados individuales contribuyen muy considerablemente a dicha meta común. |
| <i>¿Se genera sinergia?</i> → | No. El rendimiento es la suma de las contribuciones individuales de sus miembros. | Sí. Se crea una sinergia positiva por medio del esfuerzo coordinado y de ella se deriva un resultado que es mayor que la suma de las contribuciones individuales de sus miembros. |

En el marco de la Atención Centrada en las Relaciones, conviene que el equipo sea interdisciplinar y no sólo multidisciplinar, para garantizar el trabajo compartido en aras a la consecución de objetivos comunes consensuados. Esta forma de trabajo presenta múltiples ventajas para los servicios:

| Ventajas de trabajar en Equipos Interdisciplinares |
|---|
| ➤ Se incrementa la efectividad de las intervenciones, tanto a nivel individual como grupal. |
| ➤ Se mejora el ambiente de trabajo y la comunicación entre sus miembros. |
| ➤ Se suele producir una mayor clarificación del trabajo que lleva a cabo cada miembro. |
| ➤ Se alcanza un mayor compromiso con los objetivos del grupo. |
| ➤ Se potencian las relaciones interpersonales. |
| ➤ Se detectan con mayor rapidez las carencias o debilidades y las posibles soluciones. |
| ➤ Se favorece la satisfacción de las personas profesionales. |
| ➤ Se estimula el deseo de aprendizaje y adquisición de conocimientos. |
| ➤ Se fomenta el compromiso con el servicio. |

5.

EL ELEMENTO RELACIONAL COMO NÚCLEO DEL NUEVO PARADIGMA

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Beach, M.C.; Inui, T.; Relationship-Centered Care Research Network.** (2006). «Relationship-centered Care: A Constructive Reframing». *Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21 Suppl.1: S3-S8.
- Brody, H.** (1995). «Relationship-centered care: beyond the finishing school». *Journal of the American Board of Family Medicine*, 8: 416-418.
- Parker, V.A.** (2002). «Connecting Relational Work and Workgroup Context in Caregiving Organizations». *The Journal of Applied Behavioral Science*, 38(3): 276-297.
- Soklaridis, S.; Ravitz, P.; Adler Nevo, G.; Lieff, S.** (2016). «Relationship-centred care in health: a 20-year scoping review». *Patient Experience Journal*, 3(1): 130-145.
- Tresolini, C.P. and the Pew-Fetzer Task Force** (1994). *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Williams, S.; Nolan, M.; Keady, J.** (2009). «Relational practice as the key to ensuring quality care for frail older people: discharge planning as a case example». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, Sept: 44-55.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

ATENCIÓN EMPÁTICA Y COMPASIVA

→ Como se ha dicho, la dimensión relacional es la piedra angular del Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones. Cuando se alude a estas últimas, todo el mundo parece saber, intuitivamente, por su propia experiencia vital, qué se entiende por relaciones genuinas, auténticas, que tienen en cuenta la condición humana de las personas y su unicidad. Lo difícil es formular cómo se establece este tipo de relaciones, debido a la complejidad de los vínculos relacionales derivada de la multitud de factores que inciden en ellos y debido también a un cierto nivel de abstracción en la definición de las pautas que pueden contribuir la generación de estas relaciones.

Este apartado es un intento de formulación de esas orientaciones, y se construye en torno a las nociones de empatía y compasión, entendida la primera como la capacidad de comprender y de identificarse con la otra persona y con su sufrimiento, a nivel cognitivo y emocional, y entendida la segunda como una noción más proactiva, centrada en el deseo de aliviar ese sufrimiento y en la acción dirigida aliviarlo.

Este tipo de atención se fundamenta en la forma en que las personas se relacionan entre ellas y no se refiere a lo que deciden hacer PARA otras personas sino a lo que eligen hacer CON otras personas. Más concretamente, una atención empática y compasiva responde a los siguientes atributos:

Características de una atención empática y compasiva

- Se fundamenta en una relación basada en la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, de comprender y aliviar su desasosiego, su angustia, su sufrimiento o sus preocupaciones.
- Se estructura en torno a interacciones reales, auténticas, entre quienes intervienen, de forma duradera y en una diversidad de contextos o situaciones.
- Es colaborativa, de modo que, en su marco, tanto el personal como las personas usuarias y familiares participan en la toma de decisiones.
- Se construye sobre el conocimiento que se tiene de la personalidad, las necesidades, los valores y las creencias de la persona, tanto individualmente considerada como en su calidad de miembro de una red de relaciones.

Fte. Adaptado de **Lown, B.A.; Rosen, J.; Marttila, J.** (2011). «An Agenda for Improving Compassionate Care: A Survey shows about half of patients say such care is missing». *Health Affairs*, 30(9): 1771-1778

DAR VISIBILIDAD A LAS RELACIONES EMPÁTICAS Y COMPASIVAS

→ A pesar de la importancia de las relaciones en la construcción de una atención empática y compasiva, hay que reconocer que, en los servicios, la práctica relacional tiende a no conceptualizarse ni a valorarse como trabajo. Los pequeños actos de empatía y compasión, como dice Pearson, son invisibles porque son «simples, básicos y periféricos» en contraposición a otros considerados «complejos, especializados y centrales». Y su invisibilidad conduce a que no se les reconozca ningún estatus en la mente de quienes planifican, gestionan o incluso prestan los servicios. Lo cierto es que su presencia no se nota; lo que se nota es su ausencia.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

De modo que es necesario hacerlas visibles y para ello es necesario reconocer, cuando existen, los elementos indicativos de una relación de este tipo. Se indican los más importantes en la siguiente tabla.

| Elementos o indicadores de una relación empática y compasiva | |
|--|---|
| ➤ | Manifiestar sensibilidad, delicadeza y cuidado ante la situación de la otra persona. |
| ➤ | Esforzarse por entender las necesidades emocionales de la otra persona. |
| ➤ | Considerar los efectos de la enfermedad o la dependencia en la otra persona, en su familia y u otras personas allegadas. |
| ➤ | Escucharle atentamente y, si la persona tiene dificultades para comunicar, poner a su disposición dispositivos que le ayuden a hacerlo o, en su caso, recurrir a vías que faciliten la comprensión de lo que la persona piensa, opina o siente, en particular, recurriendo a la observación y a la interpretación de su lenguaje corporal y gestual en el contexto de su historia de vida y del conocimiento que ya se tiene de la persona. |
| ➤ | Transmitir la información de una forma que resulte comprensible. |
| ➤ | Ganarse la confianza de la otra persona, involucrándole en las decisiones que le afectan. |
| ➤ | Discutir abiertamente, sin malestar, acerca de aspectos particularmente sensibles, emocionales o psicológicos. |
| ➤ | Tratar a la otra persona respetando su condición humana, en lugar de pensar en ella como un conjunto de problemas. |
| ➤ | Mostrar respeto por la persona, su familia y cualquier otra persona que sea importante para aquélla. |
| ➤ | Dedicar tiempo a relacionarse con la persona y respetar su ritmo. |

Fte. Adaptado de **Lown, B.A.; Muncer, S.J.; Chadwick, R.** (2015). «Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale». *Patient Education and Counseling*, 98(8): 1005-1010.

Si realmente se tiene la convicción de que las prácticas relacionales son las que marcan la diferencia en la creación de contextos positivos de atención, es fundamental reconocerles un valor y atribuirles un estatus, asignarles recursos y prestar apoyo emocional al personal para que tenga la suficiente confianza en sí mismo para implicarse en conversaciones significativas, basadas en la confianza, indispensables para acercarse a la persona, conocerla mejor y, en base a ese conocimiento, desarrollar con ella una relación de empatía.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

CÓMO GENERAR RELACIONES EMPÁTICAS Y COMPASIVAS

→ En este sentido, puede decirse que, según la literatura especializada, existen dos formas clave de conocimiento personal y relacional que capacitan al personal, a las personas usuarias y a sus familiares para cooperar con el fin de modelar la forma en que se hacen las cosas: la primera consiste en saber quién es la persona usuaria y qué cosas son importantes para ella; la segunda consiste en saber y comprender cómo se siente esa persona. Estos dos tipos de conocimiento se detallan a continuación.

Formas clave de conocimiento personal y relacional

Saber quién es la persona y qué cosas son importantes para ella

→ Conlleva que el personal se esfuerce por entender cómo se define a sí misma la persona usuaria y lo que, desde su punto de vista individual, es importante, incluyendo aquí, lo que le gusta, lo que le disgusta, sus valores, sus convicciones y sus miedos. Para alcanzar ese conocimiento es necesario:

- Conectar con la persona lo antes posible, lo cual puede verse facilitado por las siguientes pautas:
 - ✓ Darle la bienvenida de forma amable y cordial, por ejemplo, preguntándole qué tal está, presentándose también la persona profesional a sí misma y aprovechando para preguntarle a la persona usuaria cómo prefiere que se dirijan a ella.
 - ✓ Interesarse por la persona y compartir alguna información personal.
 - ✓ Recurrir al sentido del humor, bromear.
 - ✓ Mostrar comprensión.

Estas pequeñas pautas ayudan a desarrollar relaciones positivas, y establecen los cimientos para conocer a la persona y saber lo que realmente es importante para ella. Lógicamente, esta forma de actuar debe integrarse en las interacciones cotidianas de prestación de la atención, que son el terreno más propicio al establecimiento de las relaciones. Aunque parezcan banales, estas pautas obligan a las y los profesionales a considerar una perspectiva diferente a la suya propia, a interesarse por la otra persona, a salir de su marco habitual, a la vez que a esforzarse por controlar o garantizar el carácter apropiado de la interacción y las respectivas posiciones o roles en la relación. Asimismo, contribuye a generar un sentimiento de reciprocidad, que también lleva a la persona usuaria y a su familiar a interesarse por la persona profesional, por su identidad, por su bienestar.

- Estos contactos iniciales estimulan la conexión entre las partes y permiten mantener conversaciones más profundas y sinceras, que ayudan a alcanzar un mejor conocimiento de quién es la persona y de lo que realmente le importa, a conocer aspectos fundamentales de su historia de vida, de su red familiar y social.

Entender cómo se siente la persona

→ Esta es la segunda dimensión del conocimiento personal y relacional, complementaria de la anterior. Requiere que el personal explore los aspectos emocionales del cuidado y conlleva cuatro tipos de acción:

- Conectar con la persona atendida, preguntándole directamente cómo se siente.
- Tratar de imaginar cómo se sentiría ella en la misma situación.
- Animar a las personas a decir qué les molesta en una determinada forma de hacer y a indicar cómo le gustaría que se hiciese, y responder realmente a esa información y a esas propuestas.
- Reconocer las propias reacciones emocionales en una determinada situación y las de las demás personas.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

Estas interacciones están imbuidas de significado, porque el tipo de conocimiento alcanzado por esta vía juega un papel central en el establecimiento y el mantenimiento de relaciones genuinas entre las personas, lo que, a su vez, es lo que permite la cooperación entre ellas para modelar la forma en que se presta la atención, ajustándola, en todo lo posible, a las necesidades y preferencias de la persona atendida, en lugar de limitarse a aplicar pautas estándar de cuidado, o pautas que se ajustan a la idea preconcebida que la persona profesional tiene acerca de cómo quiere ser atendida la persona usuaria, o pautas que se basan en cómo le gustaría a ella que le atendieran o atendieran a sus familiares, sin darse cuenta de que todo el mundo es distinto y de que lo que es importante para unas personas no lo es tanto para otras.

Reconocerlo puede conducir progresivamente al personal a cuestionar sus formas de hacer y a desarrollar una cultura de la atención en la que las pautas muy afianzadas no se convierten en dogma y en la que se asume que las y los profesionales no necesariamente saben siempre lo que es más adecuado, porque también las personas usuarias y familiares son expertas en la atención, y que juntas, de forma compartida, pueden consensuar la mejor manera de proceder en cada caso.

Es posible que, en un primer momento, cuando se opta por esta vía y se empiezan a desarrollar estos procesos relacionales surjan comentarios que incomoden a la persona profesional porque los vive como una crítica, como un reproche personal. Pero esta situación se da sobre todo en las fases iniciales de estos procesos; a medida que se instaura una cultura participativa en el servicio, centrada en las relaciones, en la que se da importancia a la percepción y al sentir de todas las partes, el personal tiende a vivir los comentarios y propuestas con naturalidad, de forma constructiva, como oportunidades reales de retar las prácticas afianzadas y de crear nuevas formas de hacer tendentes a una mayor personalización.

Esta colaboración lleva a que las personas se sientan implicadas y empoderadas, pero también conlleva asumir cierto nivel de riesgo, puesto que conduce a adoptar pautas de atención novedosas, alternativas, lo que siempre puede generar cierta inquietud. Lógicamente, la capacidad real de las personas profesionales para adoptar una actitud proclive a considerar pautas alternativas a las ya afianzadas con el fin de reforzar la personalización de los cuidados está fuertemente condicionada por el mayor o menor apoyo que reciban del contexto general, del resto de personas profesionales, de sus superiores o de la propia institución de la que depende el servicio. En este sentido, es fundamental garantizar la posibilidad de analizar y debatir abiertamente las propuestas alternativas en el marco de las reuniones de equipo y de las reuniones de planificación individual en las que participan la persona usuaria y, en su caso, la persona familiar, antes de proceder a la implementación de los cambios.

CAPACIDADES
NECESARIAS
PARA ESTABLECER
RELACIONES
AUTÉNTICAS →

La adquisición de ese conocimiento personal y relacional que permite una colaboración real entre la persona profesional y la persona usuaria y, en su caso, la o el familiar, debe vehicularse a través de sucesivas conversaciones, en cuyo marco, se va reforzando el vínculo de confianza entre las partes, su respeto mutuo, lo que permite a la primera plantear preguntas y a las segundas responder y hacer propuestas que, de otro modo, ninguna se atrevería a considerar o a manifestar.

Es importante que estas conversaciones se integren en la práctica de la atención, porque pueden ser la forma de resolver, en la vida cotidiana, la contradicción generada por la convergencia de dos culturas distintas en los servicios: una basada en la eficacia y la eficiencia, que opera para responder a los condicionantes de la propia estructura, y otra que reconoce la necesidad de un modelo de atención que se construya en torno al reconocimiento de la dimensión humana de las personas que participan en ella.

Desarrollar estas conversaciones exige que las personas profesionales cuenten con una serie de capacidades o de actitudes, que pueden y deben aprenderse. Son, básicamente, las que se indican a continuación.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

Capacidades y actitudes necesarias para crear relaciones de atención genuinas, empáticas y compasivas

Ser valiente → Se refiere a atreverse a preguntar para conocer a la persona, a trabajar con cierto grado de inseguridad derivado de la necesidad de cuestionar las prácticas estandarizadas para alcanzar una mayor personalización, a argumentar sus propuestas de personalización y defender sus convicciones, y a proponer cambios en las prácticas afianzadas, cuando considera que pueden mejorar la atención y la calidad de vida de la persona.

Sin el coraje para salir de la zona de confort delimitada por las prácticas habituales, todo lo demás no podría producirse, de modo que puede decirse que ser valiente es el atributo más importante, el preeminente, el que condiciona la existencia de las demás personas.

Ser capaz de conectar emocionalmente → Se refiere a la capacidad del personal para invitar a las personas a compartir sus sentimientos, para ser consciente de sus propios sentimientos acerca de las emociones de las demás y para integrar esta dimensión en las relaciones cotidianas.

Tener curiosidad → Esto conduce, progresivamente, a que las personas profesionales muestren mayor interés y curiosidad para explorar ámbitos o aspectos de la atención en los que no se hubieran adentrado en otras circunstancias. Conlleva hacer preguntas acerca de los sentimientos, de las experiencias y percepciones de otras personas acerca de cómo viven la atención para modelar continuamente las pautas asistenciales en función de ese conocimiento.

Tener disposición a colaborar → Esta curiosidad también contribuye a reforzar el espíritu de colaboración entre profesionales para idear conjuntamente formas alternativas de prestación de la atención.

Por otra parte, requiere que la persona profesional permanezca abierta a conversar, a invitar a la participación, a implicar a la persona usuaria y, en su caso, a su familiar, en la toma de decisiones, y a desarrollar un espíritu de responsabilidad compartida.

Apreciar los puntos de vista de otras personas → Lo anterior necesariamente exige tener disposición para prestar atención a los puntos de vista y opiniones de los demás y para valorarlos. Requiere ser capaz de explorar la perspectiva desde la que la otra persona contempla una misma cuestión y así adquirir conciencia de que puede no tener los mismos valores o preferencias, y requiere también sentirse dispuesta y cómoda para debatir diferencias de opinión de forma abierta.

Tener capacidad para consensuar → Se refiere a la capacidad para negociar entre los diferentes puntos de vista y alcanzar acuerdos que resulten en cierta medida satisfactorios para todas las partes.

Apreciar los aciertos → Se refiere a la capacidad de valorar lo positivo y de celebrar los aciertos derivados de esta forma relacional de prestar la atención.

6.

LA AUTENTICIDAD, LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN COMO NÚCLEO DEL ELEMENTO RELACIONAL

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Brechin, A.** (1998 a). «What makes for good care?» En: Brechin, A.; Walmsley, J.; Katz, J.; Peace, S. (eds). *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. Sage. London.
- Brown, J.; Nolan, M.; Davies, S.** (2001). «Who's the expert? Redefining lay and professional relationships. En: Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Davies, S.** (2001). «The care needs of older people and family caregivers in continuing care settings». En: Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Dewar, B.; Nolan, M.** (2013). «Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in al older people care setting». *International Journal of Nursing Studies*, 50: 1247-1258
- Dewar, B.; Pullin, S.; Tocheris, R.** (2011). «Valuing compassion through definition and measurement». *Nursing Management*, 17(9): 32-37
- Dewar, B.** (2012). Using creative methods in practice development to understand and develop compassionate care». *International Practice Development Journal*, 2 (1): 1-11
- Dupuis, S.L.; Gilles, J.; Carson, J.; Whyte, C.; Gence, R.; Loiselle, L.; Sadler, L.** (2012). «Moving beyond patient and client approaches: mobilising "authentic partnerships" in dementia care support and services». *Dementia* 11(4): 427-452.
- Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds).** (2001). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Pearson, A.** (2006). «Powerful caring. Second article». *Nursing Standard*, 20(48): 20-22.
- Schultz, r.; Hebert, S.S.; Dew, M.A.; Brown, S.L.; Scheier, M.F.; Beach, S.R.; Czaja, S.J.; Martire, L.M.; Coon, D.; Langa, K.M.; Giltin, L.N.; Stevens, S.A.B.; Nichols, L.** (2007). «Patient suffering and caregiver compassion: new opportunities for research, practice and policy.» *Gerontologist* 47(1): 4-13

PARTE 2

UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS RELACIONES GIZAREA: COMPONENTES BÁSICOS

7.

COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Como se ha indicado en el apartado 1, la Atención Centrada en las Relaciones es un paradigma de atención, una filosofía, una forma de entender la atención, pero no se configura como un modelo, es decir, como un marco definido de aplicación de ese nuevo paradigma. En realidad, como ocurre con cualquier otro enfoque asistencial, la Atención Centrada en las Relaciones puede materializarse a través de diversos modelos.

Diseñar un modelo de atención que permita trasladar un determinado paradigma de la atención a la organización y la práctica cotidiana de los servicios es una tarea compleja, porque exige hacer converger multitud de factores que impactan en la atención, interpretándolos desde esa filosofía y ofreciendo directrices generales y recomendaciones específicas fieles a esa interpretación.

En el caso del Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, la tarea resulta particularmente delicada, debido a la naturaleza abstracta de las relaciones: es fácil decir que deben crearse relaciones y mantenerlas, y que la existencia y calidad de esos vínculos son determinantes de la calidad de la atención prestada, pero mucho más difícil es decir cómo transitar, en la práctica, hacia la construcción de un contexto positivo en el que dichos vínculos actúan como principal medio y motor de transformación.

En este apartado, se propone una alternativa concreta, un modelo específico de aplicación de esa filosofía, describiendo el conjunto de sus componentes básicos, y en los siguientes apartados se desarrollan dos de ellos, los dos más complejos por su carácter estructurante tanto de la construcción del Modelo como de su implantación.

Componentes básicos del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones

Objetivo → El Modelo parte de una visión, un objetivo, consistente en crear contextos positivos de atención, en los que el respeto por la dimensión humana y la unicidad de las personas (determinada por una personalidad, unos valores, un entorno, unas experiencias, unas necesidades, unos deseos, unos miedos y unas expectativas propias) se convierten en la clave del establecimiento de relaciones genuinas entre ellas.

Es importante que esta filosofía se refleje en la declaración de visión, misión y valores del servicio o de la institución de la que depende, en aspectos básicos de la organización (por ejemplo, el horario de visitas, la posibilidad para las personas familiares de participar en la prestación de la atención, la organización de los turnos o la asignación de profesionales de referencia), así como en toda la documentación de uso habitual (la planilla para registrar la valoración de necesidades y preferencias de la persona usuaria, la planilla para registrar los datos de su historia de vida o el modelo de plan de atención individualizada, por mencionar algunos).

Compromiso colectivo y responsabilidad compartida → La construcción de un contexto positivo de atención requiere la implicación de todas las personas que intervienen en el mismo, prestando atención o recibéndola, y conseguir esta implicación sólo es posible si todas ellas tienen la convicción de que el establecimiento de relaciones genuinas entre personas usuarias, profesionales y familiares es la forma de garantizar el respeto por su propia dimensión humana y, en consecuencia, redundar en beneficio de todas ellas.

Esto significa que es necesario establecer, de forma horizontal, un compromiso colectivo para articular esta red de relaciones, y de dicho compromiso se deriva una responsabilidad compartida para alcanzar el objetivo.

7.

COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Dotación de recursos materiales y humanos →

El Modelo propuesto sólo puede implantarse en servicios que cuenten con una dotación de recursos materiales (espacios y equipamientos) y de recursos humanos que, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, sea suficiente y adecuada para hacer posible el protagonismo otorgado a la creación y al mantenimiento de una red de relaciones genuinas orientadas a garantizar una mayor personalización de la atención y una mejora en la calidad de vida.

Dado lo anterior, puede decirse que, más que un componente del modelo es un prerrequisito del mismo, una condición *sine qua non* de su viabilidad.

Liderazgo efectivo y participativo →

La adopción del compromiso colectivo para la creación de una red de relaciones genuinas entre quienes intervienen en la relación de cuidado, y su permanencia y renovación a lo largo del tiempo requiere un liderazgo efectivo, capaz de motivar y de activar la capacidad y la eficacia de todo el equipo de profesionales, además de promover la participación real de las personas usuarias y familiares en la atención y en la vida del servicio. Un liderazgo de esas características conlleva:

- ✓ Adoptar una filosofía de la atención que valore la dimensión humana y las relaciones genuinas entre quienes conforman el servicio como comunidad de cuidados, y articular la dirección desde esa perspectiva, con el fin de promover la instalación de una cultura centrada en esos valores. Esta filosofía debe reflejarse en la declaración de «Misión – Visión – Valores» de la organización.
- ✓ Desarrollar un tipo de liderazgo dinámico que, más allá de las funciones de mera gestión, opte por promover iniciativas innovadoras.
- ✓ Ejercer su influencia en el equipo, mostrando el ejemplo con su propia actitud y con su forma de actuar y ofreciendo argumentos sólidos susceptibles de convencer al personal de que lo propuesto es mejor para el interés común de quienes utilizan, trabajan y visitan el servicio, es decir, para todas las personas que intervienen en la comunidad de cuidados.
- ✓ Promover un estilo de atención que favorezca el acompañamiento y el apoyo desde una perspectiva holística.
- ✓ Favorecer y reforzar el flujo de información y las interconexiones, en aras de reforzar la cohesión entre las y los profesionales.
- ✓ Adoptar una forma de comunicación efectiva que garantice que:
 - Los mensajes llegan a quienes tienen que llegar.
 - Los mensajes son claros, sin ambigüedades ni contradicciones.
 - Se escucha y toma en consideración las opiniones de las personas miembros del equipo.
- ✓ Fomentar un clima participativo en el que se reconoce que las personas usuarias, familiares y profesionales tienen algo que aportar y se da valor a sus ideas e iniciativas, promoviendo para ello un estilo de comunicación abierta y fluida que ayude a que la gente se sienta libre de dar su opinión y de proponer alternativas.
- ✓ Admitir expresamente los propios errores y reconocer expresamente los aciertos de las demás personas.

7.

COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

- ✓ Evaluar las actuaciones para conocer sus resultados y facilitar un *feedback*, una devolución constante, no sólo en respuesta a situaciones de crisis, sino con habitualidad, para que el personal perciba que la dirección está atenta a sus esfuerzos e iniciativas y para que conozca cuáles son los efectos, positivos o negativos, de una determinada decisión.
- ✓ Fomentar las alianzas y comprometerse con la responsabilidad social como entidad.

Capacitación del personal → El Modelo debe integrar la capacitación del personal, mediante una formación, inicial y continua, orientada a la adquisición, al refuerzo y a la transmisión de buenas prácticas profesionales, con particular énfasis en las competencias relacionadas con las habilidades interpersonales (*véase apartado 5 de este Manual*) y, en particular, con la capacidad para el establecimiento de relaciones auténticas y empáticas (*véase apartado 6*), desde el convencimiento de que ofrecer a las personas profesionales la posibilidad y las condiciones necesarias para ejercer bien sus funciones y valorar su ejercicio es la mejor forma de garantizar que crezcan profesional y humanamente.

Es fundamental que el aprendizaje de dichas habilidades interpersonales se integre en la formación no como una disciplina diferenciada sino como parte del aprendizaje del resto de las funciones, en la medida en que estas últimas van a ser el contexto habitual en el que se van a originar y desarrollar las oportunidades para recurrir a aquéllas.

Marco de Actuación → El Modelo se articula en base a un marco de actuación, el «Marco de Sensaciones», capaz de capturar la esencia de lo que debe hacer posible los contextos positivos de atención centrados en las relaciones para todas las personas que intervienen en ellos. Como se verá en el apartado 8, este marco postula que sólo es posible garantizar la calidad de la atención en un servicio cuando este último se configura como un contexto positivo en el que todas las personas que intervienen-usuarias, profesionales y familiares- perciben o experimentan una serie de sensaciones positivas.

Método mixto de implantación → Para su implantación en los servicios, el Modelo opta por un método mixto muy inspirado en los procesos de mejora continua de la calidad y resultante de la combinación de tres componentes:

- ✓ Un enfoque general de Indagación Apreciativa, es decir, centrado en la identificación y refuerzo de los aspectos positivos.
 - ✓ Un instrumento de diagnóstico-el instrumento de «Perfiles de Calidad»-dirigido a identificar eventos positivos y a medir su frecuencia, como medio para determinar los aspectos que funcionan bien en el servicio desde la óptica del «Marco de Sensaciones», con la doble finalidad de reforzarlos y de tomarlos como punto de anclaje para inspirar soluciones susceptibles de resolver aspectos más problemáticos.
 - ✓ Un Grupo de Calidad basado en Relaciones Auténticas de Cooperación, en el que participan personas usuarias, profesionales y familiares, y que se propone como foro de debate y acuerdo de mejoras.
-

8.

UN MARCO DE ACTUACIÓN: EL «MARCO DE SENSACIONES»

POSTULADO BÁSICO →

Para definir el marco de actuación que encuadra el Modelo de Atención Centrada en las Relaciones que se propone en este Manual, se ha optado, tras una revisión exhaustiva de la literatura especializada sobre la materia, por adoptar un diseño elaborado y aplicado en el Reino Unido, bajo la denominación de «*Senses Framework*», que aquí traducimos como «Marco de Sensaciones». Su postulado básico es que sólo puede considerarse que un servicio ofrece una atención de calidad si todas las personas que intervienen en él-usuarias, profesionales y familiares- experimentan en el mismo un conjunto de sensaciones:

- Sensación de seguridad: sentirse segura o seguro en el marco de las relaciones creadas en el contexto de atención del que se trate en cada caso.
- Sensación de pertenencia: sentirse parte integrante de las relaciones.
- Sensación de continuidad: sentir que las relaciones garantizan el nexo entre pasado, presente y futuro.
- Sensación de propósito: tener objetivos personales.
- Sensación de plenitud: avanzar hacia la consecución de esos objetivos.
- Sensación de reconocimiento: sentir que uno/una importa.



Fte: **Stewart, H.; Ali-Knight, J.; Smith, S.; Kerr, G.W.** (2022). «The “Senses Framework”: A relationship-centered approach to coproducing dementia events in order to allow people to live well after a dementia diagnosis». *Event Management*, 26: 157-175.

8.

UN MARCO DE ACTUACIÓN: EL «MARCO DE SENSACIONES»

ORIGEN → Este Marco de Sensaciones fue diseñado por un grupo de investigación de la Universidad de Sheffield y, aunque sus primeros esbozos se remontan al año 2001, su versión final fue publicada en 2006 por Nolan, M.; Brown, J.; Davies, S.; Nolan, J.; Keady, J. bajo el título «*The Senses Framework. Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*». En su formulación, optaron deliberadamente por el término «sensaciones» por considerarlo el más adecuado para reflejar la naturaleza subjetiva y perceptiva de los factores determinantes de la calidad de la atención, tanto para las personas usuarias, como para el resto de las y los intervinientes en la relación de cuidado. El término inglés «*senses*» podría traducirse, en función de los casos, por sensaciones, sentimientos o sentidos; se opta aquí por el primero de ellos, más versátil y acertado para dar cuenta de todas las dimensiones subjetivas que desean expresarse.

ÁMBITO DE APLICACIÓN → Pensado inicialmente para su aplicación en residencias de personas mayores, desde entonces, se ha aplicado en diversos contextos residenciales, en particular, en centros especializados de atención a personas con demencia, en servicios dirigidos a personas con diversidad funcional de carácter intelectual, o incluso en unidades hospitalarias de agudos destinadas a personas mayores. Sus diversas aplicaciones experimentales y las correspondientes evaluaciones han permitido verificar que constituye un marco adecuado y fiable para promover la calidad de la atención y la calidad de vida desde un enfoque de atención centrada en las relaciones.

Aunque no parece haberse aplicado en servicios de otra naturaleza o dirigidos a otros grupos de población, el carácter universal de las sensaciones que fundamentan el marco de actuación parece indicar que podría implementarse en cualquier ámbito de la atención, aunque, lógicamente, puedan ser necesarias algunas adaptaciones en la caracterización de las sensaciones. De hecho, este potencial de expansión del Marco de Sensaciones fue resaltado por su autor principal, M. Nolan, en base a su grado de generalización analítica y en la versatilidad derivada de dicha característica; en otros términos, consideraba que, aunque los factores que generan las diversas sensaciones pueden variar entre contextos de atención de diversa naturaleza o dirigidos a diferentes grupos de población, la premisa misma no cambia, es decir, el hecho de que percibir o experimentar esas sensaciones es indispensable para que las relaciones creadas sean satisfactorias para todas las partes y el hecho de que dichas relaciones son determinantes de la calidad de la atención y de la calidad de vida.

DIMENSIÓN EXISTENCIAL → El diseño del Marco de Sensaciones partió de la necesidad de contar con un encuadre susceptible de vincular la mejora de la calidad de la atención con la mejora de la calidad de vida. Dada la relevancia de los valores y percepciones individuales en la calidad de vida, se consideró que ese podía ser el nexo y que, por lo tanto, lo más adecuado era tratar de articular un marco de organización y funcionamiento de la atención que, en lugar de centrarse principalmente en «tareas a realizar», se fundamentara en el reconocimiento de la importancia de los valores y percepciones individuales de todas las personas que intervienen en la atención-usuarias, profesionales y familiares-, configurándose estos como un denominador común, universal, válido para todas ellas.

Ese planteamiento es el que condujo a identificar y a caracterizar las 6 sensaciones-seguridad, continuidad, pertenencia, propósito, plenitud y reconocimiento- que cualquier persona necesita experimentar en el marco de las relaciones para sentirse bien, siendo conscientes de que, en los servicios, las manifestaciones de dichas sensaciones varían en función de la posición que se ocupa en ellos, es decir de si se es una persona usuaria, profesional o familiar. El foco se pone así en la dimensión existencial, en la vivencia subjetiva.

Eso no significa, naturalmente, que la calidad de la atención no se vea condicionada por otros factores, como, por ejemplo, los elementos estructurales (en particular, el tipo de dirección, la dotación material de un servicio y los recursos humanos que tiene asignados), significa sólo que conviene poner en el centro de la práctica asistencial la forma en que cada persona percibe la relación de cuidado, la atención recibida o prestada.

8.

UN MARCO DE ACTUACIÓN: EL «MARCO DE SENSACIONES»

PROCESO DE DISEÑO



La definición de las sensaciones fue el resultado de un largo proceso de reflexión y de estudio, que combinó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre calidad de la atención y calidad de vida en los servicios con fases experimentales en las que participaron personas usuarias, familiares y profesionales. El estudio permitió alcanzar algunas conclusiones interesantes. Brevemente, son las siguientes:

- Una buena atención sólo es posible si se tienen en cuenta las perspectivas-necesidades, derechos, preferencias y valores- de todas las partes involucradas, cada una en la posición que ocupa en el servicio, para que todas puedan sentir satisfacción y ninguna se sienta en situación de desventaja.
- La atención se articula en torno a relaciones interpersonales (e intergrupales) que, necesariamente, tienen un impacto en la identidad y en la percepción que cada persona tiene de sí misma, de ahí que una atención de calidad deba tener en cuenta la identidad personal, respetarla y reforzarla, en lugar de tender a la despersonalización y a la homogeneización de quienes forman parte de un mismo grupo en el servicio, ya sean usuarias, profesionales o familiares.
- La calidad de la atención mejora cuando se reconocen y valoran las competencias de todas las personas que intervienen en la relación de cuidado. Contrariamente a la visión convencional, las personas profesionales no son las únicas expertas; las personas usuarias y familiares también han acumulado conocimientos y experiencias en la relación de cuidado, que determinan que sean muy competentes para contribuir a la personalización de su atención. Es indispensable que las y los profesionales reconozcan esas competencias y las integren en la valoración de necesidades, en la elaboración del plan de atención individualizada y en la práctica cotidiana de los cuidados, promoviendo la participación de personas usuarias y familiares, escuchando y valorando su opinión, negociando formas de hacer. Esto permite aprovechar todas las competencias que confluyen en la relación de cuidado, sin que ello signifique que se pretenda minimizar la importancia y la centralidad de la competencia profesional.
- La calidad de la atención mejora cuando el nivel de satisfacción del personal aumenta y este nivel aumenta cuando tanto la organización como el propio personal adoptan una actitud orientada a la capacitación permanente, a la creatividad y a la innovación.
- La calidad de la atención mejora cuando el personal cuenta con una buena formación y valora su trabajo, lo cual también está en función de que otras personas reconozcan y valoren su aportación: la dirección, otras personas profesionales, las personas usuarias y familiares y la sociedad en su conjunto.

Todas estas conclusiones ponen de manifiesto que la calidad de la atención prestada en un servicio descansa sobre una delicada y compleja red de relaciones, que es necesario promover, y el Marco de Sensaciones puede ser una vía para hacerlo, en la medida en que se articula en torno al significado y al impacto personales derivados de esa red de relaciones. Reúne además las dos características indispensables a cualquier matriz de análisis que pretenda explorar significados personales: tiene sensibilidad suficiente para abarcar y dar cuenta de las variaciones individuales y de las variaciones grupales y es fácilmente comprensible para su aplicación práctica.

CARACTERIZACIÓN DE LAS SENSACIONES



Sobre la base de las conclusiones alcanzadas a partir de la revisión de la literatura especializada y de los diversos pilotajes del Marco de Sensaciones, se elaboraron los criterios susceptibles de caracterizar a cada una de estas sensaciones, es decir, se especificó en qué debía traducirse cada sensación para cada uno de los grupos de personas que participan en la atención. La tabla siguiente refleja los criterios básicos propuestos en el documento que articula el Marco de Sensaciones, (con la salvedad de algunas pequeñas adaptaciones introducidas únicamente con fines de clarificación). Dicho esto, interesa tener presente que es un marco flexible, que puede adaptarse a las particularidades del contexto en el que se desea aplicar y que, por ello, en los anexos de recomendaciones, este marco se reflejará bien en esta misma versión, bien en una versión modificada, en función de lo que mejor se ajuste a cada contexto específico de atención.

MARCO DE SENSACIONES

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Sensación de seguridad | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que se atienden adecuadamente sus necesidades básicas, tanto físicas como psicológicas. • Sentirse seguras, es decir, no sentirse amenazadas ni vulneradas; no sentir dolor ni malestar. • Sentir que se les atiende de forma competente y con sensibilidad. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • No sentir amenazas ni censuras. • Disfrutar de condiciones de seguridad en el trabajo. • Sentir que se reconoce que su trabajo es una actividad demandante desde un punto de vista emocional. • Desarrollar su actividad en el marco de una cultura de servicio que a la vez les apoya y les motiva para innovar, promover iniciativas y aprender cosas nuevas. |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse capaces de cuidar bien, es decir, de ofrecer los cuidados de forma competente, tanto en términos de conocimiento como de habilidad, sin que eso perjudique a su bienestar personal. • Contar con redes de apoyo adecuadas y con ayuda en los momentos en los que lo requieren. • Tener la posibilidad de renunciar al cuidado cuando lo estimen apropiado. |
| Sensación de continuidad | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que se reconoce y valora su biografía, su historia de vida, y que se hace un uso acertado de ese conocimiento de su pasado para contextualizar el presente y planificar el futuro. • Sentir que la atención que se les presta responde a criterios de continuidad y coherencia y que se enmarca en una relación continuada, estable, con personas a las que conoce. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Disfrutar de una experiencia positiva de atención en ese ámbito específico de atención, es decir, en la atención al colectivo de personas al que se dirige el servicio. • Haber contado o contar con buenos modelos profesionales de referencia y con contextos positivos de atención de referencia. • Tener claras las expectativas y estándares de cuidado aplicables en el servicio porque le han sido comunicados con claridad y consistencia (es decir, sin ambigüedades ni contradicciones). |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tener la posibilidad de seguir compartiendo con la persona usuaria determinados placeres o intereses. • Sentirse capaces de ofrecer de forma continuada una atención que responda a estándares adecuados, tanto cuando la presten ellas mismas como cuando lo hagan otras personas. • Sentirse capaces de velar por que otras personas cuidadoras (profesionales o no) respeten los factores que contribuyen a la personalización de la atención a la persona usuaria. • Permanecer implicadas en la atención prestada a la persona usuaria en los distintos contextos en los que se le atiende, en la medida en que lo deseen o resulte apropiado. |
| Sensación de pertenencia | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tener la oportunidad real de mantener o formar relaciones genuinas (auténticas), significativas y recíprocas. • Sentirse parte de una comunidad o de un grupo. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse parte de un equipo y sentir que se reconoce y valora su contribución a dicho equipo. • Sentirse parte integrante de un grupo de iguales. • Sentirse parte integrante de la comunidad profesional del ámbito de la atención en el que están trabajando (atención a personas mayores, a personas con diversidad funcional, u otros ámbitos) |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaces de mantener, profundizar e intensificar relaciones que valoran como importantes y significativas. • Saber y percibir que pueden confiar en personas cercanas que les hacen sentir que no están solas en su relación de cuidado a la persona usuaria. |
| Sensación de propósito | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Disfrutar de oportunidades para participar en actividades significativas, que les permitan pasar el tiempo de forma creativa o constructiva, que le den sentido al día. • Tener la posibilidad de identificar y perseguir determinados objetivos o retos que son importantes para ellas. • Tener la sensación real de poder elegir entre distintas alternativas en diferentes situaciones. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tener la sensación de trabajar con una orientación clara, «terapéutica», en el sentido de contar con un conjunto de objetivos de mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida, hacia los que tender en el desempeño de su actividad profesional. |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a mantener la dignidad y la identidad de la persona atendida, a promover su bienestar y el respeto por su condición de ser humano único. • Sentir que son capaces de promover relaciones constructivas y recíprocas, que resulten satisfactorias tanto para ellas mismas como para las personas usuarias. |
| Sensación de plenitud | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tener la posibilidad de alcanzar objetivos significativos que valoran positivamente. • Sentir satisfacción por los esfuerzos que realizan para alcanzarlos. • Sentir que contribuyen y que su contribución se reconoce y valora. • Sentir que avanzan, que progresan en la consecución de los objetivos marcados. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse capaces de prestar una atención de calidad, de cuidar bien. • Sentirse satisfechas con el esfuerzo realizado. • Sentir que contribuyen, de forma apropiada, a la consecución de los objetivos planificados. • Sentir que su función profesional les permite poner en práctica todas sus competencias y habilidades de atención. |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que han prestado la mejor atención posible y que lo han hecho lo mejor que han podido. • Afrontar con éxito las dificultades y los retos que plantea la atención. • Desarrollar nuevas capacidades y habilidades de atención a la persona usuaria y de autocuidado. |
| Sensación de reconocimiento | <i>Para las personas usuarias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse reconocidas o valoradas como personas, como seres humanos únicos. • Sentir que su propia existencia y que las cosas que hacen son importantes, sentir que importan. |
| | <i>Para las y los profesionales</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que su participación en el servicio es importante y que se valora como tal. • Sentir que su trabajo y su esfuerzo importan. • Sentir que sus ideas y propuestas tienen impacto en la atención. |
| | <i>Para las personas familiares</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que los esfuerzos de cuidado que hace se valoran y se aprecian. • Reconocer su propia valía, sentir que su relación de atención contribuye a mejorarlas como personas. |

8.

UN MARCO DE ACTUACIÓN: EL «MARCO DE SENSACIONES»

TEMPORALIDAD →

El Marco de Sensaciones no fue diseñado con la idea de establecer una jerarquía entre las mismas, sino asumiendo su interconexión y su interdependencia. En efecto, las sensaciones no son compartimentos estancos y, por eso, aunque cada una de ellas se formule de forma diferenciada, es inevitable observar ciertos solapamientos en su caracterización, reflejo de la complejidad y la intrincación de las relaciones humanas.

No obstante, en su aplicación práctica, se ha observado que pueden responder a una cierta ordenación temporal, constatándose que, en las fases iniciales de la atención, las sensaciones más relevantes, son las de seguridad y pertenencia, tanto para las personas usuarias y familiares en la fase de acceso y adaptación al servicio, como para las personas profesionales en la fase de acceso a su puesto de trabajo; hasta que estas sensaciones no se afianzan es difícil percibir las demás.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONSECUCCIÓN DE LAS SENSACIONES →

Tal y como aparece formulado en este apartado, el Marco de Sensaciones resulta muy amplio. Sin duda, esa amplitud es la que hace posible su universalidad y, por lo tanto, su versatilidad para abarcar las percepciones subjetivas de todas las partes implicadas en la atención y para adaptarse a servicios de diversa naturaleza y dirigidos a distintos grupos de población.

Con el fin de facilitar su aplicación, se han ido perfilando, con algo más de especificidad, tanto en el propio marco del trabajo de diseño del Marco de Sensaciones, como en el marco de su pilotaje y aplicación en diversos contextos de atención, factores que contribuyen a alcanzar esas sensaciones.

Aunque algunos de estos factores pueden ser de aplicación general, es decir, comunes a todo tipo de servicios, muchos varían en función de la naturaleza del servicio y de las características y necesidades de las personas atendidas. Por ello, se ha considerado más adecuado remitir su formulación en forma de recomendaciones a los Anexos de este Manual.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA →

Nolan, M.; Brown, J.; Davies, S.; Nolan, J.; Keady, J. (2006). *The Senses Framework. Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. Getting Research into Practice (GRIP), Report. Nº2. Project Report. University of Sheffield.

Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J. (2006). «Transitions in care homes: Towards relationship-centred care using the «Senses Framework»». *Quality in Aging: Policy, Practice and Research*, 7(3): 5-14.

Nolan, M.; Keady, J.; Aveyard, B. (2001). «Relationship-centred care is the next logical step». *British Journal of Nursing*, 10: 757.

Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J.; Keady, J.; Nolan, J. (2004). Beyond «Person-centred» care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3^º): 45-53.

Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). (2001). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.

Nolan, M.R.; Keady, J. (1996). «Training in long-term care: the road to better quality». *Reviews in Clinical Gerontology*, 6: 333-342.

Stewart, H.; Ali-Knight, J.; Smith, S.; Kerr, G.W. (2022). «The “Senses Framework”: A relationship-centered approach to coproducing dementia events in order to allow people to live well after a dementia diagnosis». *Event Management*, 26: 157-175.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Parte integrante del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones que aquí se propone es el método de mejora continua de la calidad articulado para su implantación efectiva en los servicios. Este método combina, en un conjunto coherente, tres componentes que están en línea con una concepción de la atención basada en el establecimiento de relaciones genuinas y en la participación colaborativa de todas las personas interesadas-usuarias, profesionales y familiares- en la construcción de entornos positivos de cuidado.

Esos tres componentes son:

- El enfoque de Indagación Apreciativa, aplicado al análisis de las organizaciones, que, en lugar de basarse en la identificación y análisis de los aspectos que no funcionan para tratar de corregirlos, se centra en la identificación de los aspectos positivos y en su reforzamiento, para, sobre esa base, idear soluciones o alternativas de mejora que, por capilaridad (por así decirlo), mejoren aspectos de la organización que no funcionan tan bien.
- Un instrumento de diagnóstico muy sencillo, coherente con el enfoque de indagación apreciativa, al que se alude como «Instrumento de Perfiles de Calidad», que permite calcular la frecuencia de la ocurrencia de eventos positivos identificados como tales por cada uno de los tres grupos de personas interesadas en el servicio.
- Un Grupo de Calidad basado en Relaciones Auténticas de Cooperación, en el que participan personas usuarias, profesionales y familiares, cuya función es analizar, debatir y acordar alternativas de mejora para los aspectos identificados en el diagnóstico.

Los tres elementos son, en alguna medida, novedosos en nuestro ámbito. Es cierto, como se indica al comienzo de este manual, que otros procesos de calidad aplicados con anterioridad en Álava ya tenían en cuenta a todas las partes intervinientes en la atención, pero estas metodologías presentaban algunas diferencias importantes con respecto a la que aquí se propone:

- Se orientaban fundamentalmente a garantizar el respeto y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas usuarias, mientras que la metodología propuesta, además de tener en cuenta los derechos, necesidades, preferencias y valores de las personas usuarias, también tiene presentes los de las personas profesionales y familiares.
- Se centraban en la identificación de aspectos susceptibles de mejora, sin particular énfasis en los aspectos que funcionaban bien, contrariamente a la metodología propuesta.
- El diagnóstico se elaboraba en base a cuestionarios diseñados por el propio equipo de evaluación o dinamizador del proceso de calidad, en base a su conocimiento de la literatura especializada y en base a su experiencia previa en diversos tipos de servicios de atención, mientras que en el marco de la nueva metodología los cuestionarios aplicados se elaboran en base a lo que las propias personas usuarias, profesionales y familiares consideran aspectos importantes.

A continuación, se describe con mayor detalle cada uno de los tres componentes que conforman este método mixto de implantación del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

9.1. EL ENFOQUE DE INDAGACIÓN APRECIATIVA.

Como se ha indicado, la metodología de «Indagación Appreciativa» se caracteriza por centrarse en los puntos fuertes, en los aspectos positivos de las organizaciones.

Se opta aquí por esta fórmula como alternativa a enfoques más orientados a «resolver problemas», porque estos últimos, al centrarse en los aspectos negativos, disfuncionales o deficitarios de los servicios, presentan el riesgo de erosionar el ánimo o la disposición de las personas a participar en los procesos de mejora y a adoptar una actitud colaborativa. En cambio, la Indagación Appreciativa, al sustituir el discurso del déficit por un vocabulario más esperanzador y constructivo, es más susceptible de promover una amplia adhesión y participación.

PREMISA Y FINALIDAD → La Indagación Appreciativa parte de la premisa de que en toda organización o grupo hay algo que funciona bien. Se trata de identificar qué es eso que funciona bien y qué es lo que hace que funcione bien con dos finalidades: por un lado, reforzar esos aspectos positivos para extenderlos o mejorarlos mediante el diseño de alternativas creativas que permitan superar los límites de prácticas ya establecidas; por otro, utilizarlos como inspiración y punto de anclaje para idear y construir sobre su base soluciones a aspectos que funcionan peor.

PRINCIPIOS → La Indagación Appreciativa se rige por cinco principios:

Principios de la Indagación Appreciativa

Principio constructivista → Se basa en la teoría constructivista y en la idea de que nuestra visión del mundo se forma a través de la interpretación y la construcción, en lugar de formarse únicamente a partir del simple registro de fenómenos externos, lo que significa que las distintas versiones que las personas construyen acerca de una determinada realidad externa coexisten. Los intentos de establecer «la verdad» con respecto a una determinada realidad, verificando la exactitud de los hechos, hace caso omiso de esa pluralidad de interpretaciones.

Principio de simultaneidad → Se refiere al hecho de que la indagación propiamente dicha y el cambio que persigue se producen de forma simultánea: no son fases separadas y secuenciales del proceso.

Principio poético → Se refiere a que las personas crean su mundo continuamente, escogen las partes de sus historias que más les interesan en cada momento y experimentan con distintas líneas argumentales y con distintas versiones de la realidad que se han construido.

Principio de anticipación → Sugiere que la forma en que se imagina y visualiza el futuro determina o modela la forma en que se avanza hacia ese futuro.

Principio positivo → Se refiere a que poner el foco en aspectos positivos implica más a las personas y de forma más duradera, porque la gente, de forma natural, tiende a orientarse hacia ideas que le nutren y le dan energía.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

ASUNCIONES → Dado el carácter un tanto abstracto de estos cinco principios fundamentales, para facilitar su aplicación práctica se complementan con una serie de asunciones que clarifican el contenido del proceso de indagación apreciativa. Son las siguientes:

Asunciones de la Indagación Apreciativa

- *En toda sociedad, organización o grupo hay algo que funciona bien.*
- *Aquello en lo que centramos la atención determina nuestra realidad.* Al elegir centrar la atención en lo que sí funciona, las personas que participan en el proceso tienen la sensación de que se abren posibilidades, en lugar de sentirse limitadas. Al centrarse en los resultados positivos permite visualizar una realidad en la que se pueden hacer las cosas bien, mientras que centrándose en los aspectos que funcionan mal, se visualiza una realidad negativa, en la que las cosas fallan.
- *La realidad es una creación inmediata y existen múltiples realidades.* La Indagación Apreciativa puede explorar los procesos por los que las personas interpretan y construyen su realidad, su versión de un determinado elemento o evento exterior y trabajar así con múltiples realidades, en lugar de tratar de identificar una «verdad» única en la que los hechos pueden verificarse.
- *El hecho de plantear preguntas acerca de la organización o del grupo tiene un impacto en dicha organización o grupo.* Plantear preguntas a las personas que conforman una organización las lleva a reflexionar de otra manera sobre su forma de actuar y a cuestionarla, y esa reflexión puede generar nuevas formas de actuar.
- *Las personas se sienten más seguras y cómodas para avanzar hacia el futuro (lo desconocido) cuando llevan consigo partes del pasado (lo conocido).* Esta asunción reconoce que, para mucha gente, hacer cosas nuevas genera miedo y ansiedad. Explorar y construir sobre lo que ya existe, en lugar de rechazar lo existente y partir de cero, genera seguridad y confianza para seguir adelante: reafirma su valía, su capacidad y su potencial.
- *Si se conservan partes del pasado, conviene que sean las mejores partes.* Pone el énfasis en la importancia de fijarse en los aspectos más positivos para reforzarlos y construir sobre su base.
- *Es importante valorar las diferencias.* Esta asunción refleja la importancia de los diferentes puntos de vista y perspectivas, que deben ser apreciadas y que deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones, tratando de encontrar alternativas satisfactorias para todas las partes.
- *El lenguaje que utilizamos crea nuestra realidad.* Esta asunción se basa en la teoría del constructivismo social, que enfatiza la importancia del lenguaje en el proceso de construcción de la realidad.

Aunque se alude a ellas como «asunciones», lo que parecería indicar que son incuestionables, no es así. Son el resultado de un largo proceso de reflexión y debate, que se inicia en el ámbito de la investigación y la teoría y trata de avanzar hacia directrices prácticas, pero no significa que sean incuestionables o que la experimentación en unos u otros ámbitos no permitan modificar o completar alguna de estas afirmaciones o añadir alguna nueva.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

PROCESO DE APLICACIÓN

→ No existe una única forma, un método cerrado, para aplicar un enfoque de Indagación Appreciativa dirigido a la mejora de una organización. En su formulación original presentaba tres fases, luego cuatro y actualmente se añade una fase suplementaria de carácter preliminar. Se describen aquí brevemente, optando por denominaciones un poco diferentes de las originales, para hacerlas más comprensibles. Es importante tener presente que son sólo orientativas, de modo que, en el marco de cada proceso, de cada organización, pueden considerarse las variantes que se estimen pertinentes.

Fases del proceso de Indagación Appreciativa

- Fase 1. Definir* → Esta primera etapa tiene una doble finalidad:
- Por un lado, clarificar el propósito del cambio que se persigue para mejorar la organización, es decir, la meta que se desea alcanzar en términos generales, porque si no se define bien a qué razones obedece la necesidad o el deseo de cambio y a qué objetivo general se dirige, el proceso puede perder eficacia.
 - Dar tiempo a las personas que participan en el proceso para conocerse y desarrollar una relación de confianza, así como para compartir la filosofía de la atención que subyace al proceso de cambio que se inicia.
- Fase 2. Descubrir* → La fase de descubrimiento se centra en identificar los factores que dan vida a la organización, ya que son los que revelan qué es lo mejor del servicio, cuáles son los aspectos que mejor funcionan en diversas áreas.
En el método de implantación que aquí se propone, esta fase se implementaría mediante la aplicación del instrumento de diagnóstico descrito en el subapartado 9.2., es decir, mediante la identificación de eventos positivos y la determinación de su frecuencia.
- Fase 3. Imaginar* → Esta fase consiste en imaginar cómo podría ser el futuro, abiertamente, sin límites preestablecidos.
En el método de implantación que aquí se propone, esta fase se desarrollaría en el marco del Grupo de Calidad descrito en el subapartado 9.3.
- Fase 4. Diseñar* → Esta fase consiste en diseñar el futuro a través del diálogo. Las personas participantes tratan de encontrar un terreno común en base a los aspectos positivos identificados en la fase 2 y la visión de futuro resultante de la fase 3, tantean las oportunidades y las posibilidades, y colaboran para idear planes de acción orientados a alcanzar esos resultados, a convertir el sueño en una realidad.
En el método de implantación que aquí se propone, esta fase se desarrollaría en el marco del Grupo de Calidad descrito en el subapartado 9.3.
- Fase 5. Implementar* → Esta fase consiste en implementar los planes de acción, en identificar vías para dar soporte y sostener las acciones planificadas en la fase de diseño a través de la innovación.
En el método de implantación que aquí se propone, esta fase es el resultado lógico, la implementación de los acuerdos alcanzados en el Grupo de Calidad descrito en el subapartado 9.3.

DINAMIZACIÓN Y FACILITACIÓN

→ Para desarrollar un proceso de Indagación Appreciativa conviene contar con una persona o un grupo de personas que actúen como elemento motor, dinamizador y facilitador. Como también ocurre con otras metodologías de mejora continua de la calidad o de formación participativa, es preferible que esa función recaiga en una entidad externa a la organización cuyo cambio se desea promover con el proceso: por un lado, porque la mirada exterior es capaz de observar aspectos que desde dentro, inmersas en la cultura de la organización, las personas ya no pueden ver porque se han convertido en parte de su forma habitual de funcionamiento; por otro, porque a la hora de identificar y debatir las cuestiones que se planteen en el grupo, las personas externas no aportarán consigo a la discusión resentimientos o preocupaciones asociadas a cada uno de los temas tratados, tendrán una posición de mayor neutralidad; por último, desde esa posición de mayor neutralidad, tendrán mayor capacidad para mediar y facilitar el diálogo.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Dicho lo anterior, si el servicio o la entidad de la que depende el servicio cuenta por ejemplo con una persona profesional responsable de calidad o, que sin tener asignada esa función, sea quien más habitualmente impulsa los cambios en el servicio, también puede recaer en ella este papel de dinamizadora y facilitadora, siempre que, por su experiencia y por la naturaleza de las relaciones que mantiene con el resto de la plantilla, se encuentre en situación de adoptar una postura abierta, que dé voz a todas las propuestas.

9.2. EL INSTRUMENTO «PERFILES DE CALIDAD» PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS POSITIVOS Y LA DETERMINACIÓN DE SU FRECUENCIA.

INSTRUMENTO «PERFILES DE CALIDAD»

→ De cara a iniciar en los servicios el proceso de cambio y la implantación del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones se considera necesario contar con un instrumento que combine el marco de actuación adoptado para el modelo, es decir, el «Marco de Sensaciones» y la metodología de Indagación Apreciativa, con el fin de garantizar la coherencia del conjunto.

El instrumento *CAREProfiles (Combined Assessment of Residential Environments)* -que aquí se traduce como «Instrumento de Perfiles de Calidad»-, diseñado y pilotado en el Reino Unido en diversos contextos residenciales por un equipo de investigación compuesto por Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.; Brown-Wilson, C. de la Universidad de Sheffield reúne estas condiciones.

EVENTOS POSITIVOS

→ En línea con el enfoque de Indagación Apreciativa, el instrumento se basa en la identificación de eventos positivos y en la determinación de la frecuencia de su ocurrencia, dado su impacto directo en dimensiones importantes de la calidad de vida (según demuestran las investigaciones, experimentar mayor número de eventos positivos puede mejorar el ánimo, aumentar la autoestima o también ayudar a compensar o reducir los efectos de eventos negativos).

En el marco de este instrumento, los eventos positivos en un servicio de atención se refieren a situaciones, actitudes o pequeños acontecimientos que las personas usuarias, profesionales y familiares experimentan en su vida diaria y que tienen en ellas un impacto positivo, generando sentimientos de felicidad, alegría o satisfacción personal. Es cierto que lo que las personas perciben como eventos positivos varía de una persona a otra y de una situación a otra y varía también a lo largo del tiempo y, que, por lo tanto, es difícil afirmar que un determinado evento es positivo *per se*, para todas las personas, en todas las situaciones y sea cual sea el momento en que se produzca. No obstante, existen vías que permiten aumentar la probabilidad de que un evento responda a estas características:

- Por un lado, es fundamental que sean las personas que intervienen en la atención prestada en el servicio, es decir, las personas usuarias, profesionales y familiares, quienes señalen los eventos que, desde su perspectiva, desde su vivencia en el servicio del que se trate, constituyen eventos positivos. Por lo tanto, quienes dinamizan el proceso de cambio o de mejora tienen que evitar la tentación de identificar los eventos positivos por sí mismas, imaginando lo que las personas que intervienen en el servicio calificarían como tales, porque su experiencia del mundo real puede ser muy distinta a la suya.
- Por otro, debe tenerse en cuenta que para que la percepción de las personas que, en un determinado momento, identifican eventos positivos desde su posición de usuarias, profesionales o familiares pueda considerarse generalizable a todas las personas de su mismo grupo, en la mayoría de las situaciones y a lo largo del tiempo, debe existir un fuerte consenso con respecto al carácter positivo de dichos eventos.

Dado que el término «evento positivo» no resulta muy expresivo para la mayoría de las personas, parece adecuado aludir, en el marco del proceso de aplicación del instrumento, a eventos agradables, satisfactorios o importantes para la persona. De este modo, resulta más probable abarcar todo tipo de eventos con impacto positivo, tanto los que conducen directamente a ellos, como los que compensan o reducen el impacto de eventos negativos. Todos ellos son relevantes y significativos para la persona.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

PROCESO DE DISEÑO →

Aunque el instrumento «Perfiles de Calidad» se diseñó para su aplicación en residencias de personas mayores, se considera que el planteamiento del que parte es replicable en servicios de otra naturaleza y dirigidos a otros grupos de población. Eso significa que es necesario desarrollar un proceso de diseño similar al que se explica a continuación para los diferentes tipos de servicio con respecto a los cuales se elabore un anexo a este manual; como resultado de esos procesos se obtendrán los cuestionarios aplicables para la realización del diagnóstico en cada tipo de servicio.

En este apartado se describe brevemente el proceso de diseño que siguió el equipo investigador, proceso en el que participaron 28 personas usuarias, 25 profesionales y 38 personas familiares de siete residencias de personas mayores.

Con el fin de determinar el tipo de eventos positivos considerados importantes por cada uno de los tres grupos, se calculó la frecuencia de eventos («*Event Frequency Approach*» (*EFA*)), procediendo en dos fases:

- La primera consistió en «nombrar eventos»: en ella se pidió a las personas usuarias, profesionales y familiares participantes que identificaran los tipos de eventos que percibían como positivos.
- La segunda fase consistió en «juzgar o valorar los eventos nombrados»: en ella se les pedía que ordenaran los eventos identificados por orden de mayor a menor importancia.

En la primera fase, se entrevistó a las personas usuarias y a las profesionales y se enviaron cuestionarios a las personas familiares, pidiéndoles, tanto en un caso como en otro, que respondieran a las siguientes preguntas:

- ¿Qué cosas le parecen importantes en su vida en la residencia (en el caso de las personas residentes) / en su trabajo en la residencia (en el caso de las personas profesionales) / en sus visitas a la residencia (en el caso de las personas familiares)?
- ¿Qué le proporciona satisfacción en su vida en la residencia (en el caso de las personas residentes) / en su trabajo en la residencia (en el caso de las personas profesionales) / en sus visitas a la residencia (en el caso de las personas familiares)?
- ¿De qué cosas disfruta viviendo en la residencia (en el caso de las personas residentes) / trabajando en la residencia (en el caso de las personas profesionales) / visitando la residencia (en el caso de las personas familiares)?

El equipo investigador resumió las respuestas obtenidas en frases cortas descriptivas de los distintos eventos identificados y verificó con las personas participantes si reflejaban o no con exactitud lo que realmente habían querido decir. De este modo se consiguieron tres listas de eventos: 103 mencionados por las personas residentes, 104 por el personal y 71 por las y los familiares.

A continuación, ya en la segunda fase, se pidió a las y los participantes de cada uno de los tres grupos que ordenaran de mayor a menor importancia los eventos de la lista correspondiente al mismo. Hecha la ordenación, el equipo investigador vinculó cada uno de los eventos de las tres listas a una de las 6 sensaciones que configuran el Marco de Sensaciones. De este modo, se obtuvieron tres listas de eventos ordenados en función de la importancia otorgada por cada grupo y en función de la sensación con la que se vinculaban. A partir de ahí, y con el fin de evitar cuestionarios excesivamente largos, se seleccionaron los 5 eventos considerados más importantes para cada una de las Sensaciones en cada una de las tres listas, lo que dio como resultado 3 cuestionarios de 30 ítems, dirigidos, respectivamente, a cada uno de los tres grupos.

De nuevo, la formulación de cada pregunta fue verificada por miembros del grupo al que se dirigía cada cuestionario para garantizar que tenían sentido y que eran fáciles de entender.

Las personas participantes acordaron que, para responder a cada pregunta, se aplicaría una escala de 5 niveles de frecuencia: «nunca», «rara vez», «algunas veces», «a menudo», «siempre». También se añadiría la posibilidad de marcar las opciones «no aplicable», cuando no fuera pertinente, o «no sabe».

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Dado que no todos los eventos ocurrirían necesariamente a diario, se decidió que, para responder, las personas usuarias y profesionales pensarían en eventos positivos ocurridos a lo largo del último mes y las personas familiares a lo largo de los dos últimos meses.

Además de los ítems estructurados, se incluyeron tres preguntas abiertas para que las personas participantes tuvieran la opción de añadir los comentarios adicionales que quisieran, tanto relacionados con las preguntas como con otros aspectos de la atención.

- ¿Qué es lo que más le gusta de vivir en la residencia/trabajar en la residencia/ visitar la residencia?
- ¿Qué es lo que menos le gusta de vivir en la residencia/trabajar en la residencia/ visitar la residencia?
- ¿Le gustaría cambiar algo en la residencia?

Es fundamental tener presente que la finalidad del instrumento no es sumar los puntos obtenidos en los ítems individuales para generar una puntuación total que graduaría el nivel de calidad entre unos y otros servicios, sino generar un perfil de frecuencia de eventos, indicativo de lo que funciona bien (los eventos positivos frecuentes) y de lo que podría mejorarse (los eventos positivos menos frecuentes).

PROCESO DE APLICACIÓN

→ Para aplicar el instrumento de «Perfiles de Calidad» en un servicio, conviene seguir el siguiente proceso:

Proceso de aplicación del Instrumento «Perfiles de Calidad»

Selección → del servicio

Lo primero que debe hacerse es seleccionar el servicio en el que se desea aplicar el instrumento para establecer el diagnóstico de situación. Dado que el propio instrumento, y el Marco de Sensaciones en el que se basa, se centran, principalmente, en el impacto de lo relacional en la calidad de la atención, debe seleccionarse un servicio que ya cuenta con condiciones estructurales adecuadas (en particular, adecuada dotación material y de recursos humanos) con el fin de que estos factores no condicionen fuertemente ni el diagnóstico ni las mejoras que puedan contemplarse. Esta cautela es totalmente coherente con el prerrequisito de adecuada dotación material y de recursos humanos al que se alude en el apartado 7 de este manual.

Constitución de → los grupos de participantes

Una vez seleccionado el servicio, deben constituirse los grupos de participantes:

- ✓ En el caso de las personas usuarias, conviene seleccionar a personas que lleven, como mínimo, un mes en el servicio y que tengan la capacidad de entender y responder a un cuestionario de 30 ítems; conviene, para ello, contar con el asesoramiento de la dirección y de las personas profesionales de referencia. En el caso de servicios que atienden a personas con demencia, deterioro cognitivo, discapacidad intelectual o enfermedad mental con dificultades para la expresión y la comunicación, conviene encontrar vías que permitan conocer su opinión y sus sensaciones, en particular, recurriendo a métodos alternativos de comunicación, a la escucha activa y a la observación directa; es posible que, en algunos de estos casos, no se consiga determinar la frecuencia con la que una determinada persona experimenta esos eventos positivos, pero sí determinar si ocurren o no. En cualquier caso, no debe renunciarse a conocer su opinión sin haberlo intentado.
- ✓ En el caso de las personas profesionales, conviene ofrecer la posibilidad de participar a toda la plantilla, siendo indispensable contar con una amplia participación del personal de atención directa: personal de enfermería, personal cuidador, personal responsable de las actividades organizadas.
- ✓ En el caso de las personas familiares, conviene ofrecer la posibilidad de participar a quienes visitan el servicio con cierta asiduidad (en el caso de servicios residenciales, por lo menos 6 visitas a lo largo del último mes; esta frecuencia sería más baja en servicios de otra naturaleza).

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Cumplimentación de cuestionarios → En el caso de las personas usuarias y profesionales, conviene cumplimentar los cuestionarios mediante entrevistas presenciales individuales, aunque, si las personas así lo prefieren, pueden cumplimentar ellas mismas el cuestionario correspondiente. En el caso de las y los familiares y allegadas puede hacerse, indistintamente, bien remitiéndoles el cuestionario por correo electrónico o por correo postal para que lo cumplimenten por sí mismas, bien en el marco de una entrevista presencial individual. En todos los casos, debe explicitarse que las respuestas serán tratadas respetando su carácter confidencial.

Análisis de los ítems → ✓ Una vez cumplimentados los cuestionarios, se calcula la puntuación media asignada a cada ítem por el grupo de personas correspondiente, mediante una escala de 5 puntos (de 0 a 4) que se hace corresponder a las respuestas de frecuencia previstas en los cuestionarios:

| |
|-------------------|
| 0 = Nunca |
| 1 = Rara vez |
| 2 = Algunas veces |
| 3 = A menudo |
| 4 = Siempre |

✓ Los ítems que obtienen una puntuación media de 4 representan eventos positivos que se producen con mucha frecuencia; los que obtienen una puntuación igual o menor a 2 representan eventos positivos que ocurren con baja frecuencia. De ese modo, se hace posible establecer un perfil de frecuencias de los eventos positivos experimentados por cada grupo que puede expresarse mediante los correspondientes gráficos para expresar de forma más visual qué aspectos funcionan bien (los vinculados a eventos positivos muy frecuentes) y cuáles son susceptibles de mejora en opinión de unos y otros grupos de personas interesadas (los vinculados a eventos poco frecuentes).

✓ En cuanto al análisis de las tres preguntas abiertas que cierran los cuestionarios, y destinadas a obtener una interpretación más precisa de cómo se sienten realmente las personas, conviene:

- Analizar todos los comentarios recogidos.
- Agrupar los comentarios por temas.
- Una vez agrupados, comparar los distintos temas detectados en los comentarios para ver si guardan relación con ítems incluidos en los cuestionarios y reflejados en los perfiles de frecuencia.

El análisis combinado de las respuestas aportadas a un mismo tema en el marco de los cuestionarios (y reflejados en los perfiles de frecuencia) y de los comentarios procedentes de las preguntas abiertas sobre ese mismo tema debe repetirse tanto para los eventos de baja frecuencia como para los eventos de alta frecuencia.

✓ A partir de la información recogida y de ese análisis combinado, se elabora un breve informe descriptivo de los aspectos que parecen funcionar bien en el servicio y de las áreas susceptibles de mejora. El informe debe redactarse de forma clara y comprensible.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

- Devolución* →
- ✓ Hacer una devolución («*feedback*») a las personas usuarias, profesionales y familiares forma parte integrante del proceso de aplicación del instrumento y es indispensable. La mejor forma de hacerlo puede variar entre los servicios y también puede estar en función de si se aplica por un agente externo o en el marco de una autoevaluación.
 - ✓ En cuanto al proceso de devolución, la experiencia de la aplicación del instrumento en otros contextos geográficos permite sugerir las siguientes directrices:
 - La forma de realizar el *feedback* debe negociarse y consensuarse al comienzo del proceso.
 - La dirección debe tener la oportunidad de acceder al *feedback* antes de que sea difundido en el servicio.
 - Es deseable hacer un *feedback* verbal y escrito. En ambos casos debe ser fácilmente comprensible. La versión escrita debe imprimirse con letra de gran formato.
 - Es importante que todas las personas- usuarias, profesionales y familiares- se sientan libres de reaccionar con libertad y sin miedo y, si lo desean, de hacerlo en condiciones de confidencialidad solicitando un encuentro privado con la persona o las personas que dinamizan el proceso.
 - ✓ Hecha la devolución, conviene animar a las personas participantes a identificar sus propias soluciones y a participar en el diseño de planes de acción con objetivos específicos en el marco de un Grupo de Calidad, en los términos descritos en el subapartado siguiente.

9.3. UN GRUPO DE CALIDAD BASADO EN RELACIONES AUTÉNTICAS DE COOPERACIÓN PARA IDEAR MEJORAS.

Como se acaba de indicar, una vez que se dispone de un diagnóstico reflejado en perfiles de calidad y elaborado en base a la frecuencia de eventos positivos percibidos o experimentados por las personas usuarias, profesionales y familiares, es necesario proceder al análisis de esa información, al debate en torno a las cuestiones que plantea y al diseño y acuerdo de alternativas de mejora.

DENOMINACIÓN → Para ello, conviene crear un foro mixto, compuesto por personas usuarias, profesionales y familiares. Aquí se opta por aludir a un «Grupo de calidad basado en relaciones auténticas de cooperación», porque esta denominación refleja bien el carácter esencial de lo relacional.

Este tipo específico de grupo de calidad se basa en las propuestas lideradas en Canadá por la Alianza para la Cooperación en la Atención a la Demencia («*Partnerships in Dementia Care Alliance*»), bajo la denominación «*Authentic Partnerships*». Aunque fue ideado para su aplicación en contextos comunitarios y residenciales de atención a personas con demencia en el marco de un amplio proyecto orientado a cambiar la cultura de la atención a estas personas, el concepto es generalizable a cualquier servicio, puesto que, en realidad, refleja básicamente una forma de funcionamiento. Se ha optado por recurrir a esta modalidad específica porque, para su diseño, se inspiraron en el «Marco de Sensaciones», lo que permite reforzar la coherencia entre los distintos componentes del método mixto propuesto para la implantación del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones.

En el texto, se alude indistintamente a «grupo de calidad basado en relaciones auténticas de cooperación», a «grupo de calidad basado en partenariados auténticos» o, simplemente, a «grupo de calidad».

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

COMPOSICIÓN → Un Grupo de Calidad basado en Relaciones Auténticas de Colaboración debe incorporar los diversos puntos de vista o perspectivas y, para ello, incluir a todas las partes interesadas en la toma de decisiones: personas usuarias, profesionales y familiares. También debe incluir al agente dinamizador, ya sea externo o interno.

CONSTITUCIÓN DEL GRUPO DE CALIDAD → Puede constituirse en dos momentos diferentes, en función de lo que se estime más adecuado y eficaz en el servicio que está implantando el Modelo de Atención Centrada en las Relaciones:

- Al inicio del proceso, para encargarse tanto del proceso de diagnóstico (es decir, del envío y análisis de los cuestionarios y de la determinación de la frecuencia de eventos positivos mediante la elaboración de los «Perfiles de Calidad») como del proceso de debate y acuerdo de alternativas de mejora.
- En la fase de debate y acuerdo, una vez que ya se cuenta con el diagnóstico y los Perfiles de Calidad. Esta fórmula resulta más práctica, ya que, en este caso, la organización del proceso de diagnóstico descansa en la persona o el equipo encargado de la dinamización del proceso, sea externo o interno.

FUNCIONAMIENTO → Su funcionamiento se basa en tres principios rectores y cinco factores que deben converger para hacer posible una colaboración auténtica entre las personas.

Los principios son los siguientes:

Principios rectores del funcionamiento del Grupo de Calidad

Respeto genuino hacia uno/una mismo/a y hacia las demás personas → Consiste en sentir y mostrar interés por el bienestar propio y el de las demás personas y en reconocer y tener presente en todo momento la dimensión humana. Conlleva para cada miembro del Grupo:

- ✓ Reconocer y defender los derechos individuales, incluidos el derecho a la dignidad y a la autodeterminación —en particular, el derecho a tomar parte en la toma de decisiones— de todas las personas del grupo.
- ✓ Valorar a las demás personas y sentirse valorada con el fin de que todas las personas del grupo sientan realmente que son una parte integral del proceso de cooperación y que nadie les juzga.
- ✓ Esforzarse por conocer a las demás personas y permitir que le conozcan y, al hacerlo, reconocer y respetar la unicidad de cada una.
- ✓ Creer en el potencial de crecimiento y desarrollo de todas las personas.

Relaciones sinérgicas → Conllevan un aprendizaje compartido y mutuo, en cuyo marco el conocimiento colectivo del grupo es mayor que la suma de conocimientos y habilidades de todos sus miembros. Las relaciones sinérgicas, por lo tanto:

- ✓ Reconocen y valoran la interconexión de todas las personas y se centran en el establecimiento de relaciones que se caracterizan por la interdependencia y la reciprocidad en lugar de perpetuar nociones de autonomía y dependencia.
- ✓ Incluyen a todas las partes interesadas en un plano de igualdad.
- ✓ Se construyen sobre la diversidad del grupo e integra todo lo que cada miembro aporta al mismo para generar nuevas ideas y formas alternativas y creativas de hacer las cosas.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Centrarse en el proceso → Consiste en centrar la atención en las oportunidades que genera el propio proceso, lo que permite introducir modificaciones y aportar respuestas creativas a constataciones que emergen durante el mismo, en lugar de definir de antemano los resultados que se desean alcanzar y avanzar ciegamente hacia los mismos sin tomar el tiempo de valorar y aprender del propio proceso. Conlleva:

- ✓ Reconocer que nunca se termina de aprender y aceptar que nunca se tienen todas las respuestas o se conocen de antemano todos los resultados posibles.
- ✓ Mostrar flexibilidad, reactividad y sensibilidad para que el cambio sea posible.
- ✓ Mantener la mente abierta para aprender de los errores.
- ✓ Favorecer la creatividad y el diseño de alternativas no estandarizadas a la hora de buscar soluciones de mejora.
- ✓ Tener la mente abierta a nuevas posibilidades.

Además de regirse por los tres principios descritos, es necesario que en el grupo de calidad converjan una serie de factores para hacer posible el establecimiento de relaciones genuinas de colaboración y garantizar que sean duraderas:

Factores necesarios para el buen funcionamiento del Grupo de Calidad

- Conectar y comprometerse* →
- ✓ Reunir en el grupo a un conjunto de personas que representen los diversos intereses y visiones que convergen en el servicio.
 - ✓ Definir una meta general compartida, que ayude a las personas a conectar y a asumir un compromiso de colaboración.
 - ✓ Identificar los puntos fuertes, el talento, las habilidades, es decir, el conjunto de recursos que aporta cada miembro y definir cuál es la mejor forma de sacarles provecho y de ponerlos al servicio del cambio.
 - ✓ Debatir y determinar los roles, expectativas y responsabilidades de cada miembro dentro del grupo, dado que es posible que las personas deseen contribuir de distintas formas.
 - ✓ Atreverse a preguntar y a trabajar con un cierto nivel de inseguridad y flexibilidad y tener la capacidad de defender las propias convicciones cuando de ellas depende la posibilidad de promover una mayor personalización y de introducir cambios en las prácticas estandarizadas ya establecidas.
 - ✓ Colaborar, es decir, invitar a la participación, implicar a las personas en la toma de decisiones y desarrollar un espíritu de responsabilidad compartida, lo que, necesariamente, exige prestar atención a los puntos de vista y opiniones de las demás.
 - ✓ Conectar emocionalmente, es decir invitar a las personas a compartir sus sentimientos y ser consciente de los propios sentimientos acerca de las emociones de las demás.
-

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

- Crear un espacio seguro* → ✓ Disponer de un espacio seguro y cómodo en el que todas las personas miembros del grupo tengan una sensación de confort físico y emocional.
- ✓ Construir un sentimiento de confianza entre las personas para que todas ellas, en particular las personas usuarias, puedan expresar sus opiniones sin temor a ser juzgadas o a sentirse ignoradas, ridiculizadas o rechazadas.
 - ✓ Con el fin de favorecer el confort emocional, tener en cuenta y adaptar la cadencia de los debates y acuerdos a los distintos ritmos de las personas. Todo el mundo no funciona a un mismo ritmo; algunas personas requieren más tiempo para procesar la información o para compartir su opinión.
 - ✓ Mostrarse atentas a señales de incomodidad o de frustración (señales que pueden reflejarse en el lenguaje corporal, la postura y las expresiones faciales) para tratar esas situaciones de forma inmediata, en el momento en que se observan, sin dilación.
 - ✓ Reunirse en un entorno agradable libre de distracciones, que anime a las personas a relajarse, a estar realmente presentes y a involucrarse realmente en el trabajo del grupo.
-

- Valorar diversas perspectivas o puntos de vista* → ✓ Encontrar la forma de mostrar al grupo que todas las voces cuentan y asegurarse de que se escuchan, se entienden y se incluyen todas las perspectivas. Con esa finalidad, es importante animar a preguntar o a pedir aclaraciones con respeto a aspectos que no han entendido en el marco de los debates y a manifestar una opinión diferente y mostrar especial atención a las personas con dificultades de comunicación. Es importante también que los diversos puntos de vista tengan algún reflejo en las decisiones que se tomen, no necesariamente para que todos ellos queden validados, pero sí para que consten en la argumentación.
- ✓ Tener curiosidad e interesarse por los puntos de vista, los sentimientos, las experiencias y percepciones de las demás personas miembros de grupo, lo que incluye explorar la perspectiva desde la que otras personas contemplan una misma cuestión, lo que permite adquirir conciencia de que pueden no tener los mismos valores o creencias y mostrar apertura y disponibilidad para debatir diferencias de opinión de forma abierta, y tratar de llegar a consensuar soluciones.
 - ✓ Valorar diferentes estilos y tipos de compromiso considerándolos en un plano de igualdad y dar así a las personas la posibilidad de participar de diferentes maneras.
 - ✓ Ver las diferencias como oportunidades, como algo positivo que conduce al desarrollo de soluciones más creativas e innovadoras.
 - ✓ Consensuar, es decir, llegar a acuerdos a través del análisis y el contraste de los distintos puntos de vista, lo que a su vez conlleva mostrar disponibilidad a ceder en algunos aspectos.
-

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Establecer y mantener una comunicación abierta →

- ✓ Establecer y mantener una comunicación abierta, reconociendo que la comunicación es un proceso dinámico bidireccional, que comprende formas verbales y no verbales, así como escucha activa, para hacer posible el diálogo.
- ✓ Ofrecer diferentes alternativas de comunicación para que la gente pueda hacer sus aportaciones al debate y a la toma de decisiones de la forma que mejor se adapte a sus necesidades: lenguaje verbal o escrito, presencial o no presencial, comunicación no verbal, contando para esta última con los materiales de comunicación mejor adaptados, métodos de observación.
- ✓ Utilizar un lenguaje accesible, sin jergas ni tecnicismos.
- ✓ Mostrar honestidad y sinceridad en el diálogo.
- ✓ Tratar de mantener la implicación de todas las personas del grupo.
- ✓ Levantar acta de las cosas que se van decidiendo para que exista una continuidad en las discusiones y para que sea cual sea el acuerdo quede constancia de los argumentos.
- ✓ Tratar de clarificar siempre el sentido de lo que se está diciendo, porque las cosas pueden significar cosas distintas para las personas; es decir, no debe darse por sentado que todo el mundo entiende lo mismo.

Organizar sesiones periódicas de reflexión autocrítica →

- ✓ Reflexionar, tanto desde una perspectiva individual como grupal, desde el sentido crítico, y cuestionar regularmente si el enfoque adoptado en las sesiones de debate y acuerdo es realmente consistente con el objetivo de crear una relación de cooperación auténtica con todas las personas, en particular, con las personas usuarias que son quienes mayores dificultades pueden experimentar para participar.

Preguntas que conviene hacerse a lo largo del proceso para garantizar la convergencia de los 5 factores

Conectar y comprometerse →

- ¿Quién participa en el Grupo y quién no? ¿Por qué no?
- ¿Qué apoyos necesitarían las personas que no participan para implicarse realmente?
- ¿Cuáles son los objetivos y expectativas del grupo?
- ¿Cuáles son los roles y responsabilidades de cada miembro?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes, las habilidades y los recursos que aporta cada miembro al grupo?
- ¿Cómo puedo apoyar al resto teniendo en cuenta sus particularidades, su carácter de seres humanos únicos?
- ¿Cómo pueden ayudarme otras personas a mí?
- ¿Cómo puedo mostrar al resto mi compromiso con el proceso?

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

- Crear un espacio seguro* →
- ¿Cómo puedo promover y apreciar la sensación de confort emocional y físico de cada miembro?
 - ¿Qué puedo hacer yo para que las otras personas se sientan seguras en este contexto?
 - ¿Qué necesito yo del resto para sentirme segura/o en este contexto?
 - ¿Cómo puedo estar atenta/o a la sensación de incomodidad, malestar o frustración de otras personas del grupo?
 - ¿Cómo puedo contribuir a crear un sentimiento de confianza entre miembros del grupo?
 - ¿Cómo puedo alimentar o fortalecer mis relaciones con otras personas del grupo?
 - ¿Cómo se resuelven los conflictos?

- Valorar diversas perspectivas* →
- ¿Cómo se comparten las opiniones y puntos de vista de todas las personas integrantes?
 - ¿Qué apoyos se ofrecen para que cada miembro pueda compartir sus opiniones y puntos de vista?
 - ¿Cómo podemos asegurarnos de que se comprenden todas las perspectivas expresadas?
 - ¿Cómo mostrar que se valoran y tienen en cuenta todos los puntos de vista expresados?
 - ¿Cómo apoyar diferentes formas y estilos de participación en el Grupo?
 - ¿Cómo combinar los distintos puntos de vista a la hora de diseñar respuestas creativas?
 - ¿Cómo se incorporan las diferencias entre las diversas perspectivas?

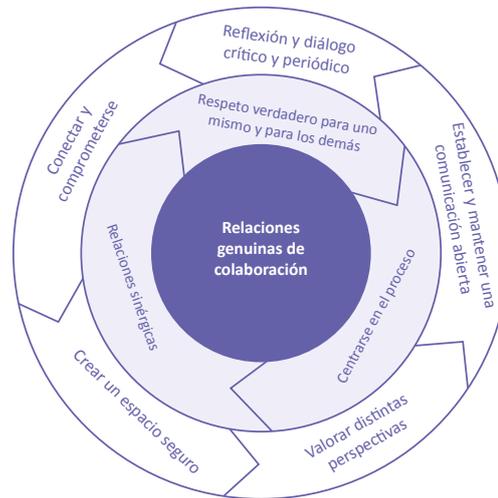
- Establecer y mantener una comunicación abierta* →
- ¿Cuáles son las distintas formas en que cada miembro puede comunicar sus ideas a los demás?
 - ¿Qué necesita cada miembro del grupo para tener la sensación de que puede compartir sus opiniones abiertamente y honestamente?
 - ¿Cómo puedo escucharles mejor?
 - ¿Cómo respetar los distintos ritmos y tiempos que las personas necesitan para procesar la información y expresar su opinión?
 - ¿Cómo puedo ayudar a otras personas a comunicar sus ideas?
 - ¿Cómo garantizar que todas las personas permanecen involucradas?
 - ¿Cómo se comparte toda la información con el grupo?
 - ¿Quién recibe información? ¿Quién no y por qué no?

- Reflexionar y dialogar desde una perspectiva crítica* →
- ¿Cómo se puede incluir una reflexión y un diálogo críticos en cada reunión?
 - ¿Cuáles son las implicaciones positivas y negativas del trabajo que se hace en el grupo?
 - ¿Cómo se puede reforzar la cooperación?

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Articular relaciones genuinas de colaboración



Fte. Dupuis, S.L.; Gilles, J.; Carson, J.; Whyte, C.; Gence, R.; Loisel, L.; Sadler, L. (2012). «Moving beyond patient and client approaches: mobilising “authentic partnerships” in dementia care support and services». *Dementia* 11(4): 427-452. Traducción propia

SEGUIMIENTO E INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

→ Es fundamental que, en el marco de la implantación de este método, se establezca, a nivel foral, una fórmula de seguimiento que permita conocer la evolución de los procesos desarrollados en los distintos servicios, los acuerdos alcanzados en los Grupos de Calidad y los resultados obtenidos al aplicarlos.

El conjunto de acuerdos y de resultados puede constituir un importante fondo de información y de inspiración susceptible de ayudar al conjunto de los servicios en su propia evolución, de modo que convendría facilitar el acceso a los mismos, por ejemplo, a través de la web foral sobre calidad de la atención en servicios sociales: <https://www.ifbscalidad.eus>.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- **Aveyard, B.; Davies, S.** (2006). «Moving forward together: evaluation of an action group involving staff and relatives within a nursing home for older people with dementia». *International Journal of Older People Nursing*, 1(2): 95-104.
- Cooperrider, D.L.; Whitnery, D.K.; Stavros, J.M.** (2008). *The Appreciative Inquiry Handbook for Leaders of Change*. Berrett-Koehler Publishers.
- Davies, S.; Darlington, E.; Powell, A.; Aveyard, B.** (2003). «Developing partnerships at 67 Birch Avenue Nursing Home». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 4(4): 32-37.
- Dupuis, S.; McAiney, C.; Fortune, D.; Ploeg, J.; de Witt, L.** (2016). «Theoretical foundations guiding culture change: The work of the Partnerships in Dementia Care Alliance». *Dementia*, Vol.15(1): 85-105
- Dupuis, S.L.; Gilles, J.; Carson, J.; Whyte, C.; Gence, R.; Loisel, L.; Sadler, L.** (2012). «Moving beyond patient and client approaches: mobilising “authentic partnerships” in dementia care support and services». *Dementia* 11(4): 427-452.
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.; Brown-Wilson, C.** (2006). «Development of the combined assessment of residential environments (CARE) profiles». *Journal of Advanced Nursing*, 55(6):664-677.
- Faulkner, M.; Davies, S.** (2006). «The CARE (Combines Assessment of Residential Environments) profiles: a new approach to improving quality in care homes». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 7(3): 15-25.
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.** (2006). «Evaluating positive events in care homes: A case study using the CARE profiling tool». *International Journal of Disability and Human Development*, 5(1): 35-44.

9.

UN MÉTODO MIXTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Grant, S.; Humphries, M. (2006). Critical evaluation of appreciative inquiry: Bridging an apparent paradox. *Action Research*, 4(4): 401-418

Moore, M. (2008). «Appreciative inquiry: the why? the what? the how?». *Practice Development in Health Care*, 7(4): 214-220.

Nolan, M.; Brown, J.; Davies, S.; Nolan, J.; Keady, J. (2006). *The Senses Framework. Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. Getting Research into Practice (GRIP), Report. Nº2. Project Report. University of Sheffield.

Reed, J. (2007). *Appreciative Inquiry. Research for Change*. Sage Publications, London.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (2011). *Los derechos de las personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles?* Serie Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, 02. Donostia-San Sebastián.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (2009). *Garantía de Calidad – Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Serie Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, 01. Donostia-San Sebastián

Subirana, M.; Cooperrider, D.L. (2013). *Indagación Apreciativa. Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*. Kairos, Barcelona.

Zautra, A.J.; Reich, J.W. (1981). «Positive events and quality of life». *Evaluation and Program Planning*, 4: 355-361.

Zautra, A.J.; Guarnaccia, C.A.; Dohrenwend, B.P. (1986). «Measuring small life events». *American Journal of Community Psychology*, 14: 629-655.

- Adams, V; Sharp, R.** (2013). «Reciprocity in Caring Labor: Nurses' Work in Residential Aged Care in Australia». *Feminist Economics*, 19(2): 100-121. <https://doi.org/10.1080/13545701.2013.767982>
- Allison, T.A.; Balbino, R.T.; Covinsky, K.E.** (2019). «Caring community and relationship centred care on an end-stage dementia special unit». *Age and Ageing* 2019, 48: 727-734. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz030>
- Anderson, R.A.; Issel, L.M.; McDaniel, R.R.Jr.** (2003). «Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes». *Nursing Research*, 52(1): 12-21. DOI: [10.1097/00006199-200301000-00003](https://doi.org/10.1097/00006199-200301000-00003)
- Andrews, G.J.; Holmes, D.; Poland, B.; Lehoux, P.; Miller, K-L.; Pringle, D.; McGilton, K.S.** (2005). «"Air-planes are flying nursing homes": geographies in the concepts and locales of gerontological nursing practice». *International Journal of Older People Nursing* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 14(8b): 109-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01276.x>
- Aveyard, B.; Davies, S.** (2006). «Moving forward together: evaluation of an action group involving staff and relatives within a nursing home for older people with dementia». *International Journal of Older People Nursing*, 1(2): 95-104. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2006.00005.x>
- Balint, E.** (1969). «The possibilities of patient-centred medicine». *The Journal of the Royal College General Practitioners*, 17: 269-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/pdf/jroyalcgpract00372-0009.pdf>
- Balkin, E.J.; Gronkjaer, M.; Martinsen, B.; Kymre, I.G.; Kollerup, M.G.** (2023). «Existential well-being for the oldest old in nursing homes: a meta-ethnography». *Ageing & Society*: 1-13. DOI:[10.1017/S0144686X22001155](https://doi.org/10.1017/S0144686X22001155)
- Beach, M.C.; Inui, T.; Relationship-Centered Care Research Network.** (2006). «Relationship-centered Care: A Constructive Reframing». *Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21 Suppl.1: S3-S8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>
- Bowers, B.J.; Fibich, B.; Jacobson, N.** (2001). «Care-as-Service, Care-as-Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents' Definitions of Quality». *The Gerontologist*, Vol. 41(4): 539-545. DOI:[10.1093/geront/41.4.539](https://doi.org/10.1093/geront/41.4.539)
- Bowker, L.** (1982). *Humanizing institutions for the aging*. Lexington Books. Lexington, MA.
- Brechin, A.** (1998 a). «What makes for good care?» En: Brechin, A.; Walmsley, J.; Katz, J.; Peace, S. (eds). *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. Sage. London
- Brody, H.** (1995). «Relationship-centered care: beyond the finishing school». *Journal of the American Board of Family Medicine*, 8: 416-418.
- Brown, J.; Nolan, M.; Davies, S.** (2001). «Who's the expert? Redefining lay and professional relationships. En: Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Brown, J.; Stewart, M.; McCracken, El; McWhinney, IR.; Levenstein, J.** (1986). «The patient-centred clinical method. 2. Definition and application». *Family Practice*, 3: 75-79. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.2.75>
- Brown Wilson, C.; Davies, S.** (2009). «Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff». *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1746-1755. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02748.x>
- Brown Wilson, C.; Swarbrick, C.; Pilling, M.; Keady, J.** (2012). «The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes». *Journal of Advanced Nursing*, 00(0):1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05992.x>
- Brown Wilson, C.** (2009). «Developing community in care homes through a relationship-centred approach». *Health and Social Care in the Community*, 17(2): 177-186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00815.x>
- Brown Wilson, C.** (2007). *Exploring relationships in care homes. A constructivist inquiry*. PhD Dissertation. University of Sheffield, Sheffield. https://etheses.whiterose.ac.uk/14909/1/445118_vol1.pdf

- Burgio, L.D.; Fisher, S.E.; Fairchild, J.K.; Scilley, K.; Hardin, J.M.** (2004). «Quality of Care in the Nursing Home: Effects of Staff Assignment and Work Shift». *The Gerontologist*, 44 (3): 368-377. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.368>
- Clark, P.G.** (2002). «Values and voices in teaching gerontology and geriatrics». *The Gerontologist*, 42: 297-303. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.297>
- Clark, P.G.** (1995). «Quality of life, values and teamwork in geriatric care: do we communicate what we mean?». *Gerontologist*, 35: 402-411. <https://doi.org/10.1093/geront/35.3.402>
- Cook, G.** (2006). «The risk to enduring relationships following the move to a care home». *International Journal of Older People Nursing*, 1: 182-185. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2006.00024.x>
- Cookman, C.A.** (1996). Older people and attachment to things, places, pets and ideas». *Journal of Nursing Scholarship*, 28(3): 227-231. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00356.x>
- Cooperrider, D.L.; Whitney, D.K.; Stavros, J.M.** (2008). *The Appreciative Inquiry Handbook for Leaders of Change*. Berrett-Koehler Publishers.
- Coyle, J.** (1999). «Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of personal identity threat». *Sociology of Health and Illness*, 21(1): 95-124. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.t01-1-00144>
- Davies, S.** (2003). *Creating community: the basis for caring partnerships in nursing homes*. En Nolan, M.; Lundh, U.; Grant, G.; Keady, J. (Eds). *Partnerships in Family Care*, 218-237. Open University Press, Maidenhead.
- Davies, S.** (2001). «The care needs of older people and family caregivers in continuing care settings». En: Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Davies, S.; Darlington, E.; Powell, A.; Aveyard, B.** (2003). «Developing partnerships at 67 Birch Avenue Nursing Home». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 4(4): 32-37. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14717794200300026/full/pdf?title=developing-partnerships-at-67-birch-avenue-nursing-home-the-support-67-action-group>
- Davies, S.; Brown Wilson, C.** (2007 a). *Creating a sense of community*. In: *National Care Homes Research and Development Forum «My Home Life»*. *Quality of Life in Care Homes: A Review of the Literature*. Help the Aged, London. <http://myhomelife.uws.ac.uk/scotland/wp-content/uploads/2014/06/MHL-QoL-in-care-homes-lit-review.pdf>
- Davies, S.; Powell, A.; Aveyard, B.** (2002). «Developing continuing care: towards a teaching nursing home». *British Journal of Nursing*, 11(20): 1320-1328. DOI:[10.12968/bjon.2002.11.20.10772](https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.20.10772)
- DeForge, R.; van Wyk, P.; Hall, J.; Salmoni, A.** (2011). «Afraid to care; unable to care: A critical ethnography within a long-term care home». *Journal of Aging Studies*, 25(4): 415-426.
- Deutschman, M.** (2001). «Interventions to Nurture Excellence in the Nursing Home Culture». *Journal of Gerontological Nursing*, 27(8): 37-43. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20010801-11>
- De Witt, L.; Fortune, D.** (2017). «Relationship-centered dementia care: Insights from a community-based culture change coalition». *Dementia* 0(0): 1-20. <https://doi.org/10.1177/1471301217708814>
- Dewar, B.; Nolan, M.** (2013). «Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in al older people care setting». *International Journal of Nursing Studies*, 50: 12471258. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008>
- Dewar, B.; Kennedy, C.** (2016). «Strategies for Enhancing “Person Knowledge” in Older People Care Setting». *Western Journal of Nursing Research*: 1-20. <https://doi.org/10.1177/0193945916641939>
- Dewar, B.; Mackay, R.; Smith, S.; Pullin, S.; Tocheris, R.** (2009). «Use of emotional touchpoints as a method of tapping into the experience of receiving compassionate care in a hospital setting». *Journal of Research in Nursing*, 15(1): 29-41. <https://doi.org/10.1177/1744987109352932>
- Dewar, B.; Pullin, S.; Tocheris, R.** (2011). «Valuing compassion through definition and measurement». *Nursing Management*, 17(9): 32-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21473217/>

- Dewar, B.** (2012). Using creative methods in practice development to understand and develop compassionate care». *International Practice Development Journal*, 2 (1): 1-11. <http://www.fons.org/library/journal/volume2-issue1/article2>
- Drevdahl, D.J.** (2002). «Home and Border: The Contradictions of Community». *Advances in Nursing Science*, 24(3): 8-20. <https://doi.org/10.1097/00012272-200203000-00004>
- Ducak, K.; Keller, H.; Sweatman, G.** (2015). «Dining Culture Change in Long-Term Care Homes: Transitioning to Resident-Centered and Relational Meals». *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 23(6): 28-36. <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/articles/dining-culture-change-long-term-care-homes-transitioning-resident-centered-and-relational>
- Dupuis, S.; McAiney, C.; Fortune, D.; Ploeg, J.; de Witt, L.** (2016). «Theoretical foundations guiding culture change: The work of the Partnerships in Dementia Care Alliance». *Dementia*, Vol.15(1): 85-105. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301213518935>
- Dupuis, S.L.; Gilles, J.; Carson, J.; Whyte, C.; Gence, R.; Loisel, L.; Sadler, L.** (2012). «Moving beyond patient and client approaches: mobilising “authentic partnerships” in dementia care support and services». *Dementia* 11(4): 427-452. <https://doi.org/10.1177/1471301211421063>
- Engel, G.L.** (1992). «How Much Longer Must Medicine’s Science Be Bound by a Seventeenth Century World View». *Psychoter Psychosom*, 57: 3-16. <https://doi.org/10.1159/000288568>
- Evans, M.** (1999). *Ethics: Reconciling Conflicting Values in Health Policy*. Policy Futures for UK Health n°9. Nuffield Trust, London. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2017-01/policy-futures-9-ethics-web-final.pdf>
- Fagan, R.M.** (2003). «Pioneer network: Changing the culture of aging in America». *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1/2): 125-140.
- Farrell D.** (2007). «Consistent Assignment: A Key Step to Individualized Care». *FastFacts Resources for Nursing Home Professionals*, n° 21.
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.; Brown-Wilson, C.** (2006). «Development of the combined assessment of residential environments (CARE) profiles». *Journal of Advanced Nursing*, 55(6):664-677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03967.x>
- Faulkner, M.; Davies, S.** (2006). «The CARE (Combines Assessment of Residential Environments) profiles: a new approach to improving quality in care homes». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, 7(3): 15-25. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14717794200600016/full/html>
- Faulkner, M.; Davies, S.; Nolan, M.** (2006). «Evaluating positive events in care homes: A case study using the CARE profiling tool». *International Journal of Disability and Human Development*, 5(1): 35-44. <https://doi.org/10.1515/IJDHD.2006.5.1.35>
- Faulkner, M.** (2001). «A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people». *Journal of Advanced Nursing*, 34(5): 676-686. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2001.01797.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01797.x)
- Ferguson, H.; Warwick, L. Disney, T.; Leigh, J.; Cooner, T.S.; Beddoe, L.** (2020). «Relationship-based practice and the creation of therapeutic change in long-term work; social work as a holding relationship». *Social Work Education*, 2020, Nov.: 209-227. <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1837105>
- Forsgårde, M.; Westman, B.; Jansson, L.** (2002). «Professional carers’ struggle to be confirmed: narratives within the care of the elderly and disabled». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 12-18. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00042.x>
- Grant, S.; Humphries, M.** (2006). Critical evaluation of appreciative inquiry: Bridging an apparent paradox. *Action Research*, 4(4): 401-418. <https://doi.org/10.1177/1476750306070103>
- Gaugler, J.E.; Ewen, H.H.** (2005). «Building Relationships in Residential Long Term Care. Determinants of staff attitudes toward Family Members». *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9): 19-26. DOI: [10.3928/0098-9134-20050901-06](https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050901-06)
- Goodrich, J.; Cornwell, J.** (2008). *Seeing the person in the patient*. The Point of Care Review Paper. The King’s Fund, London.

- Grau, L.; Chandler, B.; Saunders, C.** (1995). «Nursing home residents' perceptions of the quality of their care». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(5): 34-43.
- Harris, I.B.** (1993). «New expectations for professional competence». En L. Curry & J.F. Wergin(Ed). *Education professionals responding to new expectations for competence and accountability*. Ed. Jossey Bass. San Francisco, California, United States.
- Hebblethwaite, A.** (2013). «I Think That It Could Work But...»: Tensions Between the Theory and Practice of Person-Centred and Relationship-Centred Care». *Therapeutic Recreation Journal*, Vol.XLVII (1): 13-34. <https://js.sagamorepub.com/index.php/trj/article/view/2709>
- Hill, N.L.; Kolanowski, A.M.; Milone-Nuzzo, P.; Yevchuk, A.** (2011). «Culture change models and residents health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1): 30-40. DOI: [10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x)
- Hingley-Jones, H.; Ruch, G.** (2016). «"Stumbling through"? Relationship-based social work practice in austere times». *Journal of Social Work Practice*, 2016, 30(3): 235-248. <https://doi.org/10.1080/02650533.2016.1215975>
- Hirschmann, K; Rosler, G.; Fortin, A.H.** (2020). «For me, this has been transforming»: A Qualitative Analysis of Interprofessional Relationship-Centered Communication Skills Training. *Journal of Patient Experience*, 2020, Vol. 7(6): 1007-1014. <https://doi.org/10.1177/2374373520962921>
- Holstein, M.B.; Parks, J.; Waymack, M.H.** (2010). *Ethics, Aging and Society. The Critical Turn.*, Springer Publishing Company, 298 p.
- Holstein, M.B.; Minkler, M.** (2003). Self, Society and the «New Gerontology». *The Gerontologist*, 43(6):787-796. <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.787>
- Jurkowski, E.T.** (2013). *Implementing Culture Change in Long-Term Care. Benchmarks and Strategies for Management and Practice*. Springer Publishing Company.
- Kane, R.A.; Kling, K.C.; Bershadsky, B.; Kane, R.L.; Giles, K.; Degenholtz, H.B.; Liu, J.; Cutler, L.J.** (2003). «Quality of Life Measures for Nursing Home Residents». *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Vol. 58 (3):240-248. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M240>
- Kane, R.A.; Caplan, A.L. Eds.** (1990). *Everyday Ethics. Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*. Springer Publishing Company.
- Keller, H.; Carrier, N.; Duizer, L.; Lengyel, C.; Slaughter, S.; Steele, C.** (2014). «Making the Most of Mealtimes (M3): Grounding Mealtime Interventions with a Conceptual Model». *Journal of the American Medical Directors Association*, March, 15(3): 158-161. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.001>
- Kitwood, T.** (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First. Rethinking Aging Series*. Open University Press.
- Kivnick, H.Q.; Murray, S.U.** (1997). «Vital involvement: an overlooked source of identity in frail elders». *Journal of Aging and Identity*, 2: 205-225.
- Leventstein, JH.; McCracken, EC.; McWhinney, IR; Stewart, M.A.; Brown, J.B.** (1986). «The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine». *Family Practice* 3: 24-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- Lown, B.A.; Muncer, S.J.; Chadwick, R.** (2015). «Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale. *Patient Education and Counseling*, 98(8): 1005-1010. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.019>
- Lown, B.A.; Rosen, J.; Marttila, J.** (2011). «An Agenda for Improving Compassionate Care: A Survey shows about half of patients say such care is missing». *Health Affairs*, 30(9): 1771-1778. [HTTPS://DOI.ORG/10.1377/HLTHAFF.2011.0539](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539)
- Manning-Walsh, J.; Wagenfeld-Heintz, E.; Asmus, A.; Chambers, M.; Reed, W.; Wylie, J.** (2004). «Relationship-centered Care: The Expanding Cup Model». *International Journal for Human Caring*, 8(2): 26-31.
- Maki, Y.; Nakamura, K.** (2022). «Co-beneficial relationship-based care for persons with dementia». *Annals of Alzheimer's and Dementia Care*, 6(1): 001-006. <https://www.peertechzpublications.com/articles/AADC-6-121.pdf>

- MacDonald, C.** (2002). «Nursing Autonomy as Relational». *Nursing Ethics*, 9: 194-201. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne498oa>
- McCormack, B.; Dewing, J.; Breslin, L.; Coyne-Nevin, A.; Kennedy, K.; Manning, M.; Peelo-Kilroe, L.; Tobin, C.; Slater, P.** (2010). «Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people». *International Journal of Older People Nursing*, 5: 93-107.
- McCormack, C.** (2002). «Nursing autonomy as relational». *Nursing Ethics*, 9:194.201. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne498oa>
- McCormack B.** (2002). *Negotiating partnership with Older People. A Person-Centred Approach*. Ashgate, Aldershot.
- McCormack, B.** (2004). «Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature». *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13(3 a): 45-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>
- McCormack.B.; McCance, T.** (2006) «Development of a framework for person centred nursing». *Journal of Advanced Nursing*, 38(91): 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McGilton, K.S.; O'Brien-Pallas, L.L.; Darlington, G.; Evans, M.; Wynn, F.; Pringle, D.M.** (2003). «Effects of a Relationship-Enhancing Program of Care on Outcomes». *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2): 151-156. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00151.x>
- McGilton, K.S.; Boscart, V.M.** (2007). «Close care provider-resident relationships in long-term care environments». *Journal of Clinical Nursing*, 16: 2149-2157. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01636.x>
- McMinkler, M.** (1996). «Critical perspectives on ageing: new challenges for gerontology». *Ageing and Society*, 16(4): 467-487. [10.1017/s0144686x00003639](https://doi.org/10.1017/s0144686x00003639)
- Ministerio de Salud de Gran Bretaña** (1989). *Las residencias son para vivir. Modelo para evaluar la calidad de la atención y la calidad de vida en las residencias para personas mayores*. Adaptado y traducido por el SIIS Centro de Documentación y Estudios, 1989, 127 p. Ed. Diputación Foral de Álava.
- Misiorki, S., Rader, J.** (2010). *Selecting and prioritizing changes. Getting started: Pioneering aproches to culture change in long-term care*. <https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2016/10/Selecting-and-Prioritizing-Changes.pdf>
- Moore, L.; Britten, N.; Lydahl, D.; Naldemirci, O.; Elam, M.; Wolf, A.** (2016). «Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different health contexts». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31: 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Moore, M.** (2008). «Appreciative inquiry: the why? the what? the how?». *Practice Development in Health Care*, 7(4): 214-220. DOI:[10.1002/pdh.270](https://doi.org/10.1002/pdh.270)
- Mulrooney, C.P.** (1997). *Competencies needed by formal caregivers to enhance elders' quality of life: the utility of the "Person and Relationship-centred Caregiving (PRCC) Trait"*. Sixteenth Congress of the International Association of Gerontology. Adelaide.
- Murphy, D.; Duggan, M.; Joseph, S.** (2012). «Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centred Approach: Principled versus Instrumental Perspectives». *British Journal of Social Work* (2013), 43: 703-719. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs003>
- Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J.** (2006).» Transitions in care homes: Towards relationship-centred care using the «Senses Framework». *Quality in Aging: Policy, Practice and Research*, 7(3): 5-14. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14717794200600015/full/pdf?title=transitions-in-care-homes-towards-relationshipcentred-care-using-the-senses-framework>
- Nolan, M.; Keady, J.; Aveyard, B.** (2001). «Relationship-centred care is the next logical step». *British Journal of Nursing*, 10: 757. <https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.12.12336>
- Nolan, M.; Brown, J.; Davies, S.; Nolan, J.; Keady, J.** (2006). *The Senses Framework. Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. Getting Research into Practice (GRIP), Report. N°2. Project Report. University of Sheffield. <https://core.ac.uk/download/pdf/99946.pdf>

- Nolan, M.; Davies, S.; Brown, J.; Keady, J.; Nolan, J.** (2004). Beyond «Person-centred» care: a new vision for gerontological nursing.» *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3^a): 45-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>
- Nolan, M.; Davies, S.; Grant, G. (Eds.)** (2001). *Working with Older People and their families. Key Issues in Policy and Practice*. Open University Press.
- Nolan, M.R.; Keady, J.** (1996). «Training in long-term care: the road to better quality». *Reviews in Clinical Gerontology*, 6: 333-342.
- Owen, T.; Meyer, J.; Cornell, M.; Dudman, P.; Ferreira, Z.; Hamilton, S.; Moore, J.; Wallis, J.** (2012). *My Home Life: Promoting Quality of Life in Care Homes*. Joseph Rowntree Foundation. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21005/1/care-home-quality-of-life-full.pdf>
- Packer, T.** (2000). «Does person-centred care exist?» *Journal of Dementia Care*, 8: 19-21.
- Parker, V.A.** (2002). «Connecting Relational Work and Workgroup Context in Caregiving Organizations». *The Journal of Applied Behavioral Science*, 38(3): 276-297. <https://doi.org/10.1177/0021886302038003002>
- Parker, C.; Barnes, S.; McKee, K.; Morgan, K.; Torrington, J.; Tregenz, P.** (2004). «Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people». *Ageing and Society*, 24: 941-962. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002387>
- Patchner, M.A.; Patchner, L.S.** (1993). «Essential staffing for improved nursing home care: the permanent assignment model». *Nursing Homes*, 42(5): 37-39. <https://www.thefreelibrary.com/Essential+staffing+for+improved+nursing+home+care%3A+the+permanent...-a014174407>.
- Peace, S.; Holland, C.** (2001). «Homely Residential Care: A Contradiction in Terms?». *Journal of Social Policy*, 30(3): 393-410. <https://doi.org/10.1017/S004727940100633X>
- Pearson, A.** (2006). «Powerful caring. Second article». *Nursing Standard*, 20(48): 20-22. *Gale One-File: Health and Medicine*, link.gale.com/apps/doc/A150359205/HRCA?u=anon~83d31f10&sid=bookmark-HRCA&xid=0261f130. Accessed 10 June 2023.
- Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education** (1994). *Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. San Francisco, Pew Health Professions Commission. https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/RelationshipCentered_02.pdf
- Rahman, A.; Straker, J.K.; Manning, L.** (2009). Staff Assignment Practices in Nursing Homes: Review of the Literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, January: 4-10. DOI: [10.1016/j.jamda.2008.08.010](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.08.010)
- Reed, J.; Cook, G.; Cbilds, S.; Hall, A.** (2003). *Getting Old is not for Cowards": Comfortable, Healthy Ageing*. Joseph Rowntree Foundation. doi: 10.7748/nop.16.2.34.s19
- Reed, J.** (2007). *Appreciative Inquiry. Research for Change*. Sage Publications, London.
- Reed, J.; Roskell Payton, V.; Bond, S.** (1998). «The importance of place for older people moving into care homes». *Social Science and Medicine*, 46(7): 859-867. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00210-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00210-4)
- Rider, E.** (2011). «Advanced Communication Strategies for Relationship-Centered Care». *Pediatric Annals*, 40(9): 447-453. <https://doi.org/10.3928/00904481-20110815-08>
- Riess, H.** (2017). «The Science of Empathy». *Journal of Patient Experience*, 2017, 4(2): 74-77. <https://doi.org/10.1177/2374373517699267>
- Ronch, J.L.** (2004). «Changing Institutional Culture: Can We Re-Value the Nursing Home?». *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1): 61-82. https://doi.org/10.1300/J083v43n01_06
- Ronch, J.L.; Weiner, A.S.** (2013). *Culture Change in Elder Care*. Serie «Leading Principles and Practices in Elder Care». Health Professions Press, Inc. Baltimore, Maryland.
- Ronning, R.** (2002). «In defence of care: The importance of care as a positive concept». *Quality in Ageing*, 3: 34-43. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14717794200200025/full/pdf?title=in-defence-of-care-the-importance-of-care-as-a-positive-concept>

- Ryan, T.; Nolan, M.; Reid, D.; Enderby, P.** (2008). Using the Senses Framework to achieve Relationship-centred dementia care services. A case example. *Dementia*, 2008, Vol.7(1): 71-95. <https://doi.org/10.1177/1471301207085368>
- Ryan, T.** (2022). «Facilitators of person and relationship-centred care in nursing». *Nursing Open*, 9: 892-899. <https://doi.org/10.1002/nop2.1083>
- Safran, D.G.; Miller, W.; Beckman, H.** (2006). Organizational Dimensions of Relationship-centered Care. Theory, Evidence and Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, January, 21(Suppl.1): S9-S15. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x>
- Sandberg, J.; Nolan, M.R.; Lundh, U.** (2002). «“Entering a New World”: empathic awareness as the key to positive family/staff relationships in care homes». *International Journal of Nursing Studies*, 39: 507-515. <https://rb.gy/a6fpc>
- Scheidt, R.J.; Humphreys, D.R.; Yorgason, J.B.** (1999). «Successful ageing: what’s not to like?» *Journal of Applied Gerontology*, 18: 277-282. <https://doi.org/10.1177/0733464899018003>
- Scheffelaar, A.; Hendriks, M.; Bos, N.; Luijckx, K.; Van Dulmen, S.** (2019). «Determinants of the quality of care relationships in long-term care – A participatory study». *BMC Health Services Research*, 19. DOI: [10.1186/s12913-018-3704-7](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3704-7)
- Schultz, r.; Hebert, S.S.; Dew, M.A.; Brown, S.L.; Scheier, M.F.; Beach, S.R.; Czaja, S.J.; Martire, L.M.; Coon, D.; Langa, K.M.; Giltin, L.N.; Stevens, S.A.B.; Nichols, L.** (2007). «Patient suffering and caregiver compassion: new opportunities for research, practice and policy.» *Gerontologist* 47(1): 4-13. DOI: [10.1093/geront/47.1.4](https://doi.org/10.1093/geront/47.1.4)
- Sinclair, S.; Kondejewski, J.; Hack, T.F.; Boss, H.C.D.; MacInnis, C.C.** (2022). «What is the most valid and reliable compassion measure in healthcare? An updated comprehensive and critical review». *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*, 15: 399-421. DOI: [10.1007/s40271-022-00571-1](https://doi.org/10.1007/s40271-022-00571-1)
- Sinclair, S.; Hack, T.F.; Raffin-Bouchal, S.; McClement, S.; Stajduhar, K.; Sing, P.; Hagen, N.A.; Sinna-rajah, A.; Chochinov, H.M.** (2017). «What are healthcare providers’ understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada». *BMJ Open* 2028; 019701. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019701>
- SIIS Centro de Documentación y Estudios** (2011). *Los derechos de las personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles?* Serie Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, 02. Donostia-San Sebastián. <https://www.siais.net/documentos/ficha/179560.pdf>
- SIIS Centro de Documentación y Estudios** (2009). *Garantía de Calidad – Kalitate Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores.* Serie Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, 01. Donostia-San Sebastián.
- Sjögren, K.; Lindkvist, M.; Sandman, P.O.; Zingmark, K.; Eduardsson, D.** (2017). «Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study». *BMC Nursing*, 16 (44): 1-9. DOI: [10.1186/s12912-017-0240-4](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4)
- Smith, S.; Dewar, B.; Pullin, S.; Tocher, R.** (2010). «Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings». *International Journal of Older People Nursing*, 5:128-136. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00224.x>
- Soklaridis, S.; Ravitz, P.; Adler Nevo, G.; Lief, S.** (2016). «Relationship-centred care in health: a 20-year scoping review». *Patient Experience Journal*, 3(1): 130-145. <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1111&context=journal>
- Stevens, A.B.; Brugio, L.D.; Bailey, E.; .** (1998). «Teaching and maintaining behaviour management skills with assistants in a nursing home». *Gerontologist*, 38(3): 379-384.
- Stewart, H.; Ali-Knight, J.; Smith, S.; Kerr, G.W.** (2022). «The “Senses Framework”: A relationship-centered approach to coproducing dementia events in order to allow people to live well after a dementia diagnosis». *Event Management*, 26: 157-175. <https://doi.org/10.3727/152599521X16192004803683>
- Stewart, M.** (2001). «Towards a global definition of patient-centred care». *British Medical Journal*, 322: 444-445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>

Stewart, M.; Brown, J.; Weston, W.; McWhinney, I.; McWilliam, C.; Freeman, T. (1995) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. London, Sage. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x>

Subirana, M.; Cooperrider, D.L. (2013). *Indagación Apreciativa. Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*. Kairos, Barcelona.

Suchman, A.L. (2006). «A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care. Complex Responsive Processes of Relating». *Journal of General Internal Medicine, January, 21 Suppl.1: S40-S44*. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00308.x>

The National Care Homes Research and Development Forum (2007). *My Home Life: Quality of Life in Care Homes. A review of the literature*. Help the Aged, London. Recuperado de: <http://myhomelife.uws.ac.uk/scotland/wp-content/uploads/2014/06/MHL-QoFL-in-care-homes-lit-review.pdf>

Tresolini, C.P. and the Pew-Fetzer Task Force (1994). *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

Watson, J. (2019). Developing the Senses Framework to Support Relationship-centred Care for People with Advanced Dementia until the End of Life in Care Homes. *Dementia*, 2019, Vol.18(2): 545-566. <https://doi.org/10.1177/1471301216682880>

Watson, J. (2006). «Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices». *Nursing Administration*, 30(1): 48-55. DOI: [10.1097/00006216-200601000-00008](https://doi.org/10.1097/00006216-200601000-00008)

Weiner, A.S.; Ronch, J.L. (2014). *Models and Pathways for Person-Centered Elder Care*. Serie «Leading Principles and Practices in Elder Care». Health Professions Press, Inc., Baltimore, Maryland.

Williams, B.; Grant, G. (1998). «Defining “people-centredness”: making the implicit explicit». *Health and Social Care in the Community*, 6: 84-94. DOI: [10.1046/j.1365-2524.1998.00101.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.1998.00101.x)

Williams, S.; Nolan, M.; Keady, J. (2009). «Relational practice as the key to ensuring quality care for frail older people: discharge planning as a case example». *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, Sept: 44-55. DOI:[10.1108/14717794200900024](https://doi.org/10.1108/14717794200900024)

Wu, S.; Morrisson, J.M.; Dunn-Ridgeway, H.; Vucea, V.; Luglio, S.; Keller, H. (2018). «Mixed methods developmental evaluation of the CHOICE program: a relationship-centred mealtime intervention for long-term care». *BMC Geriatrics*, 18 :277: 14p. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0964-3>

Zautra, A.J.; Reich, J.W. (1981). «Positive events and quality of life». *Evaluation and Program Planning*, 4: 355-361. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(81\)90034-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(81)90034-3)

Zautra, A.J.; Guarnaccia, C.A.; Dohrenwend, B.P. (1986). «Measuring small life events». *American Journal of Community Psychology*, 14: 629-655. DOI: [10.1007/BF00931340](https://doi.org/10.1007/BF00931340)