

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones: aproximación teórica y diseño del Modelo de Atención GIZAREA¹

Helena Sotelo

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía-Careaga
hsotelo@siis.net

Patricia Andrés

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

Nuria Pascual

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

Roberto Aguirre

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

2022an, Arabako Foru Aldundiak foru-sareko gizarte-zerbitzuetako harremanetan oinarritutako arretaren paradigma bultzatzea erabaki zuen, asistentzia-kulturan aldaketa progresiboa sustatzeko. Horretarako, beharrezkoa zen filosofia berri horren oinarri teorikoak azaltzea eta hura ezartzeko eredu egituratu bat proposatzea. Premia horiei erantzuten die Harremanetan Oinarritutako Arretari buruzko Eskuliburuak. GIZAREA arreta-eredu baten hurbilketa teorikoa eta diseinua, baita eredu horren lehen eranskina ere, adinekoen egoitza-zentroetan ezartzeko orientabideei buruzkoa, SIIS Eguía-Careaga Fundazioako Gizarte Informazio eta Ikerketako Zerbitzuak asmatu eta idatzitakoak; Arabako Foru Aldundiko Gizarte Politiketako Saileko Berrikuntza, Kudeaketa eta Ebaluazio Sistemen Zuzendaritzaren eta Gizarte Zerbitzuen Idazkaritzaren enkarguz eta haiekin lankidetzan. Artikulu honek eskuliburuaren edukien aurkezpen laburtua eskaintzen du.

Gako-hitzak:

Gizarte-zerbitzuak, harremanetan oinarritutako arreta, asistentzia-paradigma, arreta-ereduak, ezartzeko metodoak, gomendio praktikoak.

En 2022, la Diputación Foral de Álava decidió impulsar el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones en los servicios sociales de la red foral, con el fin de promover un cambio progresivo en su cultura asistencial. Para facilitar su adopción, era necesario explicar los fundamentos teóricos de esta nueva filosofía y proponer un modelo estructurado para su implantación. A esas necesidades responden el *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones. Aproximación teórica y diseño de un modelo de atención - GIZAREA* y su primer anexo de *Orientaciones para su implantación en los centros residenciales de personas mayores*, ideados y redactados por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía-Careaga, por encargo de y 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. Este artículo ofrece una presentación abreviada de los contenidos del manual.

Palabras clave:

Servicios sociales, Atención Centrada en las Relaciones, paradigma asistencial, modelos de atención, métodos de implantación, recomendaciones prácticas.

¹ Tanto el *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones* como el *Anexo de orientaciones para su implantación en los centros residenciales de personas mayores* pueden descargarse a través de la web Arreta Kalitatea, sobre calidad de la atención en los servicios sociales: <<https://www.ifbscalidad.eus>> (los anexos relativos a otros tipos de servicios se irán incorporando a ella progresivamente, a medida que se vayan redactando). Asimismo, los diversos contenidos pueden consultarse en línea en la sección GIZAREA de dicha web.

1. Complementariedad del Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones con el Enfoque de Derechos y la Atención Centrada en la Persona

En el ámbito de la atención a las personas, ya sea social o sanitaria, referirse a un nuevo paradigma significa adoptar 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; no quiere decir que se configure necesariamente en contraposición o como negación de prismas anteriores, pero sí como un avance determinante que condiciona la perspectiva desde la que se idea, organiza y presta la atención. Así es como debe entenderse el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones.

Su adopción por la Diputación Foral de Álava se inscribe en el compromiso que asumió hace más de tres décadas de promover la mejora de la calidad en los servicios sociales provistos por el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS) y que le ha llevado a desarrollar, a lo largo de los años, muy diversos proyectos, unos orientados a diseñar el modelo de atención, otros a formular recomendaciones de buena práctica y otros a implantar procesos de mejora de la calidad de diverso tipo: primero, fueron evaluaciones de servicios y, más adelante, procesos de mejora continua y procesos de formación participativa.

Cuando se introdujeron en Álava en los años noventa, estas iniciativas fueron las primeras del Estado en basarse en una concepción y organización de la atención que giraba en torno a los derechos de las personas usuarias y a la personalización de los cuidados —combinando así, ya entonces, los que hoy se conocen como el Enfoque de Derechos y el Paradigma de la Atención Centrada en la Persona—, con el fin de potenciar un cambio en la filosofía subyacente a la prestación de los apoyos en unos servicios todavía muy marcados por el modelo institucional. El protagonismo que se atribuía por primera vez a las personas usuarias era una forma de enfatizar que, en ninguna circunstancia, debía perderse de vista su situación de especial vulnerabilidad y que, en todas las decisiones, debía tenerse en cuenta su condición de personas y la necesidad de garantizar que pudieran seguir siendo ellas mismas y elegir, en todo lo posible, el estilo de vida que desearan llevar. Con ello, no se pretendía desatender otros intereses que confluían en los servicios, como eran los de la propia institución, los de la dirección, los del personal y los de las familias —de hecho, todos estos grupos participaban en los procesos de evaluación y de mejora de la calidad—, pero, de algún modo, se asumía que estos intereses ya eran promovidos y defendidos por los propios interesados, lo cual, si bien en gran medida era cierto —y, desde luego, lo era en comparación con el nivel de promoción y defensa de los intereses de las personas atendidas—, no tenía suficientemente en cuenta el peso que ejerce la inercia de la cultura

institucional en todas las personas, el hecho de que la institucionalización, particularmente en el ámbito residencial, es un fenómeno integral, que, como tal, no solo afecta a las personas usuarias, sino también a quienes dirigen los centros, a quienes trabajan en ellos e, incluso, a quienes los visitan.

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones trata de integrar esa dimensión, completando así la visión anterior. En su marco, los fundamentos del Enfoque de Derechos y del Paradigma de la Atención Centrada en la Persona siguen presentes: el ejercicio efectivo y la defensa de los derechos siguen considerándose esenciales; la personalización de la atención sigue siendo un objetivo principal y un requisito básico 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 respondan, cuantitativa y cualitativamente, a estándares apropiados sigue siendo una condición *sine qua non*; y sigue siendo indispensable tratar con especial cuidado la posición de vulnerabilidad de las personas usuarias. La diferencia está en que el nuevo enfoque completa estos postulados fundamentales, por un lado, teniendo en cuenta las necesidades, los derechos y los intereses de todas las personas que intervienen en la atención y, por otro, otorgando protagonismo a la dimensión relacional como medio principal de promover, en los contextos asistenciales, los equilibrios necesarios para humanizar la atención y así conseguir que la mejora de la calidad de la atención y la de la calidad de vida vayan de la mano.

Los dos enfoques son, pues, complementarios: en cierto modo, el anterior se centraba principalmente, aunque no exclusivamente, en lo que debía hacerse para garantizar los derechos de las personas usuarias y para personalizar su atención, mientras que la Atención Centrada en las Relaciones, además de ampliar ese foco al conjunto de los actores, trata de poner el énfasis en cómo debe hacerse. Y esta, la del "cómo hacer", es una dimensión más abstracta, más difícil de aprehender, de definir y de transmitir, que la del "qué hacer".

Esa complementariedad entre ambas filosofías es la que justifica que el Modelo de Atención Centrada en las Relaciones propuesto en el manual haga suyos, sin necesidad de reiterarlos, los principios y las recomendaciones ya formulados en el marco del Enfoque de Derechos y del Paradigma de la Atención Centrada en la Persona, y que los tome como base sobre la que construir orientaciones acerca de cómo cuidar y prestar apoyos.

2. Aproximación teórica al Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones

2.1. Significado y características del Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones postula que, para avanzar hacia la humanización de los cuidados, es necesario crear “contextos positivos de atención”, cuya existencia viene determinada por la confluencia de tres condiciones básicas:

- **Otorgar protagonismo al elemento relacional como principal vector de humanización de la atención**

El elemento relacional es el que permite crear un sentimiento de comunidad de cuidados y el buen funcionamiento de esta comunidad depende de la calidad de las relaciones. Se fundamenta en la necesaria dignificación de las relaciones de apoyo y cuidado, basadas en el reconocimiento mutuo de la condición humana de quienes intervienen en la relación, así como en la valoración de su unicidad —su cualidad de seres humanos únicos—, con una historia de vida, una personalidad, unas costumbres, unos valores, unas expectativas, unos miedos y unas creencias determinadas. Se trata de ver realmente a cada una de las personas que intervienen en la atención como individuos, en lugar de identificarlas principalmente con el papel que cada una desempeña en el servicio, y ello en los distintos tipos de relación que se establecen en aquel: las relaciones entre dos partes diferenciadas de la intervención (entre personas usuarias y profesionales o entre familiares y profesionales), las que se establecen entre personas dentro de un mismo grupo (relaciones entre profesionales o relaciones entre personas usuarias) y aquellas en las que intervienen las tres partes (personas usuarias, familiares y profesionales).

- **Tener en cuenta los derechos, necesidades, intereses y valores de todas las personas que intervienen en la atención**

Sin duda, como ya se ha indicado, los derechos, necesidades, intereses y valores de las personas usuarias deben ser objeto de especial consideración, dada su posición de mayor vulnerabilidad, pero también deben tenerse en cuenta 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, su eficiencia y su viabilidad. El respeto de los intereses de todas las partes es la clave del delicado equilibrio de la ecuación asistencial.

Para compaginar o compatibilizar intereses tan diversos, es necesario encontrar, en esta compleja red, un terreno de intereses compartidos —un denominador común— 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 que cada grupo haga suyos los intereses y necesidades de los demás, que perciba que el bienestar del otro es también un factor de su propio bienestar, lo cual requiere un marco de relaciones personales basadas en la empatía y la reciprocidad.

- **Aceptar, reconocer y valorar que, en ese marco relacional, todas las personas son “expertas” en la atención**

No solo son expertas las personas profesionales, como sostienen las visiones convencionales; también lo son las personas usuarias y sus familiares, cuyo conocimiento y experiencia adquiridos desde su posición de receptoras y prestadoras de cuidados constituyen una verdadera “competencia” desde la que poder hacer aportaciones valiosas y coparticipar así en el diseño y en la práctica de la atención.

2.2. Finalidad del nuevo paradigma: cambiar la cultura de la atención

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones sostiene que los cambios dirigidos a avanzar hacia la humanización de la atención solo serán sostenibles, es decir, solo tendrán la capacidad de hacerlo de forma duradera, si responden a una concepción común de la relación de cuidado, una concepción compartida por todas las personas intervinientes. En otros términos, exige 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 acaban interiorizando todas las personas que trabajan en él, lo utilizan o lo visitan.

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 estancos, en los que cada “parte” mantiene la distancia frente a las demás, considera que estas 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, de corte institucional, 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 a la proyección en el futuro. Su impacto en los servicios es integral: conduce a las personas usuarias a un proceso gradual de despersonalización y a las personas profesionales, 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 evidentes en la calidad de la atención y en la calidad de vida, 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, a veces, el personal se encuentra poco o mal equipado, en términos de conocimiento, formación y tiempo, para gestionar la complejidad de las situaciones que se plantean en la vida cotidiana del servicio y para responder adecuadamente a conductas problemáticas.

Es cierto que, a lo largo de las últimas décadas, los servicios sociales han tratado de alejarse progresivamente del modelo institucional, tanto en sus características físicas como en su organización y funcionamiento, pero hay que reconocer que todavía estamos lejos del objetivo de humanizar la atención y que, incluso cuando se articulan servicios a escala más humana, de pequeño tamaño e integrados en la comunidad, como entornos favorables y más susceptibles de facilitar la prestación de una atención de calidad en las grandes estructuras, no desaparece el riesgo de replicar pautas institucionales que queremos abandonar, pero que tienden a persistir, precisamente porque, con frecuencia, esas iniciativas de mejora no se fundamentan en una transformación verdadera de la cultura que subyace a la organización y a la prestación de los cuidados.

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones, materializado en la creación de contextos positivos de atención, pretende actuar como enfoque transformativo, como palanca hacia ese cambio de cultura, cambio que, para ser eficaz, debe producirse en todos los ámbitos: en la institución, en los servicios y en todas las personas que intervienen en ellos, ya sean usuarias, profesionales y familiares o allegadas.

Un cambio en la cultura de la atención es un proceso largo y complejo, que exige 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, por encima de todo, las actitudes. 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 muy 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, lejos de facilitar la personalización, tienden a dificultarla o incluso a impedirla, esas personas pueden mostrarse escépticas, reticentes y resistentes a cualquier iniciativa de cambio, y pueden incluso sentirse incapaces de cambiar la forma en que atienden o temer hacerlo.

Impulsar este cambio requiere un liderazgo efectivo, capaz de dinamizar el traslado de las ideas a la práctica, de 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.

Parte de esa argumentación, lógicamente, es el efecto positivo que, según la literatura especializada, la atención centrada en las relaciones tiene en quienes intervienen en la relación de cuidado, observándose resultados claramente indicativos de su eficacia en los contextos en los que se ha aplicado de manera consistente y sostenida en el tiempo:

- 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 solo en los aspectos directamente vinculados a la atención, sino en términos de identidad.
- Mejoran los resultados de las intervenciones, con el consecuente efecto positivo en la calidad de vida de la persona usuaria y de su familiar.
- Aumenta el grado de satisfacción de las personas profesionales con su trabajo, lo que favorece que puedan conectar o volver a conectar con la esencia de la función de "cuidar" y con las razones que, posiblemente, en muchos casos, las llevaron al ejercicio de su profesión.
- Favorece la cohesión entre profesionales, mediante el refuerzo 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, en la relación de cuidado.

2.3. El elemento relacional como núcleo del nuevo paradigma

2.3.1. Implicaciones para la práctica de la atención

Visto todo lo anterior, resulta evidente que adoptar el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones conlleva importantes implicaciones en la práctica

de la atención por parte de las organizaciones y las personas profesionales.

En el ejercicio de su liderazgo participativo, las organizaciones —tanto la institución o entidad de la que depende un servicio como la dirección de este— deben promover la dinámica relacional y participar en ella. En ese esfuerzo, juega un papel clave la forma de comunicación que utilizan internamente, tanto para dirigirse a las personas profesionales como en su relación con las personas usuarias y familiares o allegadas. Asimismo, deben promover y permitir una buena comunicación entre estas y las personas profesionales —la asignación de equipos de referencia estables es clave a estos efectos— y deben facilitar también una comunicación fluida entre profesionales, favoreciendo en particular el trabajo en equipo interdisciplinar, más apto que otras fórmulas colaborativas para incrementar la efectividad de las intervenciones, favorecer un mayor compromiso con los objetivos del grupo, potenciar las relaciones interpersonales y detectar con mayor rapidez las carencias o disfunciones del servicio e idear las posibles soluciones.

Por otra parte, también son notables las implicaciones de la Atención Centrada en las Relaciones en la práctica de la atención por parte de las personas profesionales, cualesquiera que sean su cargo y sus funciones, porque son ellas quienes, con su forma de hacer y con su actitud, vehiculan y transmiten esta nueva filosofía dentro de la organización. Las relaciones que 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, inciden en el contexto relacional general y en la calidad del clima asistencial.

Para que esa práctica relacional sea eficaz, es decir, para que contribuya realmente a la construcción de un contexto positivo de atención, es necesario que las y los profesionales puedan adquirir, en el marco de los programas de formación inicial y continuada, habilidades interpersonales que les capaciten para construir relaciones genuinas, susceptibles de incidir en la calidad de la atención prestada y en el clima asistencial. También es indispensable que las condiciones organizativas les permitan llevarlas a la práctica, lo cual exige tener en cuenta el efecto que, no siempre, pero sí en algunos casos, esta nueva forma de hacer puede tener en el orden de prioridad atribuido a unas u otras tareas y a los ritmos de trabajo.

2.3.2. El establecimiento de relaciones auténticas

Todo el mundo percibe, intuitivamente, por experiencia, cuándo una relación es auténtica, cuándo se articula realmente 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, en el plano

cognitivo y emocional, y entendida la segunda en su acepción más genuina, como una noción proactiva, centrada en el deseo de aliviar ese sufrimiento y en la acción dirigida a aliviarlo. Lo difícil es formular y enseñar cómo establecer este tipo de relaciones.

El primer paso, naturalmente, es favorecer el acercamiento, hacer posible que las personas profesionales lleguen a conocer a la persona usuaria y su entorno más directo, saber qué cosas son importantes para ella y comprender cómo se siente.

Con la finalidad de adquirir ese conocimiento, es necesario poner en marcha, desde el momento en que una persona accede a un centro, toda una serie de interacciones, de “conversaciones significativas”, que juegan un papel central en el establecimiento y el mantenimiento de relaciones genuinas, en la medida en que son un marco adecuado para generar y afianzar progresivamente un vínculo de confianza y de respeto mutuo entre las partes. Este vínculo, a su vez, legitima a la persona profesional para interesarse y atreverse a plantear preguntas que le ayudan a conocer mejor a la persona usuaria, y anima a la persona usuaria y a sus familiares y a otras personas allegadas a responder con sinceridad a esas preguntas y a hacer propuestas que, de otro modo, ninguna se atrevería a considerar o a manifestar. Ese intercambio contribuye a modelar la forma en que se presta la atención, a personalizarla, ajustándola, en todo lo posible, a las necesidades y preferencias de la persona atendida —sin que eso conlleve dejar de garantizar las condiciones de seguridad en la provisión de los cuidados—, en sustitución de pautas estándar, o de pautas que se ajustan a la idea preconcebida que la persona profesional tiene acerca de cómo quiere ser atendida la persona usuaria, o también de pautas que se basan en cómo le gustaría a ella que la atendieran o que atendieran a sus familiares.

Dicho de otro modo, esta vía puede contribuir a resolver, en la vida cotidiana, la contradicción generada por la convergencia de dos tendencias 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 quienes participan en ella. Adoptar esta pauta de actuación contribuye a que el personal cuestione con mayor naturalidad sus formas de hacer, acercándose así, progresivamente, a una cultura de la atención en la que las pautas muy afianzadas no se convierten en dogma, en la que se asume que las y los profesionales no necesariamente saben siempre lo que es más adecuado, y en la que se reconoce que también las personas usuarias y familiares son expertas en la atención, y que juntas 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 e

intensificar estos procesos relacionales, se produzcan situaciones que incomoden a las y los profesionales, porque perciben las propuestas realizadas por las personas usuarias y su entorno como una crítica directa a su forma de prestar los apoyos, en lugar de apreciarlas como una contribución a la relación de cuidado. 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 las propuestas con creciente naturalidad, de forma constructiva, como oportunidades reales de retar las prácticas afianzadas y de crear nuevas formas de hacer tendentes a una mayor personalización.

Lógicamente, esta vía también conlleva asumir cierto nivel de riesgo, puesto que conduce a adoptar pautas de atención novedosas, alternativas, y esto siempre puede generar cierta inquietud. La capacidad real de las personas profesionales para adoptar una actitud proclive a considerar pautas distintas a las ya afianzadas y estandarizadas, con el fin de responder mejor a las preferencias de la persona usuaria, a proponerlas y defenderlas en reuniones de equipo, 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 institución de la que depende el servicio. También requiere contar con una serie de habilidades y desarrollar determinadas actitudes, que pueden y deben aprenderse:

- Ser valiente: atreverse a acercarse a la persona y a entablar una relación que le permita llegar a conocerla, atreverse a salir de su zona de confort y trabajar con cierto grado de inseguridad derivado de la necesidad de cuestionar las prácticas estandarizadas y de idear y proponer alternativas de atención orientadas a una mayor personalización de los apoyos sin dejar por ello de garantizar las condiciones de seguridad en su provisión, y atreverse a argumentar con otros miembros del personal sus propuestas de personalización y a defender sus convicciones.
- Ser capaz de conectar emocionalmente: tener la capacidad de integrar la dimensión emocional en las relaciones cotidianas de apoyo y cuidado.
- Tener curiosidad: mostrar interés por explorar ámbitos o aspectos de la atención en los que no se habrían adentrado en otro contexto.
- Tener disposición a colaborar: estar abiertas a idear conjuntamente formas alternativas de prestación de la atención con otras personas profesionales y a implicar a la persona usuaria y, en su caso, a su familiar o persona allegada, en la toma de decisiones.
- Apreciar los puntos de vista de otras personas: valorar la perspectiva desde la que otra persona contempla una misma cuestión y sentirse dispuesta y cómoda para debatir diferencias de opinión de forma abierta.

- Tener capacidad para negociar y consensuar: saber mediar entre los diferentes puntos de vista y alcanzar acuerdos que resulten en cierta medida satisfactorios para todas las partes.
- Apreciar los aciertos y reconocer los errores.

2.3.3. Valoración del elemento relacional

A pesar de su importancia evidente, la práctica relacional tiende a no conceptualizarse como parte del trabajo en los servicios de atención, posiblemente porque se considera inherente a este, como una característica natural de la función de cuidado, sin tener en cuenta que una cultura organizativa caracterizada por una marcada sistematización de las tareas puede conducir a la anulación de lo relacional, y también porque no se reconoce su importancia. Como dice Pearson (2006: 22), los pequeños actos de empatía son invisibles porque son "simples, básicos y periféricos"; en contraposición a otros considerados "complejos, especializados y centrales"; por lo general, su presencia no se nota; lo que se nota es su ausencia.

Esta invisibilidad conduce a que no se les atribuya ningún estatus en la mente de quienes planifican, gestionan o incluso prestan los servicios. Si realmente se tiene la convicción de que las prácticas relacionales pueden marcar la diferencia en la creación de contextos positivos de atención, es necesario reconocerles un valor y tenerlas presentes en la organización de las tareas. Por supuesto, no se trata de convertirlas en una tarea específica, con recursos y horarios asignados; muy al contrario, se trata de reconocer que son parte esencial del desempeño de todas y cada una de las tareas de cuidado, que son la clave para garantizar un trato humano en la prestación de los apoyos.

3. Un modelo de Atención Centrada en las Relaciones: GIZAREA

Como toda filosofía de la atención, el Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones puede materializarse a través de diferentes modelos; el *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones* propone un modelo concreto, bajo el nombre de GIZAREA. A continuación, se enuncian brevemente sus componentes básicos, para pasar luego a una descripción mucho más detallada de sus dos elementos más característicos: el marco de actuación en el que se encuadra y el método propuesto para su implementación en los servicios.

3.1. Componentes del Modelo de Atención Centrada en las Relaciones GIZAREA

El modelo se estructura en torno a los siguientes componentes básicos:

• Objetivo

Parte de una visión, de 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 para el establecimiento de relaciones genuinas entre ellas.

• Compromiso colectivo y responsabilidad compartida

La construcción de un contexto positivo de atención requiere la implicación de todas las personas que intervienen en él prestando atención o recibéndola, y conseguir esta implicación solo 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 garantizarlo en beneficio de todas ellas. Esto significa que es necesario establecer un compromiso colectivo para articular esta red de relaciones, y asumir una responsabilidad compartida para alcanzar el objetivo.

• Dotación de recursos materiales y humanos

Como ocurre en la mayoría de los modelos orientados a la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida, el modelo propuesto solo puede implantarse en servicios que cuenten con una dotación de recursos materiales (espacios y equipamientos) y humanos que sea suficiente y adecuada, para contribuir no solo a prestar la atención en condiciones de seguridad y de bienestar básico, sino también a dar protagonismo a la creación y al mantenimiento de una red de relaciones genuinas. Más que como un componente del modelo, se configura como un prerrequisito, 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 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, familiares o allegadas en la atención y en la vida del servicio. Un liderazgo de esas características exige:

- Adoptar expresamente y llevar a la práctica una filosofía de la atención que valore la dimensión humana y las relaciones genuinas entre quienes conforman el servicio como comunidad de cuidados y promover una cultura centrada en esos valores.
- Adoptar una actitud abierta al cuestionamiento de las prácticas establecidas y 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.
- Promover un estilo de atención que favorezca la prestación de apoyos desde una perspectiva integral.
- Adoptar una forma de comunicación efectiva que garantice que los mensajes llegan a quienes tienen que llegar y son claros, sin ambigüedades ni contradicciones, y que se escucha y toma en consideración las opiniones de los miembros del equipo.
- Favorecer el flujo de información y la comunicación entre profesionales, en aras de reforzar la cohesión 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.
- Admitir expresamente los errores y reconocer los aciertos.
- Evaluar las actuaciones para conocer sus resultados y facilitar un *feedback*, no solo en respuesta a situaciones de crisis, sino de manera habitual, 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.

• 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 necesarias para establecer relaciones auténticas y empáticas. El aprendizaje de dichas habilidades debe integrarse 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 aquellas.

• Marco de actuación

El modelo se articula en torno al denominado Marco de Sensaciones, publicado por un grupo de investigadores de la Universidad de Sheffield bajo el título *The Senses Framework. improving care for older people through a relationship-centred approach* (Nolan *et al.*, 2006). que se describe en el apartado siguiente.

• 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.
- Un instrumento de diagnóstico, el Instrumento Perfiles de Calidad, directamente asociado en su concepción al Marco de Sensaciones.
- Un Grupo de Calidad basado en relaciones auténticas de cooperación, que se describe en el apartado 3.3.

3.2. El marco de actuación: Marco de Sensaciones

El Marco de Sensaciones parte de un postulado básico: solo puede considerarse que un servicio ofrece una atención de calidad si se configura como un contexto positivo en el que todas las personas que intervienen —usuarias, profesionales y familiares— perciben o experimentan, a través de las relaciones que tienen en él, un conjunto de sensaciones: seguridad, pertenencia, continuidad, propósito, plenitud y reconocimiento.

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 seis sensaciones 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.

Pensado inicialmente para su aplicación en residencias de personas mayores, el Marco de Sensaciones se ha aplicado desde entonces 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 también en unidades hospitalarias 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.

El carácter universal de las sensaciones articuladas en su marco dota al Marco de Sensaciones de una versatilidad que permite experimentarlo en cualquier ámbito de la atención, dado 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.

Para definir y caracterizar las sensaciones, el equipo dirigido por Nolan elaboró, sobre la base de las conclusiones alcanzadas en una revisión exhaustiva de la literatura especializada en materia de calidad de la atención y calidad de vida, y a partir también de los diversos pilotajes del Marco de Sensaciones, una serie de criterios que pretenden expresar en qué debe traducirse cada sensación para cada uno de los grupos de personas que participan en la atención. Se recogen en el cuadro 1.

Así formulado, el Marco de Sensaciones constituye una matriz muy amplia, y esa amplitud favorece su versatilidad, su capacidad de abarcar las percepciones subjetivas de todas las partes implicadas en la atención y su capacidad de adaptarse a servicios de diversa naturaleza y dirigidos a distintos grupos de población. Para su aplicación práctica, no obstante, requiere complementarse con directrices más específicas. Por esa razón, se han ido perfilando, tanto durante el diseño del Marco de Sensaciones como durante su pilotaje y aplicación en diversos contextos de atención, factores más concretos susceptibles de contribuir a alcanzar esas sensaciones. Estos factores son los que irán formulando, en forma de orientaciones, en los anexos al manual (de momento, solo existe el primer anexo, dedicado a los centros residenciales para personas mayores, pero progresivamente se irán sumando otros relativos a otros tipos de servicios).

3.3. Un método mixto para la implantación del modelo

Parte integrante del Modelo GIZAREA es el método de mejora continua de la calidad articulado para su implantación efectiva en los servicios. Este método combina tres elementos 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 elementos son: la adopción de un enfoque de Indagación Apreciativa, la aplicación de un

Cuadro 1. Marco de Sensaciones		
Sensación de seguridad	Para las personas usuarias	- Sentir que se atienden adecuadamente sus necesidades básicas, tanto físicas como psicológicas. - Sentirse seguras, no sentirse amenazadas ni vulneradas; no sentir dolor ni malestar. - Sentir que se les atiende de forma competente y con sensibilidad.
	Para las y los profesionales	- No sentirse censuradas ni amenazadas. - 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.
	Para las familias	- Sentirse capaces de cuidar bien, 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	Para las personas usuarias	- 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 profesionales que conoce.
	Para las y los profesionales	- 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 actualmente, con buenos modelos profesionales de referencia y conocer contextos positivos de atención. - 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).
	Para las familias	- 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	Para las personas usuarias	- Tener la oportunidad real de mantener o formar relaciones genuinas (auténticas), significativas y recíprocas. - Sentirse parte de una comunidad o de un grupo.
	Para las y los profesionales	- 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).
	Para las familias	- 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 con la persona usuaria.
Sensación de propósito	Para las personas usuarias	- Disfrutar de oportunidades para participar en actividades significativas, que les permitan pasar el tiempo de forma creativa o constructiva, que les 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 elegir entre distintas alternativas en diferentes situaciones.
	Para las y los profesionales	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.
	Para las familias	- 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	Para las personas usuarias	- 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 que se han marcado.
	Para las y los profesionales	- 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.
	Para las familias	- 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	Para las personas usuarias	- 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.
	Para las y los profesionales	- Sentir que su participación en el servicio se valora. - Sentir que su trabajo y su esfuerzo importan. - Sentir que sus ideas y propuestas inciden en la atención.
	Para las familias	- Sentir que los esfuerzos de cuidado que hace se valoran y se aprecian. - Sentir que su relación de cuidado contribuye a mejorarlas como personas.

Fuente: Nolan *et al.* (2006), traducción y adaptación propias

instrumento de diagnóstico sencillo, coherente con dicho enfoque, el Instrumento Perfiles de Calidad, y la constitución en los servicios de un Grupo de Calidad basado en relaciones auténticas de cooperación, cuya función es analizar, debatir y acordar alternativas de mejora para los aspectos identificados en el diagnóstico. Se describen a continuación.

3.3.1. Indagación Apreciativa

La metodología de la Indagación Apreciativa (Subirana y Cooperrider, 2013) se caracteriza por centrarse en los puntos fuertes, en los aspectos positivos de las organizaciones. Se opta por esta fórmula como alternativa a enfoques más orientados a la resolución de 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.

La Indagación Apreciativa parte de la premisa de que en toda organización o grupo, hay algo que funciona bien. Se trata de identificar qué es lo que funciona bien y qué es lo que hace que funcione bien, con dos finalidades: por un lado, reforzar esos aspectos positivos para afianzarlos, extenderlos y, en lo posible, 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.

No existe un único método para aplicar un enfoque de Indagación Apreciativa dirigido a la mejora de una organización, es una fórmula muy abierta. En su formulación original, presentaba tres fases, luego cuatro y actualmente se añade una fase suplementaria de carácter preliminar; se describen brevemente en el cuadro 2, con carácter meramente orientativo.

Para desarrollar un proceso de este tipo, 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, que esa función recaiga en una entidad externa a la organización cuyo cambio se desea promover plantea ciertas ventajas: 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 rutina 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 a la discusión resentimientos personales o preocupaciones asociadas a cada uno de los asuntos tratados y, en consecuencia, tendrán una posición de mayor neutralidad a la hora de mediar y facilitar el diálogo.

Cuadro 2. Fases del proceso de Indagación Apreciativa

FASE 1. Definir	Esta primera etapa tiene una doble finalidad: • Por un lado, clarificar a qué razones obedece la necesidad o el deseo de cambio y a qué objetivo general se dirige. • Dar tiempo a las personas que participan en el proceso para conocerse, comentar cuestiones relacionadas con el proceso y para imbuirse de 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 cuáles son los aspectos que mejor funcionan en diversas áreas del servicio. En el método de implantación que aquí se propone, esta fase se implementaría con la identificación de "eventos positivos" y la determinación de su frecuencia, mediante la aplicación del instrumento de diagnóstico Perfiles de Calidad.
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.
FASE 4. Diseñar	Esta fase consiste en diseñar el futuro a través del diálogo. Las personas participantes tratan de encontrar un terreno común a partir de los aspectos positivos identificados en la fase 2 y a 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 en realidad lo que han imaginado. En el método de implantación que aquí se propone, esta fase se desarrollaría en el marco del Grupo de Calidad.
FASE 5. Implementar	En esta última etapa, se trata de implementar los planes de acción, de 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 de la implementación de los acuerdos alcanzados en el Grupo de Calidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Subirana y Cooperrider (2013)

Dicho lo anterior, si el servicio o la entidad de la que depende cuenta, por ejemplo, con una persona profesional responsable de calidad o que, sin tener asignada esa función, es 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.

3.3.2. El Instrumento Perfiles de Calidad para la identificación de "eventos positivos" y la determinación de su frecuencia

De cara a la implantación del Modelo GIZAREA de Atención Centrada en las Relaciones en los servicios, es importante contar con un instrumento de diagnóstico que combine el Marco de Sensaciones y la metodología de Indagación Apreciativa, para así favorecer la coherencia del conjunto. El Instrumento CAREProfiles (Combined Assessment of Residential Environments) —que aquí se traduce libremente como Instrumento Perfiles de Calidad— reúne estas condiciones. Fue diseñado y pilotado en el Reino Unido, en diversos contextos residenciales, por un equipo compuesto por Faulkner, Davies, Nolan y Brown-Wilson; la participación de dos de los investigadores que idearon el Marco de Sensaciones garantiza la coherencia entre ambas iniciativas.

Por otra parte, 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 con que ocurren, debido al impacto directo que, según la literatura especializada, tienen en la calidad de vida. En el ámbito 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 consecuencias positivas, por cuanto producen sentimientos de felicidad, alegría o satisfacción personal. Dado que la denominación "evento positivo" es poco expresiva para muchas personas, se sustituye en el marco del proceso de aplicación del instrumento, por una referencia a eventos agradables, satisfactorios o importantes para la persona, con el fin de abarcar realmente 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, siendo todos ellos relevantes y significativos para la persona.

Lo que las personas perciben como eventos positivos varía de un individuo a otro y de una situación a otra, y varía también a lo largo del tiempo; 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. Para aumentar la probabilidad de que un evento responda a estas características, se aplican dos medidas:

- Por un lado, deben ser 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 experiencia propia 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 verificarse un fuerte consenso con respecto a su carácter positivo en la fase de identificación de los eventos.

Proceso de diseño

Aunque el Instrumento Perfiles de Calidad se diseñó inicialmente para su aplicación en residencias de personas mayores, el planteamiento del que parte es replicable en servicios de otra naturaleza y dirigidos a otros grupos de población. De ahí que sea necesario desarrollar un proceso de diseño similar al que se explica a continuación para los diferentes tipos de servicio; como resultado de esos procesos se obtendrán los cuestionarios aplicables a la realización del diagnóstico en cada uno de ellos.

En este apartado se describe brevemente el proceso de diseño que siguió el equipo investigador que desarrolló el instrumento. En él 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 procedió del siguiente modo:

- En primer lugar, era necesario identificar los eventos positivos, nombrarlos. Para ello, se pidió a las personas usuarias, profesionales y familiares participantes que identificaran los tipos de eventos que percibían como positivos por ser agradables, satisfactorios o importantes para ellas, pidiéndoles que respondieran a tres preguntas muy abiertas para evitar cualquier condicionamiento (cuadro 3).

El equipo investigador resumió las respuestas obtenidas en frases cortas descriptivas de los distintos eventos identificados y comprobó 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.

Cuadro 3. Cuestionario utilizado para la identificación de eventos positivos		
Preguntas para las personas residentes	Preguntas para las personas profesionales	Preguntas para familiares o personas allegadas
¿Qué cosas le parecen importantes en su vida en la residencia?	¿Qué cosas le parecen importantes en su trabajo en la residencia?	¿Qué cosas le parecen importantes en sus visitas a la residencia?
¿Qué le resulta satisfactorio en su vida en la residencia?	¿Qué le resulta satisfactorio en su trabajo en la residencia?	¿Qué le resulta satisfactorio en sus visitas a la residencia?
¿De qué cosas disfruta viviendo en la residencia?	¿De qué cosas disfruta trabajando en la residencia?	¿De qué cosas disfruta cuando visita la residencia?

Fuente: elaboración propia a partir de Faulkner y Davies (2006)

- Una vez identificados los eventos positivos, era necesario valorarlos. Para ello, 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. Una vez ordenados, el equipo investigador vinculó cada uno de los eventos de las tres listas a una de las seis 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 asignados a la sensación con la que se vinculaban. A partir de ahí, y con el fin de evitar cuestionarios excesivamente largos, se seleccionaron los cinco eventos considerados más importantes para cada una de las sensaciones en cada una de las tres listas, lo que dio como resultado tres listas de treinta ítems, dirigidos, respectivamente, a cada uno de los tres grupos.
- A partir de lo anterior, el equipo investigador reformuló los tres listados en forma de preguntas para obtener tres cuestionarios. 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 cinco niveles de frecuencia: "nunca", "rara vez", "algunas veces", "a menudo" o "siempre". También se añadiría la posibilidad de marcar las opciones "no aplicable" o "no sabe". Además de los ítems estructurados, se incluyeron tres preguntas abiertas para que las personas participantes tuvieran la opción de añadir comentarios adicionales, 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?

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 diagnóstico, consistente en 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). Dado que cada uno de los eventos de los cuestionarios está relacionado con alguna de las sensaciones del Marco de Sensaciones, el nivel de frecuencia del conjunto de eventos correspondientes a una misma sensación permite conocer en qué medida se garantiza cada una de las sensaciones en el servicio.

Proceso de aplicación

La aplicación del Instrumento de Perfiles de Calidad en un servicio se articula como sigue:

- **Selección del servicio.** Lo primero es seleccionar el servicio en el que se desea aplicar el instrumento para establecer el diagnóstico de situación (el perfil de frecuencia de eventos positivos en relación con cada una de las sensaciones del Marco de Sensaciones). Dado que este último y el propio instrumento 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 ya mencionado.
- **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, es esencial 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 en cualquier caso, no debe renunciarse a conocer su opinión sin haberlo intentado. En caso de que no sea posible, es necesario recurrir a un *proxy*, que, basándose en el conocimiento de la persona, trate de responder como lo hubiera hecho esta.

- 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 actividades.
- En el caso de las personas familiares o allegadas, conviene ofrecer la posibilidad de participar a quienes visitan el servicio con cierta asiduidad (en el caso de servicios residenciales, por lo menos seis visitas a lo largo del último mes; esta frecuencia sería más baja en servicios de otra naturaleza).
- **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 personas familiares o allegadas, puede hacerse, indistintamente, bien entregándoles o remitiéndoles el cuestionario 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 del que se trate en cada caso, mediante una escala de 5 puntos (de 0 a 4) que se hace corresponder a las respuestas de frecuencia previstas en los cuestionarios²:

De este modo, los ítems que obtienen una puntuación alta representan eventos positivos que se producen con mucha frecuencia; los que obtienen una puntuación baja representan eventos positivos que ocurren con baja frecuencia. Esto permite establecer un perfil de frecuencias de los eventos positivos experimentados por cada grupo, perfil que se expresa mediante los correspondientes gráficos, para mostrar visualmente 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). Como

ya se ha indicado, dado que los eventos positivos por los que se pregunta en los cuestionarios se vinculan a las distintas sensaciones del Marco de Sensaciones, su mayor o menor frecuencia permitirá indicar también en qué medida cada uno de los grupos experimenta cada una de las sensaciones.

En cuanto al análisis de las respuestas a las tres preguntas abiertas que cierran los cuestionarios, y destinadas a obtener una interpretación más precisa de cómo se sienten realmente las personas, conviene agruparlas por temas y verificar si guardan relación con ítems incluidos en los cuestionarios y reflejados en los perfiles de frecuencia o si tratan aspectos no analizados en dichos perfiles.

A partir del 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, se elabora un breve informe descriptivo de los aspectos que parecen funcionar bien en el servicio y de las áreas susceptibles de mejora, relacionándolos con las sensaciones del Marco de Sensaciones. El informe debe redactarse de forma clara y comprensible.

- **Devolución.** Hacer una devolución (*feedback*) a las personas usuarias, profesionales y familiares forma parte integrante del proceso de aplicación del instrumento. Aunque la forma de hacerlo puede variar entre los servicios y también en función de si la realiza un agente externo o se hace en el marco de una autoevaluación, la experiencia de la aplicación del instrumento en otros contextos geográficos permite sugerir algunas orientaciones:
 - 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 y estar en formato accesible.
 - Es importante que todas las personas 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.

3.3.3. Un grupo de calidad basado en relaciones auténticas de cooperación para idear mejoras

Una vez que se cuenta con un diagnóstico reflejado en perfiles de calidad, elaborado a partir de la frecuencia de eventos positivos percibidos o experimentados por las personas usuarias, profesionales y familiares, y asociado al Marco de Sensaciones, debe procederse al análisis de esa información, al debate en torno a las cuestiones que plantea y al acuerdo de acciones que

² 0 = nunca; 1 = rara vez; 2 = algunas veces; 3 = a menudo y 4 = siempre.

permitan afianzar lo que funciona bien en el servicio y, sobre esa base, idear mejoras para los aspectos que funcionan peor.

Esas funciones de análisis, debate y acuerdo deben recaer en un Grupo de Calidad. En el Modelo GIZAREA, se ha optado por una modalidad específica, el Grupo de Calidad basado en relaciones auténticas de cooperación, porque refleja el carácter esencial de lo relacional, pero sobre todo porque esta propuesta, liderada por la Alianza para la Cooperación en la Atención a la Demencia (Partnerships in Dementia Care Alliance) de Canadá, bajo la denominación *authentic partnerships* (Dupuis *et al.*, 2016), se inspira en el Marco de Sensaciones, lo que permite reforzar la coherencia entre los distintos componentes del método mixto propuesto para la implantación del modelo.

El Grupo de Calidad 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. Los principios que rigen su funcionamiento se recogen en el cuadro 4.

Para que la aplicación de los tres principios que rigen el funcionamiento del grupo, es indispensable que converjan una serie de condiciones susceptibles de permitir y favorecer el establecimiento de relaciones genuinas de colaboración con carácter duradero entre los miembros 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 proceso de mejora.
- Debatir y determinar los papeles, 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 prestar atención a los puntos de vista y opiniones de los demás.
- Tratar de conectar emocionalmente, prestando atención a las emociones de las demás personas y siendo consciente de las propias.

Cuadro 4. Principios rectores del funcionamiento del Grupo de Calidad

Respeto	Cada miembro debe mostrar interés y respeto por el bienestar general del grupo, el propio y el de las demás personas participantes, teniendo presente en todo momento la dimensión personal, humana. Esto conlleva: • Reconocer y defender los derechos individuales, en particular, el derecho a la dignidad y a la autodeterminación de todos los miembros del grupo. • Valorar las aportaciones de los demás y sentir que se valoran las aportaciones propias, con el fin de que todos los miembros del grupo sientan realmente que son una parte integral del proceso de reflexión y debate y que nadie les juzga. • Esforzarse por conocer realmente a las demás personas y permitir que le conozcan y, al hacerlo, ser consciente del carácter único de cada individuo.
Establecimiento de relaciones sinérgicas	Debe establecerse una forma de relación basada en la colaboración y en el aprendizaje compartido, que conduzca a que el conocimiento del grupo sea mayor que la suma de conocimientos y habilidades de todos sus miembros. Para ello, es necesario: • Reconocer y valorar la conexión entre las personas y establecer relaciones caracterizadas por la interdependencia y la reciprocidad. • Incluir a todas las partes interesadas en un plano de igualdad. • Valorar la diversidad del grupo, integrando todo lo que cada miembro aporta para generar nuevas ideas y formas alternativas y creativas de hacer las cosas.
Concentración en el proceso	Consiste en centrar la atención en las oportunidades que genera el propio proceso de reflexión y debate en el seno del grupo para introducir modificaciones y aportar respuestas creativas a constataciones que emergen durante su actividad, en lugar de definir de antemano los resultados que se desean alcanzar y avanzar ciegamente hacia ellos, sin tomarse 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. • Tener la mente abierta a nuevas posibilidades y favorecer la creatividad y el diseño de alternativas no estandarizadas a la hora de buscar soluciones de mejora. • Aprender de los errores.

Fuente: elaboración propia a partir de Dupuis *et al.* (2012)

- **Crear un espacio adecuado:**
 - Disponer de un espacio seguro y cómodo en el que todos los 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.
 - 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.
- **Valorar los diversos puntos de vista:**
 - Mostrar claramente que todas las voces cuentan y asegurarse de que se escuchan, se entienden y se incluyen todas las perspectivas y, para ello, animar a todos los miembros 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.
 - Mostrar curiosidad por los puntos de vista, los sentimientos, las experiencias y percepciones de los demás miembros de grupo y mostrar disposición para debatir diferencias de opinión de forma abierta y tratar de consensuar soluciones.
 - Ofrecer 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.
- **Establecer y mantener una comunicación abierta:**
 - Asumir que la comunicación es un proceso dinámico bidireccional, que incluye todas las formas verbales y no verbales, así como la escucha activa.
 - Ofrecer 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.
- Utilizar un lenguaje accesible, sin jergas ni tecnicismos.
 - Mostrar honestidad y sinceridad en el diálogo.
 - Tratar de mantener implicados a todos los miembros del grupo.
 - Levantar acta de las cuestiones que se van tratando y decidiendo, para que exista una continuidad en las discusiones y para que, sea cual sea el acuerdo, quede constancia de los argumentos que llevaron a adoptarlo.
 - Tratar de clarificar siempre el sentido de lo que se dice, para evitar distintas interpretaciones.
- **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.

3.3.4. Seguimiento e intercambio de experiencias

Es indispensable establecer 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, con el fin de garantizar su integración en el funcionamiento habitual y su sostenibilidad en el tiempo. En la red foral de servicios sociales de Álava, esta función de seguimiento recae en el Grupo Impulsor GIZAREA.

La información así obtenida constituye un recurso muy valioso para facilitar el intercambio de experiencias, una fuente de inspiración susceptible de ayudar al conjunto de los servicios en su propia evolución, de modo que conviene facilitar el acceso a ella. Para hacerlo posible, en la sección dedicada a GIZAREA en la web foral Calidad de la Atención en los Servicios Sociales, se ha integrado un apartado específico sobre implantación³, al que se irán incorporando las diversas experiencias desarrolladas, los acuerdos de cambio y mejora aplicados y los resultados alcanzados, para que puedan ser consultados por las personas interesadas de cara a la implementación de sus propios procesos de mejora.

³ <https://www.ifbscalidad.eus/es/gizarea/implantaciones/>.

Bibliografía referenciada

- DUPUIS, S. L. *et al.* (2012): "Moving beyond patient and client approaches: mobilizing 'authentic partnerships' in dementia care support and services", *Dementia*, vol. 11, n.º 4, pp. 427-452, <<https://doi.org/10.1177/1471301211421063>>.
- FAULKNER, M. y DAVIES, S. (2006): "The CARE (Combined Assessment of Residential Environments) profiles: a new approach to improving quality in care homes", *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research*, vol. 7, n.º 3, pp. 15-25, <<https://doi.org/10.1108/14717794200600016>>.
- FAULKNER, M.; DAVIES, S. y NOLAN, M. (2006): "Evaluating positive events in care homes: a case study using the CARE profiling tool", *International Journal of Disability and Human Development*, vol. 5, n.º 1, pp. 35-44, <<https://doi.org/10.1515/IJDHD.2006.5.1.35>>.
- FAULKNER, M.; DAVIES, S.; NOLAN, M. y BROWN-WILSON, C. (2006): "Development of the combined assessment of residential environments (CARE) profiles", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 55, n.º 6, pp. 664-677, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03967.x>>.
- NOLAN, M.; BROWN, J.; DAVIES, S.; NOLAN, J. y KEADY, J. (2006): *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*, serie Getting Research into Practice (GRIP) Reports, n.º 2, Sheffield, University of Sheffield, <<https://core.ac.uk/download/pdf/99946.pdf>>.
- PEARSON, A. (2006): "Powerful caring", *Nursing Standard*, vol. 20, n.º 48, pp. 20-22, <<https://doi.org/10.7748/ns.20.48.20.s24>>.
- SIIS SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2023a): *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones. Aproximación teórica y diseño de un modelo de atención*, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, <<https://www.ifbscalidad.eus/es/iniciativas/manual-sobre-atencion-centrada-en-las-relaciones-aproximacion-teorica-y-diseno-de-un-modelo-de-atencion-gizarea/52/>>.
- (2023b): *Manual sobre Atención Centrada en las Relaciones. Anexo 1. Orientaciones para su implantación en los centros residenciales de personas mayores*, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, <<https://www.ifbscalidad.eus/es/iniciativas/manual-sobre-atencion-centrada-en-las-relaciones-gizarea-anexo-1-orientaciones-para-su-implantacion-en-centros-residenciales-de-personas-mayores/57/>>.
- SUBIRANA, M. y COOPERRIDER, D. L. (2013): *Indagación Apreciativa. Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*, Kairos, Barcelona.

Otra bibliografía consultada

- BEACH, M. C.; INUI, T. y RELATIONSHIP-CENTERED CARE RESEARCH NETWORK (2006): "Relationship-centered care: a constructive reframing", *Journal of General Internal Medicine*, n.º 21, supl. 1, pp. S3-S8, <<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>>.
- BOWERS, B. J.; FIBICH, B. y JACOBSON, N. (2001): "Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort: understanding nursing home residents' definitions of quality", *The Gerontologist*, vol. 41, n.º 4, pp. 539-545, <<https://doi.org/10.1093/geront/41.4.539>>.
- BOWKER, L. (1982): *Humanizing institutions for the aged*, Lexington, Lexington Books.

- BRODY, H. (1995): "Relationship-centered care: beyond the finishing school", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 8, n.º 5, pp. 416-418.
- BROWN, J.; NOLAN, M. y 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*, Buckingham, Open University Press.
- BROWN WILSON, C. (2007): *Exploring relationships in care homes. A constructivist inquiry* [tesis doctoral], University of Sheffield, <https://etheses.whiterose.ac.uk/14909/1/445118_vol1.pdf>.
- (2009): "Developing community in care homes through a relationship-centred approach", *Health and Social Care in the Community*, vol. 17, n.º 2, pp. 177-186, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00815.x>.
- BROWN WILSON, C. y DAVIES, S. (2009): "Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, n.º 12, pp. 1746-1755, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02748.x>.
- BROWN WILSON, C.; SWARBRICK, C.; PILLING, M. y KEADY, J. (2012): "The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, pp. 77-90, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05992.x>.
- BURGIO, L. D.; FISHER, S. E.; FAIRCHILD, J. K.; SCILLEY, K. y HARDIN, J. M. (2004): "Quality of care in the nursing home: effects of staff assignment and work shift", *The Gerontologist*, vol. 44, n.º 3, pp. 368-377, <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.368>.
- DAVIES, S. (2001): "The care needs of older people and family caregivers in continuing care settings", en NOLAN, M.; DAVIES, S. y GRANT, G. (eds.), *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*, Buckingham, Open University Press.
- (2003): "Creating community: the basis for caring partnerships in nursing homes", en NOLAN, M.; LUNDH, U.; GRANT, G. y KEADY, J. (eds.), *Partnerships in family care*, Maidenhead, Open University Press, pp. 218-237.
- DAVIES, S. y BROWN WILSON, C. (2007): "Creating a sense of community", en THE NATIONAL CARE HOMES RESEARCH AND DEVELOPMENT FORUM, *"My home life", quality of life in care homes: a review of the literature*, Londres, Help the Aged, <https://myhomelife.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/mhl_review.pdf>.
- DAVIES, S.; POWELL, A. y AVEYARD, B. (2002): "Developing continuing care: towards a teaching nursing home", *British Journal of Nursing*, vol. 11, n.º 20, pp. 1320-1328, <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.20.10772>.
- DEFORGE, R.; VAN WYK, P.; HALL, J. y SALMONI, A. (2011): "Afraid to care; unable to care: a critical ethnography within a long-term care home", *Journal of Aging Studies*, vol. 25, n.º 4, pp. 415-426, <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.04.001>.
- DEUTSCHMAN, M. (2001): "Interventions to nurture excellence in the nursing home culture", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 27, n.º 8, pp. 37-43, <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20010801-11>.
- DE WITT, L. y FORTUNE, D. (2017): "Relationship-centered dementia care: insights from a community-based culture change coalition", *Dementia*, vol. 18, n.º 3, pp. 1146-1165, <https://doi.org/10.1177/1471301217708814>.
- DEWAR, B. (2012): "Using creative methods in practice development to understand and develop compassionate care", *International Practice Development Journal*, vol. 2, n.º 1, art. 2, <https://www.fons.org/library/journal/volume2-issue1/article2/>.
- DEWAR, B. y KENNEDY, C. (2016): "Strategies for enhancing 'person knowledge' in older people care setting", *Western Journal of Nursing Research*, vol. 38, n.º 11, pp. 1469-1488, <https://doi.org/10.1177/0193945916641939>.
- DEWAR, B.; MACKAY, R.; SMITH, S.; PULLIN, S. y 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*, vol. 15, n.º 1, pp. 29-41, <https://doi.org/10.1177/1744987109352932>.
- DEWAR, B. y NOLAN, M. (2013): "Caring about caring: developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, n.º 9, pp. 1247-1258, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008>.
- DEWAR, B.; PULLIN, S. y TOCHERIS, R. (2011): "Valuing compassion through definition and measurement", *Nursing Management*, vol. 17, n.º 9, pp. 32-37, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21473217/>.
- DUPUIS, S.; MCAINEY, C.; FORTUNE, D.; PLOEG, J. y DE WITT, L. (2016): "Theoretical foundations guiding culture change: the work of the partnerships in Dementia Care Alliance", *Dementia*, vol. 15, n.º 1, pp. 85-105, <https://doi.org/10.1177/1471301213518935>.
- ENGEL, G. L. (1992): "How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view", *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 57, n.º 1-2, pp. 3-16, <https://doi.org/10.1159/000288568>.
- FAGAN, R. M. (2003). "Pioneer network: changing the culture of aging in America", *Journal of Social Work in Long-Term Care*, vol. 2, n.º 1-2, pp. 125-140, <https://doi.org/10.1300/J181v02n01_09>.
- FARRELL D. (2007): "Consistent assignment: a key step to individualized care", *FastFacts Resources for Nursing Home Professionals*, n.º 21, <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-FF21ConsistentAssignment.pdf>
- FAULKNER, M. (2001): "A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, n.º 5, pp. 676-686, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01797.x>.
- FERGUSON, H.; WARWICK, L. DISNEY, T.; LEIGH, J.; COONER, T. S. y BEDDOE, L. (2022): "Relationship-based practice and the creation of therapeutic change

- in long-term work: social work as a holding relationship", *Social Work Education*, vol. 41, n.º 2, pp. 209-227, <<https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1837105>>.
- GAUGLER, J. E. y EWEN, H. H. (2005): "Building relationships in residential long-term care. Determinants of staff attitudes toward family members", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 31, n.º 9, pp. 19-26, <<https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050901-06>>.
- GOODRICH, J. y CORNWELL, J. (2008): *Seeing the person in the patient*, serie The Point of Care Review Papers, Londres, The King's Fund.
- 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, n.º 1, pp. 13-34, <<https://js.sagamorepub.com/index.php/trj/article/view/2709>>.
- HINGLEY-JONES, H. y RUCH, G. (2016): "'Stumbling through'? Relationship-based social work practice in austere times", *Journal of Social Work Practice*, vol. 30, n.º 3, pp. 235-248, <<https://doi.org/10.1080/02650533.2016.1215975>>.
- HOLSTEIN, M. B.; MINKLER, M. (2003): "Self, society and the 'new gerontology'", *The Gerontologist*, vol. 43, n.º 6, pp. 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*, Nueva York, Springer.
- KANE, R. A. y CAPLAN, A. L. (eds.) (1990): *Everyday ethics. Resolving dilemmas in nursing home life*, Nueva York, Springer.
- KANE, R. A. et al. (2003): "Quality of life measures for nursing home residents", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 58, n.º 3, pp. 240-248, <<https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M240>>.
- KITWOOD, T. (1997): *Dementia reconsidered. The person comes first*, serie Rethinking Aging, Maidenhead, Open University Press.
- MANNING-WALSH, J.; WAGENFELD-HEINTZ, E.; ASMUS, A.; CHAMBERS, M.; REED, W. y WYLIE, J. (2004): "Relationship-centered care: the expanding cup model", *International Journal for Human Caring*, vol. 8, n.º 2, pp. 26-31.
- MCCORMACK, C. (2002): "Nursing autonomy as relational", *Nursing Ethics*, vol. 9, n.º 2, pp. 194-201, <<https://doi.org/10.1191/0969733002ne498oa>>.
- MCCORMACK, B. (2002): *Negotiating partnership with older people. A person-centred approach*, Aldershot, Ashgate.
- (2004): "Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature", *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, n.º 3a, pp. 31-38, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>>.
- MCGILTON, K. S. y BOSCAR, V. M. (2007): "Close care provider-resident relationships in long-term care environments", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, n.º 11, pp. 2149-2157, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01636.x>>.
- MCGILTON, K. S.; O'BRIEN-PALLAS, L. L.; DARLINGTON, G.; EVANS, M.; WYNN, F. y PRINGLE, D. M. (2003): "Effects of a relationship-enhancing program of care on outcomes", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 35, n.º 2, pp. 151-156, <<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00151.x>>.
- MURPHY, D.; DUGGAN, M. y JOSEPH, S. (2012): "Relationship-based social work and its compatibility with the person-centred approach: principled versus instrumental perspectives", *British Journal of Social Work*, vol. 43, n.º 4, pp. 703-719, <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs003>>.
- NOLAN, M.; DAVIES, S. y BROWN, J. (2006): "Transitions in care homes: towards relationship-centred care using the 'Senses Framework'", *Quality in Aging: Policy, Practice and Research*, vol. 7, n.º 3, pp. 5-14, <<https://doi.org/10.1108/14717794200600015>>.
- NOLAN, M.; DAVIES, S.; BROWN, J.; KEADY, J. y NOLAN, J. (2004): "Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 13, pp. 45-53, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>>.
- NOLAN, M.; DAVIES, S. y GRANT, G. (eds.) (2001): *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*, Buckingham, Open University Press.
- NOLAN, M. R. y KEADY, J. (1996): "Training in long-term care: the road to better quality", *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 6, n.º 4, pp. 333-342, <<https://doi.org/10.1017/S095925980002355>>.
- NOLAN, M.; KEADY, J. y AVEYARD, B. (2001): "Relationship-centred care is the next logical step", *British Journal of Nursing*, vol. 10, n.º 12, p. 757, <<https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.12.12336>>.
- OWEN, T. et al. (2012): *My home life: promoting quality of life in care homes*, York, Joseph Rowntree Foundation, <<https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21005/1/care-home-quality-of-life-full.pdf>>.
- PARKER, V. A. (2002): "Connecting relational work and workgroup context in caregiving organizations", *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 38, n.º 3, pp. 276-297, <<https://doi.org/10.1177/0021886302038003002>>.
- PATCHNER, M. A. y PATCHNER, L. S. (1993): "Essential staffing for improved nursing home care: the permanent assignment model", *Nursing Homes*, vol. 42, n.º 5, pp. 37-39, <<https://www.thefreelibrary.com/Essential+staffing+for+improved+nursing+home+care%3A+the+permanent...-a014174407>>.
- PEACE, S. y HOLLAND, C. (2001): "Homely residential care: a contradiction in terms?", *Journal of Social Policy*, vol. 30, n.º 3, pp. 393-410, <<https://doi.org/10.1017/S004727940100633X>>.
- 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/publications/health-professions-education-and-relationship-centered-care>>.
- RAHMAN, A.; STRAKER, J. K. y MANNING, L. (2009): "Staff assignment practices in nursing homes: review of the literature", *Journal of the American Medical*

- Directors Association, enero, pp. 4-10, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.08.010>>.
- REED, J. (2007): *Appreciative inquiry. Research for change*, Londres, Sage.
- REED, J.; COOK, G.; CBILDS, S. y HALL, A. (2003): "Getting old is not for cowards": comfortable, healthy ageing", *Nursing Older People*, vol. 16, n.º 2, p. 34, <<https://doi.org/10.7748/nop.16.2.34.s19>>.
- RIDER, E. (2011): "Advanced communication strategies for relationship-centered care", *Pediatric Annals*, vol. 40, n.º 9, pp. 447-453, <<https://doi.org/10.3928/00904481-20110815-08>>.
- RIESS, H. (2017): "The science of empathy", *Journal of Patient Experience*, vol. 4, n.º 2, pp. 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*, vol. 43, n.º 1, pp. 61-82, <https://doi.org/10.1300/J083v43n01_06>.
- RONCH, J. L. y WEINER, A. S. (2013): *Culture change in elder care*, serie Leading Principles and Practices in Elder Care, Baltimore, Health Professions Press.
- RYAN, T. (2022): "Facilitators of person and relationship-centred care in nursing", *Nursing Open*, vol. 9, n.º 2, pp. 892-899, <<https://doi.org/10.1002/nop2.1083>>.
- RYAN, T.; NOLAN, M.; REID, D. y ENDERBY, P. (2008): "Using the senses framework to achieve relationship-centred dementia care services. A case example", *Dementia*, vol. 7, n.º 1, pp. 71-95, <<https://doi.org/10.1177/1471301207085368>>.
- SAFRAN, D. G.; MILLER, W. y BECKMAN, H. (2006): "Organizational dimensions of relationship-centered care. Theory, evidence and practice", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, n.º 51, pp. S9-S15, <<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x>>.
- SANDBERG, J.; NOLAN, M. R. y 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*, vol. 39, n.º 5, pp. 507-515, <[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00056-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00056-6)>.
- SCHEFFELAAR, A.; BOS, N.; HENDRIKS, M.; VAN DULMEN, S. y LUIJKX, K. (2018): "Determinants of the quality of care relationships in long-term care – a participatory study", *BMC Health Services Research*, vol. 18, n.º 903, <<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3704-7>>.
- 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, n.º 2. Donostia-San Sebastián, <<https://www.siiis.net/documentos/ficha/179560.pdf>>.
- (2009): *Garantía de calidad – Kalitea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*, serie Zainduz Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga, n.º 1, Donostia-San Sebastián, <<https://www.siiis.net/documentos/ficha/139925.pdf>>.
- SMITH, S.; DEWAR, B.; PULLIN, S. y TOCHER, R. (2010): "Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 5, n.º 2, pp. 128-136, <<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00224.x>>.
- STEWART, H.; ALI-KNIGHT, J.; SMITH, S. y 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*, vol. 26, pp. 157-175, <<https://doi.org/10.3727/152599521X16192004803683>>.
- SUCHMAN, A. L. (2006): "A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, n.º 51, pp. 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*, Londres, Help the Aged, <https://myhomelife.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/mhl_review.pdf>.
- TRESOLINI, C. P. y THE PEW-FETZER TASK FORCE (1994): *Health professions education and relationship-centered care*, San Francisco, Pew Health Professions Commission, <https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/tx_tcfiledownload/RelationshipCentered_07.pdf>.
- 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*, vol. 18, n.º 2, pp. 545-566, <<https://doi.org/10.1177/1471301216682880>>.
- WILLIAMS, B. y GRANT, G. (1998): "Defining 'people-centredness': making the implicit explicit", *Health and Social Care in the Community*, vol. 6, pp. 84-94, <<https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.1998.00101.x>>.
- WILLIAMS, S.; NOLAN, M. y 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*, vol. 10, n.º 3, pp. 44-55, <<https://doi.org/10.1108/14717794200900024>>.
- ZAUTRA, A. J.; GUARNACCIA, C. A. y DOHRENWEND, B. P. (1986): "Measuring small life events", *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, n.º 3, pp. 629-655, <<https://doi.org/10.1007/BF00931340>>.
- ZAUTRA, A. J. y REICH, J. W. (1981): "Positive events and quality of life", *Evaluation and Program Planning*, 4, n.º 3-4, pp. 355-361, <[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(81\)90034-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(81)90034-3)>.