

Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores

Model evolution residential care, a proposed senior center

África Miralles Rojano¹
Cristina Rey Reñones²

1. Graduada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
2. Profesora de la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. Dirección adjunta del Camp de Tarragona. Institut Calatà de la Salut.

Correspondencia:

África Miralles Rojano
c/ Francesc Roca i Sans, 14
43800 Valls (Tarragona)
Tel.: 651 94 96 53
E-mail: afri_j4m@hotmail.com

RESUMEN

El envejecimiento demográfico y el cambio en las características de la persona mayor hacen necesaria la creación de centros que otorguen un papel central a la persona. La tendencia internacional aboga por modelos residenciales centrados en la persona, aunque en España todavía se centran en los servicios.

Objetivo: proponer un centro de mayores dentro del marco del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona.

Metodología: investigación cualitativa a través de observación participante en diversos centros residenciales y revisión bibliográfica.

Resultados: este estudio propone un centro de mayores, con características de hogar, donde se pone énfasis en la biografía, capacidades y necesidades de los usuarios.

Conclusiones: un centro basado en el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, mejora la independencia y la calidad de vida de los residentes.

PALABRAS CLAVE: enfermería geriátrica, envejecimiento, hospitales geriátricos, viviendas para ancianos, relaciones familiares, asistencia a los ancianos.

ABSTRACT

Demographic aging and changes of elder people characteristics necessitate the creation of centers that give a central role to the person. International trends call for residential models centered onto the person, but in Spain they are still focused on services.

This study aims to propose an elderly center within the framework of Integral Attention Person-centered Model.

Methodology: Qualitative research through participant observation in various elderly centers and bibliographic revision.

Results: This study proposes an elderly center with home features where emphasis is placed on people biography and the abilities and needs of the users.

Conclusions: a center based on Integral Care Person Centered model, improve independence and quality of life of residents.

KEYWORDS: geriatric nursing, aging, elderly, geriatric hospitals, nursing homes, family relationships, care for the elderly.

■ INTRODUCCIÓN

Se entiende como envejecimiento el proceso biológico, natural y continuo que afecta a todos los individuos. Es un proceso universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Está sujeto al contexto social y conlleva unas consecuencias y significados muy diferentes según el momento y el lugar en que se viva. Hace referencia a cambios propios de la edad y no significa necesariamente discapacidad ni dependencia, aunque la primera predispone con más facilidad a la siguiente^{1,2}.

El envejecimiento de la población no debe ignorarse. España ocupa el cuarto lugar entre los países más envejecidos del mundo. Según el censo de 2011, el 17,3% de la población española era mayor de 65 años, aumentando en un 5,2% la proporción de octogenarios³. Se está ganando vida en edades avanzadas. Las previsiones para España señalan que en 2050 habrá 16 millones de personas mayores, un 30% de la población total⁴.

El perfil de la persona mayor está cambiando; es más asertiva y comunicativa en sus necesidades, tiene más formación y ha desarrollado

habilidades de consumidores exigentes. Su opción predilecta es vivir en casa y cuando no sea posible, en un alojamiento con características de hogar, donde se le considere como persona única y se le trate a partir de sus capacidades, se facilite la participación familiar, disponga de profesionales cualificados, cuenten con un diseño amigable con la edad, se dé soporte a su autonomía e independencia y cuente con actividades abiertas a la comunidad. Satisfacer estas demandas se puede llevar a cabo adoptando modelos más humanistas que consideren a la persona mayor en su rol de asesor y consultor y como agente activo en la gestión de sus cuidados^{4,5}.

Pilar Rodríguez Rodríguez, presidenta de la Fundación Pílares, ha dado nombre a un nuevo modelo llamado de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), el cual se define como “*el que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva*”⁶. Con el fin de orientar la intervención, destacan siete principios rectores de: 1) autonomía, 2) participación, 3) integralidad, 4) individualidad e intimidad, 5) integración social, 6) independen-

cia y bienestar y 7) continuidad en los cuidados. De ellos derivan criterios técnicos que rigen actuaciones profesionales⁷.

La principal característica de estos modelos es que reconocen el papel central de la persona en su atención y proponen estrategias para que ella ejerza el control sobre lo que le afecta⁸. Lo contrario ocurre en modelos orientados en los servicios, donde el sujeto tiene un papel pasivo como receptor de servicios, y son los profesionales quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales⁷.

Tradicionalmente, España partía de un modelo de atención basado en la atención familiar. Actualmente, predomina un modelo orientado hacia la eficiencia organizativa influido por decisiones políticas donde se afrontan los retos del envejecimiento mediante programas orientados a cubrir las necesidades de salud de los ancianos^{9,10}. Las residencias están lejos de los tenebrosos asilos, pero no son hogares, se sitúan en un punto intermedio entre ambos¹¹. Están empezando a fraguarse nuevos modelos que permitan trasladar el enfoque de la atención centrada en la persona a la realidad española¹². Con proyectos como el que se está llevando a cabo en el País Vasco, “Etxean Ondo residencias y centros de día” se pretende transformar el modelo de atención tradicional, creando unidades de convivencia y desarrollando actividades cotidianas que posibiliten la puesta en marcha de estilos de atención favorecedores de la autonomía y el bienestar basándose en las necesidades, capacidades y preferencias de los residentes¹³. Otro ejemplo sería el de la residencia “Los Royales” de Soria, que ha creado un centro multiservicios, abierto, flexible, que atiende las necesidades de los mayores y permite introducir las unidades de convivencia¹⁴.

Esto ocurre en sintonía con las tendencias internacionales donde destaca el modelo *Housing*, que apuesta por apoyos y recursos que permitan a las personas mayores seguir en su casa, incluso con niveles importantes de dependencia, y cuando no puedan seguir viviendo en ella, en alojamientos lo más parecidos. Estas tendencias indican una evolución en los alojamientos, enfatizando en modelos de viviendas donde residen pequeños grupos que permiten a la persona mayor sentirse como en su casa, donde se dispensan cuidados integrales desde un ambiente que “parezca y funcione” como un hogar. Se diferencian de las residencias convencionales en el modelo de atención, marcado por la personalización, las actividades cotidianas con función terapéutica, la involucración familiar y la flexibilidad, también en el diseño contando con un ambiente hogareño, decoración personal y equilibrio entre la intimidad y lugares comunes de tipo doméstico, para actividades y relacional^{12,15}.

El tipo de alojamiento más extendido en el norte de Europa y América del Norte son las unidades de convivencia. Apuestan por un modo de vida parecido al hogar, un abordaje terapéutico desde la realización de actividades cotidianas y significativas, atención personalizada desde los derechos y deseos de la persona, apoyo individual, dispensación de servicios sociales y sanitarios, atención profesional 24 horas y otorgan un papel central a la familia. La evidencia científica y los deseos de la población mayor la convierten en una alternativa a las clásicas residencias^{7,8}.

En España se está desarrollando un modelo centrado en la prestación de servicios, el cual ha llegado a su máxima expansión, por lo que se hace necesaria la reorientación hacia aspectos cualitativos y no cuantitativos, así como realizar cambios para que los servicios y recursos giren en torno a la calidad de vida, ubicando en el eje central a la persona. El firme convencimiento respecto a la idoneidad de los nuevos modelos centrados en la persona nos llevan a plantear como objetivo proponer un centro de mayores dentro del marco del mo-

delo de atención integral centrado en la persona según define Pilar Rodríguez Rodríguez y la bibliografía consultada.

MÉTODOS

- Investigación cualitativa a través de una observación participante durante visitas a los centros Trabensol en Torremocha del Jarama (Madrid) y STS Vitabitat en Salou (Tarragona), para conocer *in situ* nuevos modelos residenciales. Se elabora un guión, se recogen notas de campo que se contrastan con las entrevistas semiestructuradas, y posteriormente se realiza una triangulación de la observación participante, las entrevistas y la revisión bibliográfica.
- Revisión bibliográfica para conocer cambios sociodemográficos, conceptos, deseos de las personas mayores, modelo residencial español, modelo de atención integral centrado en la persona y comparativa con el centrado en los servicios, tendencias internacionales en alojamientos para personas mayores e información para conocer las bases para una propuesta de nuevo centro residencial. Realizada a través de las bases de datos Scielo y Dialnet utilizando las palabras clave “envejecimiento” y “geriátricos”, utilizando operadores booleanos y raíces semánticas. También se analizaron las páginas web:
 - Fundación Pílares que centra su actividad en la atención centrada en la persona.
 - Instituto de Mayores y Servicios Sociales y el Instituto Nacional de Estadística.

RESULTADOS

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales define residencias para personas mayores como “centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan estos servicios”¹⁶.

Diversos estudios recogen como rasgos básicos de una residencia ideal que esté ubicada cerca del entorno de procedencia para poder mantener vínculos y redes sociales, flexibilidad horaria, espacios personalizados con objetos propios, equipamientos confortables y hogareños, amplitud de servicios de ocio, respeto a su biografía y gustos y dedicación del personal¹⁷.

Según diferentes estudios, España es el país menos partidario de ser atendidos en alojamientos sociales, entre otras razones porque no se han actualizado las características organizativas, lo que dificulta una atención personalizada^{17,18}.

A continuación se propone un centro residencial adaptado al modelo de AICP.

ARQUITECTURA Y DISEÑO

ESTRUCTURA FÍSICA

Se propone un centro compuesto por cuatro unidades de convivencia, de no más de 12 personas cada una, conectadas entre sí y diferenciadas por colores, con baños adaptados y espacios comunes. Además, contará con zonas compartidas por las unidades de convivencia, salas de actividades, visitas, fisioterapia, lectura, gimnasio, jardín, salón multiusos, cafetería-comedor, conserjería, zona administrativa. Otra sección será la zona de servicios, que se situará en una zona donde los residentes no

tengan acceso. Servicios de lavandería y mantenimiento serán contratados a empresas externas.

UBICACIÓN

Estará ubicado en un lugar cercano a quienes los van a ocupar, bien comunicado y de fácil acceso a entornos naturales. Una buena ubicación sería próxima a un colegio infantil, lo que favorecería las relaciones generacionales, pudiendo compartir espacios como el patio. Otra ubicación más beneficiosa económicamente sería próxima a un centro ya consolidado, así compartirían compras de aprovisionamiento, salas y servicios.

DISEÑO Y EQUIPAMIENTO

Dimensiones “domésticas” que permitan la movilidad con sillas de ruedas, con equipamiento similar a un hogar, decorado al gusto de los residentes, combinará intimidad, interacción social y desarrollo de actividades cotidianas. Habitaciones exteriores que favorezcan la entrada de luz natural, se personalizarán con objetos propios creando continuidad con la vida anterior. Estarán equipadas con camas articuladas, elementos de alarma y baño geriátrico.

ACCESIBILIDAD

Se evitará el uso de escaleras y rampas pronunciadas. Pasillos anchos y con pasamanos, con bancos cada 10-12 metros. Puertas amplias y correderas. Orientado para aprovechar las horas de luz, utilizándose claraboyas y ventanales. Se minimizarán los ruidos y olores, dispondrá de climatización interior. Contará con visibilidad del exterior; así, los pasillos acabarán en ventanales, lo que fomentará un continuo contacto con el exterior. Se crearán como medias paredes, lo que permitirá premirar un espacio antes de entrar.

El exterior estará compuesto por jardines con diferentes espacios, senderos, barbacoa, zona para niños, combinación de sombra y sol, fuentes, algún animal doméstico y zonas para descansar.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

El centro funcionará basándose en el respeto y consideración de las preferencias del residente, reconociendo el valor intrínseco de la persona, respetando su individualidad, necesidades y derechos. Los planes de atención se orientarán al fomento de la autonomía, la independencia y el bienestar subjetivo.

INTERVENCIONES

Las intervenciones girarán alrededor de las actividades de la vida diaria significativas (higiene, cocinar, poner la mesa) partiendo de las capacidades y potenciales de la persona.

Se elaborará un plan de atención y vida *—instrumento básico donde se recogen las valoraciones, informaciones personales, objetivos, ideas, propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana. Es un instrumento dinámico, que propicia el diálogo entre la persona usuaria, la familia, los allegados y los profesionales. Una hoja de ruta para atender las necesidades y apoyar el proyecto de vida de cada persona. La persona usuaria tendrá el papel central en las propuestas, deseos y decisiones*⁷. Para elaborarlo se dará importancia a la biografía de la persona. Antes del ingreso se realizará una visita a su domicilio y se concretará un día para que conozca el centro.

ACTIVIDADES

En la programación de actividades se considerarán los intereses de la persona. Serán actividades empoderadoras, que le permitan elegir y decidir, proactivas, que aumenten la competencia y la autonomía, que favorezcan la creatividad y la expresión corporal. También se fomentará la participación en la vida social.

Los residentes participarán en las decisiones del centro, creándose juntas de residentes y dándoles responsabilidades según sus deseos y capacidades.

APOYO A LAS NECESIDADES

Se hará en condiciones de privacidad; en cuanto a la de vestirse, se conservará la independencia, la persona elegirá la ropa. En la de ir al baño se respetarán los gustos de imagen personal, no se dejarán desnudos totalmente, se permitirá elegir los días y las horas del baño. En la de eliminación se respetará la privacidad y se ayudará al desplazamiento si fuese necesario. A la hora de dormir se permitirá a la persona elegir la hora; si lo desean podrán hacer siesta. En cuanto a la comida, se les permitirá participar en la elaboración de los menús, podrán repetir plato, cambiar de sitio en la mesa y se les aconsejará en la dieta.

FUNCIONAMIENTO

En el funcionamiento del centro los residentes dispondrán de flexibilidad horaria, contarán con espacios privados para las relaciones, variedad de actividades sin obligación de participar, atención 24 horas al día durante todo el año, consulta médica, se les tramitarán interconsultas hospitalarias y se les acompañará, podrán celebrar sus cumpleaños y fechas señaladas, hacer uso de teléfono móvil, ordenador, llamar por teléfono en privado, recibir y enviar correspondencia cerrada, invitar a familiares y amigos a comer e incluso a dormir avisando con anterioridad, podrán ausentarse sin pedir permiso, y los residentes que conserven su capacidad y lo desean serán independientes en la administración de la medicación.

INTERCAMBIO GENERACIONAL

Se crearán programas de intercambio generacional con alumnos de guardería, educación infantil, primaria y menores en riesgo de exclusión social.

Se realizarán visitas donde se intercambien experiencias y se den a conocer tradiciones culturales y los niños participen en la vida diaria del centro. Estas visitas se realizarán en invierno con alumnos de los centros escolares y en periodo estival con alumnos de escuelas de verano. Las visitas y actividades serán pactadas entre la dirección del centro, la junta de residentes y los coordinadores de los centros educativos y de los servicios sociales.

Los ancianos visitarán los centros educativos en el caso de menores de 0 a 3 años.

FAMILIA

Se ofrecerán espacios, tiempo y actividades para la familia y amistades. Podrán quedarse a comer, a dormir, acceder a las habitaciones de los residentes, serán invitados a las fiestas y actividades, podrán realizar visitas en cualquier momento y colaborar en los cuidados. Se podrán realizar comidas familiares donde los residentes serán los que lo dirijan indicando el menú y cómo hacerlo.

Será considerada como objeto de atención e intervención, posibilitándole que tenga un papel en los cuidados. Además, tendrá una función importante de representación cuando la persona padezca afectación cognitiva.

Se formará a los familiares proporcionándoles estrategias para afrontar la situación y reducir las alteraciones psicoactivas; se fomentarán espacios de apoyo donde los familiares se encontrarán con otros en su misma situación, intercambiando vivencias, dificultades y expresando sentimientos.

EQUIPO PROFESIONAL

COMPETENCIAS PROFESIONALES

Los profesionales estarán capacitados en competencias relacionadas con el trabajo en equipo, como la comunicación interpersonal, la ética asistencial, comunicación y habilidades relacionales, las alternativas terapéuticas diseñadas desde las actividades cotidianas y la metodología de la atención centrada en la persona. Se les facilitará formación permanente.

Los profesionales, además de realizar tareas asistenciales habituales, también harán las relacionadas con el apoyo a la realización de las actividades de la vida diaria y el desarrollo de los proyectos vitales, incorporando actividades terapéuticas a la vida cotidiana. Tendrán un papel importante en el acompañamiento y en la toma de decisiones.

Estarán divididos en dos grupos, los de atención directa (gerocultores o auxiliares) y los especializados (psicólogos, enfermeras, médicos, terapeutas, trabajadores sociales, etc.). Además, se contará con los responsables de la institución, que deberán facilitar, promover y desarrollar iniciativas, y con un grupo social de apoyo y consenso formado por profesionales y familiares o amigos, el cual acompañará a la persona y colaborará en el plan de atención y vida.

PROFESIONAL DE REFERENCIA

Se creará la figura del profesional de referencia, que será un profesional de atención directa. Será el nexo de unión entre el centro y la familia. Podrá tener como máximo 4 personas a su cargo y entre sus funciones destacarán tareas asistenciales, apoyo emocional, dar importancia a las capacidades conservadas, ser discreto, prudente, empático, cercano, pre-dispuesto y garantizar los derechos de la persona. Será el encargado de tomar decisiones sobre cuándo y cómo se prestarán los apoyos. Será una figura cercana, a la que la persona pueda consultar.

TURNOS DE TRABAJO

Los turnos de trabajo perturbarán a la persona lo mínimo posible. Se contará con un turno fijo de mañana con igual presencia a lo largo de la semana con 3 auxiliares por unidad, otro turno rotatorio de tarde y noche, con 2 auxiliares por unidad, y un auxiliar compartido cada 2 unidades en el turno de tarde. No habrá posibilidad de cambios de turnos entre unidades. Cada dos unidades se contará con un coordinador de enfermería. Además se contará con un médico, un fisioterapeuta, un psicólogo y un terapeuta ocupacional para todo el centro. También será común el personal de servicios (cocina, conductor, administración).

DISCUSIÓN

El centro propuesto satisface los deseos de los futuros residentes, donde la persona deseará vivir el resto de la vida, derrumba viejos modelos

asistenciales enfatizando modelos centrados en la persona, no en la gestión, donde la familia participa, en los que se perciben las residencias como un hogar, viviendo en unidades de convivencia, donde se tiene en cuenta su plan de vida y donde la persona dispone de un profesional de referencia⁵. Con este centro se proponen estrategias que favorecen un envejecimiento exitoso *—grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas—*¹⁹.

Al ser el centro similar al domicilio, permite que los usuarios puedan incorporarse a la vida cotidiana, donde la persona desarrolla sus proyectos vitales.

Cuenta con un diseño que potencia la autonomía y seguridad, respeta la intimidad, fomenta las relaciones sociales y facilita la labor profesional. Tiene importancia la luz natural, beneficiosa sobre el ritmo circadiano y la actividad. El acondicionamiento para la accesibilidad hace que se fomenten las relaciones sociales y se eviten caídas.

Siguiendo con el diseño, la posibilidad que se ofrece de premiar antes de entrar en una estancia evita una convivencia obligatoria y favorece la intimidad.

Las características exteriores transmiten que es una vivienda para toda la vida, donde el jardín es una herramienta imprescindible por su elevado valor terapéutico ayudando a la estimulación sensorial.

El que las intervenciones giren en torno a las actividades de la vida diaria significativas consigue que la persona mantenga el control sobre su vida y elegir el modo de vida que desea llevar.

El dar importancia a la familia y amistades contribuye al mantenimiento de vínculos sociales.

El programa generacional da a conocer el papel de los mayores en la sociedad y aumenta el sentimiento cívico.

Las características de la propuesta quedan avaladas por estudios realizados en España, entre los que destaca el proyecto Etxean Ondo, realizado en el País Vasco. Estos estudios confirman que la creación de centros, cuyo modelo de atención se centra en la persona, conlleva mejoras en la independencia y en la calidad de vida de los residentes. Se ha observado más confianza hacia los profesionales por parte de los familiares y un aumento en la satisfacción de los profesionales de atención directa, otorgándoles una mayor seguridad en su atención, menos estrés y mayor contacto humano, disminuyendo el absentismo laboral^{5,13,14}.

El centro propuesto deja atrás modelos centrados en los servicios, cada vez más en decadencia en los países del norte de Europa, y aboga por un modelo centrado en la persona. Elección avalada en el proyecto Etxean Ondo, que demuestra que es positiva para el residente, lo que confirma que la persona está más activa y participativa, no esperan, sino que se movilizan, dialogan, sugieren y rechazan, deciden qué pueden y quieren hacer³.

En otros países europeos también se han llevado a cabo estudios que muestran los efectos positivos de centrar la atención en la persona, como son una mejora en el estado de ánimo, una disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza, reducción de la depresión, mejoras en la calidad de vida percibida, disminución de la agitación de las personas con demencia, mejora emocional de residentes, aumento de la satisfacción familiar con la atención, cambio en la forma de trabajar y mayor satisfacción laboral asociada por parte de los trabajadores de atención directa⁵.

CONCLUSIONES

El centro descrito consigue fomentar su autonomía e independencia, respetar su dignidad y favorecer su bienestar y seguridad permitiendo a la persona continuar con su plan de vida y conseguir su desarrollo integral.

Los medios arquitectónicos, técnicos y humanos ayudarán a que la persona viva una etapa con un nuevo proyecto a acometer.

En cuanto al coste-efectividad, no se ha encontrado bibliografía, por lo que se propone que se realicen futuras investigaciones al respecto. Aunque se puede deducir un coste-efectividad positivo, ya que diferentes estudios confirman un retraso de la dependencia y en consecuencia una disminución del coste de atención.

El presente estudio puede ayudar en la planificación de políticas sociales y bienestar, que adecuarán los recursos disponibles a la realidad

demográfica del país. Así, también sienta las bases para la creación de nuevos centros y la rehabilitación de los existentes ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Damos las gracias a la Universitat Rovira i Virgili, STS Vitabitat y Trabensol.

BIBLIOGRAFÍA

- Abades Porcel M. Análisis de los Cuidados Enfermeros en Centros Geriátricos de Barcelona, Según el Modelo de Watson [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Escuela de Enfermería, Fisioterapia y podología; 2010. Disponible en: http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesinas/Documents/20130609_192601_Tesi%20Mercedes%20Abades%20Porcel.pdf
- Cobo Domingo JC. Geriátrica y Gerontología. Atención Integral al Anciano. 13.ª ed. Madrid: Formación Continuada Logos; 2007.
- Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un Perfil de las Personas Mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: CSIC; 2013. Informes Envejecimiento en red nº 1. [Fecha de publicación: 22/07/2013]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos [revista en Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Abr 25]; 23(4):151-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es
- Rodríguez P. Innovaciones en Residencias para Personas en Situación de Dependencia. Diseño Arquitectónico y Modelo de Atención [Internet]. Madrid: Fundación Caser para la dependencia; 2012. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/INNOVRESIDARQUITECYMODELO.pdf>
- Rodríguez Rodríguez P. La Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid: Fundación Pilares; 2013.
- Martínez Rodríguez T. La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011.
- Díaz Veiga P, Sancho M. Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para "vivir como en casa". Madrid: IMSERSO, 2012. Informes Portal Mayores nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- Massó M. Los Profesionales Apuestan por Modelos de Atención Residencial Centrados en la Persona. Entre Mayores [Revista en Internet] diciembre 2011-enero 2012 [Consultada el 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/entre_enero2012.pdf
- Abades Porcel M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2014 Abr 25]; 18(4):18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400003&lng=es
- Pia Barenys M. Un Marco Teórico para el Estudio de las Instituciones de Ancianos. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología; 1990. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=767359>
- Martínez Rodríguez T. La Atención Centrada en la Persona. Algunas Claves para Avanzar en los Servicios Gerontológicos [Internet]. Fundación Caser para la Dependencia. 2013. Disponible en: http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/la_atencion_centrada_en_la_persona_tmartinez.pdf
- Sancho M, Orbegozo A, Díaz Veiga P, Etxean Ondo. Residencias y centros de día [Internet]. Donostia: 2012 [acceso 4 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/mod-eloambiente/actualidad.php>
- Prats J. La Dependencia Acelera su Caída. El País [sitio web]. Lunes 28 de octubre de 2013; Sociedad. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/10/27/actualidad/1382897765_324232.html
- Rodríguez P. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las Residencias en las que queremos vivir. Madrid: Fundación Pilares; 2011. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf
- Price Waterhouse Coopers. Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Madrid: AESTE S.C.; 2010. Disponible en: http://www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/situacion_at_re_esp_2010.pdf
- Rodríguez Rodríguez P. Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- Martínez Rodríguez T. Urge cambiar el modelo residencial. News Tercera Edad. 2012;10:24-5.
- Sarabia Cobo CM. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos [revista en Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Abr 25]; 20(4): 172-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es