

**Capítulo I**

**¿QUÉ ES LA ATENCIÓN  
GERONTOLÓGICA CENTRADA  
EN LA PERSONA?**



## 1. LA DIGNIDAD DE LA PERSONA COMO PUNTO DE PARTIDA

Dignidad deriva del adjetivo latino *dignus* y se traduce por «valioso». El concepto de *dignidad* se basa en el «reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de su condición humana». Toda persona, independientemente de sus características individuales (sexo, edad, raza, condiciones físicas y psicológicas), situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar, es por tanto, *merecedora de respeto*.

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que *las personas mayores*, como seres humanos que son, *merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra*, desde el reconocimiento de que todas las personas tenemos igual dignidad.

Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia *son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad*.

La definición de dignidad no es algo objetivo, al depender en último término de dónde cada persona sitúa la frontera sobre lo que considera digno o indigno. El concepto de dignidad lo delimitan los consensos sociales, los derechos recogidos en la legislación vigente, pero también los límites desde donde *cada individuo conforma su propio concepto de dignidad*.

En lo que atañe a la atención profesional a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el trato digno implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia. La autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida, y por tanto como término opuesto a heteronomía. La independencia como desenvolvimiento en la vida cotidiana, y por tanto, como término opuesto a dependencia.

El *trato digno en la atención a las personas mayores* en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia

y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Y *se concreta en aspectos de la atención cotidiana* como: *a)* el bienestar físico y emocional, *b)* el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana, *c)* la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, *d)* la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, *e)* la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, *f)* el fomento de la inclusión social o *g)* el respeto a la edad adulta.

## 2. LOS MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La búsqueda de la atención individualizada no es algo nuevo en la intervención social. Tampoco es algo que, por mucho que figure en nuestros objetivos de trabajo, se consiga fácilmente.

La principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce *el papel central de la persona usuaria en su atención* y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

En primer lugar, repasaremos brevemente los principales referentes y desarrollos de los modelos orientados a las personas. En segundo lugar, lo que éstos aportan frente a otros enfoques.

### 2.1. REFERENTES Y PRINCIPALES DESARROLLOS

#### 2.1.1. **La psicología humanista y la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers**

La psicología humanista surge en el siglo XX como «una tercera fuerza» frente a las dos corrientes entonces prevalentes: el conductismo y el psicoanálisis. La psicología humanista pretende alejarse de una visión reduccionista, mecanicista y determinista del ser humano. Este es más que la suma de sus partes, lleva a cabo su

existencia en un contexto humano, es consciente, tiene capacidad de elección y es intencional.

Esta corriente supuso la defensa y recuperación de conceptos como el de subjetividad, el de experiencia vital o el de construcción de significados. Cabe destacar *algunas asunciones* de las que la psicología humanista parte y que tienen una especial relevancia para los procesos de intervención social:

- a) el interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia;
- b) la dignidad de la persona como valor central;
- c) la atención a las características específicamente humanas como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización;
- d) el interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona;
- e) la idea de la persona tanto en relación a cómo se descubre a sí misma, como en su interdependencia con los otros (individuos y grupos).

Carl Rogers (1902-1987) fue uno de los autores principales de este movimiento. Su principal contribución fue su método terapéutico: la terapia centrada en el cliente, también denominada terapia no directiva.

La terapia centrada en el cliente parte de la hipótesis central de que *el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo*, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Apuesta por la denominación «cliente» frente a «paciente», ya que el cliente permanece con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico como un agente activo, en contraposición al paciente que mantiene una posición más pasiva.

El terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que la persona pueda explotar dichos medios. En esta terapia cabe destacar dos características: la confianza radical en la persona y el rechazo al papel directivo del terapeuta.

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia. Destaca tres:

- a) La *aceptación incondicionalmente positiva de la persona* en búsqueda de ayuda. El terapeuta acepta sin condición alguna la manera en que la persona está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
- b) La *empatía*, es decir, la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente, de ponerse en su lugar y llegar a comprender sus vivencias.

- c) La *autenticidad o congruencia*, que permiten al terapeuta el diálogo sincero y constructivo con el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero se comunica también como ser humano al servicio del cliente que busca ayuda.

Enfatizar la *importancia de la actitud del terapeuta y del modo de relacionarse con el cliente*, es una de las grandes aportaciones de Rogers, como condición necesaria para favorecer el proceso de cambio y de desarrollo del ser humano.

La visión de la persona y del proceso de interacción profesional/cliente de la Terapia Centrada en el Cliente han suscitado gran interés en diversos campos profesionales y este enfoque ha sido trasladado, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otros.

En el *ámbito educativo* se hace mención a la atención centrada en el alumno/a. Una corriente pedagógica que sitúa en el centro al alumno, entendiéndolo como persona donde los factores afectivos y sociales tienen tanta importancia como los cognitivos. Su apuesta es alcanzar el aprendizaje significativo. Ello se logra partiendo de lo que el alumno conoce, de sus intereses y especialmente de su mundo afectivo. Esta visión implica una revisión en profundidad de los métodos educativos donde en muchas ocasiones sucede lo contrario: es el alumno el que debe adaptarse y «lograr» adquirir conocimientos que en no pocas ocasiones se sitúan muy alejados de éste. La educación centrada en el alumno requiere condiciones y actitudes en el educador; éste se convierte en facilitador del aprendizaje alejándose del rol tradicional donde el docente es quien sabe y decide cómo ha de enseñar.

En el *ámbito de salud* cada vez es más frecuente el término de la medicina centrada en el paciente, introducido por Balint, en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad. La atención sanitaria centrada en la persona enfatiza elementos como: la exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia; la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente. Todo ello demanda en el profesional habilidades que permitan una comunicación efectiva.

Este enfoque ha sido también trasladado a la atención a personas con necesidades especiales (discapacidad, dependencia). Concretamente la Planificación Centrada en la Persona, enfoque y metodología al que se hace referencia en distintas ocasiones en esta guía, por su interés, será abordado con posterioridad con algo más de detalle.

## 2.1.2. Los principios rectores en la intervención social

Otro importante referente de los modelos orientados a la persona lo constituyen el conjunto de principios rectores que con frecuencia son enunciados en la intervención social.

Desde esta perspectiva se insiste en que *toda intervención social ha de estar necesariamente sustentada en un modelo* donde se propongan una serie de principios y los correspondientes criterios técnicos de actuación. Ello se considera una cuestión imprescindible para lograr intervenciones bien fundamentadas y coherentes en su aplicación.

Como marco principal, cabe destacar en primer lugar los *principios que señala la ética* en relación a la práctica asistencial clínica, aplicables también a la intervención social. Desde la ética se enuncian, derivados del principio ontológico de la dignidad de la persona, otros cuatro principios materiales universales rectores de las interacciones sociales: la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia.

### Principios de la Ética aplicados a las intervenciones gerontológicas

- El principio de *no maleficencia* obliga a los profesionales de los servicios gerontológicos a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona mayor ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. En la práctica profesional diaria esto se traduce en la obligación de realizar aquellas intervenciones que están indicadas, por suponer beneficios para las personas, y evitar las que están contraindicadas por generar daño o riesgos de lesión para éstas.
- El principio de *justicia* obliga moralmente a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.
- El principio de *autonomía* dicta a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.
- El principio de *beneficencia* insta a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a hacer el bien a éstas. Esto se traduce en procurar el mayor beneficio para la persona partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona mayor, y si este es desconocido, de la mayor calidad de vida objetiva esperable.

Desde la planificación de las políticas sociales es habitual el enunciado de los principios que delimitan el marco rector de las mismas. Las distintas leyes de servicios sociales, así como sus desarrollos normativos, relatan diversos principios de los que se deriva, y en este sentido cabría ser descrito, el ideario del buen hacer profesional en este sector.

En esta línea Fernando Fantova señala los principios que han de guiar la buena praxis profesional en los servicios sociales, citando los siguientes: prevención, enfoque comunitario, personalización, sinergia, continuidad de la atención, promoción de la autonomía, normalización e integración (Fantova 2008).

Por su parte, Pilar Rodríguez, en la descripción de un modelo de atención integral centrada en las personas en situación de dependencia, destaca un total de siete principios rectores que deben orientar la intervención, de los cuales, a su vez, se derivan determinados criterios técnicos que han de verse cumplidos en las actuaciones e interacciones profesionales. Estos principios son: la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la independencia, la inclusión social y la continuidad en la atención (Rodríguez 2006, 2010).

**Principios y criterios en la atención integral centrada  
en las personas en situación de dependencia**  
(Rodríguez 2006, 2010)

PRINCIPIOS (Relacionados con la persona, su dignidad y sus derechos)	CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DERIVADOS
AUTONOMÍA	Diversidad
PARTICIPACIÓN	Accesibilidad Interdisciplinariedad
INTEGRALIDAD	Globalidad
INDIVIDUALIDAD	Flexibilidad Atención Personalizada
INDEPENDENCIA	Prevención Rehabilitación
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	Coordinación Convergencia



### 2.1.3. El concepto de calidad de vida

Un tercer referente de los modelos de atención centrada en la persona lo constituyen las aportaciones existentes en torno al concepto de calidad de vida. El término calidad de vida, a pesar de haber suscitado gran atención por parte de la investigación, todavía hoy adolece de una insuficiente definición sin existir suficiente consenso sobre el mismo. De hecho son diversas las definiciones y modelos explicativos que pretenden dar cuenta de la multidimensionalidad del concepto Calidad de Vida y de las relaciones que sus componentes mantienen. Entre ellos cabe citar el modelo ecológico de Lawton, los modelos comportamentales (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000); el modelo de proceso dinámico (Angermeyer y Kilian, 2000) o el modelo de homeostasis (Cummins, 2000).

Sin entrar en cada uno de ellos, sí cabe poner de relieve la evolución del concepto, que ha ido incorporando progresivamente componentes objetivos y subjetivos (Felce y Perry, 1995). La dimensión objetiva recoge todas aquellas variables que son enunciadas como condiciones objetivas de vida como la vivienda, los ingresos económicos, la salud, la red de apoyo existente o la disponibilidad de recursos comunitarios. La dimensión subjetiva, por su parte, incluye la satisfacción personal con relación a estas condiciones de vida, la cual además viene mediatizada por los valores del individuo.

La organización Mundial de la Salud enfatiza esta dimensión subjetiva del concepto Calidad de Vida definiéndolo como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno».

Por haberse convertido en un referente en relación a las personas con discapacidad, cabe también mencionar el modelo de Schalock quien identifica ocho dimensiones de calidad de vida para las personas (Schalock 1996,1997; Verdugo y Schalock, 2001). Este modelo presenta la calidad de vida como un concepto multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes, las cuales, además pueden ser formuladas mediante distintos indicadores. Las dimensiones propuestas por Schalock han sido constatadas en diversos estudios transculturales en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores (Schalock y Verdugo, 2002).

**Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo, 2002**

DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar Emocional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satisfacción: estar satisfecho, feliz y contento.</li> <li>2. Autoconcepto: estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso.</li> <li>3. Ausencia de estrés: disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede.</li> </ol>
2. Relaciones Interpersonales	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Interacciones: estar con diferentes personas, disponer de redes sociales.</li> <li>5. Relaciones: tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos.</li> <li>6. Apoyos: sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.</li> </ol>
3. Bienestar Material	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Estatus económico: disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta.</li> <li>8. Empleo: tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado.</li> <li>9. Vivienda: disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.</li> </ol>
4. Desarrollo Personal	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Educación: tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles.</li> <li>11. Competencia personal: disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales.</li> <li>12. Desempeño: tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.</li> </ol>
5. Bienestar Físico	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Salud: tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad.</li> <li>14. Actividades de la vida diaria: estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc.</li> <li>15. Atención sanitaria: disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.</li> <li>16. Ocio: estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.</li> </ol>

.../...

.../...

DIMENSIONES	INDICADORES
6. Autodeterminación	17. Autonomía/Control Personal: tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable. 18. Metas y valores personales: disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones. 19. Elecciones: disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.
7. Inclusión Social	20. Integración y participación en la comunidad: acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad. 21. Roles comunitarios: ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad. 22. Apoyos sociales: disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite.
8. Derechos	23. Derechos humanos: que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad. 24. Derechos legales: disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

#### 2.1.4. La atención sociosanitaria y la gestión de casos

El concepto de atención sociosanitaria nace como respuesta a *la necesidad de atención integral e integrada* de las personas mayores, especialmente cuando éstas precisan de cuidados de larga duración por presentar enfermedades crónicas o encontrarse en situaciones de dependencia.

Los modelos y desarrollos desde la perspectiva sociosanitaria en los países desarrollados han sido numerosos, unos apostando por la integración de estructuras, otros más próximos a la cooperación entre servicios, pero pretendiendo todos ellos conjugar dos ideas centrales: *la continuidad en los cuidados allí donde se produzca la situación de necesidad y la coordinación de la atención sanitaria y social*, de modo que se permita una respuesta adecuada a las necesidades diversas y cambiantes de las personas mayores.

En referencia al actual sistema sanitario español, Bengoa y Nuño, en su publicación *Curar y cuidar* (Bengoa y Nuño, 2008) alertan sobre la necesidad de liderar un cambio en el sistema girando de una atención dirigida exclusivamente a la enfermedad aguda hacia los pacientes socio-sanitarios, donde las personas mayores y la gestión de la enfermedad crónica sean objeto de especial consideración. Ponen de relieve el papel de la innovación desde la puesta en marcha de modelos de atención proactiva planificados para la gestión de las enfermedades crónicas dando máxima importancia a la prevención y al seguimiento de los casos por parte del sistema.

En esta línea cabe destacar el *Modelo de cuidados continuados* (The Chronic Care Model) formulado por Wagner (Wagner, 1999) desde el cual se incluyen algunas cuestiones relevantes como: adaptar los recursos a las necesidades de los pacientes, potenciar la prevención, la práctica proactiva de los profesionales, favorecer la autogestión del paciente, la evidencia científica de los procesos estandarizados o la toma de datos para lograr un cuidado eficiente.

Desarrollos posteriores de este modelo como el modelo expandido de cuidados (The Expanded Chronic Care Model, Barr et al., 2003) o el Modelo de Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas (ICCC-Innovative Care for Chronic Conditions, WHO, 2002), así como modelos que han surgido desde aplicaciones concretas (el Kaiser Permanente-EE.UU; el PRISMA-Programme de Recherche sur l'Integration des Services pour le Maintien de l'Autonomie de Québec-Canada; o el SIPA —Services Intégrés pour Personnes Agées— Montreal-Canadá, entre otros) suscitan en la actualidad gran interés como alternativas viables para ser aplicadas en la atención sociosanitaria que requieren las personas mayores y, especialmente, quienes se encuentran en situación de dependencia.

Estos modelos, a pesar de exhibir diferencias entre ellos, tienen en común algunos elementos relevantes. Siguiendo la revisión efectuada por Carrillo y cols. (Carrillo y cols., 2010) en el Informe *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*, editado por Antares Consulting, cabe relacionar diversos factores de éxito en la aplicación de estos modelos, a saber:

- a) la segmentación de la población, de modo que se pueda identificar las necesidades de los distintos grupos diana;
- b) la figura del gestor de casos, como coordinador del plan de atención e interlocutor principal;
- c) la protocolización de los procesos asistenciales desde criterios basados en la evidencia, para uso común entre profesionales y recursos;
- d) el abordaje interdisciplinar y el trabajo en equipo;

- e) el uso de las TIC tanto como herramientas para compartir información como de comunicación con el paciente y entre profesionales;
- f) la imbricación de políticas de distinto nivel: macro, meso y micro de la gestión.

De estos elementos citados, nos detendremos en el origen y desarrollo de *la gestión de casos (case management)* entendiéndolo no como figura profesional sino como *modelo de intervención para la atención personalizada*. Porque a pesar de no existir un único modelo en la gestión de casos, las principales características de sus diversos desarrollos se han convertido en sugerentes aportaciones para los modelos de atención centrada en la persona.

El origen de la gestión de casos suele vincularse al *movimiento de la desinstitutionalización* que se inició en los años cincuenta en EE.UU. y que posteriormente se extendió por Europa. Dicho movimiento alertaba sobre los efectos negativos del internamiento en centros como tratamiento a determinados problemas sociales (enfermedad mental, infancia, envejecimiento) y proponía como respuesta alternativa una intervención psicosocial coordinada de diferentes servicios, de modo que se permitiera a la persona seguir en su propio entorno y lo más integrada posible en la comunidad. Sin duda, esto supuso un cambio cualitativo de primer orden en la concepción de la intervención social y en el diseño de los recursos.

La gestión de casos, basada en la *necesidad de coordinar los recursos comunitarios en respuesta a las necesidades de las personas*, ha dado lugar a distintos desarrollos. Cabe distinguir aproximaciones más centradas en la persona y en sus intereses, y otras más dirigidas a la búsqueda de la eficiencia del sistema de provisión de recursos. Esta doble apreciación se refleja en las dos siguientes *definiciones*:

- La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE.UU. (National Association of Social Workers, 1992) define la gestión de casos como «un método de provisión de servicios por parte de un profesional que valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, en colaboración con él, y aconseja, articula, coordina, monitoriza, evalúa y defiende las necesidades y los intereses de sus clientes y propone un paquete de medidas y/o servicios acorde a sus necesidades variantes».
- La Case Management Society of America (CMSA) define la gestión de casos como «un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso (o facilitación) y defensa de las opciones y servicios, para encontrar las mejores opciones a las necesidades de salud de los individuos, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de promover la calidad y la eficacia de costes en los resultados».

Los *modelos de gestión de casos* pueden diferir tanto en sus objetivos, como en su metodología, en quién o quiénes realizan la función de coordinador, y también en cómo se entiende la participación del cliente. Sarabia (Sarabia 2007) menciona, en este sentido, cuatro modelos:

- a) Modelo asesor (Broker Model). Valora las necesidades y orienta hacia servicios. Sin embargo ejerce escaso acompañamiento y sitúa la responsabilidad del acceso a los recursos en el cliente o en su familia, sin encargarse de garantizar su acceso.
- b) Modelo de fortalezas (Strengths Model). Se ocupa de las necesidades y de los deseos de las personas. Identifica las fortalezas de las personas y su objetivo es incrementarlas. Cabe destacar que la dirección de proceso está en el propio cliente, apoyando que las personas diseñen sus propias metas y las logren. Busca la disponibilidad de recursos en igualdad de oportunidades para las personas que los precisan.
- c) Modelo PACT (Program for Assertive Community Training). Procedente del ámbito de salud mental, pretende el manejo de los síntomas y la mejora instrumental, social y familiar de los pacientes y sus familias, prestando apoyo desde equipos interdisciplinarios que actúan en la comunidad sin separar al paciente de la misma.
- d) Modelo terapéutico (Rehabilitation Model). Enfatiza las metas del cliente frente a las metas del sistema. Presta atención tanto a las capacidades, pero se fija también en los déficits funcionales, entendiéndolos como barreras para abordar las metas personales.

Aunque la gestión de casos no responda a un modelo uniforme, cabe subrayar las *características y elementos comunes* que se aprecian en los diferentes desarrollos:

- Otorgan a la persona un lugar central y asumen la necesidad de una atención individualizada.
- Pretenden lograr la continuidad de los cuidados entre los distintos dispositivos, sistemas y profesionales.
- Incorporan la presencia de un coordinador/a o gestor del caso, figura clave para permitir tanto un adecuado seguimiento como la imprescindible cooperación dentro de la red de recursos sociales y sanitarios. En este sentido suelen distinguir la figura del coordinador del caso, diferenciándola de los distintos profesionales de referencia que pueden coexistir cuando la persona accede a varios sistemas de atención.

- Apuestan por el diseño de planes individualizados de atención donde, a modo de contrato entre usuarios y sistema, se establecen objetivos, actuaciones y seguimiento/evaluación de las intervenciones profesionales.

### 2.1.5. La discapacidad y el enfoque de la Planificación Centrada en la Persona (PCP)

En este breve recorrido, es obligado mencionar las aportaciones y metodologías procedentes de la Planificación Centrada en la persona (habitualmente abreviada como PCP), la cual se ha venido desarrollando y aplicando en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad.

La PCP surge como un *movimiento de reivindicación* de los derechos de las personas con discapacidad y, especialmente, en torno a la normalización. Entre los años 70 y 80, grupos de afectados, familiares y profesionales en países como Canadá, EE.UU. y Reino Unido, generaron una importante reflexión sobre los conceptos, servicios y modos de intervención hacia las personas con discapacidad. Su principal propósito era, y es, la defensa de la autodeterminación y la visibilización de las capacidades de este grupo social, procurando instrumentos y procedimientos que permitan conseguir dichos objetivos.

La PCP ha sido definida como una *metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida*. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, el ejercicio de la autodeterminación de forma indirecta, es decir mediada por otros, ofreciendo un *grupo social referencial así como los apoyos precisos*.

La PCP se sustenta en varias *asunciones básicas* (López y cols., 2004):

- Ninguna persona es igual a otra, y por tanto la atención individualizada debe ser el valor central de los servicios que prestan apoyo a las personas.
- La persona es el centro del proceso de planificación. Se parte de sus derechos, el foco se sitúa en sus capacidades, en sus preferencias y en las elecciones de las personas. Los apoyos que se precisan para ello cobran la máxima importancia.
- La interdependencia del sujeto con su red social próxima. La familia y los amigos son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de la persona con discapacidad y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación.

- La PCP se entiende como un proceso continuo donde la escucha y el aprendizaje modulan los cursos de acción. Se trata, por tanto, de un proceso flexible y abierto al cambio, dispuesto a adaptarse a las diferentes necesidades, deseos y aspiraciones de la personas en las diferentes etapas y circunstancias de su vida.

La puesta en marcha de metodologías basada en la PCP requiere, además de la anunciada filosofía, un *proceso de implementación* en el cual cabe destacar: *a)* la figura del *facilitador del proceso* que actúa a modo de coordinador de todo el desarrollo metodológico, *b)* la presencia de un *grupo de apoyo* compuesto por personas relevantes que puedan contribuir a planear el proyecto de vida de la persona con discapacidad, y *c)* diversos *instrumentos metodológicos* (mapas de relacionales, biográficos, de preferencias) diseñados para apoyar dicho proceso.

### 2.1.6. Enfoques orientados hacia la persona desde los recursos gerontológicos

También desde la red de recursos de cuidados de larga duración para las personas mayores asistimos a un progresivo interés por los enfoques que sitúan a éstas y a sus derechos en el centro de la intervención.

En primer lugar, cabe citar los diseños de servicios y centros alineados con lo que se conoce como el *Modelo Housing*, desde el que fundamentalmente se viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia.

El mayor apoyo de este modelo es el común deseo de las personas de envejecer en casa. Opción preferida porque, en general, favorece la continuidad de vida, permite estar rodeado de las pertenencias y recuerdos, preserva la independencia y la privacidad, y además facilita algo muy importante que no siempre en los centros residenciales se logra: que la persona siga tomando sus propias decisiones y controlando su día a día.

Para los casos en que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, desde el modelo *Housing* se pretende que la atención tenga lugar en centros que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir «fuera de casa, pero como en casa».

Estos nuevos modelos de alojamientos se iniciaron ya hace varias décadas y van siendo progresivamente consolidados en algunos países desarrollados (Países Nór-



dicos, Holanda, Francia, Reino Unido, EE.UU, Canadá, etc.), en respuesta a las instituciones residenciales mayoritariamente rechazadas por la ciudadanía.

Los modelos de alojamientos alternativos al hogar que pueden enmarcarse dentro del modelo *Housing* buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores, y especialmente de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Tienen en común *características* como las siguientes:

- Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad con otros comunes que potencien la actividad social.
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un «hogar propio y significativo».
- Apoyan y dan importancia a las actividades cotidianas y significativas.
- Defienden la autodeterminación, el respeto a los proyectos de vida y a las preferencias de las personas.
- Apuestan por metodologías de planificación centradas en la persona donde las personas con discapacidades tengan un papel activo en sus cuidados y atención.

Concretamente, desde la *Red europea Saumon* se impulsaron las *Unidades de Convivencia* como recursos de alojamiento para las personas mayores en situación de dependencia, muchas de ellas con deterioro cognitivo o demencia. Se diseñaron como alternativos a las clásicas residencias, demostrado frente a éstas su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas (Leichsenring y cols., 1998; Guisset y cols., 1998).

Siguiendo la descripción recogida en el Libro Blanco de la Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004), las Unidades de Convivencia, modelo ya desarrollado en distintos países europeos y en Norteamérica (se estimaba entonces unas 400 en toda Europa), *se caracterizan* fundamentalmente por apostar por:

- Un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para la persona.
- Una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.
- El apoyo individual para favorecer, desde la acogida, la adaptación de cada persona y su integración en la unidad.
- La dispensación de servicios sociales y sanitarios desde la red local de la comunidad.

- La atención profesional durante las 24 horas.
- El concepto de vivienda para toda la vida, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
- Otorgar a las familias un papel central.

En segundo lugar, hay que destacar las *aportaciones de Kitwood* (Kitwood, 1997) quien desarrolla el concepto de la *atención centrada en la persona con demencia*, argumentando la urgencia de revisar los modos de atención. Enfatiza la importancia de empatizar con la persona, con sus necesidades y de permitir el desarrollo de su independencia, su individualidad y su autonomía el mayor tiempo posible. Acentúa la importancia del entorno social en relación a la adecuación conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los profesionales. La falta de comprensión y manejo ambiental adecuado, lo que el propio autor calificaba de «psicología social maligna», puede ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan su malestar.

Junto a sus colegas de la *Universidad de Bradford* (Bradford Dementia Group, 1997) diseñaron el *Dementia Care Mapping*, metodología destinada a evaluar la calidad de la atención en servicios para personas con demencia. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con éstas. El sistema de observación identifica tanto los detractores como los potenciadores personales, permitiendo, una vez registrados éstos, establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias a través de la modificación ambiental y principalmente desde una interacción más positiva de los profesionales.

Finalmente, cabe decir que hasta la fecha, en España los modelos de servicios centrados en la persona han tenido un escaso desarrollo en el campo de la gerontología.

Sin embargo, existen algunas iniciativas pioneras que, por su valor ejemplar, es de justicia nombrar. Este ha sido el caso de la puesta en marcha de un número limitado de Unidades de Convivencia en distintas localidades como las de Donostia-San Sebastián (F. Matía), Torrijos-Toledo o Lanzarote, entre otras. También hay que señalar que se han llevado a cabo experiencias muy variadas para la mejora de la calidad de vida tanto en centros residenciales como de atención diurna; en unas ocasiones apostando por la atención personalizada en recursos de capacidad muy reducida, en otras incorporando el diseño de módulos de convivencia independientes en centros de mayor tamaño.

## 2.2. LO QUE APORTAN FRENTE A OTROS ENFOQUES

Cuando nos acercamos por primera vez a modelos o metodologías centrados en la persona, *pueden surgir preguntas* como las siguientes: ¿la individualización no es algo que habitualmente guía la intervención social?, ¿qué otra cosa sino las personas mayores son el centro de las intervenciones gerontológicas?, ¿acaso no es lo que venimos buscando en los recursos sociosanitarios desde hace tiempo?

Los modelos de atención centrada en la persona *aportan una visión radicalmente diferente* de otros abordajes más clásicos, aunque éstos también busquen la atención individualizada. Van más allá de la atención habitual, *aportando una mirada que profundiza en la idea de lo individual ligada necesariamente a la autonomía personal y a la gestión de la vida cotidiana, donde tiene una influencia determinante el plan de atención que se diseña*, y cómo éste se construye desde un determinado servicio.

Sevilla y cols. (Sevilla y cols., 2009) enumeran con claridad las principales diferencias existentes entre los modelos más tradicionales, habitualmente centrados en los servicios, y lo que aportan los modelos centrados en la persona.

### Diferencia entre los modelos de atención\*

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables.	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos de PCP para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.

.../...

.../...

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro.	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

\* Algunas características de los modelos de atención, según estén centrados en la persona o en el servicio. Resumido y adaptado de Sevilla J; Abellán R; Herrera G; Pardo C; Casas X; Fernández R (2009).

Esta mirada comparativa resulta ilustrativa y es capaz de generar reflexión; sin embargo, es importante matizar lo siguiente: apostar por modelos centrados en la persona no pasa por renunciar a los conocimientos contrastados, a los programas, estrategias e instrumentos validados que venimos aplicando. Los modelos que habitualmente venimos utilizando aportan conocimientos, protocolos, programas, sistemas de gestión, técnicas e instrumentos estandarizados que contribuyen al rigor y a la sistematización de las intervenciones.

Se trata, por tanto, de compaginar los procedimientos e intervenciones ya contrastados con una nueva visión que permita ubicar a la persona en el centro de los procesos asistenciales, posibilitando su rol activo y entender la atención desde la coordinación de apoyos de su entorno. Para ello será preciso incluir nuevas estrategias, técnicas e instrumentos que nos abran otras puertas, otros modos de hacer. Este es el reto que nos ocupa. Lo cual hace preciso profundizar, pero partiendo del conocimiento existente y de las prácticas validadas que hoy por hoy nos resultan valiosos. No se trata, por tanto, de iniciar un camino de «desprofesionalización», sino todo lo contrario, de adquirir un «plus» de profesionalización, que pasa por revisar los métodos que venimos manejando e integrar en éstos nuevas propuestas.

### 3. LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA

#### 3.1. DEFINICIÓN

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención.

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona:

- Es un *enfoque* de la atención donde la persona, desde su auto-determinación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.
- Como *metodología*, aporta un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la intervención personalizada y orientada a la persona.
- Como *modelo*, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Esta guía propone la Atención Gerontológica Centrada en la Persona como un modelo, y para ello integra y desarrolla a lo largo de la misma cuatro elementos:

- a) Los *principios rectores*, enunciados en referencia a las personas, que orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos.
- b) Los *asuntos importantes y consideraciones* en que se concretan los principios rectores en relación con los agentes y contextos de intervención cotidiana.
- c) Las *opciones metodológicas* (estrategias, técnicas a instrumentos de intervención) acordes a los principios y consideraciones.
- d) Las *pautas y contenidos para la buena praxis*, incluyendo la identificación de los riesgos en el día a día.

#### 3.2. PRINCIPIOS RECTORES

Siguiendo en líneas generales la propuesta de principios rectores en el modelo de atención integral en las personas en situación de dependencia propuesto por Pilar Rodríguez, La Atención Gerontológica Centrada en la Persona se orienta en los siguientes principios (Adaptado de Rodríguez 2006, 2010):

- *Dignidad*. Las personas mayores, con independencia del estado en que se encuentren con respecto a sus capacidades, tienen derecho al respeto a su dife-

rencia, y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto al igual que el resto de seres humanos. A este principio fundador, le acompañan otros más que a continuación se enuncian.

- *Competencia.* Las personas mayores tienen capacidades, con independencia de los apoyos que precisen, para desarrollar, en mayor o menor grado, actuaciones competentes.
- *Autonomía.* Las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida, y por tanto, a actuar con libertad.
- *Participación.* Las personas mayores tienen derecho a estar presentes en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.
- *Integralidad.* La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- *Independencia.* Las personas mayores tienen derecho a mantener el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana y a recibir apoyos diversos y adaptados a su situación que minimicen su dependencia de los demás.
- *Individualidad.* Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos de ciudadanía pero cada una de ellas es única y diferente.
- *Inclusión social.* Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos. Por ello, han de tener acceso y posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población.
- *Bienestar.* Las personas mayores han de tener acceso a programas dirigidos a la promoción de su salud y a la mejora de su bienestar personal (físico, material y emocional). Las personas en situación de fragilidad o dependencia, incluso cuando presenten grados importantes de afectación y discapacidad, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación y su bienestar subjetivo.
- *Continuidad de la atención.* Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

### 3.3. EL MOMENTO DEL CICLO VITAL

La mayor parte de desarrollos metodológicos procedentes de enfoques centrados en la persona proceden de aplicaciones de otros contextos (educación, discapacidad intelectual, mujeres, minorías étnicas, etc.) donde con frecuencia se trabaja con otros grupos de edad: menores, jóvenes y adultos jóvenes.

La aplicación de estos enfoques a personas mayores es muy reciente y los supuestos básicos de estas metodologías son válidos para quienes tienen más edad. Cuestiones como el respeto al proyecto vital y a los deseos futuros, la atención a las preferencias de cada individuo sobre los cuidados o la organización de la vida cotidiana, resultan también trascendentales para las personas mayores.

Sin embargo, la aplicación de estas metodologías a personas mayores de edad avanzada *puede requerir ciertas adaptaciones, en cuanto que el momento vital y los planteamientos de futuro (integración social, laboral, etc.) difieren de quienes tienen menos años* y un proyecto vital completo pendiente de conducir y completar.

En los proyectos de vida de los niños, de las personas jóvenes, e incluso adultas, cobra gran importancia el factor de futuro y de desarrollo personal integral. Por ello estas metodologías subrayan con fuerza asuntos como los sueños o deseos, los planes de futuro, teniendo gran importancia los ámbitos que permiten una vida más independiente y desarrollo personal como el trabajo, las relaciones de pareja o la vida independiente del ámbito familiar.

En este sentido, los proyectos vitales de las personas mayores se diferencian de quienes tienen menos años en que se sitúan al final del ciclo vital y muchos de estas metas de vida que empujan a los más jóvenes, bien ya se han visto cumplidas o bien no tienen el mismo valor. Reconocer esto no significa renunciar a los deseos de las personas mayores ni obviar la dimensión de futuro que también éstas tienen; no obstante, es preciso no perder de vista que, frente a los planes de futuro, cobran mayor importancia en el diseño de las metodologías e instrumentos, objetivos como favorecer la continuidad del proyecto vital o la validación emocional de los mismos.

### 3.4. ASUNTOS IMPORTANTES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO Y ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE SU METODOLOGÍA

La aplicación de los principios rectores previamente enunciados en los contextos de cuidados no se ve exenta de dificultades. La insuficiente formación de algunos equipos, la falta de coherencia en las metodologías e intervenciones, la rutina cotidiana, o las limitaciones que en ocasiones impone la organización del centro pueden hacer que los principios y valores se queden en simples declaraciones de intenciones.

En esta guía se revisan cinco *asuntos importantes* en la aplicación del modelo en el día a día de la intervención gerontológica. Son los siguientes:

- La atención personalizada desde la autonomía y la independencia.
- Lo privado, lo íntimo y la confidencialidad.
- Lo propio, lo significativo, lo cotidiano.

- El papel de las familias.
- Lo organizativo y los nuevos roles de los profesionales.

Partiendo del reconocimiento de que trabajamos con personas, en torno a estos cinco asuntos se enuncian las principales ideas y consideraciones que este modelo de atención incorpora como asunciones básicas a contemplar en la intervención cotidiana y se ofrecen aportes metodológicos diversos para apoyar su concreción en los procesos asistenciales.

Para finalizar este primer capítulo introductorio, es preciso resaltar algunas *características de las metodologías* que se proponen, ya que contienen elementos diferenciadores de las técnicas e instrumentos clásicos con los que venimos trabajando. En este sentido, cabe destacar que el modelo y las metodologías que propone la Atención Gerontológica Centrada en la Persona:

- Demandan *nuevos conocimientos y competencias* profesionales. Hay que insistir en que *no es un modelo des-profesionalizado*. Aporta un nuevo «modo de vida» en la práctica profesional, que requiere tanto de competencias profesionales específicas y conocimientos de cada una de las disciplinas que intervienen en el proceso de intervención gerontológica, como de otras más transversales y comunes a todo el equipo que permitan a la persona usuaria el máximo control posible de su proceso de atención y de su vida.
- Conforman un conjunto de herramientas para utilizar de una forma *flexible y siempre adaptada* a cada persona. No proporciona una batería estándar para aplicar de forma sistemática a las personas usuarias. Se trata de un proceso de intervención o planificación continuo y abierto.
- Requieren *alta creatividad* por parte de los equipos técnicos y los grupos de apoyo creados. En no pocas ocasiones lo más apropiado será buscar nuevas ideas y construir nuevos abordajes para llegar a implicar a los participantes. Los instrumentos que aquí se muestran son vías para lograr el reconocimiento de la persona y su participación.
- Pretenden ser *sencillas, operativas y cercanas*. Su principal objetivo es reconocer e implicar a la persona usuaria y al grupo. De ahí la importancia de que visualicen bien lo que quieren mostrar y utilicen un lenguaje comprensible alejado de tecnicismos.
- *No son instrumentos pensados para diagnosticar ni medir cuantitativamente los efectos de la intervención*, por lo que los requisitos de fiabilidad y validez pierden importancia. Ello no resulta en absoluto incompatible con la utilización de otros que sí requieren el cumplimiento de estas condiciones.