

PRINCIPIOS EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

“Los maestros se presentan en todas las formas y con toda clase de disfraces.

*Toda la ciencia del mundo no puede ayudar a nadie tanto
como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro”.*

(Elisabeth Kübler-Ross)

La coyuntura histórica, social y cultural actual nos plantea un contexto desafiante para las personas mayores, y en especial para aquellas que requieren un alto nivel asistencial de cuidados profesionalizados.

La transición de un modelo asistencial más centrado en el déficit (la carencia o la enfermedad) que en la persona, el cual traía consigo la separación de la persona mayor de su contexto socio-comunitario, ha dado paso al desarrollo de nuevos modelos de atención que convergen en el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y que tienen en cuenta el carácter multi-dimensional, la complejidad y la singularidad del contexto personal. Así pues, se ha pasado de un paradigma asistencial en que las necesidades de las personas mayores eran atendidas de modo uniforme (lo mismo para todos) que traía consigo la pérdida de identidad, al reconocimiento e integración de nuevos valores que consideran la biografía personal y orientan las acciones en conservar lo máximo posible el proyecto de vida y la identidad única y diferenciada de la persona.

En este orden, la incorporación de los principios de **Dignidad, Autonomía y Calidad de Vida** suponen un cambio de perspectiva que exige la revisión y actualización permanentes de los sistemas de creencias. Este marco ético fundamenta y sostiene la praxis de los profesionales y agentes que intervienen en los diversos procesos y escenarios de aplicación del Modelo, que incluye el ajuste a las demandas y evolución particulares de dichos procesos en la atención a la persona mayor.

De este modo, el Modelo de Atención Centrada en la Persona supone no sólo la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas, sino también el desarrollo de actitudes éticas congruentes que permitan la construcción de relaciones de respeto a la personalidad, intimidad, privacidad y que posibiliten a las personas mayores el ejercicio de sus derechos.

EL RESPETO A LA DIGNIDAD Y A LA AUTONOMÍA

En coherencia con los fundamentos conceptuales que aporta la psicología humanista, se enfatiza la *Dignidad* de la persona como valor central de la atención centrada en la persona (Lambert & Erikson, 2008).

La palabra *dignidad* se deriva del latín “dignus” que significa “merecedor, valioso”. La dignidad de la persona se define como un valor inalienable e intrínseco que tienen todas y cada una de las personas, independientemente de sus características individuales, internas o externas que le pueden condicionar.

Martínez (2013) señala que la dignidad implica que toda persona por el hecho de ser humana es valiosa, es un fin en sí misma. Así pues, la dignidad es un principio rector que debe regir las diversas actuaciones y que supone que todas las personas tienen derecho al respeto a su diferencia, y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de *respeto*.

Por lo tanto, las personas mayores así como todos los seres humanos, poseen dignidad y deben ser tratadas con el mismo respeto. Esto es así, sin importar la edad, la presencia de enfermedad, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia.

Sin embargo, como apunta Martínez (2011), las personas mayores en situación de dependencia son especialmente vulnerables a no ser tratadas de acuerdo con el principio del respeto a la dignidad. Por esta razón, se resalta la importancia de encaminar la atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia entorno al logro de la máxima autonomía e independencia.

En este orden, se enfatiza que el vivir con autonomía y libertad son elementos constitutivos de la dignidad de la persona (Griffin, 2007), los cuales a su vez cumplen un rol fundamental en el marco integrador de la calidad de vida. Se entiende por autonomía como el derecho y la capacidad de controlar la propia vida. Por su parte, la independencia se refiere al desenvolvimiento en la vida diaria, opuesto al término de dependencia.

Con el fin de orientar las prácticas que engloba la atención integral a personas dependientes y con base al principio de respeto a la dignidad, Martínez (2011) presenta las siguientes directrices de actuación:

- El bienestar físico y emocional.
- El respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias, presentes en las diferentes situaciones y contextos de la vida cotidiana.
- La creación de entornos físicos y sociales facilitadores que promuevan la independencia.
- La protección y garantía de la intimidad y la privacidad.
- La protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal.
- El fomento de la inclusión social y del sentido de pertenencia.
- El respeto a la edad adulta.

CALIDAD DE VIDA

El concepto de *calidad de vida* es un eje fundamental de los objetivos, la misión y la visión de los modelos de atención centrada en la persona (Rogers, 1959). Así pues, es necesario acercarnos a este concepto y comprender su naturaleza multidimensional e integradora.

Los estudios iniciales en el área de conocimiento de la calidad de vida se centraron en aspectos externos y objetivos. Desde esta corriente, principalmente economicista, se adoptó el término “nivel de vida” para hacer referencia al “estado de bienestar” y se analizaban las condiciones de vida que favorecían el bienestar objetivo (Veenhoven, 1991). De este modo, las variables objeto de estudio estaban comprendidas en las categorías de indicadores objetivos de calidad de vida, como por ejemplo edad, salud, clase social, nivel de ingresos, vivienda, condiciones sociales, etc.

Posteriormente, gracias a diversas contribuciones desde las ciencias sociales y desde las humanidades, se fueron incorporando al concepto de calidad de vida factores dependientes en mayor medida de la actuación y percepción que tienen las personas sobre su propia vida, más que de las condiciones objetivas en que ésta se desarrolla (García, 2002).

En esta corriente de pensamiento, cabe introducir el concepto “*Bienestar subjetivo*” (*subjective well-being*) de Diener (1984) en la definición de Calidad de vida. Esta dimensión subjetiva de la calidad de vida implica la perspectiva de la persona en definir lo que es deseable para sí mismo.

Acorde con este planteamiento, Hernández (2000) postula que el bienestar subjetivo hace referencia a los conceptos tradicionales de felicidad y satisfacción con la vida, siendo el bienestar subjetivo el concepto que traduce la felicidad al lenguaje científico.

También es de anotar, que este interés en crecimiento por la investigación de la calidad de vida y la búsqueda de indicadores objetivos concierne a las ciencias sociales en su totalidad (Vázquez, 2006; Strack, Argyle, Schwarz, 1991). Así pues, los economistas han desarrollado medidas cuantitativas para describir el bienestar de la población en las naciones, mientras los científicos sociales señalan los déficits de los índices económicos relativos a los indicadores sociales que determinan la calidad de vida.

En este orden de ideas, los esfuerzos por comprender y estimular la calidad de vida en las personas y en las sociedades, será deseable y tendrá un objetivo común al cual apuntan los diferentes actores sociales. Porque el bienestar y la calidad de vida están asociados a la salud física y mental y, particularmente, porque constituyen en sí mismos factores protectores de diversos fenómenos socialmente problemáticos (Moyano y Ramos, 2007).

Bienestar subjetivo y calidad de vida

Como se menciona en líneas anteriores, la concepción de calidad de vida puede configurarse desde una perspectiva de su dimensión subjetiva o bien, desde una visión objetiva en la evaluación de lo que es importante en la vida.

Al respecto, Griffin (2007) y Brülde (2007) plantean que ninguno de los argumentos a favor de ambas perspectivas (subjetiva y objetiva del bienestar) es exacto, puesto que deben ser aludidas las diferentes características no reductibles que contribuyen a la calidad de la vida humana.

Así pues, se deduce que las características del contexto general del estudio de la calidad de vida suponen la necesidad de un marco integrador, que comprenda su naturaleza multidimensional. Es preciso atender una perspectiva ecológica y sistémica desde la cual se analizan los distintos contextos de desarrollo de los individuos y las diversas características que pueden ser no reductibles, como materias o estados que se interrelacionan con el bienestar de las personas, de las comunidades y de las naciones.

Acorde con esta asunción, se presentan a continuación de forma breve las definiciones más relevantes de Bienestar subjetivo desarrolladas desde la labor científica, en un intento de aproximación a ese marco integrador del estudio de la calidad de vida.

Diener (1984, 2000) propone tres características del bienestar subjetivo:

1. Su carácter subjetivo, pues corresponde a la experiencia del individuo. Aunque se consideran las condiciones objetivas tales como la salud, la comodidad o la riqueza, éstas son vistas como influencias potenciales en el bienestar subjetivo, más no como una parte integrante, inherente o necesaria del bienestar.
2. El bienestar subjetivo incluye medidas positivas, pues no puede entenderse solo como la ausencia de factores negativos.
3. Las medidas de bienestar subjetivo incluyen una evaluación global de todos los aspectos de la vida de una persona. Aunque la satisfacción con la vida puede evaluarse dentro de ciertos dominios, el énfasis es puesto en un juicio integrado de la vida de una persona. El autor señala que las medidas pueden cubrir un periodo de pocas semanas o de una vida entera, siendo de vital importancia encontrar las correlaciones de bienestar subjetivo dentro de diferentes intervalos de tiempo.

En el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad y las personas mayores, el modelo de Schalock (Citado por Martínez, 2011) ofrece una propuesta que integra los diferentes factores del bienestar subjetivo citados anteriormente.

Así pues, a modo de síntesis, se presentan los ocho indicadores de bienestar de este modelo, que engloba una comprensión integradora del Principio de Calidad de Vida en la Atención Centrada en la Persona:

1. Bienestar Emocional:

- Satisfacción (experiencia subjetiva de felicidad).
- Autoconcepto (Incluye autopercepción y autovaloración).
- Ausencia de estrés (disponer de un ambiente seguro, estable y predecible).

2. Relaciones interpersonales:

- Interacciones (contar con redes sociales. Interactuar con otras personas).
- Relaciones (relaciones interpersonales satisfactorias).
- Apoyos (Percepción de apoyo a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite).

3. Bienestar Material:

- Estatus económico (disponer de poder adquisitivo)
- Empleo (tener un Trabajo digno y satisfactorio en un ambiente laboral adecuado).
- Vivienda (disponer de una vivienda comfortable).

4. Desarrollo Personal:

- Educación (tener posibilidades de recibir una educación adecuada, significativa y práctica).
- Competencia personal (disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en las áreas importantes de la vida).
- Desempeño (tener éxito en las diferentes actividades que realiza; ser productivo y creativo).

5. Bienestar físico:

- Salud (tener un buen estado de salud; estar bien alimentado; no tener síntomas de enfermedad).
- Actividades de la vida diaria (Bienestar físico necesario para la independencia en las AVD's).
- Atención sanitaria (disponer de servicios eficaces y satisfactorios de atención sanitaria).
- Ocio (estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos).

6. Autodeterminación:

- Autonomía/Control personal (tener la posibilidad de decidir sobre la propia vida de forma independiente y responsable).
- Metas y valores personales (disponer de valores personales, expectativas y deseos, los cuales dirigen sus acciones).

- Elecciones (disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias. Por ejemplo, el poder elegir dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos, etc.).

7. Inclusión social:

- Integración y participación en la comunidad (tener acceso a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad).
- 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 las personas de su edad que no tienen discapacidad).
- Apoyos sociales (Disponer de redes sociales de apoyo y servicios cuando lo necesite).

8. Derechos:

- Derechos humanos (que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad).
- 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).

BIBLIOGRAFÍA

Brülde, B. (2007). Happiness and the good life. Introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*, 8, 1-14.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

García, M. A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: Un análisis conceptual. *Revista Digital Universidad de Málaga. EFDportes*, 8 (48).

Griffin, J. (2007). What do happiness studies study? *Journal of Happiness Studies*, 8, 139-148.

Hernández, P. (2000). Psicología de la educación socio-afectiva. Universidad de La Laguna, Tenerife.

Lambert, M., Erekson, D. (2008). Positive Psychology and the Humanistic Tradition. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18 (2), 222-232.

Martínez, T. (2013). Avançar en Atenció Gerontològica Centrada en la Persona: Marc i Fases per liderar un canvi de Model. Sumar, empresa d'acció social de Catalunya.

Martínez, T. (2011). 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.

Moyano, E., Ramos, N. (2007) Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22 (2). Versión On-line ISSN 0718-2376.

Rogers, C. R. (1959). Client-Centered Therapy: Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.

Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (1991) Subjective Well-being: An interdisciplinary perspective. (Eds.) (Introduction) New York: Pergamon.

Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 1-2.

Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. In Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (Eds.) Subjective Well-being: An interdisciplinary perspective. New York: Pergamon.