

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Geriatría.

Trabajo:
Resumen:La atención gerontológica basada en la persona.

Docente:
Dr. Kira Guadalupe Zebadua Castañón.

Alumno:
Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:
6° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 21 de Octubre del 2021.

¿QUE ES LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA?

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.**

LA DIGNIDAD DE LA PERSONA COMO PUNTO DE PARTIDA

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.

LOS MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

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.

REFERENTES Y PRINCIPALES DESARROLLOS

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.

En esta terapia cabe destacar dos características: **la confianza radical** en la persona y **el rechazo al papel directivo del terapeuta.**

Importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia. Se destacan 3:

-La aceptación incondicionalmente positiva de la persona

-La empatía

-La autenticidad o congruencia

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.

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.

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.

En el ámbito educativo 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 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.

LOS PRINCIPIOS RECTORES EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL

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. 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.

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.

• 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.

• El principio de beneficencia

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.

EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

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. 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.

DIMENSIONES:

- . Bienestar Emocional: satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
- . Relaciones Interpersonales: interacciones, relaciones, y apoyos.
- . Bienestar Material: estatus económico, empleo y vivienda.
- . Desarrollo Personal: educación, competencia personal, desempeño.
- . Bienestar Físico: salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria.
- . Autodeterminación: autonomía, control personal, metas y valores personales, elecciones.
- . Inclusión Social: integración y participación en la comunidad.
- . Derechos: derechos humanos y legales.

El origen de la gestión de casos suele vincularse al movimiento de la desinstitucionalización que se inició en los años cincuenta en EE.UU. y que posteriormente se extendió por Europa. 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.

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.

LA DISCAPACIDAD Y EL ENFOQUE DE LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP)

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.

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. **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.**

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.

Hay que destacar las **aportaciones de Kitwood**; 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.

LO QUE APORTAN FRENTE A OTROS ENFOQUES

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.

Principales diferencias existentes entre los modelos más tradicionales, habitualmente centrados en los servicios, y lo que aportan los modelos centrados en la persona:

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA

Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona, Su intervención es de macro nivel (plan de vida), Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales, Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual, Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes, Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables, Se centran en la calidad de vida. Crean equipos de PCP para solucionar los problemas que vayan surgiendo. Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones, Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores, Responden a las necesidades basándose en

responsabilidades compartidas y compromiso personal. Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente. Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo, Utilizan un lenguaje familiar y claro.

MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO

Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar, Intervienen a micro nivel (conductas determinadas, patologías). Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales, Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales, Distancian a la gente enfatizando sus diferencias, Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones, Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio, Confían en equipos estándares interdisciplinarios, Delegan el trabajo en los que trabajan directamente, Organizan reuniones para los profesionales, Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo, Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales, Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala. Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA

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.

- Es un enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación 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.

PRINCIPIOS RECTORES

- Dignidad:

Las personas mayores, con independencia del estado en que se encuentren con respecto a sus capacidades, tienen derecho al respeto a su diferencia y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto al igual que el resto de seres humanos.

- 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 permanente mente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

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 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.**

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

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.

Para finalizar, 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
- Conforman un conjunto de herramientas para utilizar de una forma flexible y siempre adaptada a cada persona.
- Requieren alta creatividad por parte de los equipos técnicos y los grupos de apoyo creados.
- 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez, T. (2011). Atención gerontológica basada en la persona. Ciudad Vasco: Mc Eusko Jaurlaritza.