

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

¿Qué es?

La atención centrada en la persona aplicada a los recursos gerontológicos:

Es un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales. Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer (ver decálogo de la ACP).

Integra diferentes modelos de atención profesionalizada, es decir maneras de entender y organizar la acción profesional, que asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.

Incorpora nuevas metodologías, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada.

Decálogo

Apostar por la Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos implica asumir una serie de principios y consideraciones. No es suficiente con reconocerlos o enunciarlos, también es necesario hacerlos efectivos en el día a día.

1. Todas las personas tenemos dignidad

Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única

Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad

La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida

La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía

La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente

afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades

Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo

Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación al bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal

Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes a sus intereses. Actividades que además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.

9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia

Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia.

Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y, por tanto, deben recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios

En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes

situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

¿Qué aporta de nuevo?

Los modelos de atención centrada en la persona aportan una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos.

Algunos autores han diferenciado entre los modelos centrados en la persona y los modelos centrados en el servicio u organización. Aunque éstos últimos también buscan la atención individualizada, el papel de la persona usuaria en su atención es claramente diferente.

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 global y hablan de planes de vida.	Intervienen en niveles más concretos: conductas deficitarias, alteradas, patologías, etc.
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a las personas dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a las personas como en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a las personas descubriendo experiencias comunes.	Distancian a las personas 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 planificación centrada en la persona para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.
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.

Su origen y recorrido

El origen de la atención centrada en la persona se atribuye a la psicología humanística, concretamente a Carls Rogers y a su Terapia Centrada en el cliente.

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

Las aportaciones de Rogers han sido trasladadas, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otros. En el ámbito educativo donde se hace mención a la educación centrada en el alumno/a. En el campo de la salud y la medicina donde se habla de la salud o la medicina centrada en la paciente.

En la atención a personas con discapacidades se viene utilizando el término de la Planificación Centrada en la Persona. Su objetivo principal es dar apoyos para que las personas con discapacidad puedan tener control sobre su vida y ésta se desarrolle desde la normalización e inclusión social.

En la atención a las personas mayores también hay exitosas aplicaciones de este modelo en el ámbito internacional. Cabe destacar:

El Modelo Housing, en los que, entre otras, se enmarcan iniciativas como la Unidades de convivencia de la Red Salmón, la alternativa Eden o las Green Houses.

Las aportaciones de la atención centrada en las personas con demencia, formulada por Tom Kitwood y desarrollada por los componentes del grupo de demencias de la Universidad de Bradford (Bradford Dementia Group).

Sus fundamentos

La Atención Centrada en la Persona se fundamenta desde una sólida base: Parte de la escucha de las preferencias y deseos de las personas y del reconocimiento del derecho a su autodeterminación.

Es refrendada por la ética, partiendo del reconocimiento de la dignidad de las personas y teniendo como marco referencia los principios de la bioética.

Se alinea con las principales declaraciones y recomendaciones que emanan de distintas normativas y consensos internacionales.

Se orienta y nutre del conocimiento científico, integrando las preferencias de las personas y el respeto a las mismas con las intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado beneficio terapéutico para las personas mayores.

Los modelos de atención que asuman el enfoque de la Atención Centrada en la Persona deben sustentarse e integrar estos firmes pilares.

Criterios y algunas pautas para la buena praxis

Asumir las propuestas del modelo de atención centrada en la persona (ver decálogo), implica que hemos de trasladarlas a los cuidados y atención cotidiana.

Aquí encontrarás algunos criterios y pautas de buena praxis que pueden resultar de ayuda para orientar las atenciones e intervenciones profesionales desde este enfoque.

I. Para desarrollar la autonomía de las personas

Conocer a la persona, apoyar su identidad y proyecto de vida

Favorecer la elección y el control sobre el entorno (sentido de autoeficacia).

Poner en valor a la persona y relacionarse desde las capacidades

Conciliar seguridad, autonomía y bienestar emocional

II. Para proteger la intimidad

Crear cultura sobre la protección de la intimidad y la confidencialidad

Garantizar el máximo respeto y trato cálido en los asuntos más íntimos.

Proteger la confidencialidad en el manejo de la información personal

III. Para lograr un entorno positivo

a) Un espacio físico accesible y significativo

Lograr un ambiente físico que ofrezca “sensación de hogar”

Procurar un espacio accesible y orientador donde las personas se sientan tranquilas, seguras y cómodas.

Procurar un ambiente significativo que estimule a la actividad y a la interacción.

Facilitar la elección y participación de las personas

b) Actividades con sentido

Identificar actividades que estimulen a cada persona

Facilitar que las personas decidan sobre su actividad cotidiana

Integrar lo terapéutico en lo cotidiano

Apoyar la participación de las personas con mayor deterioro

Encontrar las mejores opciones

c) Relaciones con los demás y en contacto con la comunidad
Facilitar la participación y colaboración de la familia
Promover relaciones más allá de la familia
Vivir y ser parte de la comunidad

d) Los profesionales y la organización
Entender el buen cuidado desde el empoderamiento
Reconocer y fortalecer las competencias clave
Sensibilizar. Vencer temores y resistencias
Acompañar a los profesionales en los cambios
Lograr una organización flexible al servicio de las personas

¿Cómo liderar cambios?

Introducir cambios en los servicios y centros gerontológicos que vienen de modelos centrados en el servicio o la organización es posible pero no siempre resulta sencillo. Las experiencias que se están llevando a cabo señalan algunos elementos facilitadores del cambio.

Seguir algunas fases puede ayudarnos a liderar el cambio introduciendo progresivamente mejoras.

Fase 1. Sensibilizar e informar a la propia organización y a otros agentes

La sensibilización y comunicación a todos los implicados resulta imprescindible. Se trata de comunicar bien en qué consiste este modelo y cómo proponemos avanzar.

Es fundamental saber comunicar lo que supone este modelo de atención, haciendo hincapié en los beneficios que reporta. Es importante informar a las personas usuarias, a las familias y al conjunto de profesionales del servicio o centro. También a otros agentes clave como las organizaciones sindicales o la propia administración.

En esta fase tiene especial importancia detectar las dudas y resistencias, dejar que se expresen y abordarlas. No podemos obviar que todo cambio genera resistencias. Muchas de estas resistencias son en realidad temores que se asocian al cambio.

Fase 2. Lograr un liderazgo del cambio interno y compartido

El esfuerzo de profesionales es imprescindible y siempre es posible (además de estar dentro de la responsabilidad de cada profesional) mejorar nuestro trabajo, pero si no se cuenta con un liderazgo de los responsables de los recursos u organizaciones, el cambio de modelo se verá muy limitado. Porque en muchas ocasiones se requiere introducir cambios en el concepto de atención y en la organización del servicio.

Este liderazgo “por arriba” no puede ir solo. La participación y el compromiso de los profesionales es asimismo esencial. No solo por parte del equipo técnico sino del conjunto de gerocultores o auxiliares, ya que son quienes apoyan a lo

largo del día a las persona. Desde la atención centrada en la persona el papel de los gerocultores se considera esencial y se ve reforzado.

La formación de grupos líderes o promotores del cambio en cada centro o servicio suele resultar de gran ayuda. En las organizaciones o empresas que tienen diferentes centros proponer un grupo promotor inter-centros también es una buena opción.

Fase 3. Evaluar y revisar nuestra práctica cotidiana

En primer lugar hemos de evaluar y conocer nuestra situación de partida para así luego poder conocer el impacto de los cambios. La evaluación del impacto hemos de diseñarla teniendo en cuenta los tres grupos de personas que interactúan en el centro o servicio: personas usuarias, profesionales y familias. Evaluar las dimensiones relacionadas con la calidad de vida es lo fundamental. Además de esta evaluación deberemos realizar una revisión participativa o chequeo de cómo estamos interviniendo en la actualidad. Instrumentos como el método de revisión interna participativa Avanzar en ACP son de gran utilidad para chequear los procesos asistenciales desde descriptores de buena praxis definidos desde este modelo de atención.

Fase 4. Crear una ruta propia de mejora

Hemos de adaptar el proceso de cambio a cada organización porque cada realidad es diferente. No es lo mismo una residencia grande que una pequeña, o que un centro de día o que la atención domiciliaria.

Cada organización tiene su historia y su momento. No hay dos equipos iguales. Por eso es fundamental, conocer nuestra realidad, consensuar y trazar nuestra propia ruta de cambio.

La progresividad es un elemento importante. No podemos plantearnos cambiar todo a la vez ¡sería un caos! Sin embargo sí es fundamental tener claro dónde queremos llegar y trazar un proceso de cambio planificado y asumible.

Algunas recomendaciones

Empezar con cambios en áreas que se consideran clave como son: la actitud de los profesionales, el ambiente físico o la organización y significatividad de las actividades cotidianas.

Comprometerse con medidas posibles y programar planes de mejora temporalizados.

Consensuar las medidas y cambios a llevar a cabo

Empezar con experiencias piloto no muy complejas que tengan probabilidades de salir bien. Contar, para las experiencias piloto, con profesionales voluntarios. Ser flexibles y estar abiertos hacia nuevas propuestas que vayan surgiendo, asegurándonos, eso sí, que éstas son acordes al modelo de atención.

Un aspecto muy importante es la formación y el acompañamiento a los equipos de atención directa en los escenarios cotidianos de cuidados.

Llevar a cabo una formación inicial no suele resultar suficiente. Porque se trata de cambiar formas de hacer que en ocasiones están muy automatizadas. Muchas veces es necesario “des-aprender” y esto es costoso. Requiere observación, reflexión y entrenamiento en los lugares reales de cuidado (en la residencia, en el centro de día, en el domicilio) para que realmente se transfieran los conocimientos a las prácticas cotidianas.

Los profesionales del equipo técnico del centro o servicio están llamados a desempeñar un papel muy importante formando, orientando, actuando de consultores y apoyo a los equipos de atención directa continuada.

Fase 5. Evaluar los cambios y dar continuidad al proceso

Una vez iniciado el proceso de mejora es fundamental realizar evaluaciones que sean asumibles de forma periódica.

Conocer los logros, visibilizarlos, ponerlos en valor, compartirlos, resulta de gran valor. También, cómo no, identificar los aspectos que no han funcionado, analizarlos y reorientar lo que se considere necesario.

Y seguir siempre avanzando...la mejora de la calidad es un proceso que nunca concluye, es una forma de entender la práctica profesional desde la revisión y el continuo aprendizaje.

Tenemos retos

La atención centrada en la persona es un enfoque aceptado en los países más avanzados en políticas sociales, pero, hoy por hoy, su aplicación en los recursos gerontológicos españoles es muy limitada.

Estamos, por tanto, en el momento de construir y aplicar nuevos modelos de atención, adaptando este enfoque a nuestra cultura y recursos. Y queda mucho por hacer. Tenemos numerosos retos a los que dar respuesta. Retos que implican a muchos agentes: profesionales, movimiento asociativo de personas mayores, administraciones públicas, empresas privadas, etc.

Recuperar/construir un nuevo rol profesional

La atención centrada en la persona plantea una forma de relación muy determinada con las personas usuarias, basada en el empoderamiento de las personas, desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de potenciación de la autonomía de las personas. Sin por ello abandonar las praxis profesionales basadas en la evidencia científica.

Por tanto, esta visión, en relación a los profesionales:

- Supone un cambio de rol abandonando la idea de que el profesional es el único experto y por tanto quien debe tomar todas las decisiones. Se recuperan y refuerzan competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación y la motivación.

- Sugiere una nueva organización de los equipos de atención donde los gerocultores asume una mayor responsabilidad y precisa una mayor cualificación y donde el equipo técnico asume nuevos roles.
- Propone competencias de los gerocultores desde una mayor polivalencia.
- Precisa de una actitud humilde y abierta a la revisión
- Obliga a la coherencia entre lo que declaramos y hacemos
- Apela a integrar las prácticas basadas en la evidencia que protegen a las personas y señalan beneficios terapéuticos con las preferencias y decisiones de éstas. Esto hace necesario que los equipos estén formados en métodos deliberativos que les permitan tomar decisiones prudentes.

Promover cambios en distintos ámbitos

Para facilitar la extensión de modelos de atención centrada en la persona es necesario que se produzcan algunos cambios ya que algunas circunstancias del sector sociosanitario y su actual regulación normativa suponen dificultades de partida en su aplicación.

Se precisa promover cambios en:

- En el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias.
- En los modelos de gestión del centro (procesos, protocolos, programas) para que sean acordes a este modelo de atención
- Las normas del centro y la organización de los servicios
- En las normativas (autorización, inspección y acreditación) para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención.
- En los sistemas de evaluación de la calidad que se centran solo en la calidad de la gestión.

Diseñar y validar intervenciones y metodologías acordes a este enfoque

No toda intervención es acorde a la atención centrada en la persona. No todo modelo de atención o metodología pueden ser considerados acordes a este enfoque aunque se acogan a la denominación de atención centrada en la persona.

Se precisa disponer de un mayor conocimiento y realizar estudios en relación a temas como:

- El diseño de intervenciones terapéuticas insertadas en actividades de la vida diaria significativas.
- La sistematización y validación de modelos aplicados y metodologías acordes a la Atención Centrada en la Persona.
- El diseño y validación de instrumentos de evaluación (evaluación de personas y de servicios) orientados desde este enfoque.

Demostrar la eficiencia y sostenibilidad del modelo

Que los modelos de atención centrada en la persona no son económicamente sostenibles es quizás la dificultad/ resistencia habitualmente más escuchada, en relación a su aplicación efectiva.

Es una afirmación sobre la que, a pesar de frecuentemente repetida, en España todavía no tenemos datos concluyentes. Esta falta de conclusiones se debe, sobre todo, a que estos modelo de atención en nuestro país apenas están implantados, lo que lógicamente hace que no dispongamos de conocimiento suficiente sobre su coste ni acerca de su coste-efectividad.

Hemos de saber que:

- Los modelos basados en una atención centrada en la persona están ya extendidos por los países más desarrollados, tanto de Europa, como de Norteamérica y Australia.
- Los estudios de coste-efectividad realizados no apuntan necesariamente a un mayor coste en recursos humanos cuando se apuesta por este enfoque de atención.
- Distintos estudios muestran en otros países señalan ahorros en costes indirectos: en consumo de fármacos, menor absentismo laboral...

Es necesario:

- Poner en práctica un modelo que no incremente costes y ofrezca más bienestar a los implicados en este proceso: personas mayores, familias y profesionales.
- Realizar más estudios sobre el coste-efectividad de estos modelos aplicados a distintos servicios.
- Tener cuidado en no asumir “a priori” la no-sostenibilidad del modelo y convertirlo en una excusa para no cambiar.

Sensibilizar y crear una cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a la persona

La implantación de sistema de calidad en los recursos gerontológicos es reciente. Se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión.

Calidad de gestión y atención deben ser compatibles y complementarias. La gestión debe estar supeditada y ser coherente al modelo de atención.

En lo que atañe al modelo residencial, para avanzar en el diseño de los recursos y la mejora de la calidad, con frecuencia nos hemos fijado en dos referentes: el hospital y el hotel. El primero porque aporta seguridad y protección. El segundo porque mejora las instalaciones y la percepción de confort. Sin embargo, presentan limitaciones ya que no siempre ponen en primer lugar algo esencial en la atención de las personas: la importancia de su autodeterminación y sus preferencias para seguir viviendo su vida lo mejor posible.

Desde el enfoque de atención centrada en la persona el modelo residencial busca que las personas se sientan como en su casa, en una vivienda adaptada a sus necesidades y con cuidados personales, pero donde además la persona

sigue controlando su vida y haciendo las cosas que puede y le permiten disfrutar. Algo que nos suele dar la vida en nuestro propio hogar.

Por ello, es imprescindible generar una nueva cultura de calidad en servicios sociales, no otorgando a la protección y a la seguridad la categoría de criterios únicos. Es hora ya de reclamar la defensa de derechos individuales y que la capacidad de decisión sobre la vida cotidiana y el respeto a la propia dignidad no se vea limitada por el hecho de ser mayor, necesitar cuidados o vivir fuera del propio hogar.

Tenemos riesgos

Optar por un modelo de atención centrada en la persona es asumir, y por tanto llevar a cabo, una forma determinada de relación con las personas mayores. Permitiendo y apoyando que éstas tomen sus decisiones en la vida cotidiana, respetando sus preferencias, su identidad y su modo de vida. Siendo conscientes de que la organización y los profesionales estamos para apoyar y generar la mayor autonomía posible en las personas usuarias. Siendo capaces de generar un ambiente protector, respetuoso y delicado, porque así lo requiere la especial vulnerabilidad que tienen las personas con quienes trabajamos.

Esto no siempre resulta fácil. En España tenemos todavía un largo camino por recorrer. Partimos de unos centros y servicios todavía hoy diseñados desde objetivos que buscan la eficiencia organizativa pero escasamente orientados hacia las personas.

En este momento de inicial desarrollo de la Atención Centrada en la Persona, hemos de evitar algunos riesgos que pueden surgir en la puesta en marcha de estos modelos.

a) Simplificar lo que es y supone la Atención Centrada en la Persona y los modelos que la desarrollan.

Hemos de evitar quedarnos en modificaciones no sustanciales, no entender que cuando partimos de modelos muy orientados a los servicios hemos de enfrentar cambios de "gran calado". No se trata de incorporar unas cuantas recomendaciones que nos hagan "estar a la moda".

Y también estar alerta ante la respuesta "eso ya lo hacemos" que en ocasiones surge sin haber chequeado antes, a fondo, nuestras intervenciones cotidianas desde criterios que definan y concreten en la atención este enfoque.

b) Alejar o disociar este enfoque de atención de la evidencia científica

Los modelos orientados desde la Atención Centrada en la Persona han de integrar las prácticas basadas en la evidencia que señalan efectos positivos para las personas mayores (tanto relacionados con la protección como con el beneficio terapéutico), con el respeto a sus valores, preferencias y bienestar subjetivo. Hemos de evitar su disociación, son cuestiones que deben ser contempladas a la par.

En los casos donde se produzca un conflicto de valores (por ejemplo, cuando la persona desea algo que la buena praxis profesional señala como perjudicial), la deliberación ética se hace necesaria para tomar, siempre de una forma individualizada, decisiones basadas en la prudencia.

c) Creer que la Atención Centrada en la Persona propone una atención desprofesionalizada.

Realmente supone un importante riesgo pensar que estos modelos no requieren cualificación por parte de los profesionales. Llegar a creer que con ser amables, afectuosos, o simplemente, con hablar y preguntar algo más a las personas ya es suficiente...

Como se acaba de señalar las prácticas basadas en la evidencia científica son fundamentales, también desde este enfoque, en la calidad de la atención. Los profesionales deben estar debidamente cualificados y los procedimientos de atención sistematizados y bien fundamentados.

Los modelos de atención centrada en la persona no están pensados para ahorrar costes o reducir recursos humanos ya que los profesionales, los equipos técnicos, siguen siendo muy importantes. Además, para reforzar o ampliar algunas competencias, será necesaria una mayor formación.

d) Pecar de exceso de confianza

Dada nuestra cercanía y relación de confianza podemos llegar a creer o estar convencidos que no hace falta preguntar a las personas, porque "las conocemos muy bien... que ya sabemos lo que quieren... que siempre hacemos las cosas según sus gustos y que no vamos a estar preguntándoles siempre...".

La atención centrada en la persona es una forma de entender la relación asistencial desde el empoderamiento del otro. Hemos de saber que aunque la persona nos confirme lo que ya sabemos, cuando le preguntamos o le damos a elegir algo, no solo le damos la oportunidad de decidir (confirmando su elección habitual o quizás cambiándola) sino que además le otorgamos el estatus de ser quien decide, quien dicta cómo quiere que su vida sea en ese momento concreto... Ello forja una forma de relación más horizontal y desarrolla el sentido de autoeficacia en las personas.

e) La falta de autenticidad

La Atención Centrada en la Persona conlleva una forma de entender las relaciones interpersonales desde el apoyo a la autonomía de las personas. Ello implica generar cambios sustanciales, tanto en la forma de entender la relación profesional como en el planteamiento organizativo. Por ello, si de verdad no lo creemos es preferible ofrecer la atención desde otras propuestas.

f) Caer en la inhibición profesional

Permitir y apoyar que las personas mayores tomen sus propias decisiones no significa que los profesionales carezcamos de papel ni mucho menos de responsabilidad en la atención.

En primer lugar, porque hemos de entender que el empoderamiento de las personas para decidir cómo quiere que sea su día a día, es un proceso que los profesionales debemos apoyar, secuenciar y alimentar desde la escucha y la cercanía. Algunas personas mayores han podido llegar a perder el hábito de tomar decisiones y, entonces es cuando deberemos intentar que, dentro de sus capacidades, puedan retomar (al menos parcialmente) este control, ya que sabemos que esto es beneficioso para ellas.

En segundo lugar, porque no todas las decisiones están al alcance de las personas usuarias ni es posible respetar todas sus decisiones o preferencias. La autonomía tiene límites y los profesionales debemos conocer cuáles son y cómo actuar desde la buena praxis cuando hemos de restringirla (como por ejemplo cuando las decisiones de la persona suponen un claro daño para la persona o suponen un perjuicio para otros).

g) Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas

Hemos de tener cuidado con la improvisación. Hemos de evitar quedarnos en la fase de "ilusión colectiva" inicial cuando se consiguen dar los primeros pasos. Debemos tener estrategias para prevenir que se agote el entusiasmo que acompaña los primeros logros y contar con estrategias que faciliten la continuidad.

Es fundamental planificar los cambios y articular estrategias para seguir avanzando, manteniendo y consolidando los logros.

h) Realizar una inadecuada gestión del cambio

Una comunicación insuficiente o poco efectiva, la falta de formación y apoyo a los profesionales, la ausencia de liderazgo o una escasa participación de los agentes pueden suponer importantes dificultades.

¿Merece la pena?

Esta es la primera pregunta que tenemos que hacernos

Hemos de ser conscientes que introducir cambios en los servicios que proceden de otra forma de entender la atención, es posible, pero no siempre resulta sencillo.

Requiere compromiso y esfuerzo, tanto de la organización y sus responsables como de los profesionales.

Pero ¡merece la pena!. Por muchas razones...

Beneficios descritos en los centros que apuestan por la Atención Centrada en la Persona

Para las personas mayores

- Mejora su calidad de vida (bienestar subjetivo, estado de ánimo, autonomía, independencia).
- Las personas se sienten más satisfechas con la atención recibida
- Se implican más en su plan de atención

Para las familias

- Facilita y anima la presencia y colaboración familiar en los cuidados
- Aumenta la confianza de las familias hacia el centro y los profesionales. Mejora la relación y se previenen algunas dificultades.
- Las familias se sienten más satisfechas con la atención que las personas reciben.

Para los profesionales

- Dignifica y cualifica su labor asistencial
- Motiva, genera ilusión y fortalece la autoestima profesional
- Favorece procesos de mejora e innovación
- Visibiliza, refuerza y pone en valor las actitudes profesionales correctas y las buenas prácticas.
- La responsabilidad se comparte, los logros son de todos y los errores o fallos no son solo de los profesionales.
- Crea espacios de comunicación y cooperación con las personas usuarias, con las familias y con el resto de profesionales, facilitando las relaciones y un buen clima laboral.
- Genera reflexión y cambios positivos de actitud hacia las personas usuarias y familias.

Para la organización

- Mejora el clima laboral
- Facilita la toma de decisiones compartidas
- Reduce el burn-out y el absentismo laboral
- Facilita organizaciones más cordiales y más abiertas a los cambios
- Facilita la participación, el intercambio y el trabajo en equipo
- Ofrece un modelo referente de atención, evitando las praxis inadecuadas y previniendo el maltrato.
- Reduce los conflictos con las personas y las familia
- Facilita la coordinación con los recursos comunitarios
- Mejora la calidad de la atención

Merece la pena porque este es un enfoque que trabaja desde los valores humanos, desde la defensa del ejercicio de los derechos de las personas, de personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad, y eso..., nos humaniza y nos engrandece...

Tomado de: La atención gerontológica centrada en la persona

(Teresa Martínez, 2011)