

La atención integral centrada en la persona

Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia

Pilar Rodríguez Rodríguez

Asesora del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
prodriguezr@mspsi.es

Resumen

Los cambios sociales acaecidos, y el avance tanto en políticas sociales como en promulgación de derechos, nos obligan a reflexionar en profundidad sobre el modelo clásico de atención a personas mayores y personas con discapacidad. Tras definir el concepto atención integral, y analizar los cambios legales introducidos en esta materia, se presenta una propuesta de modelo de intervención que atiende a la realidad actual, y que se apoya en un conjunto de principios y criterios de actuación previamente señalados.

Palabras clave

Discapacidad, Dependencia, Modelos de intervención, Atención integral, Envejecimiento, Programas de intervención



Antes de imprimir este informe, piensa bien si es necesario hacerlo. Una tonelada de papel implica la tala de 15 árboles. Ayúdanos a cuidar el medio ambiente.

Para citar este documento: RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

SUMARIO

Introducción.....	2
1. El paso del concepto de necesidad a los de dignidad y derecho.....	3
2. Evidencia científica y consensos internacionales.....	4
a) Las aportaciones provenientes de la investigación y la evaluación.....	4
b) Las recomendaciones de los Organismos Internacionales.....	4
3. Aproximaciones conceptuales para una definición de la atención integral centrada en la persona..	5
a) Aportaciones de los sistemas de salud: La gestión continuada del cuidado.....	5
b) Las aportaciones del ámbito de la discapacidad: la atención centrada en la persona.....	6
c) La atención integral centrada en la persona.....	8
4. Principios y criterios para fundamentar un modelo de intervención integral centrado en la persona....	10
a) Autonomía y diversidad.....	10
b) Participación, accesibilidad e interdisciplinariedad.....	11
c) Integralidad y globalidad.....	12
d) Individualidad, atención personalizada y flexibilidad.....	12
e) Inclusión social, proximidad y enfoque comunitario.....	12
f) Independencia, prevención y rehabilitación.....	13
g) Continuidad, coordinación y convergencia.....	13
5. El esquema del modelo integral de atención centrado en la persona.....	15
Referencias Bibliográficas.....	16

Introducción

Las enormes transformaciones que están aconteciendo en la sociedad contemporánea tienen y tendrán cada vez más en el futuro una clara incidencia en la evolución y rediseño de las políticas sociales, entre ellas las que tratan de ofrecer respuestas más acordes a la creciente necesidad de atención que, paradójicamente, avanza con el progreso social.

Fenómenos como el incremento progresivo de la esperanza de vida, la incorporación masiva de la mujer a la vida sociolaboral, la globalización, la revolución tecnológica, los avances en materia de igualdad, el proceso de individualización, la emergencia del sujeto y la conquista de nuevos derechos civiles y sociales, están entre los factores que, entremezclados, nos abocan a la necesidad de redefinir, por obsoleta, algunas de nuestras políticas sociales y, en concreto, los modelos clásicos de atención a personas mayores y personas con

discapacidad, especialmente cuando se encuentran en situaciones de fragilidad o de dependencia.

Por tanto, se considera preciso reflexionar en profundidad sobre un nuevo modelo de atención que tenga en cuenta los cambios sociales acaecidos, el avance en políticas sociales y en promulgación de derechos y que se fundamente sobre el conocimiento científico disponible. Las exigencias del nuevo modelo comportarán, nada más y nada menos, que un cambio de paradigma que afectará tanto al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar, como en lo que atañe a la intervención y la praxis profesional.

En esta colaboración se formula una propuesta de aproximación al modelo que, partiendo de trabajos previos (Rodríguez, 2006, 2010) y enmarcado en la realidad actual, se apoya en un conjunto de principios y criterios de actuación que lo fundamentan.

1. El paso del concepto de necesidad a los de dignidad y derecho

El avance de los modernos Estados sociales de derecho ha logrado que hayamos ido pasado de una concepción de la atención basada en la noción de necesidad a otra que se sustenta en la promulgación y consiguiente protección de los **derechos de las personas con discapacidad y de las personas mayores**. Así, en el ámbito de la Unión Europea, el renovado artículo 13 de su Tratado constitutivo (versión acuñada en Ámsterdam) se dice: “...*el Consejo, por unanimidad, a propuesta de la Comisión y previa consulta al Parlamento Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.*” Este derecho a la no discriminación también ha sido recogido en la Carta de los Derechos Fundamentales de la U.E. (art. 21).

Pero acaso la iniciativa de mayor relevancia y repercusión en los últimos tiempos ha sido la **Convención de Derechos de las personas con discapacidad, propugnada por la ONU** en el año 2006, cuyo propósito no es otro que el de “*promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales y libertades a todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente*”.

Para ello, y en lo que atañe tanto al diseño de políticas como al campo de las intervenciones, se obliga a tomar en cuenta y acatar los principios que se establecen, el primero de los cuales, relacionado con la dignidad inherente de todas las personas, es **respetar su autonomía individual y su libertad para tomar sus propias decisiones**. Dentro del conjunto de los derechos que todos los países que han ratificado la Convención (entre ellos, España en 2008) se han comprometido a garantizar, figuran:

- La **accesibilidad** al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, etc., tanto en entornos rurales como urbanos (art. 9).
- El **derecho a vivir de forma independiente** y a participar en la comunidad, lo que incluye elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, y el acceso a servicios de apoyo (**ayuda a**

domicilio, vivienda, asistente personal) para poder vivir integrados en la comunidad y evitar el aislamiento o separación de ésta (art. 19).

- Derecho a gozar del más alto nivel de salud, mediante la atención temprana, la prevención, la habilitación y rehabilitación, la **implantación de servicios de proximidad (sin discriminar a las zonas rurales)**, la formación adecuada de los profesionales y la elaboración de **normas éticas** para que conozcan las necesidades de las personas con discapacidad y respeten sus derechos, su dignidad y su autonomía (arts. 25 y 26).

Por lo que se refiere a los derechos de las personas mayores en situación de dependencia, cabe citar la Carta europea de los derechos y responsabilidades de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia, en la que se enumeran, entre otros, el derecho a la dignidad, a la libertad, a la autodeterminación, a la privacidad, al cuidado personalizado, al asesoramiento, etc.

Por otra parte, en España, igual que ocurre en otros países con sistemas de protección social avanzados, nos encontramos en el proceso de una reforma de enorme calado y complejidad, como es **convertir los servicios sociales en el cuarto pilar de nuestro sistema de bienestar social** gracias al impulso que la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (LAPAD) favorece. La LAPAD incluye en su art. 4 los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia. Entre aquéllos: respeto pleno de su dignidad e intimidad, a participar en la formulación y aplicación de políticas que afecten a su bienestar, a no sufrir discriminación, a decidir libremente sobre su ingreso en centro residencial, etc.

También es de interés recordar los dos objetivos de las prestaciones de esta Ley, que resultan igualmente válidos y aplicables para todas las situaciones de discapacidad o dependencia de cualquier grado y nivel, y que son: Facilitar la existencia autónoma en el medio habitual todo el tiempo que la persona desee y sea posible y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos (personal, familiar y social), facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Como habrá podido observarse de la lectura de los párrafos precedentes, aparece con

reiteración el concepto de **dignidad** que, junto con el de **derechos**, se está imponiendo y gana auge al referirnos a personas que requieren apoyos para su independencia y su autonomía, cualquiera que sea su edad.

La dignidad constituye el fundamento de la ética ya que en su concepto se engloba el conjunto incondicional de los derechos humanos. Podríamos definirla como el *atributo intrínseco de la persona que, en cualquiera de sus etapas y circunstancias vitales, debe poder ejercer su autonomía moral y sus derechos para orientar su existencia hacia el logro de un plan de vida propio, acorde con sus preferencias y deseos.*

Se concluye que tanto la incorporación al derecho positivo español de la Convención de Naciones Unidas de los derechos de las personas con discapacidad, como la promulgación de nuestra LAPAD, marcan **dos hitos históricos que obligan a realizar cambios de calado** tanto en el diseño de políticas, recursos y servicios, como en los modelos de intervención, para garantizar el ejercicio de esos derechos a todas las personas con discapacidad, entre las que se incluyen quienes se encuentran en situación de dependencia, cualquiera que sea su edad.

2. Evidencia científica y consensos internacionales

Existe, además de todo lo referido anteriormente, suficiente evidencia científica para orientar las bases de un nuevo modelo de atención para quienes tienen una situación de discapacidad, fragilidad o dependencia. Se señalan a continuación algunas de las fuentes principales.

A) LAS APORTACIONES PROVENIENTES DE LA INVESTIGACIÓN Y LA EVALUACIÓN

- La evidencia acerca de la eficacia de la promoción de la salud y de las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria en la comprensión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Gómez y cols, 2003).

- Las aportaciones del modelo psicosocial de intervención, en el que se enfatiza la importancia de la globalidad de la persona y, por tanto, la necesidad de intervenir de manera integral

teniendo en cuenta factores multidimensionales de tipo biopsicosocial. Desde esta perspectiva, cobran gran importancia, además de los factores relacionados con el bienestar emocional y de personalidad, la variabilidad interindividual y las interacciones de las personas con el ambiente para conseguir su integración y participación social (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).

- Los resultados obtenidos cuando se interviene sobre el fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal (Janicki y Ansello, 2000) y para reducir el exceso de dependencia (Little, 1988).

- La efectividad de las propuestas del modelo de calidad de vida, es decir, el que pone su centro en los derechos y preferencias de las personas. (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).

- El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002).

- El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los programas, deducidas de la numerosa investigación producida, tanto cualitativa como cuantitativa (Verdugo, 2006; IM-SERSO, 2009).

B) LAS RECOMENDACIONES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

- La OMS, además de las recomendaciones ya mencionadas, realizó una considerable aportación conceptual a través de sus clasificaciones sobre la discapacidad. Mediante la primera propugnó y difundió por todo el mundo el conocido **“modelo social de la discapacidad”** en contraposición al “modelo médico” preexistente. En la segunda, los integró en una nueva clasificación (la CIF), con la que se propone conseguir una síntesis que proporcione una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, y en la que se enfatiza sobremanera la importancia de influir sobre el contexto ambiental para facilitar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.

Debe ser señalado también aquí por su relevancia que este mismo Organismo aportó una contribución esencial en el ámbito del envejecimiento, mediante la que se señalan actuaciones dirigidas a los individuos, a los poderes públicos

y a la sociedad para lograr el paradigma del “**envejecimiento activo**”, basado en tres pilares: salud, seguridad y participación (OMS, 2002).

- Por su parte, **Naciones Unidas**, mediante sus dos Planes Internacionales sobre el Envejecimiento propició que en todo el mundo se perciba el fenómeno del incremento de la esperanza de vida no sólo como un reto para todos los países, sino también como una oportunidad. El objetivo central de las propuestas contenidas en estos planes es **propiciar que las personas puedan envejecer con seguridad (prestaciones y cuidados) y participando activamente en sus comunidades**.

- La **OCDE** ha venido trabajando intensamente todos los aspectos relacionados con la **atención a las personas mayores en situación de dependencia**. Entre las propuestas que se realizaron por este organismo fue proverbial su insistencia, desde los primeros informes, en proclamar el lema de “**envejecer en casa**” en **condiciones de dignidad**. Recomienda para hacerlo posible la disposición de recursos y programas de **proximidad, en un continuum asistencial**, desde los que se tengan en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras.

3. Aproximaciones conceptuales para una definición de la atención integral centrada en la persona

A) APORTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: LA GESTIÓN CONTINUADA DEL CUIDADO

Como es bien conocido, la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) **define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades**. Por su parte, en la Declaración de Alma Ata (1978) se afirma que la Atención Primaria de Salud es la clave para lograr la salud para todos, como responsable de dispensar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Estas nociones nos acercan a la idea de una atención integral y continuada que debe girar en torno a la persona. Sin embargo, se alerta por los

expertos de que ese fin último de los sistemas de salud se ha visto obstaculizado en muchos lugares debido a la preeminencia que han alcanzado otros objetivos. Así, la centralidad adquirida por aspectos como la mirada economicista, la tecnología sanitaria o el saber y el poder de los profesionales han ido desplazando a los márgenes la consideración debida a las personas destinatarias de la atención. Todo ello se traduce en una **especialización excesiva y en una atención fragmentada, parcial e incompleta** que obliga a la derivación y peregrinación del paciente por los diferentes servicios y facultativos, sin que se tenga en cuenta la globalidad de la persona. Es de justicia reivindicar a este respecto el papel que la geriatría ha jugado y juega en la atención sanitaria a personas mayores, ya que una característica fundamental de esta especialidad es su carácter de integralidad.

Para intentar reconducir las desviaciones que se producen en la atención sanitaria con respecto al genuino concepto de salud, muchos países están intentando realizar las mejoras oportunas para conseguir una **atención integral, a la que la propia OMS se refiere como la que reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnosis, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud**. Algunos autores se han aproximado a este concepto desde otra dimensión, refiriéndose a la necesidad de incluir los métodos y estrategias que se requieren para vincular y coordinar los diversos aspectos de cuidado provisto desde distintos niveles de cuidado, en especial, atención primaria y secundaria. En este sentido, en bastantes lugares se trabaja para producir un cambio en la orientación y procesos de sus sistemas de salud de manera que se vuelva a poner el foco y la mirada en torno a la persona, que debe re-situarse como eje central alrededor del cual se desarrolla la atención. Se proponen como **aspectos claves a mejorar**: la cultura de **la organización** (disposición y habilidades para el **trabajo en equipo**), **la coordinación** entre niveles asistenciales, el predominio de la **historia clínica** entre los elementos estructurales de trabajo, y **el respeto por los derechos y la dignidad de la persona**.

Entre los avances en el campo de los derechos y de la humanización de la salud, se destaca la

promulgación en España de la **Ley 41/2002, de Autonomía del paciente**, cuyo principio básico se enuncia así: *La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad...*

Mediante esta Ley se regulan los derechos que garantizan la efectividad de este principio, tales como los **derechos del paciente** a la información, al consentimiento informado, a la intimidad, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles o a negarse al tratamiento. También la norma **obliga a los profesionales** sanitarios, no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al **respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente**, así como a la confidencialidad de la información.

Por otra parte, los cambios sociales acaecidos, en especial el crecimiento constante de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de la cronicidad de muchas patologías y de las situaciones de dependencia, están obligando a los sistemas de salud a replantearse sus dos grandes objetivos (el diagnóstico y la curación) y aceptar que en muchas ocasiones hay que cambiar el enfoque de los fines y **pasar de la curación a los cuidados**. Es dentro de este ámbito asistencial donde adquiere su mayor sentido la noción de **gestión del cuidado**, que, lo mismo que la de la salud pública, han sido desarrolladas sobre todo en el discurso sanitario.

El papel de los sistemas sanitarios, especialmente de los Equipos de Atención Primaria (EAP), con respecto a los **cuidados continuados** que requieren las personas en situación de dependencia es fundamental, no sólo en cuanto al tratamiento y seguimiento de sus afecciones, sino en cuanto a la dispensación de cuidados y su seguimiento y a la prestación de servicios de rehabilitación, incluidos muchos productos de apoyo y ayudas técnicas. La provisión de atención médica y de enfermería en consulta y a domicilio, así como el protagonismo de los EAP **en la formación para el autocuidado** y para la dispensación de **cuidados por parte de familiares** y allegados resulta, del mismo modo, esencial.

Queda pendiente en la mayor parte de los países del mundo desarrollar una auténtica

integración o coordinación sociosanitaria si realmente se pretende alcanzar una atención integral. En el caso de la atención domiciliaria, son patentes las ventajas y eficiencias que se conseguirían de llevarse a cabo este avance.

B) LAS APORTACIONES DEL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD: LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La planificación y la intervención centrada en la persona se conciben como la implementación de la **metodología necesaria para lograr que sea la propia persona adulta con discapacidad, quien planifique y tome decisiones sobre su propia vida** y sobre los objetivos que aspire alcanzar en su transcurso. Para ello, las intervenciones han de tender, por una parte, a favorecer el máximo grado de independencia. Por otra parte, y de manera muy especial, en este modelo se enfatiza la importancia del acompañamiento y apoyo profesional dirigidos a reforzar las capacidades de la persona para que, apoyándose sobre ellas, sobre su propia biografía y sobre sus preferencias y deseos, llegue a **ejercer al máximo su autonomía moral**. Se trata de realizar un cambio de enfoque hasta situar en el centro del proceso de intervención a la persona, que debe estar por encima del saber profesional y de las necesidades organizativas.

Las situaciones de discapacidad evolucionan, obviamente, a lo largo de la vida de la persona. Sus necesidades de apoyo para desarrollar su plan de vida, también. Por eso, la atención centrada en la persona tiene un **carácter procesual** y **exige que contenga la flexibilidad** suficiente para realizar reajustes permanentes y adoptar decisiones y medidas ajustadas a cada momento. Este proceso continuo debe cursar en permanente diálogo (persona con discapacidad – profesional) y entenderse, además de como un factor clave de la intervención, también como un método de aprendizaje recíproco y permanente para ambas partes de la relación (Martínez, T. 2010).

Cuando se atiende a personas con grados de discapacidad o dependencia grave que limiten de manera importante su capacidad para tomar decisiones, dentro de este enfoque se propone que el ejercicio de autodeterminación, se realice de

manera **indirecta a través de su grupo de apoyo** (familia, allegados, profesional de referencia).

El avance que se ha producido en este ámbito debe mucho al modelo social de la discapacidad y a la consiguiente “desmedicalización” del concepto, lo que conlleva un giro copernicano en las intervenciones. Como se ha dicho por el Comité de Ministros de la U.E. (2006), *Debemos seguir trabajando a favor de un cambio paradigmático encaminado a sustituir la visión médica de la discapacidad por un enfoque social basado en los derechos humanos. Hemos cambiado de óptica para colocar a la persona en el centro con un enfoque integrado coherente, respetuoso con esos derechos, con las libertades fundamentales y con la dignidad de todas las personas. Así (...) muchos de los países europeos están promoviendo ya políticas activas encaminadas a garantizar a cada persona con discapacidad el control de su vida.*

La atención centrada en la persona enlaza y se complementa, por otra parte, con la denominada **Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**, suscrita conjuntamente por la OMS, la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Consiste en una **estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social** de todas las personas con discapacidad, que fue objeto del documento conjunto que suscribieron en 1994 los tres organismos mencionados, con el objeto de hacer patente la necesidad de **contemplar de manera integral las necesidades de apoyo** de las personas con discapacidad, tanto en materia de salud, como en lo referente a educación-cultura y en los aspectos laborales.

Para adaptar dicha estrategia a los cambios acaecidos y, de manera especial, al énfasis que en materia de discapacidad se hace en la actualidad a los derechos humanos, los tres organismos citados decidieron suscribir en 2004 un nuevo documento de posición conjunta.

Los dos grandes **objetivos de la RBC** en su nueva configuración son:

- *“Asegurar que las personas con discapacidad puedan **desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales**, tener acceso a los mismos servicios y oportunidades que el resto de la*

población y a participar activamente dentro de la comunidad y de la sociedad en general.

- **Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos** de las personas con discapacidad mediante transformaciones ambientales, como, por ejemplo, la eliminación de barreras de todo tipo que frenan sus oportunidades de participación.

El interés de la nueva estrategia RBC radica, por tanto, en el **reconocimiento de que los programas tengan como referente los derechos humanos** en cuanto se refiere al disfrute de la salud y bienestar de las personas con discapacidad **y a su participación** plena en la sociedad. También cabe destacar la importancia que se otorga en ella a la implicación de los múltiples agentes que deben intervenir, pues la RBC se aplica en muchos lugares del mundo gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, de las organizaciones y comunidades, y de los servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros. Sólo con este **doble enfoque** puede hablarse de integralidad en las intervenciones.

Para concluir este apartado, se recomienda avanzar en la **complementariedad de conocimientos discapacidad-gerontología**, que debe aplicarse de manera muy especial cuando confluyen en la misma persona tener una avanzada edad y una situación de discapacidad o de dependencia. Es generalmente reconocido que la evolución epistemológica en el ámbito de la discapacidad se desarrolló, en cuanto a la consideración y papel de la persona en los procesos de intervención, de manera, no sólo más temprana, sino también más avanzada y ambiciosa que en el campo de la gerontología, campos que tradicionalmente han venido actuando separadamente, tanto en investigación como en intervenciones. Sin embargo, se insiste en la necesidad de realizar una convergencia entre los dos ámbitos de conocimiento en beneficio mutuo, porque buena parte de la conceptualización y avances que se han mostrado válidos en intervenciones con personas con discapacidad son aprovechables también en el campo de la atención a personas mayores. Del mismo modo, muchas de las aportaciones realizadas en el campo de la gerontología y de la geriatría pueden ser aplicadas al envejecimiento de las personas

con discapacidad (Rodríguez y cols, 2003). Y si existe un ámbito claro en el que aplicar esta convergencia de conocimientos es el que se refiere a las intervenciones en situaciones de dependencia, cualquiera que sea la edad de la persona, puesto que aunque la discapacidad, como ya se ha mencionado, no es en absoluto lo mismo que la situación de dependencia, sí es cierto que ésta siempre va asociada a una discapacidad.

C) LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

Recogiendo las diferentes aproximaciones que sumariamente se han descrito en los párrafos precedentes, se intenta en este apartado llegar a una definición de lo que se entiende ha de ser el **modelo para atender a personas en situación de fragilidad o dependencia, cualquiera que sea su edad**: la atención integral centrada en la persona.

Como aparece de forma recurrente en la literatura científica (por ejemplo, Leichsenring 2009), la atención integral, lo mismo que la atención centrada en la persona, es reclamada en la actualidad tanto por los servicios sanitarios como por los sociales, de manera que si se revisan los muchos informes, estudios o artículos científicos que se relacionan con las intervenciones y políticas dirigidas a las situaciones de discapacidad, envejecimiento o de dependencia se parte del objetivo de que las personas deben permanecer viviendo en su casa e integradas en su entorno, con el apoyo coordinado de los servicios y programas que requieran (salud, educación, atención social, vivienda, familia y allegados, ambiente, transporte, participación social, cultura, ocio...). Sin embargo, en pocos lugares del mundo se produce de manera efectiva esa coordinación entre niveles y sistemas y, en especial, el de la atención sociosanitaria conjunta que requieren las personas que tienen una situación de dependencia.

Los países **pioneros en aproximarse a una atención integral centrada en la persona efectiva fueron los Países Nórdicos y Holanda**. En el ámbito concreto de la atención sociosanitaria, se ha llegado en algunos de ellos a la plena integración de ambos sistemas, de manera que hacen depender de una organización única los sectores sanitario y social, incluyéndose también

las políticas de vivienda. Por su parte, el modelo francés siempre se ha mostrado reacio al enfoque de la integración de servicios sociosanitarios, arguyendo en su contra el hecho de que normalmente cuando ésta se produce, la atención adquiere un sesgo predominantemente “sanitarizado” perdiendo peso e identidad la intervención social, que es la que tiene más posibilidades de realizar una atención verdaderamente centrada en la persona. Por lo tanto, en **Francia se apuesta, en lugar de la integración, por la coordinación de servicios**. a actuación más destacada en esta área ha sido el desarrollo de los denominados CLIC (comisiones mixtas de profesionales de la salud y de los servicios sociales) que funcionan en el ámbito local como apoyo al despliegue de su Ley de Prestación Personalizada para la Autonomía (APA).

En países como España donde se cuenta con una organización ya muy consolidada de su Sistema Nacional de Salud, y aunque con menos tradición, historia y sistematización, también de los Servicios Sociales, **no parece adecuado decantarse por el modelo de integración sociosanitaria**, lo que exigiría un enorme esfuerzo organizativo, normativo y presupuestario. Por tanto, debiera plantearse de manera definitiva un **modelo válido de coordinación** entre los servicios sociales y los sanitarios, sobre todo para aquellas **situaciones de complejidad asistencial** que requieren, al tiempo y de manera continuada, la atención de ambos. **La atención a domicilio es uno de los ámbitos en los que sería más sencillo realizar esta coordinación**, debido a que existen excelentes profesionales formados tanto en el marco sanitario (especial relevancia adquiere aquí la figura de la enfermera del Equipo de Atención Primaria), como en el de los servicios sociales (trabajador/a social y auxiliares de ayuda a domicilio). Y desde ambos sistemas de atención se desarrollan programas de atención a domicilio, por lo que la coordinación –y tal como se ha demostrado en las experiencias realizadas- no resultaría dificultosa.

En lo que afecta a la **práctica efectiva de la atención centrada en la persona, como eje de las políticas** de atención a personas mayores, con discapacidad, o a quienes tienen una situación de dependencia, puede afirmarse que han sido

especialmente **Dinamarca y Suecia** los países que más han avanzado en la consolidación de este modelo, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos. Como muestra, baste destacar que durante el año 2010 se ha producido una iniciativa parlamentaria sueca para producir un nuevo cambio de su Ley Nacional de Servicios Sociales, de manera que se garantice de manera efectiva y no puramente declarativa la salvaguarda de la dignidad de las personas a las que se atiende. A efectos de intervención, esto se traduce en un **respeto profundo por el sistema de valores y creencias de la persona**: mantener su propio estilo de vida, poner a su alcance aquello que les produce más bienestar, facilitarle la realización de actividades placenteras para ella, etc. Lógicamente, alcanzar estos objetivos requiere una tarea previa de conocimiento de la biografía personal y de sus percepciones subjetivas, etc.

Una variación de este enfoque puede encontrarse en el **Reino Unido**, donde se ha desarrollado una propuesta **teórica denominada de “sistema completo”**, que funcionaría cuando los servicios estén organizados en torno a la persona, cuando todas las partes reconozcan que son interdependientes y cuando comprendan que la acción de una parte del sistema tiene un impacto en el resto. La pretensión de esta propuesta es que las personas destinatarias de los programas los experimenten, efectivamente, como un continuo. Pero

también se requiere para conseguirlo que todos los agentes del proceso y, en especial, los **proveedores de servicios lleguen a compartir la visión**, los objetivos, las actuaciones necesarias (incluyendo su reformulación), los recursos para su implementación y el riesgo que conlleva llevar adelante este cambio de paradigma.

Sintetizando el análisis tanto de los modelos teóricos como de las experiencias aplicadas que se han venido adoptando en el ámbito internacional pueden señalarse, como conclusión, aquellos aspectos más relevantes que caracterizan la atención integral centrada en la persona (tabla 1).

Se realiza, finalmente, una propuesta de definición que se considera de utilidad para el diseño de las intervenciones con personas mayores, personas con discapacidad y personas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia:

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Tabla 1: Algunas características de la atención integral centrada en la persona

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo tanto mediante el modelo de integración (Países Nórdicos), bien se realice desde el de coordinación de servicios (Francia).
- La atención integral centrada en la persona abarca mucho más de lo que es el espacio sociosanitario, requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc.
- En la atención integral centrada en la persona debe conectarse el objetivo de apoyar con las intervenciones la autonomía personal y la vida independiente, con la que se ha denominado “atención transmural” (trabajo intersectorial y desarrollo de redes de servicios de proximidad).
- En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a la involucración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social.
- El avance en la promulgación de derechos y en la preservación de la dignidad de la persona, que deben configurarse como eje de las políticas de atención, obliga a realizar un cambio de paradigma en el modelo de intervención.

4. Principios y criterios para fundamentar un modelo de intervención integral centrado en la persona

Para hacer factibles los derechos ya promulgados, así como las propuestas de la comunidad científica y de los Organismos Internacionales, se insiste en la necesidad de propiciar que se realice un cambio de paradigma hasta llegar a un nuevo modelo de atención integral centrada en la persona que resulte válido para las personas que requieren apoyos para desarrollar su autonomía personal y para mejorar su independencia, cualquiera que sea su edad. Para ello se debieran organizar los servicios y planificar las intervenciones de manera que se avance en una atención integral y personalizada, que, para serlo, debe ser diversa, flexible, accesible, coordinada y continuada. El nuevo modelo debe fundamentarse en un conjunto de principios y de criterios de intervención, como los que se sugieren en este apartado.

Los principios que se enuncian en el modelo hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y al respeto de su dignidad y de sus derechos, cualquiera que sea su situación de discapacidad o dependencia a cualquier edad. Éstos sientan la filosofía de la intervención y colocan a la persona en el centro de la atención. En consecuencia, la persona y sus derechos pasan a constituirse en el eje alrededor del cual deben girar tanto el sistema organizativo como el saber profesional y las intervenciones que se desarrollen.

Los criterios, que han de estar impregnados de valores éticos en todo el proceso de intervención, constituyen la metodología que hace posible el cumplimiento de los principios. La práctica profesional en este ámbito exige un profundo respeto a las personas a las que se atiende, única vía de garantizar la preservación de su dignidad y de sus derechos. En este sentido, son aspectos clave de las intervenciones: favorecer el ejercicio de la libertad personal para tomar decisiones y para realizar elecciones, la defensa de la privacidad y la preservación de la intimidad, el respeto a la diferencia, desechar actitudes sobreprotectoras y actuaciones que puedan caer en la infantilización de las personas adultas, etc.

Los **principios y criterios se reclaman recíprocamente**. Los criterios tienen que ver con una correcta praxis profesional basada en evidencia científica, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores. Es determinante tenerlos bien definidos, para poder proponer y conceptualizar los diferentes ámbitos relativos al proceso de intervención. En este sentido, la **práctica profesional debe pasar por un cribaje metodológico periódico** de las actuaciones, técnicas, instrumentos y protocolos que se vayan a utilizar para comprobar que son **coherentes con los principios** puesto que éstos son los que rigen, como se ha dicho, la filosofía del modelo.

Todos los agentes del proceso (planificadores, gestores, profesionales, personas con discapacidad o mayores, y familias) **deben tener conocimiento y sentirse partícipes** de los principios y criterios que rigen el modelo de atención integral centrada en la persona, para el cumplimiento de sus fines, para que los objetivos y actuaciones resulten consensuados y coordinados y para que resulten significativos para todos ellos.

Los principios y criterios sustentadores de la intervención que se proponen desde cualquiera de los servicios y programas que se desarrollen son los siguientes:

A) AUTONOMÍA Y DIVERSIDAD

Principio de autonomía. Las personas destinatarias de los programas tienen **derecho a mantener el control sobre su propia vida** y, por tanto, siempre podrán actuar con libertad. Por otra parte, y con independencia de los apoyos que requieran por su situación de dependencia, las personas tienen capacidades para desarrollar elecciones por propia iniciativa o (cuando el grado de afectación es tan grave que afecta a su capacidad de autodeterminación) de manera delegada a través de su grupo de apoyo o, en su caso, su representante legal.

Este principio es el esencial de cuantos se proponen, porque es la base de la dignidad personal. Autonomía se opone a heteronomía y hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas y a su derecho

para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de dependencia importante. Por tanto, han de poder elegir libremente y sin coacciones externas, entre diferentes opciones y alternativas.

Se insiste en la necesidad de **distinguir nítidamente entre los conceptos de autonomía y su opuesto, heteronomía, y el de independencia y su antónimo, dependencia**, porque quienes se encuentran en situación de dependencia no tienen por qué ver mermada su autonomía moral.

› **Criterio de diversidad.** En el momento de decisión política y en el proceso de planificación subsiguiente debe tenerse en cuenta este criterio y realizar un diseño en el se contemple una **oferta diversificada de respuestas** ante las necesidades, capaz de componer un abanico amplio de posibilidades que dé posibilidades de elección para el ejercicio de la autonomía. Cuestiones como la edad de la persona, su estilo de vida, sus redes de apoyo, su biografía, sus gustos y preferencias, etc., han de ser tenidos en cuenta a la hora de realizar el plan personalizado de atención y de diseñar los apoyos precisos para desarrollarlo.

Por tanto, la metodología de trabajo en los diferentes programas y servicios se enfocará de tal manera que las personas muestren sus preferencias y puedan elegir entre opciones diversas relacionadas con los procesos que les afecten (tipo y horarios de comidas, gustos en el arreglo personal para mantener su imagen, relaciones familiares y sociales...).

Cuando se trate de personas que tienen una discapacidad intelectual, mental, o que presenten deterioro cognitivo, habrá de extremarse el celo para garantizar que, en colaboración con su grupo de apoyo (formado por familiares o allegados y, en su caso, por su profesional de referencia), se satisfacen los deseos y preferencias de las personas. Como ya se ha mencionado, **la autonomía personal siempre debe ser estimulada y ejercida, ya sea directa y personalmente, ya se realice de manera indirecta por representación.** Naturalmente, si la persona está incapacitada judicialmente, la intervención de su representante legal es indispensable.

B) PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD

Principio de participación. Íntimamente ligado con el anterior: Las personas mayores, con discapacidad o quienes se encuentran en situación de dependencia tienen derecho a participar en su comunidad. Asimismo han de disfrutar de interacciones sociales suficientes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal gratificante y libremente elegida (sexualidad, trabajo, vida de pareja, relaciones sociales, vivienda,...) Por otra parte, quienes precisan atención o cuidados de larga duración (y también sus familias cuidadoras) tienen **derecho a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.** En las intervenciones, participarán tanto en la elaboración del plan personalizado de atención como en su desarrollo y seguimiento.

› **Criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad.** Hay que planificar e intervenir para que en los diferentes contextos (ya sea en un centro o en el domicilio) se incluyan **elementos facilitadores que mejoren el funcionamiento** y reduzcan la dependencia (productos de apoyo y otros desarrollos tecnológicos, domótica, soportes informáticos accesibles, teleasistencia y sus derivados...), así como promover actitudes sociales que sean proactivas e integradoras. También es necesario invertir recursos para la supresión de las barreras u obstáculos que limitan el funcionamiento y generan discapacidad, ya sean de carácter urbanístico, del transporte, de comunicación, o provocadas por actitudes sociales estigmatizadoras e inhibidoras de la integración.

La interdisciplinariedad ha de impregnar todo el proceso de intervención: La planificación, la aplicación, la intervención y la evaluación. El conjunto de profesionales de las diferentes disciplinas que operan en estos procesos ha de estar en relación permanente con las personas concernidas en cada uno de los momentos y aplicar la interdisciplinariedad mediante técnicas de trabajo en equipo.

En los programas de intervención debe incorporarse este criterio y determinar las vías mediante las que todos los participantes (profesionales,

personas destinatarias de los programas, comunidad, familias...) actuarán desde unos valores y objetivos compartidos y mediante una metodología y actuaciones coherentes con los mismos.

Para promover la participación de las personas en riesgo o en situación de dependencia (y de las familias cuidadoras), en las planificaciones han de contenerse **objetivos y medidas dirigidas al desarrollo de habilidades para la participación, así como desarrollar sistemas y cauces que la garanticen**. La utilización de la metodología del empowerment se ha mostrado como la más idónea para promover auténticos procesos participativos en personas en riesgo de exclusión.

C) INTEGRALIDAD Y GLOBALIDAD

Principio de Integralidad. La persona es un ser **multidimensional** en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

› **Criterio de Globalidad.** Las intervenciones que se planifiquen han de contener actuaciones dirigidas a satisfacer el conjunto de necesidades de cada persona: **las básicas (salud psicofísica y funcionalidad), las emocionales (afectividad y relaciones personales) y las sociales**. Este criterio de globalidad ha de considerarse en todos los programas que se contemplen en las planificaciones y en el mismo proceso de intervención, desde una dimensión sistémica en la que deben interactuar los diversos agentes del proceso: persona con discapacidad o mayor, familia, profesionales, ambiente físico y psicológico y contexto comunitario.

D) INDIVIDUALIDAD, ATENCIÓN PERSONALIZADA Y FLEXIBILIDAD

Principio de Individualidad. Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto.

› **Criterios de atención personalizada y flexibilidad.** Los programas y servicios que se planifiquen deben diseñarse de manera que tengan capacidad de **adaptación a las necesidades específicas de cada persona y evitar así que**

sean las personas las que deban adaptarse a los programas. Para ello se deben ofrecer planes funcionales adaptables, programas diversos e intervenciones personalizadas que tengan en cuenta también los cambios que se producen a lo largo del tiempo.

La intervención y/o los planes personalizados de cuidados han de tener siempre en cuenta el estilo de vida de la persona, respetando sus preferencias personales y socioculturales. Para ello, en el proceso de valoración deben explorarse cuestiones relacionadas tanto con la **biografía de la persona, como sus aficiones, gustos y preferencias**, con el fin de tener todo ello en cuenta a la hora de realizar el plan personalizado de atención.

E) INCLUSIÓN SOCIAL, PROXIMIDAD Y ENFOQUE COMUNITARIO

Principio de inclusión social. Las personas que requieren apoyos por tener una discapacidad o por encontrarse en situación de fragilidad o dependencia son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con idénticos derechos que el resto. Por ello, incluso en una situación de dependencia importante deben tener posibilidad de **permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales**, en igualdad con el resto de la población. Asimismo, tienen derecho a tener espacios de participación social.

› **Criterios de proximidad y enfoque comunitario.** Los recursos de apoyo para la atención de las personas destinatarias de los programas han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven, lo que incluye también a los alojamientos o residencias, que deben ser considerados, como el resto de los apoyos y recursos, de carácter comunitario. Las intervenciones se realizarán, en consonancia con lo anterior, con verdadero enfoque comunitario, promoviendo la participación activa de las personas que requieren apoyos en los recursos existentes en la comunidad (culturales, artísticas, deportivas...), y, por tanto, **se evitará** la tendencia que existe a la **concentración de las actividades exclusivamente en centros** de mayores o de discapacidad

o a planificar **desde el SAD actividades exclusivamente en el domicilio** de la persona.

Se trabajará en las intervenciones el mantenimiento o el incremento del control de las personas sobre el medio, así como su empoderamiento, con el fin de potenciar la autoestima, favorecer la capacidad de hacer elecciones y, también, la posibilidad de que sus propuestas tengan influencia en el desarrollo de la vida comunitaria.

Asimismo, deben promoverse **iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar las imágenes sociales negativas** sobre las capacidades de las personas mayores o con discapacidad y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con las mismas.

F) INDEPENDENCIA, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Principio de Independencia. Todas las personas han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la **promoción de la salud, a la prevención de la dependencia** y aquéllas que se encuentran en situaciones de discapacidad, fragilidad o de dependencia a **servicios y programas que mejoren su funcionalidad y faciliten su bienestar**. Los apoyos diseñados, tal y como ya se ha mencionado, deben proponerse objetivos en dos áreas diferenciadas: Por una parte, los que se dirigen a preservar y facilitar la autonomía personal. Por otra parte, los que promueven la mejora de su entorno y favorezcan su independencia. Se insiste, una vez más, en la pertinencia de distinguir claramente entre los conceptos dependencia y su antónimo independencia, por un lado, de los de autonomía y su antónimo heteronomía, por otro.

› **Criterios de Prevención y Rehabilitación.** Existe evidencia científica cuantiosa que demuestra los excelentes resultados de la prevención y la rehabilitación. Por ello, entre los programas que se planifiquen deben contemplarse objetivos y actuaciones de promoción de la salud y acciones preventivas, tanto de prevención primaria, secundaria y terciaria, según la situación de las personas a los que se dirigen. Cuando el programa se dirija a una persona que tiene una situación de dependencia severa se establecerá un reajuste

permanente y flexible de los objetivos. Es necesario abandonar las creencias erróneas que a veces existen sobre la ineficacia de la intervención con estas personas y, por ende, se deben planificar acciones cualquiera que sea su grado de afectación. Este criterio **niega con rotundidad el nihilismo terapéutico** y la consecuente deserción de explorar nuevas posibilidades de intervención en situaciones de grave afectación. Al contrario, reafirma que siempre es posible restaurar o descubrir capacidades y explorar modos de incrementar las sensaciones de bienestar y confort.

G) CONTINUIDAD, COORDINACIÓN Y CONVERGENCIA

Principio de continuidad de atención. Las personas con discapacidad y aquéllas que se encuentran 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**. A lo largo de toda la vida, si es necesario, como ocurre cuando la persona tienen una discapacidad congénita o perinatal.

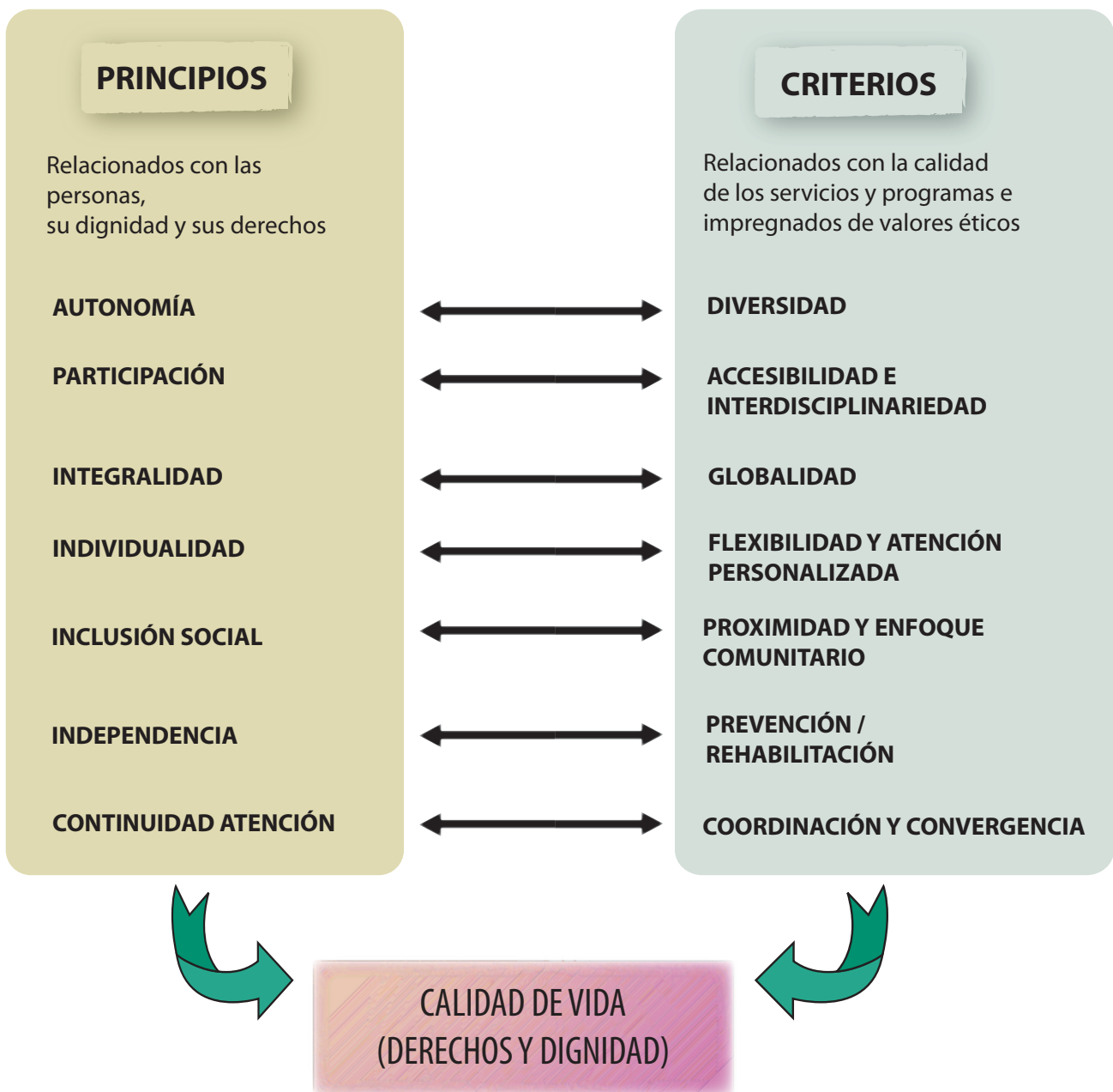
› **Criterios de coordinación y convergencia.** En las planificaciones que se desarrollen hay que contemplar mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación para que los recursos puedan adaptarse al proceso de la discapacidad, la fragilidad o la dependencia, que siempre es cambiante a lo largo del tiempo. Esta coordinación se refiere tanto a los diferentes recursos, prestaciones y niveles de los servicios sociales, como entre los diferentes sistemas cuando han de intervenir conjuntamente en la atención de los casos (especialmente, social y sanitario, pero también educativo y de formación, de vivienda, y de empleo -para personas en edad laboral-).

Asimismo, los recursos formales que se apliquen se harán con el enfoque de convergencia y **complementariedad con el apoyo informal** (familia y allegados) con el que cuente la persona, que ha de ser apoyado con las intervenciones que se realicen, mediante programas de formación e información y servicios de soporte y respiro dirigidos a la persona identificada como cuidadora principal.

Debido a criterios probados de eficacia, eficiencia y efectividad, la metodología de intervención que se estima más adecuada para garantizar el principio de continuidad es la de los **servicios de promoción de la autonomía personal** (Cermi, 2008) o gestión de casos, por lo que la figura del profesional de referencia debiera ser impulsada y generalizada.

En el esquema del gráfico 1 se presenta una síntesis de la correspondencia que ha de existir entre principios y criterios y su relación estrecha con la calidad de vida fundamentada en la preservación de la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad y de quienes se encuentran en riesgo o en situación de dependencia, objetivo central que deben tener las intervenciones en este ámbito.

GRÁFICO 1: Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona



5. El esquema del modelo integral de atención centrado en la persona

Recogiendo los elementos que se han venido detallando en esta colaboración, se presenta ahora el modelo propuesto esquematizado en el gráfico 2 y que se sugiere como válido para la atención a personas de cualquier edad que requieran de apoyos para desarrollar su autonomía personal y para minimizar y reducir su situación de discapacidad o dependencia.

Como se ha tratado de argumentar, el despliegue en España del Sistema de Autonomía Personal y Atención a las situaciones de Dependencia y la oportunidad de mejorar nuestros servicios sociales que la implantación del nuevo derecho propicia, así

como el cumplimiento de las normas que a todos nos obligan, como es la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, deben ser aprovechados para extender el alcance de las políticas que se plantean como idóneas para las personas con discapacidad, para las personas mayores y, también, para las personas en situación de dependencia. Por tanto, conceptos como autonomía para conducir la propia vida, disposición de apoyos para favorecer la independencia y la integralidad de las políticas y actuaciones son aspectos clave a tener en cuenta en un modelo en el que la salvaguarda de los derechos fundamentales de las personas, como la mejor garantía de la preservación de su dignidad, debe convertirse en el eje central de las intervenciones.

GRÁFICO 2: El modelo integral de atención centrada en la persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia



Referencias Bibliográficas

- BALTES M.M. y BALTES P.B., (1990):** Successful aging, perspectives from the behavioral sciences, Cambridge University Press.
- CERMI (2008):** Propuesta de modelo de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal, Colección Telefónica Accesible, nº 8
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997):** “Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales”, en Anuario de Psicología, 73.
- GÓMEZ J., SEPÚLVEDA D. e ISAAC M. (2003):** Reducción de la dependencia en el anciano. Servicio de Geriátrica de la Cruz Roja. Madrid.
- IMSERSO (2009):** Las personas mayores en España. Informe 2008. IMSerso. Madrid
- JANICKI, M.P. y ANSELLO, E.F. (2000):** Community supports for aging adults with lifelong disabilities. Brookes. New York.
- LEICHSENRING, K. (2009):** “La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa”, en Arriba, A y Moreno, FJ: El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, IMSERSO, 2009.
- LITTLE, A. (1988):** “Psychological aspects of working with elderly clients”. En Squires, A.J. (ed.): Rehabilitation of the older patient. Croom Helm. Sydney.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2010):** Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Ed. Médica Panamericana. Madrid.
- MOOS R.H. y LEMKE S., (1979):** “Specialized living environments for older people”, Birren JE y cols: Handbook of the psychology of aging. Van Nostrand Reinhold. New York.
- O.M.S. (2002):** Active Ageing. Ginebra.
- RODRÍGUEZ, P. (2006):** El sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Documento 87/2006. Fundación Alternativas.
- RODRÍGUEZ, P. (2010):** “Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad”, en Revista Autonomía Personal, nº 1 (págs. 42-55)
- RODRÍGUEZ, P., AGUADO, A. y CARPINTERO, A. (2003):** Discapacidad y Envejecimiento. Investigación y alternativas de intervención en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad, Madrid. Fundación ONCE, Escuela Libre Editorial.
- SHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. (2003):** The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners. American Association on Mental Retardation. Washington D.C.
- VERDUGO, M.A., dir. (2006):** Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Salamanca, Amarú Ed.



Los Informes Portal Mayores son publicados por el **Laboratorio Portal Mayores** del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC), dentro del convenio de colaboración IMSERSO-CSIC.

Son documentos elaborados con un objetivo de divulgación, abordándose **cuestiones estadísticas, demográficas, legales, psicológicas, sanitarias, sociales** entre otras. Algunos son elaborados por el propio equipo del Portal y por profesionales especialistas de distintos campos de la **Gerontología y la Geriatría**.

La serie se inició en 2003 sin periodicidad fija. Son gratuitos y se presentan en formato digital.

Portal Mayores no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de estos informes. Es obligatorio citar la procedencia en cualquier reproducción total o parcial que se haga de los mismos.

Una iniciativa del Imserso y del CSIC © 2003



Informes Portal Mayores

Director: Antonio Abellán García

Redacción técnica y maquetación: Isabel Fernández Morales, Juan Carlos Mejía Acera, Ana Sevillano Bermejo

Dirección postal: CSIC / Portal Mayores
Albasanz 26, 28037 Madrid, España

Teléfono: 0034 916 022 391 / 92

Fax: 0034 916 022 971

Correo electrónico: portalmayores@cchs.csic.es

Web: www.imsersomayores.csic.es