

# alimara

COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

*Atenció a la dependència*

## Aproximació al model d'atenció integral de la persona (AICP)

**Apol·lònia Binimelis**

Directora de la residència Llar d'Ancians  
Institut Mallorquí de Serveis Socials



IMAS  
Departament de  
Drets Socials  
Consell de Mallorca



Universitat  
de les Illes Balears



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial\_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

## Resum

Aquest article és una aproximació al model d'atenció integral centrat en la persona en centres residencials de gent gran. S'hi analitzen la situació sociodemogràfica, el concepte de qualitat de vida, la definició del model d'atenció integral centrat en la persona, l'atenció gerontològica centrada en la persona, els principis ètics, així com l'atenció en centres residencials i les característiques i diferències entre els centres on s'aplica el model d'atenció basat en el model objecte d'aquest article.

## Paraules clau

Atenció integral centrada en la persona, gent gran, qualitat de vida, autodeterminació, dignitat.

## 1. Situació sociodemogràfica

La població mundial va envellint. Europa és el continent més envellit del món. Es preveu que l'any 2050 les persones majors de 60 anys superin el 30% de la població a Europa (OMS, 2015). És important destacar que dins el col·lectiu de gent gran és previsible que hi hagi un sobreenvelliment, és a dir, és probable que el 2050 la proporció de persones molt grans tripliqui a la de les persones que existeixen en l'actualitat (Nacions Unides, 2012).

L'any 2011, a Espanya, es creà el Llibre blanc sobre envelliment actiu. Aquest document recull pautes, models i propostes sobre l'envelliment. Analitzant les dades que hi apareixen i les disponibles en altres fonts estadístiques com l'Institut Nacional d'Estadística (INE) o l'Institut de Majors i Serveis Socials (IMSERSO), s'observa que les persones grans tenen una esperança de vida major a la de fa 50 o 60 anys. Actualment, l'esperança de vida a Espanya és de 83,58 anys INE (2019), xifra que continuarà augmentant a causa dels nous avenços mèdics, científics i tecnològics.

El percentatge de població de 65 anys o més, que actualment se situa en el 19,6% del total de la població, arribaria a un màxim del 31,4% al voltant de 2050 (INE, 2020). La població centenària

(els que tenen 100 anys o més) passaria de les 12.551 persones en l'actualitat a 217.344 a la fi del període projectat (2070) (INE, 2020).

Taula 1. Esperança de vida a partir dels 65 anys (INE, 2020)

Sexe	Anys
Homes	19,5
Dones	23,4
Ambdós sexes	21,6

## 2. Qualitat de vida

Oferir qualitat de vida constitueix uns dels reptes i objectius més importants del model d'atenció integral centrat en la persona (AICP) (T. Martínez, 2015). Per això, és interessant recordar el que diferents autors entenen per qualitat de vida, ja que el concepte en si mateix engloba diferents perspectives depenent dels autors, de l'època i del moment històric en què s'analitza.

En la Segona Guerra Mundial, la percepció de qualitat de vida estava molt lligada a la situació econòmica. És a partir dels anys seixanta quan s'inicien investigacions referents a la qualitat de vida i s'incorporen indicadors com ara l'estat socioeconòmic, el nivell educatiu, el tipus d'habitatge, etc. A vegades, aquests tipus d'indicadors són insuficients (Bognar, 2005), en tant que només permeten explicar un 15% de la variància en la qualitat de vida individual. Davant d'aquesta situació, alguns experts i expertes es van plantejar mesures subjectives com la felicitat i la satisfacció.

El concepte de qualitat de vida ha anat evolucionant i incorporant indicadors objectius i subjectius, els quals estan molt lligats a les necessitats de les persones. Amb els indicadors objectius, podem observar el que és fàcilment quantificable com la capacitat econòmica, el tipus d'habitatge, la xarxa social amb la qual es compta i els recursos comunitaris. Per la seva banda, amb els indicadors subjectius, s'observa el sentiment personal de cada individu i la seva satisfacció amb relació a les condicions de vida. Aquesta satisfacció ve mediatitzada pels valors individuals de la persona. (Fernández-Ballesteros, 2001).

L'Organització Mundial de la Salut (1994) defineix el concepte de qualitat de vida com «la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de la cultura i del sistema

de valors en què viu i en relació amb els seus objectius, les seves expectatives, les seves normes i les seves inquietuds».

Una altra definició de qualitat de vida: «és la que defineix les condicions de vida desitjades per una persona en relació amb vuit necessitats fonamentals que representen el nucli de les dimensions de la vida de cada un: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets» (Schalock i Verdugo, 2002). Aquesta definició presenta els criteris i indicadors en els quals s'han basat recursos i serveis de l'àmbit de la gerontologia. D'una banda, té molt en compte la vivència subjectiva, el que sent la persona, i, per l'altra, les variables objectives i quantificables.

Sobre la qualitat de vida i el model AICP, cal dir que en aquest s'entén la qualitat assistencial des de l'òptica de la qualitat de vida de les persones. Situa l'atenció personalitzada com a objectiu principal dels serveis perquè la persona gran, a més d'obtenir les cures que necessiti, pugui seguir tenint control sobre la seva vida quotidiana i viure de manera adequada als seus valors de vida i preferències (Edvarsson, Fetherstonheugh, i Gison, 2010).

A la taula 2, es contemplen les dimensions i indicadors per a poder valorar, planificar i actuar de forma adequada per al resident segons el model AICP.

*Taula 2. Model de qualitat de vida de la persona (Schalock i Verdugo, 2002)*

<i>DIMENSIONS</i>	<i>INDICADORS</i>
Benestar emocional	1. Satisfacció: estar satisfeta, feliç i contenta.  2. Autoconcepte: estar a gust amb el seu cos, amb la seva manera de ser, sentir-se valuós.  3. Absència d'estrès: disposar d'un ambient segur, estable i previsible, no sentir-se nerviós, saber el que ha de fer i que pot.
Relacions interpersonals	4. Interaccions: estar amb diferents persones, disposar de xarxes socials.  5. Relacions: tenir relacions satisfactòries, tenir amistats i família i portar-se bé amb ells.  6. Suports: sentir-se amb suport a l'àmbit físic, emocional, econòmic. Disposar de persones que l'ajudin quan ho

	necessiti i que li donin informació sobre les seves conductes.
Benestar material	<p>7. Estatus econòmic: disposar d'ingressos suficients per a comprar tot el que necessita o li agradi.</p> <p>8. Ocupació: tenir un treball digne que li agradi i un ambient laboral adequat.</p> <p>9. Habitatge: disposar d'un habitatge confortable, on se senti segura, a gust i còmoda.</p>
Desenvolupament personal	<p>10. Educació: tenir possibilitats de rebre una educació adequada, d'accedir a títols educatius, que se li ensenyin coses interessants i útils.</p> <p>11. Competència personal: disposar de coneixements i habilitats sobre diferents coses que li permetin manejar-se de forma autònoma en la seva vida diària, el seu treball i el seu oci, les seves relacions socials.</p> <p>12. Acompliment: tenir èxit en les diferents activitats que realitza, ser productiu i creatiu.</p>
Benestar físic	<p>13. Salut: tenir un bon estat de salut, estar ben alimentada no tenir símptomes de malaltia.</p> <p>14. Activitats de la vida diària: estar bé físicament per a poder-se moure de forma independent i realitzar per si mateixa activitats d'autocura, com l'alimentació, la neteja, vestir, etc.</p> <p>15. Atenció sanitària: disposar de serveis d'atenció sanitària eficaços i satisfactoris.</p> <p>16. Oci: estar bé físicament per a poder realitzar diferents activitats d'oci i passatemps.</p>
Autodeterminació	<p>17. Autonomia / control personal: tenir la possibilitat de decidir sobre la seva pròpia vida de forma independent i responsable.</p> <p>18. Reptes i valors personals: disposar de valors personals,</p>

	<p>expectatives, desitjos cap als quals dirigeixi les seves accions.</p> <p>19. Eleccions: disposar de diferents opcions entre les quals triar de forma independent segons les seves preferències, per exemple, on viure, en què treballar, quina roba posar-se, què fer en el seu temps lliure, els qui són els seus amics.</p>
Inclusió social	<p>20. Integració i participació en la comunitat: accedir a tots els llocs i grups comunitaris i participar de la mateixa manera que la resta de les persones sense discapacitat.</p> <p>21. Rols comunitaris: ser una persona útil i valorada en els diferents entorns i grups comunitaris en què participa, tenir un estil de vida semblant al de persones sense discapacitat de la seva edat.</p> <p>22. Suports socials: disposar de xarxes de suport i de l'ajuda necessària de grups i serveis quan els necessiti.</p>
Drets	<p>23. Drets humans: que es coneguin i respectin els seus drets com a ésser humà i no se la discrimini per la seva discapacitat (nivell de dependència)</p> <p>24. Drets legals: disposar dels mateixos drets que la resta dels ciutadans i tenir accés a processos legals per assegurar el respecte d'aquests drets.</p>

### 3. L'atenció gerontològica integral centrada en la persona

El psicoterapeuta Carl Rogers planteja les bases de la teràpia centrada en la persona (client). Es caracteritza per ser una intervenció no directiva en la qual la persona és l'actor actiu del seu canvi. El més important i el punt de partida és la persona.

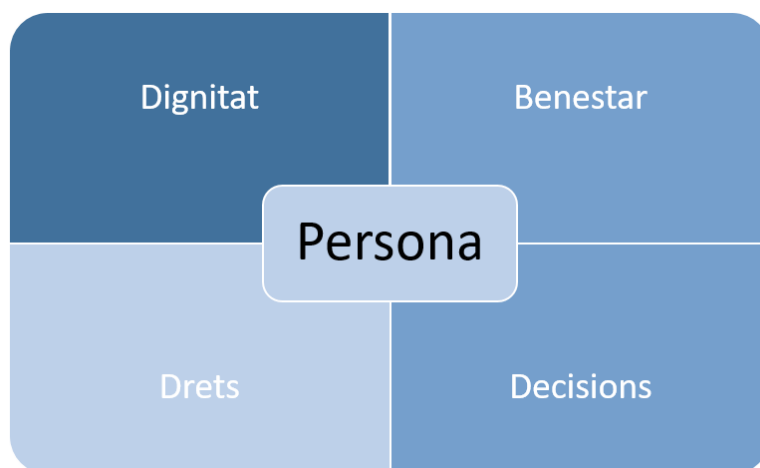
No hi ha una única definició consensuada de model d'atenció centrada en la persona (AICP). Depenent de l'àmbit en el qual s'apliqui, aquesta varia. Aquí ens referirem a la definició d'AICP centrada en persones grans.

Rodríguez (2010) defineix l'atenció integral centrada en la persona com «la que es dirigeix a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació efectiva».

Martínez (2011) es refereix a terme atenció gerontològica centrada en la persona dient «és un enfocament de l'atenció on la persona, des de la seva autodeterminació amb relació a la seva qualitat de vida, és l'eix central de les intervencions professionals».

L'AICP és un enfocament, una manera de treballar, una estratègia que serveix per a guiar el camí cap a un model on l'eix central és la persona. És un canvi de visió. Passem de models centrats en el servei on el que importa són els resultats quantificables (quantes persones atenem, quina rendibilitat es té, protocols molt rígids i establerts) a un model en què el principal element és la qualitat de vida, la persona de forma integral, la persona com a ésser únic, respectable i digne.

«Els models d'atenció centrada en la persona van més enllà de l'atenció individual clàssica i aporten una mirada que aprofundeix en la idea de l'individu lligada necessàriament a l'autonomia personal i la gestió de la vida quotidiana». (Martínez, 2014 citat a Díaz-Veiga, Salazar i Etxaniz, 2017).



*Figura 1. Paper central de la persona en el model AICP (Paniagua, 2015)*

La dignitat és el punt de partida comú en diferents models i intervencions: la persona és l'agent central en la seva atenció, s'aposta per l'autonomia i per a garantir els drets personals, totes les persones mereixen ser tractades amb la mateixa dignitat, però, sobretot, cal posar l'accent en aquelles persones fràgils.

L'AICP considera la persona com una cosa més que la suma de les parts. És així que les actuacions que es realitzen es fan de forma integral. D'aquesta manera, podem determinar quins són els principals principis ètics que cal tenir present a l'hora de dur a terme les intervencions gerontològiques basades en el model AICP.

- ➔ Principi de no-maleficència. Principi de no fer mal. És no produir cap dany ni físic, ni psíquic ni social a la persona. S'ha d'actuar sempre de forma professional i realitzar aquelles intervencions adequades i indicades per al benefici de la persona resident i de la seva família.
- ➔ Principi de justícia. Implica no discriminar cap persona, distribuir els recursos i atencions de forma equitativa. S'han de tenir en compte les característiques de les persones de forma individual.
- ➔ Principi d'autonomia. La persona té capacitat de decisió i les persones professionals han de tenir molt en compte les decisions dels residents, aquestes s'han de respectar i promoure. Les persones grans tenen dret a ser respectades i decidir sobre la seva vida. Participar en les decisions que els afecten. Cal tenir en compte els seus desitjos, creences, valors, projectes i les seves voluntats.
- ➔ Principi de benestar. Implica actuar de forma beneficiosa per a la persona resident. Obtenir el benefici més alt per a la persona gran, partint del seu propi concepte subjectiu de benestar, en cas que aquest es desconeixi, s'observarà la major qualitat de vida objectiva.





*Figura 2. Principis ètics en el model d'AICP*

## 4. L'AICP en centres gerontològics

La implantació del model d'atenció centrada en la persona en els centres residencials aporta una nova visió a l'hora d'actuar, una nova metodologia i un canvi que no està exempt de conflictes i resistències.

Es passa d'un model centrat en el servei, en el qual la persona s'ha d'adaptar a un centre institucional i impersonal amb protocols estàndard, centres on el que importa és la rendibilitat i el nombre de residents, a un altre model, el d'AICP que aporta una visió totalment diferent. L'eix central de l'actuació és la persona, les seves característiques, necessitats, història de vida... Es parteix de la dignitat de la persona i s'adapta a ella de forma individual, cobra una gran importància el pla d'actuació individualitzat en què la persona és l'element principal. Tot això va molt lligat a l'autonomia personal i a la seva gestió en la vida quotidiana, i a partir d'aquest principi és com es construeix el servei (Sevilla i cols., 2009).

## 4.1. Principis rectors que han de regir les actuacions en centres residencials que segueixen el model d'AICP

Taula 3. Principis i criteris en l'AICP en situació de dependència (Rodríguez, 2006, 2010)

<b>PRINCIPIS</b> <i>(relacionats amb la persona, la seva dignitat i els seus drets)</i>	<b>CRITERIS D'INTERVENCIÓ</b>
AUTONOMIA	Diversitat
PARTICIPACIÓ	Accessibilitat Interdisciplinarietat
INTEGRALITAT	Globalitat
INDIVIDUALITAT	Flexibilitat Atenció personalitzada
INDEPENDÈNCIA	Prevenió Rehabilitació
CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ	Coordinació Convergència

Taula 4. Comparació del model d'AICP i el model centrat en el servei (adapt. de Martínez, 2011).

<b>Model AICP</b>	<b>Model centrat en el servei</b>
La persona és agent actiu i cooperador dels recursos.	La persona és agent passiu i pacient dels recursos.
Model democràtic-participatiu	Model paternalista-directiu
Se centra en els recursos i habilitats de la persona.	Se centra en les limitacions i dèficits de la persona.
Intervenció «macro»-global (pla de vida).	Intervenció «micro»-específica (conductes concretes, alteracions).
Es consensuen decisions dintre d'un entorn	La presa de decisions recau en les persones

rellevant.	professionals.
Les intervencions amb la persona són en el seu context habitual.	S'emmarca la persona en els recursos socials.
S'uneix a la gent des de les experiències comunes.	Es distancia de la gent ressaltant les diferències.
Es planteja un estil de vida desitjable des de la positivitat.	Es dona un estil de vida mitjançant programes.
Se centra en la qualitat de vida.	Se centra a cobrir places de recursos / programes
Creen equips de planificació centrats en la persona per a solucionar els problemes que vagin sorgint.	Es confia en equips interdisciplinaris «clàssics».
Responsabilitza els que treballen directament per la presa de bones decisions.	Deleguen les tasques en les persones que treballen directament.
Organitzen accions comunitàries per a tots.	Organitzen reunions per a professionals.
Procés flexible i responsabilitats compartides.	Procés rígid i responsabilitat jeràrquica.
Programes i serveis adaptats a necessitats.	Programes i serveis preestablerts per professionals.
Les noves iniciatives són vàlides, encara que sigui a escala reduïda.	Les noves iniciatives només valen si s'implanten a gran escala.
Es fa ús d'un llenguatge proper, col·loquial, familiar i clar.	Es fa servir un llenguatge llunyà, complex, clínic i amb tecnicismes.
El centre és la persona i específicament allò que conforma les seves principals esperances, somnis i desitjos.	El centre del programa és el que les persones poden o no poden fer, més que considerar qui és la persona i què és el que vol en la seva vida.
La mateixa persona o el seu representant, es responsabilitza del procés, decideix qui s'hi ha d'implicar, com ha de realitzar-se el procés i quins són els eixos principals.	La persona és la receptora final de les accions planificades en la majoria d'aquests enfocaments.
La persona experta és la persona major. El personal participa amb la persona i amb aquelles que l'atenen (família o representants),	Altres persones (professionals) tenen el control del procés i són considerades les expertes.

en un procés en què s'escolta i s'aprèn.  
Coneixen quines són les habilitats i  
coneixements de la persona.

La taula 4 ens permet reflexionar sobre les diferències existents entre un centre residencial centrat en la persona i un centre residencial que té com a eix un model centrat en el servei.

A Espanya, majoritàriament estem instaurats en centres on el model que predomina és el model centrat en el servei. No obstant això, a poc a poc, es va reflexionant sobre la necessitat de canviar de model d'actuar i es va avançant cap al model basat en l'AICP.

El fet de passar d'un model a un altre no implica que els coneixements del model basat en el servei s'hagin d'obviar, que tot el que s'hi aplica s'hagi de deixar de tenir present. Es tracta de fer un pas cap endavant, reflexionar, incorporar i canviar una sèrie de pautes en què la persona sigui l'eix principal de qualsevol actuació. No ha de renunciar a protocols, estratègies i instruments validats. Es pretén compaginar l'experiència que es té sobre la sistematització dels registres i els instruments de gestió amb la nova visió, per a proporcionar una nova manera d'actuar en la qual el més important és, com hem dit, la persona, en tant que millori la seva qualitat de vida, benestar, dignitat, autonomia, autodeterminació, etc. Es tracta d'integrar noves formes d'actuar, aprofitant tota l'experiència i coneixements que ja tenim dels models centrats en el servei.



*Figura 3. Integrar noves formes d'actuar*

## 5. Elements a tenir en compte per l'aplicació del model d'AICP

Les actuacions que s'han de dur a terme en els serveis residencials han de respectar els principis rectors, per això podem trobar-nos amb diferents dificultats, però és bàsic tenir en compte:

- L'atenció ha de ser personalitzada, partint de l'autonomia, dels valors, les capacitats i la independència de la persona resident.
- S'ha de tenir molt en compte la privacitat, la intimitat i la confidencialitat.
- Donar molta importància al que és propi, el que és significatiu per a la persona, el que per a la persona és quotidià.
- La importància que tenen les famílies, el paper que tenen en cada cas en particular.
- També s'ha de tenir molt present l'organització de centre, els nous rols de les persones professionals.

Tot això ens indica que s'hauran de posar en marxa noves metodologies, nous mètodes de treball. S'haurà de passar d'un model centrat en els serveis a un model centrat en la persona resident. Les persones professionals hauran de formar-se, obtenir nous coneixements i noves competències professionals. El personal passa de realitzar unes funcions estrictament basades en el que correspon segons la seva categoria laboral i hauran de realitzar les funcions pròpies de la seva professió, però també hauran d'implicar-se amb les persones, famílies i pla de vida de les persones residents. S'haurà de canviar el mètode merament tradicional i assistencial, s'haurà de treballar de forma transversal, implicar-se amb el resident, el seu entorn, cercles pròxims i família. El treball a realitzar va més enllà del mètode tradicional. Es tenen els coneixements i la manera de treballar més assistencial i s'incorporen nous coneixements que se sumen al mètode tradicional.

Les eines amb què es vulgui a treballar, hauran de ser flexibles. Si bé hi ha uns protocols i mètodes, aquests s'han d'adaptar a la persona. No es tracta d'aplicar una metodologia estàndard a totes les persones i de la mateixa manera. Es tracta de tenir un procés, un protocol, un estàndard, però, alhora, adaptat a cada persona.

Els equips tècnics i professionals, hauran d'obrir-se a la creativitat, fer coses que s'adaptin als residents. No fer sempre el mateix perquè s'ha fet sempre així. Es tracta de flexibilitzar, d'innovar, si cal, partint de les necessitats i desitjos de la persona resident. S'ha d'implicar aquesta en les activitats i que sigui el veritable eix central de les actuacions, que participi i decideixi en la mesura de les seves possibilitats.

Les metodologies per a utilitzar han de ser assequibles per a les persones residents atès que cal que puguin entendre-les, que siguin pràctiques, operatives i properes. El llenguatge que cal utilitzar ha de ser senzill, comprensible, que la persona resident el senti com a seu. Cal fugir de tecnicismes i paraules que no aporten valor. En resum, cal adaptar el llenguatge a la persona que tenim davant.

## 6. Elements organitzatius que cal tenir en compte en els centres residencials que apliquen l'AICP

Els elements organitzatius que necessàriament s'han de tenir presents són els següents:

- La planificació. La planificació de centre s'ha de realitzar tenint en compte el centre, la individualitat i la singularitat de les persones residents, però mitjançant l'aplicació dels seus protocols, mapes de processos, programes d'intervenció i organització sense perdre de vista quina és la missió pel que fa a aconseguir uns processos assistencials de qualitat.
- L'organització. El primer i el que és essencial en l'organització són les persones. L'organització de centre està enfocada en millorar la qualitat de vida dels residents. Partir de les seves necessitats, s'ha de facilitar el desenvolupament individual, el seu projecte vital i tenir en compte la seva singularitat, les preferències en el seu dia a dia. En aquest sentit, és important saber que les activitats, programes, intervencions i organitzacions van destinades a la millora de la qualitat de vida de la persona resident. El que importa és la persona, no l'activitat o programa en si. Per altra part, pot haver-hi algunes variables organitzatives que dificultin l'aplicació del model. Aquestes variables s'han de tenir en compte i s'han de proporcionar alternatives adients per a minimitzar les seves conseqüències (vegeu la taula 5).

Taula 5: Elements organitzatius que afavoreixen o dificulten l'atenció centrada en la persona (Martínez, 2011)

<i>Elements facilitadors</i>	<i>Elements distorsionadors</i>
Centres de capacitat reduïda.	Centres de gran cabuda.
Dissenys modulars amb personal funcionament propi (en referència a la cartellera, als horaris i activitats del mòdul, etc.).	Dissenys d'espais modulars que es regeixen per funcionaments generals (equips que roten entre mòduls, cartelleres generals, horaris d'activitats i tasques comunes, etc.).
Permanència del personal amb les mateixes persones usuàries. Rotació o canvis freqüents del personal.	Rotació o canvis freqüents del personal.
Estabilitat laboral, contractes indefinits.	Contractes temporals, canvis freqüents.
Personal polivalent.	Funcions laborals rígides.
Cartelleres que prioritzen les necessitats de	Cartelleres laborals dissenyades des dels

les persones usuàries.

interessos d'empresa o de les persones que hi treballen.

Espais de participació mixta: professionals/ persones usuàries/famílies.

Espais de participació exclusiva per a professionals.

Presa de decisions que prioritzen les necessitats i drets de les persones usuàries.

Presa de decisions basada exclusivament en criteris d'empresa o laborals.

Ràtios d'atenció directa suficients.

Ràtios d'atenció directa escassa.

Professionals d'atenció directa continuada (1r nivell) responsable dels plans personals d'atenció.

Professionals d'atenció directa (1r nivell) que es limiten a «complir» les pautes prescrites per altres professionals de major especialització (2n nivell), però sense implicar-se més.

Professionals de 2n nivell que assessoren, donen suport, formen i supervisen als professionals de 1r nivell.

Professionals de 2n nivell que assumeixen atencions directes que podrien realitzar els professionals de 1r nivell entrenats.

Pautes individualitzades basades en consensos que pretenen harmonitzar la seguretat amb l'autonomia i el benestar de cada persona i segons cada situació.

Normes generals basades exclusivament en la seguretat de les persones.

Només existeixen les normes que són necessàries per a una convivència adequada. Es flexibilitza i facilita l'elecció.

Tendència a generar normes per a cada dificultat o situació. Poca flexibilitat i oportunitats d'elecció (horaris, activitats ...).

Aquests elements ens donen un punt de partida a l'hora d'analitzar les possibles resistències i inconvenients, així com les facilitats amb què ens trobarem al centre.

## 6.1. Normes

No obstant això, la implantació del model AICP en cap cas implica que no hagin de seguir existint les normes. Per una bona convivència i organització, hi ha d'haver normes: normes implícites i normes explícites que en regulin el funcionament. Aquestes normes contribueixen a configurar ambients predictibles, rutines i seguretat, per a les quals és important comptar amb el consens de la major part de les persones que conformen el centre.

És bàsic que aquestes normes segueixin l'imperatiu legal. Exemple: no fumar a les habitacions i espais comuns tancats. També s'han de donar dins d'un marc ètic i legal. Sense oblidar l'eix central que és la persona, s'han de pactar, consensuar normes que facilitin el funcionament i convivència de centre. Hem de tenir en compte que les normes comporten limitacions i

aquestes controlen la llibertat de l'individu. Però la pregunta és la següent, on acaba la llibertat d'una persona i comença la de l'altra persona? S'ha de consensuar i ser raonable. Tenim uns principis rectors, una filosofia d'actuació, una missió.

## 7. Conclusió

L'AICP és un mètode, però sobretot és una actitud, una filosofia; un objectiu en constant evolució. Donat que ja hem vist com el concepte de qualitat de vida va canviant amb relació a la nostra forma de vida, als nostres costums i a les nostres expectatives, la implantació de l'AICP és un repte que exigeix la implicació de tot el cos de professionals del centre per tal d'oferir a cada resident la millor qualitat de vida possible i aconseguir el seu màxim benestar emocional, personal i social.

No és un repte qualsevol. Ja hem pogut veure com a cada centre hi trobarem dificultats per a la seva implantació, si bé cal valorar i detectar els elements facilitadors que el centre i l'entorn poden oferir. Som conscients que en els centres residencials avui en dia encara és molt comú constatar la gestió del model centrat en el servei, i l'esforç que suposa canviar cap a l'AICP fa que el trajecte suposi un canvi de mentalitat i a l'hora d'intervenció. Val la pena aquest repte?

Absolutament sí, aquesta és la meua opinió. No hi ha res que recompensi més l'esforç que el somriure d'una persona resident. El seu benestar i la seva felicitat és la finalitat bàsica de tot servei que vulgui ser considerat d'atenció. Aconseguir-ho és un deure de tothom.

### Referències bibliogràfiques

- INE (2019). *Indicadores demogràfics bàsics* (publicado en diciembre de 2020 con datos definitivos de 2019. Consulta a: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002))
- Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación* (tesis doctoral). Universidad de Oviedo, Asturias.
- Fernández-Ballesteros, R (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide. (Tema 4 . bases psicosociales del envejecimiento).
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco.
- Martínez, T. (2013c). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.



- Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación* (tesi doctoral). Universidad de Oviedo, Asturias.
- Martínez, T. (2016). Atención centrada en la persona en residencias de personas mayores españolas. Algunas opiniones de sus directores/as y profesionales. *Informes acpgerontologia*, n. 4. A [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). *Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos 1-11*. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la fundación, n. 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Paniagua Fernández, R. (2015) *La ética del cuidado y mayores: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida*. Cuadernos de ética en clave cotidiana. Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética.