

PROPOSTA D'UN CENTRE DE DIA PER A ATENDRE  
PERSONES AMB DEMÈNCIES, SEGONS EL MODEL  
D'ATENCIÓ INTEGRAL CENTRAT EN LA PERSONA

---

TREBALL FINAL DE GRAU

ANA CIMPEAN

09/06/2014

Tutora: Pili Monreal

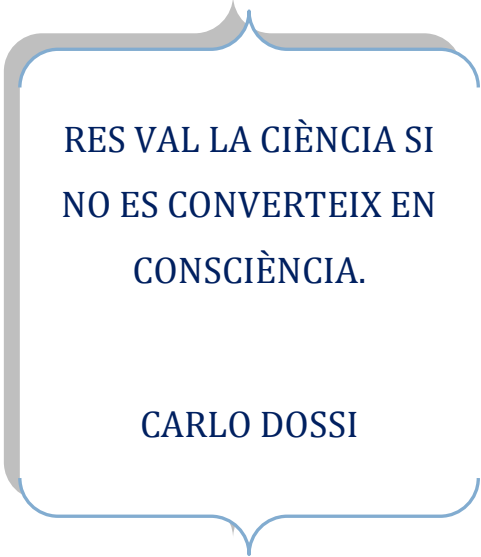


Grau en Psicologia  
Facultat d'Educació i Psicologia  
Departament de Psicologia  
Universitat de Girona

# ÍNDIX

---

- 1. INTRODUCCIÓ I MARC CONCEPTUAL**
  - 1.1 Experiència al Pràcticum
  - 1.2 Motius perquè s'ha triat el tema
- 2. MARC EXPLICATIU EN EL QUE VOLEM TREBALLAR EL TEMA**
  - 2.2 Atenció Integral
    - 2.2.1 La coordinació sociosanitària
  - 2.3 Atenció centrada en la persona
    - 2.3.1 Els rols professionals
    - 2.3.2 Els/les cuidadors/es familiars
    - 2.3.3 Instruments d'atenció personalitzada
- 3. OBJECTIU GENERAL I ESPECÍFICS: DEFINICIÓ**
- 4. PROPOSTA A TREBALLAR: EXPLICACIÓ PROGRAMA A PRESENTAR**
  - 4.1 Proposta d'un Centre de Dia per a atendre persones amb demències, basat en el model AICP
- 5. PROPOSTA D'AVALUACIÓ DEL PROGRAMA**
  - 5.1 El grup promotor del canvi
  - 5.2 Avançar en AGCP- Instrument per a la revisió participativa
- 6. REFLEXIÓ I PROPOSTES/ LÍNIES DE CONTINUÏTAT**
- 7. REFERÈNCIES BILIOGRÀFIQUES UTILITZADES**
- 8. ANNEX**
  - 8.1 Principis i criteris
  - 8.2 Atenció domiciliària i entorn
  - 8.3 Atenció residencial i AICP: Model Housing
  - 8.4 Taules i gràfics



RES VAL LA CIÈNCIA SI  
NO ES CONVERTEIX EN  
CONSCIÈNCIA.

CARLO DOSSI

*La nostra societat es troba davant d'un escenari marcat per una població que augmenta constantment i que les persones grans tenen cada cop més pes específic dins la població.*

*Com decideix envellir cada persona no es un fenomen uniforme i homogeni. Tot i que es una decisió personal, el com envellim també es una creació i un fenomen sociocultural. Cada cultura i cada societat viu i interpreta de manera distinta el procés d'envelliment.*

*Socialment hem de donar resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu, creant serveis específics que s'adaptin a les característiques i situacions diverses. En els quals les persones grans siguin l'eix al voltant del qual girin les intervencions, respectant la dignitat, l'autonomia i la capacitat de decisió d'aquestes persones. Que puguin escollir entre diferents opcions, com per exemple, romandre al domicili amb assistència personalitzada en funció de cada cas; o ser un usuari d'un centre o residència, preservant la capacitat de decisió d'allò quotidià.*

*Per això des del model d'Atenció Centrada en la Persona s'impulsa un canvi de visió i amb la conseqüent materialització en la conducta concreta.*

*Enfocament que els països més avançats en polítiques socials, com els Països Nòrdics, el Regne Unit, Canadà, Austràlia o els Estats Units; venen senyalant l'ACP com un dels elements clau per a la millora de la qualitat assistencial a la gent gran.*

*La idea no es altra que concebre l'atenció des de la dignitat i el suport a la autonomia.*

A causa de l'augment de l'esperança de vida i al gran descens en les taxes de natalitat experimentats en els últims anys en els països desenvolupats, la tradicional piràmide poblacional s'està invertint, de manera que cada vegada van sent més les persones grans i menys els nens i joves: la població està envellint a ritme accelerat<sup>1</sup>. Per tant, la nostra societat es troba davant d'un escenari marcat per una població gran que augmenta constantment i que té cada cop més pes específic dins la població i que les seves característiques seran cada cop més heterogènies. Una realitat que, des de les polítiques socials, s'ha de tenir en compte alhora de respondre davant d'aquest col·lectiu tant heterogeni i en augment.

Concretament, l'evolució de la població de persones grans entre 1900-2051<sup>2</sup>, a trets generals es la següent:

El 1900 la esperança de vida era de 34,8 anys, i ara és de 82,1. Essent el descens de la mortalitat el factor que més ha incidit en l'augment de l'esperança de vida. L'esperança de vida s'ha incrementat de forma espectacular durant tot el segle XX. Pel que fa les comunitats autònomes, Castella i Lleó, Galícia, Astúries i Aragó segueixen sent les comunitats amb proporcions de persones grans que superen el 20%. Canàries, Balears i Múrcia són les comunitats amb proporcions més baixes, per sota del 15%. Andalusia, **Catalunya** i Madrid són les comunitats **amb més població d'edat elevada**.

A nivell d'Europa, Alemanya, França, Regne Unit, Itàlia i **Espanya són els països de la Unió Europea amb una xifra més alta de persones grans**, com correspon també als països més poblats.

Tal i com esmentava mes amunt, ens trobem davant d'un col·lectiu heterogeni, en el sentit de que dins del col·lectiu anomenat "persones grans" hi haurà persones actives, persones amb diversitat funcional (psicològica i/o física); tenint en compte les diferències individuals i contextuals que fan que cada persona sigui diferent. Davant de tot això, des dels serveis socials s'haurà d'oferir i/o crear serveis personalitzats que

---

<sup>1</sup> Monreal, P.; del Valle, A. & Serdà, B. (2009). Una mirada a lo invisible: las personas mayores en el entorno rural, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Vol.19, nº2, p.72-79.

Monreal-Bosch, P.; Gifre, M. & del Valle, A. (2013). Envejeciendo en un mundo cambiante: El entorno rural una nueva realidad social. *Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación Social*, Vol.13, Nº2, julio, p.47-63.

<sup>2</sup>Font: Abellán García; Pujol Rodríguez, R (2013). "Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº1. [Fecha de publicación: 22/07/2013].

<<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>>

s'adaptin a les voluntats de les persones. En aquest sentit, per a poder oferir uns serveis de qualitat per la persona, primer de tot s'haurà de fer un canvi de visió envers aquest col·lectiu.

En la nostra societat, a nivell individual i social es té una visió de les persones grans com a “no productius”, entenent l'envelliment com un fi de la vida, una espera a la mort; Quan es tracta de persones grans, el concepte *qualitat de vida* adopta una especial rellevància, ja que a vegades els serveis que reben estan limitats a nivell assistencial, essent ateses només les necessitats bàsiques, d'aquesta manera quedant descobertes altres àrees importants de la persona, amb una visió parcial de l'individu, en comptes de tenir una visió integral i/o global.

El **model d'Atenció Centrat en la Persona (ACP)** es un model que promou la personalització de l'atenció entenent que cada individu es construeix com a persona en processos d'obertura i comunicació amb els altres. Pretén que cada persona (incloent també els que tenen minvada la seva autonomia) prengui un paper d'agent central i, en la mesura del possible, actiu. L'objectiu no és només individualitzar l'atenció sinó donar poder a la persona des de la relació social perquè ella mateixa pugui seguir, en la mesura de les seves capacitats i desitjos, gestionant la seva vida i prenent les seves decisions.<sup>3</sup>

Perquè aquest model? Perquè des d'aquest model es té en compte a la persona com un tot, en el procés d'atenció es cobreix no només les necessitats assistencials, sinó que també es té en compte els desitjos de les persones grans, les inquietuds, el que els agrada i el que no. Passen a tenir veu pròpia en el seu procés. Quan parlem de dignitat i autonomia, tothom estarà d'acord i voldrà que es respecti aquets principis. No obstant, en la pràctica professional tradicional venim arrossegant un model en el qual les persones grans tenen escassa veu, es tendeix a la homogeneïtat i poca flexibilitat.

Què aporta aquest model? Entén les persones grans com singulars, valuoses, capaces, amb veu pròpia i amb drets; interdependents i ciutadans d'una comunitat. Es promou l'autonomia, es dona suport a cada projecte de vida, personalització, inclusió en la comunitat, importància de l'entorn i s'aposta per la diversitat i la flexibilitat.

---

<sup>3</sup> Martínez, R. T. “La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos”. Psicóloga, Servicio de calidad e inspección de la consejería de bienestar social y vivienda del Principato de Asturias.

## 1.1 EXPERIÈNCIA AL PRÀCTICUM

El centre de dia les Bernardes de Salt, es el centre on vaig fer les pràctiques. Es tracta d'un servei diürn i d'assistència a les activitats de la vida diària de les persones grans en situació de dependència del municipi de Salt.

La missió del centre es la millora de l'autonomia i la qualitat de vida de les persones grans del municipi de Salt. S'intenta cobrir les necessitats de les diferents dimensions o àrees de la persona, permetent així que les famílies puguin atendre paral·lelament les seves obligacions laborals, parentals o d'altra índole. L'equipament té una capacitat de 30 places, la majoria d'usuaris que van a aquest centre pateixen una malaltia neurodegenerativa anomenada Alzheimer. Usuaris dels 80 anys cap amunt, per tant es tracta d'un col·lectiu de persones grans d'edat avançada en situació de dependència (en aquest cas amb demències, concretament d'Alzheimer).

A nivell general, crec que la meva tasca al centre era tenir un contacte directe i real amb aquesta realitat. Un fet important, ja que en el moment en el qual estàs participant en la realitat concreta es quan, des de dintre i en primera persona, pots tenir un coneixement sobre el lloc on estàs. Al començament, vaig estar parlant amb cada usuari, conèixer el que els agrada fer i el que no, com son, quines inquietuds tenen, etc. Seguidament participava en les diferents activitats que feien.

Dir que des del Consorci d'Acció Social de Catalunya s'està apostant per aquest model d'atenció. En algunes residències i centres de dia (entre els quals el centre de dia Les Bernardes) s'està intentant implantar el model d'Atenció Centrat en la Persona. No obstant, es troba en una fase inicial, fer un canvi d'actituds no es un camí fàcil, més aviat es tracta d'un procés de canvi en el qual es van aconseguir metes encaminades a millorar la qualitat de vida de les persones grans.

Venim d'un model tradicional en el qual es tendeix a la homogeneïtat, a un concepte de les persones grans com malalts i amb dèficits als que cal "atendre". Amb escassa veu en el seu procés i com una càrrega per la societat. En la praxis professional moltes vegades s'adopten conductes paternalistes, activitats i rutines uniformes i rígides, etc.

Ara després d'haver fet aquestes pràctiques, haver ampliat l'espai de coneixement en relació al tema de l'envelliment, models i concepcions diferents pel que fa el col·lectiu de persones grans, el que hauria de ser un centre de dia, etc. M'adono que estem encara

molt allunyats de la concepció que tenen els altres països d'Europa en relació a la qualitat de vida que se'ls ofereix a les persones grans en els diferents serveis.

Es cert, que es fa un tímid intent de canvi, però de manera superficial i des de fora cap a dintre. Es a dir, s'intenta implantar projectes que apostin per l'autonomia, la dignitat i conceptes semblants però a la pràctica resulten projectes buit; que no aconsegueixen produir canvis. En aquest sentit, en el centre de pràctiques han impulsat un projecte *Tú decideixes com vols envellir*<sup>4</sup>, un projecte amb el propòsit de generar canvis en l'entorn, evidenciar una necessitat de canvi d'actituds, trencar creences envers el col·lectiu de persones grans. En la línia del model d'atenció que en aquest treball es presentarà. No obstant, la implantació d'aquest projecte no es fàcil i immediat, mes aviat, es tracta d'un procés que no té fi.

Si no fem un canvi d'actituds, de mirada, fins que no ens situem en un altre model i mirem amb unes altres ulleres aquest col·lectiu, considero que amb els projectes que fem poc canvi aconseguirem. Es tracta de canviar quelcom intern per a produir canvi en el nostre context. De dintre cap a fora. Es cert que el context ens influencia la manera de pensar, però nosaltres podem modificar el nostre context en funció de com pensem sobre quelcom, que a la pràctica es traduirà en un comportament en consonància amb allò pensat.

En el cas dels usuaris del centre, a part de l'envelliment tenen una limitació que es la malaltia d'Alzheimer; però això no vol dir que no tinguin desitjos, que no puguin decidir que els agrada i que no, quines activitats volen fer i quines no. Son persones amb capacitat d'iniciativa, per això ningú els ha d'impedir poder ser actius en el seu procés. En la mesura que sigui possible, la persona té el dret de formar part en el seu procés, al fi i a la cap es la vida d'aquella persona.

Existeix suficient evidència científica per orientar les bases d'un nou model d'atenció per a persones grans en situació de dependència. Com per exemple, els resultats obtinguts quan s'intervé en la línia d'enfortir les capacitats preservades per promoure l'autonomia personal (Jaicki i Ansello, 2000) i per a reduir l'excés de dependència (Little, 1988). L'efectivitat de les propostes del model de qualitat de vida, es a dir, el que posa en el centre els drets i preferències de les persones grans (F.Ballesteros, 1997;

---

<sup>4</sup> Projecte *Tú decideixes com vols envellir*. (Juny, 2013). Consorci d'acció social de Catalunya. Sumar, empresa d'acció social



Schalock i Verdugo, 2003). El model d'envelliment actiu<sup>5</sup> (OMS, 2002). El respecte per els desitjos de les persones destinatàries dels programes, obtingudes de la nombrosa investigació produïda, tant qualitativa com quantitativa (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009)<sup>6</sup>.

Diferents models i programes que comparteixen el model ACP han sigut impulsades en **diferents països** per millorar i canviar el model residencial. Aquests moviments son fruit del rebuig de la ciutadania a l'atenció i manera de veure que ofereixen les clàssiques residències caracteritzades per una organització amb horaris i normes rígides, escassa personalització i poques oportunitats de que les persones grans decideixin en la seva vida quotidiana. Neixen de la consciència de la incapacitat de les residències tradicionals, per exemple, per oferir autèntiques llars on les persones grans puguin seguir tenint control sobre la seva vida quotidiana i sentir-se com "a casa". El més conegut es **el model Housing**<sup>7</sup>, impulsat en altres països, com Dinamarca, Estats Units, Australia, etc.

A **nivell nacional**, hi ha experiències aplicades, com el **projecte Etxean Ondo**<sup>8</sup> (En casa, Bien) impulsat pel Departamento de Trabajo i Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasc des d'una col·laboració amb la Fundació Matia. Aquest projecte es va iniciar l'any 2011 per impulsar, a part d'investigar, l'aplicació d'un model d'Atenció Centrat en la Persona en els domicilis i centres (residències i centres de dia). També destacar el **projecte En mi casa**<sup>9</sup>, impulsat per la Junta de Castilla y León. També destacar l'avaluació del **Dementia Care Mapping**<sup>10</sup>, Es una metodologia destinada a avaluar la qualitat de l'atenció en serveis per a persones amb demència. El seu interès radica en pretendre sintonitzar amb el punt de vista de les persones amb demència, registrant des de la seva observació externa la interacció dels cuidadors amb els usuaris.

---

<sup>5</sup> La OMS descriu el model en el document "Envejecimiento Activo. Un marco político". Es pot consultar en la *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2002, 37 (S2): 74-105

<sup>6</sup> Per aprofundir més es pot consultar Rodríguez, P: "La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales", en Casado, D (Dir.): Avances en bienestar basados en el conocimiento. Ed. CCS, Madrid, 2005

<sup>7</sup> En la part d'annex es fa una preu presentació el model Housing.

<sup>8</sup> Consultar: Rodríguez, P. Martínez, T. I cols. "EXTEN ONDO: Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi". Documentos Metodológicos y de Soporte y Programas de Intervención Marco

<sup>9</sup> Consultar: Proyecto "En mi casa": Centros multiservicios en Castilla y León. (2013). Servicios Sociales de Castilla y León. Junta de Castilla y León.

<sup>10</sup> Consultar: Brooker, D. Dementia Care Mapping: A review of the Research Literature. The Gerontologist, Vol.45, Special Issue I, 11-18. 2005.

Un cop realitzades les pràctiques, i després de fer una recerca bibliogràfica i conèixer des de quin o quins models es treballa en altres països mes avançats, la meva conclusió es que a Espanya continuen orientant-se des de models assistencials molt tradicionals on es prioritzen els professionals enfront els usuaris. No obstant, en la realitat s'observa un creixent interès per conèixer i proposar nous models d'atenció, en coherència amb els models de qualitat de vida, protecció als drets i orientació a la persona, augmentant la consciència de la necessitat de generar canvis i millores en la xarxa de recursos existents. Un exemple es l'aportació realitzada per Pilar Rodríguez qui proposa el Model d'Atenció Integral Centrat en la Persona (Rodríguez, 2010,2011).

## 1.2 MOTIUS PERQUÈ S'HA TRIAT EL TEMA

Considero que ha quedat prou evidenciat en l'apartat anterior, la necessitat d'un canvi, un canvi d'actituds, que realment sigui efectiu i proporcioni un tracte digne respectant els drets de les persones grans en situació de dependència.

Per això, el principal motiu per l'elecció d'aquest tema es precisament la necessitat d'un canvi real, que respongui a les necessitats reals de les persones grans en situació de dependència, que la persona passi a ser l'eix al voltant del qual giri les intervencions en els diferents serveis, que es personalitzin les activitats, essent les activitats amb una finalitat i propòsit concret. Que aquestes persones usuàries d'un servei tinguin veu pròpia, puguin expressar els seus desitjos i emocions i que aquestes en la mesura del possible puguin tenir-se en compte o si mes no, escoltar el que la persona ens diu.

El model d'Atenció Centrat en la Persona es el que dona resposta a aquestes qüestions esmentades mes amunt i a d'altres, que van encaminades a oferir una qualitat de vida a les persones grans en els nostres serveis. Agafant com a model els països nòrdics pioners en polítiques social de benestar i qualitat de vida, concretament el model **d'Atenció Centrat en la Persona**, ja que es un model que ens pot portar a aquest canvi desitjat .

Concretament, l'Atenció Centrada en la Persona (ACP), es un enfocament que els països mes avançats en polítiques socials (com, els Països Nòrdics, Estats Units, etc.) assenyalen com un dels elements clau per la millora de la qualitat assistencial a les persones grans. Entre els principis que solen ser destacats en la ACP figuren: **el**

**reconeixement de cada persona** com a ésser singular i valuós, aposten pe afavorir la **autonomia** de les persones grans, **la interdependència** amb el seu entorn social<sup>11</sup>.

Un dels principis de la ACP es que les persones amb una afectació cognitiva greu també tenen el dret a exercir la seva autonomia. En el centre de dia les Bernardes, quasi tots els usuaris tenen alguna afectació cognitiva, i aquestes persones també tenen dret a exercir la seva autonomia. Dins del possible, s'ha de intentar que els usuaris puguin exercir els seus drets. Aquests "usuaris" son persones ,a vegades, en àmbits hospitalaris, un cop es posa una etiqueta ja no es veu res mes que aquella etiqueta de esquizofrènic, depressiu, etc. I no es aquesta la mirada que hem de tenir, ni com a persones ni com a professionals.

Com podríem pensar que oferim un tracte digne si categoritzem/etiquetem?. El problema no està en categoritzar, la categorització no es del tot inacceptable, el que no hauríem de fer es treballar des de l'etiqueta que té aquella persona. Però com es fa això? Actuem en funció de com pensem, així que primer hauríem de canviar de mirada.

Aquest concepte, ACP, neix de la consciència de la incapacitat de les residències tradicionals per oferir autèntiques llars on les persones grans puguin seguir tenint el control sobre la seva vida quotidiana i sentir-se "com a casa". Des de aquest enfocament prioritzen la necessitat de situar la persona en primer lloc, abans que la malaltia (Kitwood,1997).

Passar de models d'atenció centrats en els serveis als centrats en les persones implica portar a terme canvis organitzatius en els centres, serveis o programes i també en els rols professionals, que deixen de ser directius i tecnocràtics.

---

<sup>11</sup> Martínez,R,T. *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos.* Psicóloga, Servicio de Calidad e Inspección de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Fundación Caser para la dependencia.

## 2. MARC EXPLICATIU EN EL QUE VOLEM TREBALLAR EL TEMA

---

*Els canvis socials i els avenços en polítiques socials ens convida a reflexionar en profunditat sobre el model clàssic d'atenció a les persones grans i persones amb diversitat funcional.*

---

*Canvis socials com l'augment progressiu de l'esperança de vida, la incorporació de la dona a la vida sociolaboral, la globalització, entre d'altres fenòmens que ens conviden a redefinir algunes de les polítiques socials, i en concret els models clàssics d'atenció a la gent gran i especialment quan es troben en situació de dependència.*

---

*Des de l'enfocament de l'**atenció integral** s'exigeix tenir en compte tots els aspectes de la persona (biomèdics, psicològics, socials i medioambientals).*

---

*L'**atenció centrada en la persona** parteix del reconeixement del dret que tots tenim a desenvolupar i controlar els nostres propis plans de vida, íntimament relacionat amb conceptes centrals d'aquesta proposta com son: **la dignitat i l'autonomia.***

---

*La planificació centrada en la persona proposa, un enfocament per integrar atenció i suport en els processos d'autodeterminació i de control de la pròpia vida per a les persones amb necessitats especials.*

---

---

Degut a les grans transformacions que estan passant en la nostra societat tenen i tindran cada vegada mes en el futur una clara incidència en la evolució i re disseny de les polítiques social actuals. Per tant, hem de reflexionar en profunditat sobre un nou model d'atenció que tingui en compte els canvis socials, l'avanç en polítiques socials i en promulgació de drets i que fonamenti sobre el coneixement científics disponible. Això comportarà, un canvi de paradigma que afectarà tan al disseny i planificació dels serveis i programes desenvolupats, com el que comporta la intervenció i la praxis professional.

L'expressió "Atenció centrada en la Persona" fa referència a dos significats diferents en relació al terme **Persona**: d'una banda, es refereix a una metodologia de planificació personalitzada que es realitza des del punt de vista de la persona, des dels seus interessos, somnis, des de la seva llibertat, etc. D'altra banda, el concepte fa referència a la idea o necessitat de centrar-nos en el **ser persona**. Es a dir, un suport amb la funció de desenvolupament de la persona en tant que persona, eina indispensable per a ajudar a viure una vida plena en la que no falti cap dimensió essencial de l'esser humà.

La recerca de la **qualitat de l'atenció** no es una acció nova en els serveis d'atenció social o socio sanitària a les persones grans. En els últims anys a Espanya s'ha produït un clara millora dels equipaments i una progressiva professionalització dels sectors gràcies a l'esforç tant de les administracions públiques com del sector privat i del conjunt de professionals. No obstant, els serveis que ofereixen atenció a les persones grans es diferencien no només en qüestions estructurals o organitzatives sinó en el seu model d'atenció i en la definició de la corresponent bona praxis professional. Els centres i serveis difereixen en el grau de personalització que realment presten i especialment en el paper que atorguen a les persones que tenen i en si aquestes poden exercir el control sobre al seva vida quotidiana i prendre les seves pròpies decisions (Martínez,2009).

El model de l'envelliment actiu que obliga a considerar que qualsevol política social, programa o acció relacionada amb l'envelliment o que es dirigeixi directament a les persones grans (tinguin o no situació de discapacitat o dependència) ha de tenir en compte els tres pilars en els que es sustenta el mateix: **la seguretat, la salut i la participació**. No s'ha de confondre "activitat" amb estar físicament actiu i no tenir alguna diversitat funcional.

Com esmentava mes amunt, un concepte que s'ha de tenir en compte alhora de definir línies d'actuació dirigides a persones amb discapacitat o en situació de dependència es

**la qualitat de vida**, que va se definida per Shalock i Verdugo (2002) *com la que reflecteix les condicions de vida desitjades per una persona en relació a les vuit necessitats fonamentals que representen el nucli de les dimensions de la vida*<sup>12</sup> de cada persona i son: *el benestar emocional, les relacions interpersonals, el benestar material/econòmic, el desenvolupament personal, el benestar físic, l'autodeterminació, la inclusió social i els drets.*

L'economista Amartya Sen<sup>13</sup> que proposa un enfocament de les capacitats, segons aquesta teoria totes les persones tenen capacitats per a prendre diverses opcions que afronten les situacions de necessitat que pateixen i per portar a terme els seus projectes de vida sempre i quan se'ls ofereixi possibilitats per desenvolupar-les. Acceptar que totes les persones posseeixen capacitats que s'han de descobrir i ajudar a desenvolupar-les.

### **Les dos dimensions bàsiques: integralitat i personalització**

Existeixen dos formes de considerar i afrontar l'atenció a les situacions de discapacitat, envelliment o de dependència que sorgeixen de diferents sistemes i tradicions. D'una banda es traca de **l'atenció integral**, i d'altra, de **l'atenció centrada en la persona**. L'aplicació d'aquesta manera de considerar l'atenció aconseguix millores tant en la qualitat de vida de les persones com en la optimització del funcionament dels sistemes d'atenció i els recursos que en elles s'utilitzen.

## **2.1 ATENCIÓ INTEGRAL**

Des de l'enfocament de **l'atenció integral** s'exigeix tenir en compte tots els aspectes de la persona (biomèdics, psicològics, socials i medioambientals). Un correcte abordatge d'aquesta dimensió implica que en el disseny de les polítiques es tingui en compte aquest enfocament i , per tant, que les normatives reguladores també ho contempli. Es a dir, les planificacions i el funcionament organitzatiu ha de tenir en compte aquest concepte de integralitat, afavorint la coordinació entre els diferents nivells i sistemes d'atenció, utilitzant metodologies adequades.

---

<sup>12</sup> Per aprofundir mes: Rodríguez, P: "La atención integral y centrada en la persona". Colección Papeles de la Fundación para la autonomía personal. Nº 1, 2013.

<sup>13</sup> Amartya Sen es un economista ètic- premi nobel d'economia en l'any 1998- que va utilitzar el model de qualitat de vida per analitzar les desigualtats entre col·lectius humans i per proposar accions d'intervenció socioeconòmica. Entre les publicacions d'aquest autor es destaca la que va ser traduïda i publicada en castellà per Ed. Planeta l'any 2000: Desarrollo y libertad.

Des de l'atenció integral s'entén la persona de forma **holística**, tenint en compte totes les dimensions que la constitueixen com a persona i les necessitats que es deriven d'aquestes dimensions. Per exemple, necessitats relacionades amb el cos (biomèdiques), les que tenen a veure amb el funcionament psicològic (aspectes cognitius, comportamentals i de personalitat), els que afecten al camp social (el rol que ocupem en la societat en cada etapa de la vida, participació, etc.) i els medioambientals en el que vivim (habitatge, centre de dia, residència, el nostre barri, el lloc de treball, llocs d'oci, transport, etc).

Quan es tracta de persones en situació de discapacitat, vulnerabilitat o dependència necessiten ajuda continua en els diferents àmbits esmentats mes amunt, es requereix que els diferents sistemes i dispositius d'atenció realitzin les adaptacions i els esforços organitzatius adequats perquè aquestes persones puguin participar-hi. En aquest sentit, la integralitat requereix d'una planificació i gestió que abasti i coordini la diversitat de serveis i intervencions que es precisin des dels diferents sectors, recursos i nivells d'atenció. Desenvolupant-se des d'un enfocament global de les necessitats, que poden ser canviants al llarg del temps i que, per tant, exigeix la avaluació continua.

Per tant, l'objectiu principal ha de ser el d'oferir en cada moment l'atenció que es requereix amb la **flexibilitat** suficient **per a adaptar-se** als diferents contextos en els que es trobi la persona (a casa seva, en un centre de dia, en un hospital, en una residència, en la ciutat, etc). En aquest sentit té un caràcter transversal ja que involucra als diferents sectors i nivells dels sistemes de protecció social i d'altres recursos i àmbits. Per exemple, cuidadors/ers no qualificades que realitzen un rol informal i que des dels sistemes de protecció social passen a ser invisibles.

L'interès per l'atenció integral s'ha anat accentuant a mesura que han anat augmentant els processos de cronicitat, el que està exigint dels sistemes sanitaris un canvi en la seva visió abans centrats exclusivament en la malaltia i la curació i incloure també les cures de llarga duració. L'atenció integral es una manera d'entendre la persona en la seva totalitat. Se es persona abans que persona amb dependència.

Pel que fa l'àmbit dels serveis socials, hi ha algunes dificultats per una coordinació adequada entre les diferents prestacions i serveis. Una distribució competencial i de manera desigual entre les diferents Administracions Públiques, un sistema de prestacions molt burocratitzat i organitzat en serveis compartimentats amb criteris

d'accés molt rígids. Això impedeix que es puguin oferir respostes que resultin adequades en temps i forma a unes necessitats que son complexes i poden requerir de diferents prestacions i serveis. La flexibilitat en la implantació dels diferents programes de suport es una característica essencial. L'objectiu es que les persones destinatàries dels serveis socials experimentin, efectivament, com un conjunt i de manera continuada, aquests serveis provenir dels mateixos serveis socials, dels sanitaris, de les polítiques d'habitatges, educació, de les d'accessibilitat urbanística, la participació comunitària o d'una combinació de totes o parts d'elles.

En definitiva, el concepte d'integralitat es un principi indispensable per oferir una bona atenció a les persones, però, per a que això sigui possible, aquest principi ha de convertir-se, també, en l'eix orientador del disseny dels sistemes i de la planificació, organització i gestió dels serveis, coordinant entre si, establint xarxes entre els diversos tipus de prestadores (públiques/privades) i compartint objectius basats en la qualitat i efectivitat de l'atenció.

### **2.1.1 La coordinació sociosanitaria**

L'atenció integral no es únicament l'àmbit sociosanitari. En el Llibre Blanc sobre l'Atenció de les Persones en Situació de Dependència a Espanya, es recull la definició anticipada per Sancho, M. (2000) de coordinació sociosanitaria<sup>14</sup>: *es el conjunt d'accions encaminades a ordenar el sistema sanitari i social per a oferir una resposta integral a les necessitats d'atenció sociosanitaria<sup>15</sup> que es presenten simultàniament en les persones en situació de dependència<sup>16</sup>.*

Entre els diferents models que s'han proposat per assolir una correcte atenció sociosanitaria hi ha la "piràmide de Kaiser", a partir d'aquest hi ha el definit per King'sFund en el Regne Unit (Ham and Curry 2011; Goodwin et al 2012), en el que s'integra la visió social i la sanitària com parts fonamentals de l'atenció que ha de rebre

---

<sup>14</sup> Consultar: Monreal, P. & del Valle, A. (2008). Evidencias psicosociales de la necesidad de la coordinación desde la perspectiva de las personas mayores. Madrid: *Documentación Social*, nº148,p.189-206. ISSN: 0417-8106

<sup>15</sup> Monreal, P. & del Valle, A. (2008). Las evidencias de la necesidad de la coordinación y / o la gestión de caso desde la perspectiva de las personas mayores. En Demetrio Casado (Dir.): *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona, Hacer editorial. p.55-73. ISBN: 978-84-96913-20-2

<sup>16</sup> Monreal, P. & del Valle, A. (2009). Un viaje sin brújula: la experiencia de los usuarios en la atención sociosanitaria. En Demetrio Casado (Coord). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. *Revista de Políticas Sociales en Europa*, N ° 25-26, mayo, p.31-44



la persona proposant-se tres nivells d'intervenció formulats a partir de la estratificació de la població amb objectius diferenciats<sup>17</sup>.

Aquesta manera d'atenció, sociosanitaria, aconsegueix resultats molt positius en termes d'efectivitat i d'eficiència<sup>18</sup>. A mes a mes, aconsegueix resultats positius en les persones ateses i en els seus familiars, com també entre els/les professionals encarregats de portar-la a terme. A la pràctica no es fàcil implementar aquesta pràctica, son pocs els països que han aconseguit una solució adequada i estable per a aconseguir que les persones que requereixin atenció en els dos sistemes ho rebuin de manera adequada.

Dintre del model d'integració d'estructures socials i sanitàries, **Dinamarca** es un país pioner en organitzar l'atenció a les persones en situació de dependència i vulnerabilitat, discapacitat o dependència de manera integrada sociosanitaria (consultar diferents informes en al web oficial de serveis socials de Dinamarca: <http://servicestyrelsen.dk>). Al nostre país, les principals dificultats que s'han identificat per aconseguir una adequada coordinació sociosanitaria estan, d'una banda, les dificultats derivades de la pròpia conceptualització, grau de maduració, cultura i desenvolupament dels sistemes sanitaris, d'altra banda, les dificultats derivades dels serveis socials. No es pot dir que comptem amb un autèntic "sistema" de serveis socials sinó de subsistemes, en el que no s'ha arribat a definir i concretar un model de intervenció que sigui àmpliament reconegut/acceptat, i tampoc compta amb el finançament que es requereix per a que els serveis socials arribin a configurar-se com un dels pilars de les nostres polítiques de protecció social.

Així quan s'analitza de manera comparada en el conjunt de l'Estat els dispositiu d'atenció a les persones que necessiten suport es destaquen problemes com son: escassetat, desigual distribució territorial, diferents modalitats d'accés, dispersió de competències entre administracions i conseqüent fragmentació, cosa que dificulta duu a terme una atenció de qualitat integral i continuada.

---

<sup>17</sup> Consultar Piràmide: Rodríguez, P. "La atención integral y centrada en la persona". Colección Papeles de la Fundación para la autonomía personal. Nº 1, 2013.

<sup>18</sup> Saizarbitoria, M.(2012) " Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona". SIIS Centro de Documentación y Estudios para la Fundación MATIA.

## 2.2 ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

**L'atenció centrada en la persona** parteix del reconeixement del dret que tots tenim a desenvolupar i controlar els nostres propis plans de vida, íntimament relacionat amb conceptes centrals d'aquesta proposta com són: la dignitat i l'autonomia.

La **dignitat** entesa com l' atribut intrínsec de la persona que, en qualsevol etapa i circumstància vital, ha de poder exercir la seva autonomia moral i els seus drets per a orientar la seva existència cap a l'assoliment d'un pla de vida propi, d'acord amb les seves preferències i desitjos. Tota persona, independentment de les seves característiques individuals (sexe, edat, condicions físiques, psicològiques, etc), situació econòmica, social i cultural, així com de les seves creences o formes de pensar, es per tant, mereixedora de respecte. Les persones grans en situació de dependència són especialment vulnerables a rebre un tracte que no respecti la dignitat de la persona.

La definició de dignitat no és un concepte objectiu, ja que depèn on situa la persona la frontera entre allò que considera digne i allò que no. El concepte de dignitat el delimiten els consensos socials, els drets recollits en la legislació vigent, però també els límits des de on cada individu conforma el seu propi concepte de dignitat. Pel que fa la atenció professional a les persones en situació de dependència, el tracte digne implica buscar la conjunció de les dos dimensions de la capacitat personal: autonomia i independència.

**L'autonomia**, com dret i capacitat de controlar la pròpia vida.

Passar de models d'atenció centrats en els serveis als centrats en les persones implica portar a terme canvis organitzatius en els centres, serveis o programes i també en els rols professionals, que deixen de ser directius i tecnocràtics. Des d'aquest model es té en compte els desitjos i preferències de la persona, i es convida a participar en el seu procés, tant en la elaboració d'un programa de suport i atenció com en el desenvolupament d'aquest.

La persona es configura com a referent i motor del procés d'atenció, es a dir, **no es tracta de desenvolupar** les intervencions professionals “**des de dalt**” per molt que l'evidència mostri que són les respostes adequades a les necessitats específiques que presenti la persona (la discapacitat, la dependència). El que es planteja des d'aquest enfocament és que **el pla de suport s'elabori amb la participació activa de la persona**, afavorint, la major independència possible i perseverar i estimular l'autonomia suficient per a poder prendre les pròpies decisions i mantenir el control de la seva vida.

Aquesta proposta **sorgeix de la Psicologia Humanista** que s'inicia en la primera meitat del segle XX i sorgeix com "la tercera força" presentant-se com un model alternatiu als clàssics enfocaments psicoanalistes i conductistes. En aquest moviment destaquen psicòlegs rellevants com va ser Abraham Maslow. No obstant, va ser Carl Rogers qui va proposar un nou enfocament psicoterapèutic, amb la publicació de la seva obra *Counselling and Psychotherapy* (1942), en la que es posa els fonaments a la que serà la "teràpia basada en el client".

La orientació del model de Rogers assumeix que ningú té més coneixement sobre si mateix/a que la pròpia persona, i que es la persona la que millor es pot comprendre i autodirigir la seva vida. El rol de terapeuta consisteix bàsicament en proporcionar un clima favorable i realitzar un acompanyament a la persona en la presa de consciència dels aspectes que vol modificar de la seva vida recolzant i orientant al "client" en l'adopció de les estratègies més convenientes per aconseguir-ho. Els trets que defineixen aquesta proposta són la confiança total en la persona (acceptació incondicional) i el rebuig al paper directiu del terapeuta.

Aquests principis es van materialitzar en l'àmbit de la discapacitat, fruit de l'auge del moviment de vida independent i la difusió i acceptació del model social de la discapacitat.

La planificació centrada en la persona proposa, un **enfocament per integrar atenció i suport** en els processos d'autodeterminació i de control de la pròpia vida per a les persones amb necessitats especials. Un mètode a través del qual es faciliten els suports necessaris perquè la persona, sobre la base de la seva pròpia història, capacitats i desitjos, planifiqui les fites que vulgui aconseguir per millorar la seva vida. En el cas d'una persona que presenti una afectació cognitiva greu, per a poder implicar-la en el seu procés seria necessari constituir un grup de suport (familiars) que, en representació de la persona, prengui les decisions que pensen que la persona en qüestió hagués pres si hagués tingut la capacitat per mostrar les seves preferències.

**Tom Kitwood** (1997) i el grup de la Universitat de Bradford apunten la necessitat d'incloure aquest enfocament en la intervenció amb persones que presenten trastorn cognitius i demències. Emfatitzen la necessitat de **formar les persones cuidadores** (formals o no formals) perquè, segons aquest autor, aquests cuidadors moltes vegades no comprenen moltes de les reaccions i comportaments que presenten les persones amb

afectacions cognitives. Aquestes reaccions per part dels cuidadors tenen un efecte negatiu o no-productiu en els usuaris.

La *Dementia Care Mapping (DMC)*, es una tècnica elaborada per Tom Kitwood i Kathleen Bredi, es basa en la observació i en l'aplicació d'una eina que s'utilitza **per a desenvolupar bones pràctiques** d'atenció centrada en les persones i per a determinar **la qualitat de les intervencions** que reben els usuaris amb demència.

Per tant, en el model d'ACP s'emfatitza la importància de desenvolupar una relació de suport que parteixi de l'acceptació incondicional de la persona i de l'assoliment de l'empatia. Accentuant la importància del context ambiental en relació a la adequació conductual i la reducció de la discapacitat, destacar també la necessitat de capacitar i modificar les actituds i abordatges tradicionals dels professionals.

La **OMS** va definir la ACP com *la que s'aconsegueix quan es posa a la persona com a eix sobre el que giren la resta de les dimensions relacionades amb: la intervenció basada en la evidència científica, la organització del servei, l'equip i la interdisciplinarietat i l'ambient.*

Ángeles López Fraguas y col·laboradors<sup>19</sup>, en l'article citat, fa una distinció entre les planificacions individualitzades clàssiques i les planificacions centrades en la persona, que es reflecteixen en el següent quadre:

**Diferències entre la planificació individual clàssica i la planificació centrada en la persona<sup>20</sup>**

	<b>Planificació individual clàssica</b>	<b>Planificació centrada en la persona</b>
<b>Percepció de la persona</b>	La persona pot participar, però no decideix. Paper: perceptor de serveis	La persona es veu com un subjecte amb drets que pren les seves pròpies decisions. Paper: client
<b>Valors i creences</b>	Paternalisme de l'expert, predomini de la tècnica. El problema està en la persona.	Satisfacció vital, orientació i respecte a la persona i la seva autodeterminació. El problema està en el context.
<b>Presa de decisions</b>	Les pren l'equip tècnic	Les pren la persona i/o el seu grup de suport

<sup>19</sup> López A, Marín A i De la Parte Herrero JM." La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica", Siglo Cero, 35(1), nº 210,2004.

<sup>20</sup> Quadre extret de: Rodríguez, P: "La atención integral y centrada en la persona". Colección Papeles de la Fundación para la autonomía personal. Nº 1, 2013

<b>Coneixements necessaris</b>	Psicopedagogia, medicina, rehabilitació	S'afegeix al coneixement curricular, altres relacionades amb la relació d'ajuda, l'escolta activa i la comunicació. Ètica, dret.
<b>Metodologia</b>	Elaboració per l'equip multidisciplinar. Planificació per objectius operatius.	Coordinada, participativa i democràtica, incloent sempre a la persona. Debat, negociació i consens final.
<b>Avaluació</b>	Quantitativa i centrada en les habilitats aconseguides per la persona	Quantitativa i qualitativa, centrada en la idoneïtat del suport prestat en l'acompliment dels compromisos adquirits.
<b>Limitacions</b>	Disponibilitat de serveis específics	Preferències de les persones i disponibilitat de recursos comunitaris.
<b>Model de referència</b>	Psicopedagògic/ Rehabilitador	Qualitat de vida

Els **objectius generals de la ACP**, serien els següents:

- Mantenir la màxima independència funcional per a poder duu a terme les activitats de la vida diària. Per aconseguir-ho es essencial identificar, valorar i posar èmfasi en les capacitats preservades de la persona estimulant-la per a que realitzi per si mateix/a tot allò que pot fer i evitar així l'excés de dependència.
- Promoure i donar opcions per al desenvolupament de l'autonomia moral per a que la persona pugui prendre les seves pròpies decisions (directe o indirectament) i pugui controlar el seu propi projecte de vida.

Amb aquest model hem canviat de perspectiva per a col·locar a la persona en el centre amb un enfocament integrat i coherent, respectuós amb els seus drets, les seves llibertats fonamentals i amb la dignitat de totes les persones. Així (...) molts països europeus estan promovent polítiques actives encaminades a garantir a cada persona amb discapacitat el control de la seva vida (Comitè de Ministres de la U.E, 2006)<sup>21</sup>. No obstant, hem de seguir treballar a favor d'un canvi paradigmàtic encaminat a substituir la visió mèdica de la discapacitat per un enfocament social basat en els drets humans.

L'atenció integral com l'atenció centrada en la persona, son models reclamats en l'actualitat tant pels serveis sanitaris com pel serveis socials, de manera que si es revisa

<sup>21</sup> Citat en: Martínez, T. "Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona". Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal n.º2 (2013).

la literatura científica que es relacionin amb les intervencions i polítiques dirigides a les situacions de discapacitat, envelliment o dependència es parteix de l'objectiu de que les persones han de continuar vivint a casa seu i integrades dins del seu context, amb el suport coordinat dels serveis i programes que requereixin (salut, educació, atenció social, habitatge, familiars, context, transport, participació social, cultura, oci..). No obstant, en pocs països es produeix de manera efectiva aquesta coordinació entre nivells i sistemes i, en especial, el de la atenció socio sanitària conjunta que requereix les persones en situació de dependència.

Els països pioners en aproximar-se a una atenció integral centrada en la persona efectiva varen ser **els Països Nòrdics i Holanda**. En l'àmbit concret de l'atenció socio sanitària, s'ha aconseguit en alguns d'aquests països a una plena integració dels dos sistemes (sanitari i social), de manera que depenen d'una única organització els dos sectors, les polítiques d'habitatge també s'inclouen dins d'aquesta organització única.

**Espanya, com França**, es mostren més reticents a la integració dels serveis sanitaris i els socials, consideren que aquesta integració comporta que l'atenció perdi pes i identitat en la intervenció social. Per això abans que la integració s'aposta per la coordinació entre els diferents serveis.

Pel que fa a la consolidació i a la pràctica efectiva de l'atenció centrada en la persona com a eix de les polítiques d'atenció a les persones grans, amb discapacitat o en situació de dependència, ha sigut especialment **Dinamarca i Suècia** els països que més avançats estant en relació a aquest model<sup>22</sup>. Concretament. En el 2010 es va iniciar una iniciativa parlamentària (Suècia) per a produir un nou canvi de la seva Llei Nacional de Serveis Socials, de manera que es pugui garantir de forma efectiva i no purament declarativa el respecte a la dignitat de les persones a les que atén. Això es tradueix en un profund respecte per el sistema de valors i creences de la persona. Mantenir els seu estil de vida propi, posar al seu abast allò que els produeixi més benestar, facilitar la realització d'activitats plaents, etc.

---

<sup>22</sup> Consultar: Cebrián, J.C. "El modelo nórdico de municipalismo en Suecia". Institut de Ciències Polítiques i Socials. Materials CiP nº 7/2012  
Lindström Karlsson, A. " Política, servicios i equipamientos para las personas mayores en Suecia". Conferencia en el acto de presentación oficial de la *Fundación pilares para la autonomía personal*. Madrid, 26 de Septiembre 2011.

En el següent quadre<sup>23</sup>, de forma resumida, es mostra algunes de les característiques de la atenció integral centrada en la persona:

#### ALGUNES CARACTERÍSTIQUES DE L'ACP

- L'atenció integral de caràcter sociosanitari es pot portar a terme tant des del model de integració de serveis (Països Nòrdics), com des del model de coordinació de serveis (França).
- L'ACP engloba molt més que els serveis sociosanitaris, també es requereix la intervenció d'altres sectors, com l'educatiu, el cultural i oci, l'urbanístic i d'habitatge, el de transport, el d'ocupació i seguretat social, etc.
- En l'ACP s'ha de concretar l'objectiu de suport amb les intervencions, l'autonomia personal i la vida independent, treball intersectorial i desenvolupament de xarxes de serveis de proximitat.
- En els plans i programes que es desenvolupen s'ha de plantejar, a part dels objectius de la intervenció social amb la persona i els seus familiars, altres objectius dirigits a la participació de la comunitat per al suport a la participació i a la inclusió social.
- El fet d'avançar en la promulgació de drets i en la preservació de la dignitat de la persona, que s'han de configurar com a eix de les polítiques d'atenció, obliga a realitzar un canvi de paradigma en el model d'intervenció.

A més a més, hi ha un seguit de **principis i criteris per fonamentar un model d'intervenció integral centrat en la persona**. Els principis que es proposen en el model fan referència a les persones a les que es dirigeixen els programes i al respecte de la seva dignitat i els seus drets, sigui la discapacitat o dependència que sigui i a qualsevol edat. D'aquesta manera es col·loca a la persona en el centre de l'atenció, la persona passa a ocupar l'eix al voltant del qual han de girar tant el sistema organitzatiu com el saber professional i les intervencions que es desenvolupin. És important definir-los bé per a poder proposar i conceptualitzar els diferents àmbits relatius al procés de intervenció.

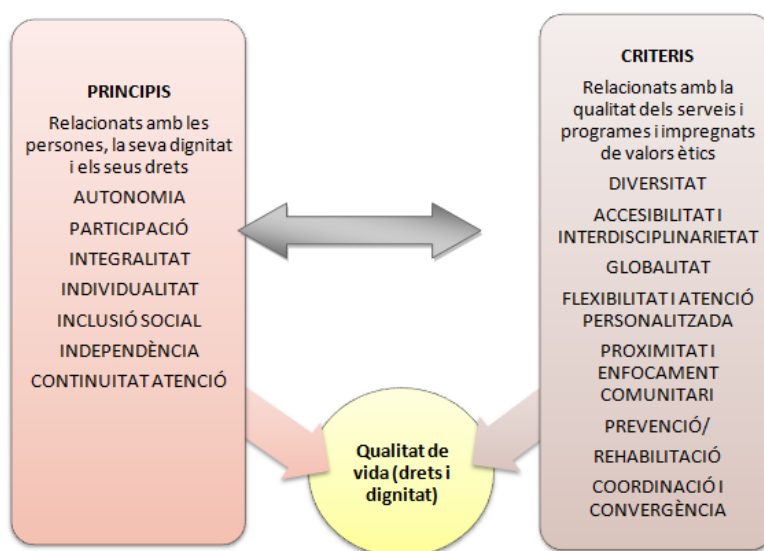
Els criteris tenen a veure amb una correcta praxis professional basada en evidència científica, amb la qualitat dels programes i amb la idoneïtat dels suports que es determinin per a fer possible el compliment dels principis que els sustenten. Els criteris han d'estar impregnats de valors ètics en tot el procés d'intervenció, constitueixen la metodologia que fa possible el compliment dels principis.

Els **aspectes clau de les intervencions** són: afavorir la posada en pràctica de la llibertat i la presa de decisions, la defensa de la privacitat i de la preservació de la intimitat, el respecte a la diferència, suprimir actituds sobreprotectores i actuacions que poden caure en la infantilització de les persones grans, etc. És important que tots els agents

<sup>23</sup> Font: Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.

implicats en el procés (planificadors, gestors, professionals, persones amb discapacitat, persones grans, familiars, ) han de tenir coneixement i sentir-se participants dels principis i criteris que formen part del model d'atenció integral centrat en la persona, per a que el compliment dels objectius i actuacions resultin consensuades i coordinades i significatius per a tots ells.

Els **principis i criteris**<sup>24</sup> que sustenten la intervenció que es proposen des de qualsevol dels serveis i programes que desenvolupen son els següents:



Els principis i criteris conformen una base per la planificació i la intervenció que haurà de adaptar-se segons les característiques dels contextos d'actuació i de les persones a les que es dirigeixen. L'edat, per exemple, es un factor a tenir en compte per a determinar el tipus de suport que son precisos en cada moment de la vida.

Sempre es tindrà en compte el compliment dels principis i criteris del model tant si es tracta de normes jurídiques, d'ordres funcionals i organitzatives o d'elaboració de planificacions generals o de recursos (atenció a domicili en l'entorn, centres de dia, disseny de habitatges o residències, participació comunitària) o be si es tracta de planificacions aplicades a cada cas. A l'apartat d'annex es pot consultar amb mes detalls cada principi amb el corresponent criteri. Així aquesta metodologia es basa en la creença profunda de **que cap persona es igual a un altre** i tots tenim interessos diferents, necessitats i somnis i, per tant, la personalització ha de ser el valor central dels serveis que presentin suport a les persones.

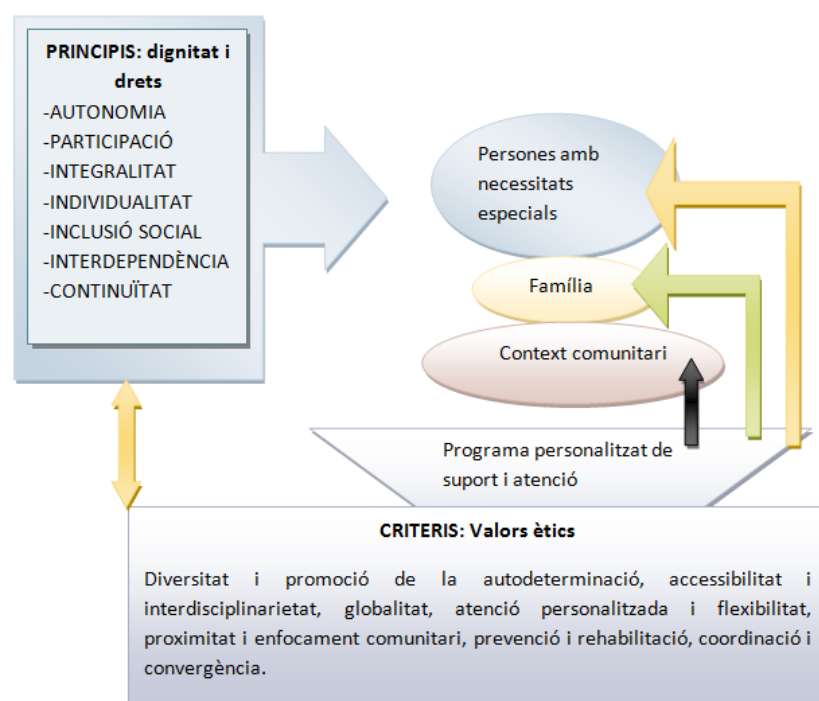
<sup>24</sup> Per aprofundir mes en relació als principis i criteris, consultar: RODRÍGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.



El principi anomenat “**personalització**” ha estat enunciat en la atenció gerontològica, però, pot quedar en la declaració d'intencions si en el dia a dia dels serveis i centres existeix rigidesa organitzativa, no hi ha un coneixement suficient de les persones usuàries o s'aplica procediments uniformes que no tenen en compte els costums i preferències dels usuaris.

L'atenció Centrada en la Persona es una barreja de ideologia i estratègia (Holbum,2003), ja que està al servei dels plantejaments aportats anteriorment i es una metodologia que facilita el que la persona amb discapacitat o en situació de dependència, sobre la base de la seva història, capacitats i desitjos, identifiqui quines fites vol aconseguir per a millorar la seva vida, recolzant-se en el compromís i el poder d'un grup per aconseguir que això passi. Per tant, l'objectiu principal es que la persona en situació de dependència tingui la oportunitat de formular plans i fites que tinguin sentit per a ella, en negociació amb les persones mes importants en la seva vida. En aquest sentit es busca establir i enfortir la col·laboració permanent amb la seva xarxa de suport tant natural (membres de la família, amics...) com professionals.

**Esquema del model integral d'atenció centrada en la persona en situació de discapacitat, vulnerabilitat o dependència.**



### 2.2.1 Els rols professionals

Pel que fa els rols dels professionals, resulta imprescindible que rebin la formació suficient per a aprendre a aplicar el model ACP i mantinguin una actitud crítica i oberta

amb disposició per analitzar i qüestionar-se formes tradicionals de relació, comunicació, intervenció i de desenvolupament professional.

Els/les professionals han de posar en el centre de la seva atenció a la persona, la seva dignitat, autonomia i garantir l'exercici dels seus drets, enfront a la primacia d'altres interessos com poden ser els de la organització del servei o centre o els del saber professional, que, seguint legítim, en ocasions col·loquen en un lloc subordinat a les persones destinatàries.

Segons l'avaluació del model per part del professionals en el serveis que s'està aplicant, aquests tenen una percepció molt positiva. Encara que al principi solen experimentar pors i resistències al canvi, donat que poden percebre aquest model com una pèrdua de "poder" o unes responsabilitats que no podran afrontar. Després d'aquest primer moment, descobreixen que treballar des del model ACP suposa en realitat un enriquiment professional i també personal. **Així el pas de "realitzar tasques pautades" a "facilitar suport per a promoure independència i autonomia"** es percebut com un procés d'aprenentatge que amplia el desenvolupament del rol i el coneixement tècnic.

### 2.2.2 Els/les cuidador/es familiars

En relació al que s'ha esmentat mes amunt sobre el rol professional, també es aplicable al cuidador informal. Per això, s'ha de planificar sempre actuacions formatives i/o de suport dirigides a les famílies en les que es contemplin objectius dirigits a aconseguir una comprensió dels significats bàsics: dignitat, visibilitat de capacitats, autonomia i independència.

Dir que, el treball professional en el desenvolupament de la relació de suport a les persones grans ha de plantejar-se amb la màxima confidencialitat, respecte i sensibilitat.

### 2.2.3 Instruments d'atenció personalitzada

Un dels instruments d'atenció personalitzada, es l'elaboració de la història de vida de la persona, aquesta elaboració la fa el professional de referència. A part d'això, també s'ha d'identificar les capacitats de la persona (fortaleses i debilitats). En base aquesta construcció de la història de vida de la persona es planteja el instrument bàsic de la ACP: **el pla d'atenció i projecte de vida**. Es tracta d'un procés circular de la intervenció que es retroalimenta:



### En definitiva...

Tal i com s'ha anat esmentant al llarg d'aquest apartat, l'ACP contribueix a garantir el respecte a la dignitat de la persona, imaginar i identificar visions de futur positives i possibles basades en com vol viure i fer possible canvi immediats en el seu estil de vida. Per a poder aconseguir aquests objectius l'ACP ha de ser flexible (perquè tenir un pla no implica tenir una rutina immodificable), fer possible el suport i/o ajuda necessàries, coordinada i participativa (entre la família, professionals i diferents agents del context).

Entre els principis que solen ser destacats en la ACP figuren: el reconeixement de cada persona com un ésser singular i valuós, el coneixement de la biografia, afavorir l'autonomia de les persones grans, la independència d'aquestes persones amb els seu entorn social o la importància del suport (Nolan i cols, 2004; McComack, 2004).

Un tracte digne en l'atenció a les persones grans en situació de dependència es tradueix en buscar el màxim benefici terapèutic i la màxima independència i control de la vida quotidiana possible, des del marc de l'atenció integral i de l'atenció centrada en la persona. I es concreta en aspectes de la atenció quotidiana com:

- El benestar físic i emocional
- El respecte i suport a les pròpies decisions i preferències en relació a la vida quotidiana
- La promoció de la independència des de la creació de entorns físics i socials facilitadors.

- La protecció i la garantia de la intimitat i la vida privada
- La protecció de la pròpia identitat i la cura de la imatge corporal
- El foment de la inclusió social
- El respecte a l'edat adulta
- Etc.

En congruència amb tot el que s'ha exposat anteriorment, la definició de l'atenció integral centrada en la persona es la següent:

L'atenció integral i centrada en la persona es la que promou les condicions necessàries per la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte a la seva dignitat i els seus drets, dels seus interessos i preferències i tenint en compte la seva participació efectiva.

#### OBJECTIU GENERAL

Proposta d'un centre de dia per a atendre persones amb demències, segons el model d'atenció centrat en la persona.

#### OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Promoure nous drets socials, noves propostes i recomanacions, models i tendències internacionals en el camp de la diversitat funcional i l'envelliment.
- Aportar elements conceptuals i alternatives metodològiques que permetin avançar cap a una atenció orientada a la qualitat de vida de les persones i el respecte dels seus drets.
- Assenyalar noves formes de treballar en la que els equips s'impliquin i construeixin, juntament amb les persones usuàries i les famílies, intervencions tècniques emmarcades en el model d'ACP i a la realitat de cada context assistencial.
- Definir un nou model d'atenció residencial i de centre de dia que englobi les millors pràctiques encaminades a la prestació de serveis de qualitat centrats en les necessitats i preferències de les persones, que potenciï les capacitats i minimitzi els riscos.
- Definir i concretar els canvis organitzatius necessaris en un centre que fins ara ha prestat un model d'atenció orientat al resident.
- Generar reflexió al voltant d'un nou model d'atenció que tingui en compte els canvis socials, l'avanç en polítiques socials i en promulgació de drets i que fonamenti sobre el coneixement científics disponible.

#### **4. PROPOSTA A TREBALLAR: EXPLICACIÓ PROGRAMA**

*El lloc en el qual es desenvolupa la nostra vida quotidiana diu molt de nosaltres. Es casa nostra i, per convertir-la en veritablement nostre, poc a poc l'hem anat fent al llarg de la vida, hem anat aportant objectes, records... Per això es el lloc del món en el qual ens trobem millor, per això en sentim reconfortats quan, després d'una absència temporal, tornem a casa nostre.*

*Es natural sentir-nos protegits, reconfortats a casa nostre, ja que tot el que ens rodeja té un significat i valor per a nosaltres: aquell quadre, aquella taula, aquella foto, la nostra butaca preferida... A això hem d'afegir la percepció de control que experimentem quan ens trobem a casa nostre. Totes les rutines quotidianes les realitzem segons el nostre gust i a la nostra manera.*

*Per tant, es comprensible que ningú vulgui abandonar el seu domicili de forma definitiva..*

En apartats anteriors s'ha explicat el model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona a nivell teòric, en l'apartat d'annex s'esmentarà l'aplicabilitat pràctica d'aquest model. Concretament **l'atenció integral i centrada en la persona en relació al domicili i l'entorn, l'atenció residencial i el model Housing.**

A continuació es presenta la **proposta d'un centre de dia** per a atendre persones amb demències, tenint a la base el model d'atenció presentat en aquest treball.

#### **4.4 PROPOSTA D'UN CENTRE DE DIA PER A ATENDRE PERSONES AMB DEMÈNCIES, SEGONS EL MODEL ACP**

Quina es l'aplicabilitat del model AICP en un Centre de Dia? Com es concreta? Què cal millorar en la nostra realitat i context, tenint els recursos que tenim? Abans de tot concretem el perfil de l'usuari:

En la última dècada s'ha posat l'èmfasi en el concepte de qualitat de vida en la demència i en la malaltia d'Alzheimer, donat que no hi ha curació per aquesta malaltia, un dels principals objectius que es plantegen en aquest àmbit es el **de preservar al màxim possible la qualitat de vida** de les persones que pateixen aquesta malaltia neurodegenerativa (Lucas,2007).

El concepte de qualitat de vida en demència no compta amb una definició general acceptada, i fruit de la manca d'un estàndard de referència, s'ha valorat com un concepte intangible (Seymour, Ball, Russell, Primrose, Garatt i Crawford, 2001), que pren un paper controvertit (Jennings,1999) i que, per la falta de claredat causa confusió (Welsh, 2001). No obstant, en el transcurs de la última dècada s'ha anat fent progressos considerables en l'avaluació de la qualitat de vida en la demència, tant des d'un punt de vista conceptual com pràctic (Guse i Masesar, 1999; Brod i cols.1999). Whitehouse i cols., 1997, han definit la qualitat de vida com la integració de la funció cognitiva, les activitats de la vida diària, les interaccions socials i el benestar psicològic de la persona.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Martínez Pulleiro, M i cols. "Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer". Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA). Colección de Documentos, Serie Documentos Técnicos. Nº 21015 (2008).

La Dementia Care Mapping (DCM) es un exemple que s'ha mencionat en apartats anteriors, per avaluar la qualitat de vida. Es una metodologia destinada a avaluar la qualitat de l'atenció en serveis per a persones amb demència. El seu interès radica en pretendre sintonitzar amb el punt de vista de les persones amb demència, registrant des de la seva observació externa la interacció dels cuidadors amb els usuaris. El sistema d'observació identifica tant els potenciadors com els no potenciadors de les capacitats personals, d'aquesta manera permeten establir línies de millora per a afavorir el benestar de les persones usuàries a través de la modificació ambiental i principalment des d'una interacció més positiva dels professionals.

La malaltia d'Alzheimer és la causa més freqüent de demència en la població, i molt particularment en les persones grans. Representa el 50% de totes les demències en aquesta etapa de la vida, sent un trastorn degeneratiu produït per la pèrdua gradual de neurones cerebrals i la conseqüent afectació dels circuits cerebrals dels que formen part. D'origen desconegut i de moment incurable. Apareix de manera lenta sent considerablement complicat efectuar un diagnòstic precoç, entre altres coses, perquè els primers símptomes son atribuïts per la família a oblits propis de l'edat.

L'objectiu d'aquest treball no es fer una presentació de l'etiologia de la malaltia, no obstant, es important exposar breument l' impacte de l'Alzheimer en les persones que la pateixen tant de manera directa com indirecta (cuidador, familiar).

**Perfil de l'usuari**→ Conèixer les principals manifestacions que provoca aquesta malaltia pot ajudar a comprendre la necessitat real de comptar amb els recursos adequats d'ajuda i assistència. Hi ha diferents fases<sup>26</sup> que comporta la malaltia amb els corresponents símptomes associats. Tots els símptomes fan que la persona que pateix aquesta malaltia, independentment de la fase, necessiti supervisió, atenció i suport.

**Perfil de la família afectada**→ El cuidador principal i la resta de la unitat familiar (també els cercles familiars i socials mes amplis) comparteixen amb la persona la malaltia d'Alzheimer. Precisament aquesta participació genera en els cuidadors/familiars diferents reaccions, com per exemple, possibles alteracions físiques (son mes vulnerables als problemes físics), alteracions psicològiques (nivells elevats d'ansietat, depressió, etc), i/o alteracions socials (major aïllament social, menys disponibilitat de temps per ells mateixos, etc).

---

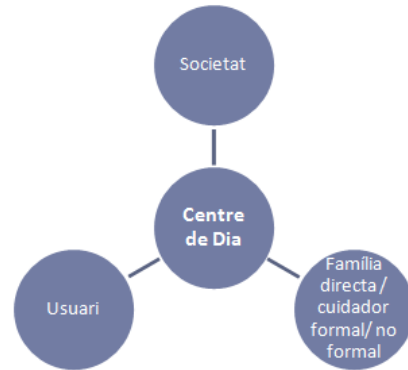
<sup>26</sup> Veure: CEAFA. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. 10ª edición.2000



## El Centre de Dia com a recurs

L'atenció especialitzada a la persona afectada per la malaltia d'Alzheimer precisa de la necessitat de comptar amb centres de dia adequats tant en qualitat com en quantitat per atendre un col·lectiu cada vegada més ampli de la població afectada per aquest tipus de demència.

Els Centres de Dia per a persones afectades per la malaltia d'Alzheimer s'emmarca en el centre d'un triangle en el que son eixos fonamentals el conjunt de **la societat** en que està la persona, tant a l'entorn comunitari en general com a la resta de recursos socials i sanitaris existents; **la persona** en tant que subjecte preferent de l'atenció que el centre prestarà, finalment **la família** cuidadora, que també ocupen un marc preferent en el marc de les actuacions i atencions que el Centre de Dia ofereix. El Centre de Dia físicament estarà ubicat en la comunitat.



### Objectius d'un Centre de Dia per a persones afectades per la malaltia d'Alzheimer

- Ha de ser un recurs socio sanitari, que doni resposta a les necessitats de cura des d'un perspectiva transdisciplinar
- Donar suport a aquells familiars que tinguin la responsabilitat de cura dels usuaris
- Han de ser centres que tinguin un horari d'atenció diürn, però flexible i així poder establir jornades completes d'estància o mitges jornades en funció de les necessitats de cada persona.
- Han de prestar atenció professional a les necessitats bàsiques, terapèutiques i socioculturals dels usuaris
- Han de servir com un instrument de suport que afavoreixi la permanència de les persones assistents al centre en el seu entorn habitual.

En aquest context, els objectius propis d'un Centre de Dia per a persones amb Alzheimer han de donar resposta a les necessitats biopsicosocials de les persones directament afectades per la demència.

Des del punt de vida de la persona afectada els objectius que el Centre de Dia haurà de perseguir en relació amb la persona afectada haurien de ser els següents:

- Oferir teràpies d'estimulació adequades a cada usuari que promouen un desenvolupament de la demència el menys agressiu possible.
- Promoure el manteniment de la major autonomia personal de la persona amb demència.
- Potenciar les capacitats físiques, cognitives i funcionals dels usuaris.
- Estimular i entrenar les activitats de la vida diària per mantenir el major grau d'independència possible de les persones afectades.
- Mantenir les avaluacions dels usuaris actualitzades per a poder adaptar les activitats a cada moment del procés evolutiu de la malaltia.
- Fomentar les relacions socials dintre i fora del centre.
- Evitar l'aïllament social produït per la pèrdua de capacitats dels usuaris.
- Realitzar activitats que provoquen l'augment de l'autoestima dels pacients.
- Promoure la utilització de qualsevol altre recurs socio sanitari que pugui complementar i augmentar els beneficis de l'assistència al centre.
- Normalitzar i adaptar l'ús d'altres recursos socioculturals per que els usuaris pugui gaudir .

Des del punt de vista del familiar, a la família -cuidadora, el Centre de Dia hauria de plantejar-se com a fites les següents:

- Mantenir una comunicació bidireccional continuada entre la família i els tècnics del centre sobre la dinàmica del mateix i l'avaluació del familiar afectat.
- Prestar suport psicològic (i de qualsevol altre tipus que sigui necessari) a les famílies cuidadores.
- Formar als cuidadors familiars en qüestions específiques relatives a qualsevol àmbit de la malaltia, així com en l'entrenament d'habilitats per afrontar-la.
- Assessorar sobre els recursos socials que puguin ser útils.

Des del punt de vista social, l'espai social en que el Centre de Dia està ubicat, aquest hauria de:

- Realitzar campanyes de conscienciació sobre la problemàtica social de la malaltia d'Alzheimer.
- Promoure actes que permetin un major coneixement dels beneficis d'aquest recurs socio sanitari.

- Consensuar, a nivell nacional, les eines d'avaluació a aplicar per tots els centres de similars característiques, de manera que en qualsevol moment es pugui consultar la informació dels diferents centres amb dades homogènies.

Des del punt de vista formatiu i professional, el Centre de Dia ha d'assumir també com a propis els següents objectius:

- Col·laborar amb Universitats i centres de formació específica de disciplines que tinguin una aplicació pràctica en el camp de les demències.
- Permetre l'accés al centre d'alumnes en pràctiques que estiguin cursant disciplines relacionades amb les demències.
- Promoure cursos, jornades i actes formatius de tot tipus dirigits a professionals que permetin ampliar els coneixements sobre les demències.
- Realitzar tallers pràctics que ajudin a minimitzar les conseqüències negatives biopsicosocials que freqüentment afecten als professionals d'aquest sector.
- Fomentar i participar en totes aquelles investigacions que promoguin l'augment de coneixements sobre qualsevol àmbit i disciplina relacionada amb les demències.

Bé, si el lector d'aquest treball ha arribat fins a aquest apartat amb la curiositat de veure l'aplicabilitat del model d'atenció centrat en la persona, podria quedar decebut amb la proposta que acabo de fer fins aquí. Ja que no cal ser un expert ni en aquest model ni en temes relacionats amb l'envelliment, per adonar-se que no es cap novetat el que acabo d'exposar; si no mes aviat son els objectius perseguits pels Centres de Dia en la nostra realitat actual. Com haurà pogut observar aquests objectius estant bastant allunyats de concepte proposats pel model d'ACP com: personalització, individualitat, dignitat, autonomia, independència, participació, etc.

Si un llegeix tot aquest treball i fa una revisió de la bibliografia en relació al model d'atenció centrat en la persona, s'adona que aquests objectius que he esmentat mes amunt, son uns objectius mes aviat sociosanitaris, on els rols dels professionals son l'eix al voltant del qual gira l'atenció, la persona no es el centre, no hi ha una personalització de les activitats, una elaboració del pla d'atenció integral, sinó que hi ha unes tasques a fer (estimulació cognitiva, cura sanitària) "imposades" per la organització. Un marc d'atenció mes aviat mèdic on la persona té poca participació en l'elaboració del seu pla d'atenció. I moltes vegades aquests objectius queden en una declaració d'intencions, ja

que a la pràctica tal i com uns dels objectius recalca, es busca la homogeneïtat, concepte allunyat de la personalització en l'atenció.

Per tant, el model d'Atenció Centrat en la Persona, es un model necessari si volem oferir una atenció que realment promogui la qualitat de vida de les persones grans en situació de dependència. Els objectius perseguits fins ara pels recursos socials, en aquest cas un Centre de Dia, alguns d'ells s'han de revisar i d'altres no; però el que es necessari es continuar avançant en la qualitat d'atenció que realment volem oferir a les persones grans amb demència. Això es tradueix, en revisar el marc des del qual es presta atenció fins ara i reconstituir-lo en base a altres models que realment ofereixin una qualitat de vida real a les persones grans en situació de dependència o fragilitat.

En relació a la **autonomia i la independència**, a la nostra realitat passa que ens fixem en els dèficits i en les dificultats de les persones, al centrar-nos en el problema, perquè a vegades es lo prioritari i el que necessita donar resposta urgent, podem oblidar-nos de les capacitats que la persona gran encara manté o pot arribar a desenvolupar. "Decidim per" o suplantem de forma automàtica les decisions en el dia a dia de les persones que presenten deteriorament cognitiu, el correcte seria valorar en cada situació concreta què es el que la persona pot seguir decidint.

Tenim presa i no ens ajustem als ritmes de les persones, d'aquesta manera dificultem que la persona gran decideixi i faci les coses per si mateixa. A vegades, simplement es qüestió de ser pacients, es a dir, de canviar el "chip", no anar amb tanta presa per fer quelcom i ajustar-nos al temps de la persona. També pot passar que per quantitat de feina o per haver d'atendre a moltes persones no serà possible ajustar-nos al ritme de cada un d'ells, quan això passi, almenys hauríem d'explicar els motius que ens porten a respondre així.

Podem pensar que les expressions de les persones amb demència avançada no tenen significat, i per tant, no hem de tenir-les en compte o, si son molestes, reprimir-les. Les ocasions en que les famílies, habitualment des del suport incondicional als seus, ocupen el paper de la persona gran i impedeixen que aquesta s'expressi i decideixi. També com a professionals podem resignar-nos davant les dificultats per fer participar a les persones usuàries, i pensar que es impossible.

Abusar o utilitzar de forma rígida els protocols organitzatius no encaixa amb l'atenció personalitzada. Moltes atencions podran ser proposades des de pautes de bona praxis o des de protocols més flexibles que contemplen recomanacions evitant les accions seqüencial idèntiques, ja que la flexibilitat i l'ajustament a cada situació i la comunicació personal així ho demanen. És important saber el passat per entendre la persona però mirant cap el present i el futur.

Pel que fa als instruments que podem aplicar per recollir informació, aplicar els mateixos instruments a totes les persones, de forma seriada, contradiu l'essència de la individualització. Frivolitzar, ridiculitzar o restar importància als instruments o algunes informacions que en ells es recullen, algunes qüestions o informacions recollides poden tenir poc valor o inclús semblar "tonteries" per a nosaltres. No obstant, no podem deixar de pensar que el que per cada un de nosaltres és important en un determinat moment de les nostres vides ho definim nosaltres mateixos i les nostres circumstàncies.

En relació als instruments, no s'han d'utilitzar sense el consentiment de la persona o de la seva família, ja que es recullen informació molt personal, Recollir informació privada en presència d'altres persones, preguntant coses, registrant opinions, mantenint converses amb persones usuàries i famílies, pensant que els altres no ens escolten, o que la informació no és tant privada. No només es tracta de garantir la confidencialitat sinó de transmetre la importància que des de l'equip es protegeix la intimitat de la persona.

Banalitzar, desatendre o atribuir a "manies pròpies de l'edat" les peticions o ordres reiterades (posa allò allà, canvia'm de lloc,) en persones amb incapacitat real de fer-ho per elles mateixes. Encara que aquestes conductes arribin a ser molt pesades s'ha d'entendre que intervenir sobre elles sense perdre de vista que la seva motivació té a veure, en gran part, amb una necessitat d'aconseguir un major control sobre el seu entorn immediat.

En relació a la **privacitat i la confidencialitat**, com a professionals hem d'evitar l'ús dels espais i contactes informals per tractar i comentar casos, situacions i problemes relacionades amb les persones usuàries. Potser, això quedaria justificat que abordar temes de feina en contextos informals pot ajudar a facilitar la cooperació, desbloquejar posicions, no menys certs, però també posa en risc saltar-nos la confidencialitat. Quan els casos s'utilitzen per intercanviar coneixement o formació haurem d'assegurar-nos que la identitat de la persona queda oculta i no pot ser reconeguda.

A vegades amb el propòsit d'ajudar a la persona, es transmet informació privada a altres (professionals, familiars) de forma ràpida, poc reflexionada i sense que la persona en qüestió ho sàpiga i ho hagi permès. Retreure a la persona usuària per no haver estat atent/a davant dels episodis d'incontinència, aquest tipus de comportament per part dels professionals sol ferir la dignitat de la persona, danyar l'autoestima i infantilitzar a la persona gran. Si a més es fa davant d'altres persones es vulnera la privacitat.

Realitzar tasques assistencials d'atenció del cos (canvi de roba, atenció higiènica, sanitària.) davant dels altres usuaris. Sobre tot amb persones amb deteriorament cognitiu "que no s'assabenten", per evitar desplaçaments o guanyar temps. Aquest argument, de que no s'assabenten, encara que pugui ser així, no es justificació en absolut per evadir la confidencialitat; aquest es també un dret de les persones amb una greu afectació intel·lectual, emocional, etc.

Els etiquetats de les persones usuàries on figuren persones considerades "problemàtiques" per qüestions de conducta, personalitat o patologia psicològica. Aquest comportament per part dels professionals es un atemptat greu de la confidencialitat a més d'una pràctica clarament discriminatòria i lesiva per a l'honor de la persona usuària.

Pel que fa a **les famílies**, poden haver certes creences subjacents que dificulten la relació centre-família. Algunes d'aquestes creences son, pensar que tenir les famílies molt a prop empitjorarà l'atenció o generarà conflictes. Etiquetar a les famílies, com la família conflictiva, la que sempre es queixa o la que mai col·labora. Realitzar comentaris, mes o menys subtils, negatius sobre la família en presència de la persona usuària o d'altres persones. O reforçar les pròpies crítiques de les persones grans sobre les seves famílies. També donar respostes basades en el poder o estatus del professional agafant d'argument "això es el que hi ha".

Aquesta es una mica la realitat que podríem trobar en un centre de dia en el nostre context.

Del que s'ha exposat fins aquí, resulten **cinc idees i metodologies importants** per traslladar el model als centres i serveis: **a)** l'atenció personalitzada des de la promoció de l'autonomia i la independència, **b)** allò privat, íntim i la confidencialitat, **c)** allò propi

i significatiu, **d**) les famílies i **e**) la organització i els professionals. Abans d'esmentar la proposta, recordem el que el model postula, ja que es basa en aquests principis:

### Decàleg de l'Atenció Centrada en la Persona<sup>27</sup>

**1. Totes les persones tenen dignitat.** Amb independència de l'edat, la malaltia, l'estat cognitiu o el grau de discapacitat o dependència les persones grans son mereixedores de dignitat. Per tant, ha de ser tractada amb la mateixa consideració i el mateix respecte que les altres persones.

**2. Cada persona es única.** Cap persona gran es igual a un altre, cada persona té el seu projecte vital propi. Per tant, l'atenció personalitzada es imprescindible.

**3. La biografia es la raó essencial de la singularitat.** La biografia es la que converteix en única a cada persona gran. Per tant, aquesta es converteix en el referent bàsic del pla d'atenció.

**4. Les persones tenen dret a controlar la seva pròpia vida.** La persona gran es considera com un agent actiu i protagonista del seu procés d'atenció. Per tant, es respecta l'autonomia de les persones i es busca oportunitats i suport per a que aquestes tinguin control sobre el seu entorn i la seva vida quotidiana.

**5. Les persones amb greu afectació cognitiva també tenen el dret a exercir la seva autonomia.** L'autonomia no s'entén com una capacitat única i fixa. Per tant, no es renuncia a treballar des de l'autonomia amb les persones greument afectades, identificant oportunitats i suport que permetin exercir-la. I també l'autonomia s'entén com un dret que, quan la persona no es competent per prendre decisions i actuar, es exercida de manera indirecta a través dels altres, aquells que decideixin tenint en compte els valors i preferències de qui es representat.

**6. Totes les persones tenen fortaleces i capacitats.** Les persones grans, encara que tinguin nivells alts de dependència, també té fortaleces i capacitats. Per tant, la mirada professional no només es fixa en els dèficits i limitacions i busca una relació que reconegui les fortaleces i capacitats de cada persona i l'enfortiment de les mateixes.

**7. L'ambient físic influeix en el comportament i en el benestar subjectiu.** Especialment en les persones en situació de dependència, l'ambient físic té gran importància en el seu benestar subjectiu. Per tant, es necessari entorns accessibles, confortables, segurs i significatius.

**8. L'activitat quotidiana té una gran importància en el benestar i salut de les persones.** Allò quotidià, allò que passa en el dia a dia, les activitats que realitzen les persones grans influeix de forma determinant en el seu benestar físic i subjectiu. Per tant es proposen activitats

---

<sup>27</sup> Martínez,T. "Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona". Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal n.º2 (2013).

plenes de sentit que a mes a mes de servir d'estímul i teràpia resultin agradables i facin sentir bé a les persones grans.

**9. Les persones son interdependents.** L'ésser humà es desenvolupa i viu en relació social; necessita als demés i a la vegada influeix en ells. Per tant, els altres (professionals, família, amics o els voluntaris) son essencials en el desenvolupament del projecte vital de les persones grans tenint un paper clau en l'exercici de la seva autodeterminació i en aconseguir el seu benestar.

**10. Les persones son multidimensionals i estan subjectes a canvis.** En les persones grans interactuen aspectes biològics, psicològics, socials i espirituals. Requereixen de diferents suports i ajustament a les diferents situacions. Per tant, es necessari oferir atenció des de intervencions integrals, coordinades i flexibles.

A continuació, es presenta un model d'un Centre de Dia basant en el marc conceptual de l'Atenció Integral Centrada en la Persona, abordant les cinc idees i metodologies exposades.

## PROPOSTA

Kitwood (1997) desenvolupa el concepte de **l'atenció centrat en la persona amb demència**, argumentant la urgència de revisar els models d'atenció. Emfatitza la importància d'empatitzar amb la persona, amb les seves necessitats i de permetre el desenvolupament de la seva independència, individualitat i autonomia el major temps possible. Accentua la importància de l'entorn social en relació a la adequació conductual i la reducció de la discapacitat, mostrant la necessitat de capacitat i modificar les actituds i abordatges dels professionals. La falta de comprensió i maneig ambiental adequat, pot ser la causa de moltes alteracions de conductes, que no son sinó la forma en que les persones amb demència expressen el seu malestar.

### CARACTERÍSTIQUES DELS DIFERENTS MODELS D'ATENCIÓ<sup>28</sup>

MODELS CENTRATS EN LA PERSONA	MODELS CENTRATS EN EL SERVEI
Situen el focus en capacitats i habilitats	Es centren en els dèficits i necessitats
Es comparteixen decisions	Les decisions depenen dels professionals
Veuen a la gent dintre del seu entorn habitual	Enquadrenen a la gent en el context dels serveis socials
Esbossen un estil de vida amb un il·limitat nombre d'experiències desitjables	Planegen la vida composta de programes amb un número limitat d'opcions

<sup>28</sup> Martínez, T; Díaz-Veiga, P; Sancho, M; Rodríguez, P. *La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?*. Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto. (2014).



Es centren en la qualitat de vida	Es centren en cobrir les places d'un servei
Creen equips per solucionar els problemes	Confien en equips interdisciplinars
Animen als que treballen directament a prendre decisions	Deleguen el treball en els que treballen directament
Organitzen accions per a usuaris/es, famílies i treballadors/es	Organitzen reunions per els/les professionals
Les noves iniciatives valen la pena inclús si compten amb un inici tímid	Les noves iniciatives només valen si poden implantar-se a gran escala
Utilitzen un llenguatge familiar i clar	Manegen un llenguatge clínic i amb tecnicismes
La intervenció es global i es centra en el pla de vida de les persones	La intervenció prioritza aspectes, conductes alterades, patologies, etc.

Aquesta mirada comparativa resulta il·lustrativa, no obstant es important matissar el següent: apostar per models centrats en la persona no passa per renunciar als coneixements contrastats, als programes, estratègies i instruments validats que s'han aplicat fins ara. Els models aplicats fins al moment aporten coneixements, protocols, programes, sistemes de gestió, tècniques i instruments estandarditzats que contribueixen al rigor i a la sistematització de les intervencions.

Es tracta de compaginar els procediments i intervencions ja contrastats amb una nova visió que permeti ubicar a la persona en el centre dels processos assistencials, possibilitant un rol actiu i entendre l'atenció des de la coordinació de suport i del seu entorn. Per a fer possible això, es necessari incloure noves estratègies, tècniques i instruments que aportin altres proves, altres maneres de fer. No es tracta d'iniciar un camí de "desprofesionalització", sinó tot al contrari, es tracta d'un plus de professionalització, que passa per revisar els mètodes que venim utilitzant i integrant en aquests noves propostes.

Donat que intervenen diferents agents i conviuen diferents nivells d'interacció (micro, meso i macro), es necessari dissenyar unes sessions formatives, en relació al model AICP. Es a dir, formar als professionals del Centre, donar a conèixer el model (principis i pilars bàsics) als familiars i cuidadors formals i no formals; donar suport (informació, formació, assessorament, "respiro").

Apostar per un model d'atenció integral centrat en la persona implica reconèixer el dret a la autodeterminació de les persones i al control sobre la seva vida quotidiana. Això fa necessari promoure noves maneres de fer que transmetin les habilitats relacionades assistencials on el poder en el disseny de les intervencions el tenen els responsables i els equips tècnics. La participació activa i conjunts dels diferents agents dels processos d'atenció: persones usuàries, famílies, professionals i responsables dels diferents àmbits

implicats. La atenció integral fa necessari partir d'un enfocament global on els diferents àmbits relacionats amb la qualitat de vida de les persones i grups estiguin presents i interrelacionats: atenció social, sanitària, recursos culturals i educatius, entre d'altres.

La necessària **cooperació entre professionals**, requisit imprescindible de l'atenció integral a les persones en situació de dependència, passa per constituir una cultura comú partint d'espais de trobada, formació i planificació conjunts. L'atenció integral a les persones amb discapacitat o en situació de dependència ha de cobrir **necessitats** de les persones **variades i canviants**, i per tant, ha de ser un **procés obert** i necessàriament **flexible**. Per això, a part de comptar amb una evidència científica, ha de ser permeable a experimentar noves maneres de fer que apareixen de les diferents realitats, dels contextos reals de cuidadors, allunyant-se de les habituals planificacions altament directives.

Els models d'atenció centrats en la persona van més enllà de l'atenció individualitzada, ja que a part de satisfer les necessitats detectades en la persona adaptant-se a les seves característiques individuals, **estimulen i donen suport a que la persona participi activament en el seu procés** d'atenció. Per això des d'aquest model s'identifiquen les **capacitats personals** i, inclús en casos d'un important deteriorament cognitiu, s'ofereix suport (autodeterminació indirecta quan són els altres els que assumeixen la presa de decisions) i s'atenen les preferències i els desitjos relacionats amb el seu projecte de vida. Intervenir des d'un model d'atenció integral centrat en la persona significa que s'atenen de manera global, integrada o continuada les necessitats derivades de la situació de dependència de les persones.

#### Què ofereix una atenció integral i centrada en la persona?

- Promou l'autonomia: donant suport per a seguir prenent les decisions i tenir control en la vida quotidiana
- Protecció i seguretat
- Cures sanitàries
- Cures personals
- Foment de la independència
- Respecte (intimitat, identitat personal, projecte vital propi, creences, edat adulta...)
- Oportunitats de contacte i integració social
- Estimular la realització personal
- Participació en activitats gratificants
- Estimulació i ambient agradable
- Orientació i acompanyament a cuidadors familiars

Alguns conceptes que sustenten l'abordatge de l'atenció centrada en la persona son els següents:

**LA BIOGRAFIA** “ *La persona es el resultat final, sempre provisional mentres funcioni el seu cervell, de la seva història interactiva individual elaborada en entorns físics, culturals, socials i afectius específics, a traves del llenguatge i altres formes de comunicació. En síntesi: la persona es el producte singular de la seva biografia* “(Ramón Bayés).

La nostra biografia ens proporciona el sentit d'identitat, permet integrar i connectar el passat, present i futur donant unitat a la nostra vida. Cada persona usuària, per la seva biografia, es diferent als demès. La individualitat, en aquest model, a part de ser una característica intrínseca a la persona, es considera un gran valor. Reconèixer la singularitat de la persona fa imprescindible l'atenció personalitzada, atenció que ha de concretar-se en un pla individual en coherència amb cada projecte de vida on la persona participi i exerceixi el control. En el cas de deteriorament cognitiu, conèixer la biografia de la persona i agafar-la com a referent es de gran ajuda per a poder personalitzar l'atenció.

Com aproximar-nos a la biografia i reforçar la identitat personal? Un guió senzill pot servir d'orientació per arribar fins a la biografia de les persones usuàries. Quan la persona no tingui capacitat suficient per informar-nos, aquesta podrà ser completada pels seus familiars o amics, sempre que la persona estigui d'acord.

La biografia personal, a part de tenir-la en compte en l'elaboració del PAiV i servir de guia per la interacció quotidiana, pot tenir altres aplicacions relacionades amb el reforç de la seguretat, la orientació i el benestar emocional de la persona.

**Guió per apropar-nos a la biografia de la persona usuària<sup>29</sup>**

1. Naixement:
  - a. Lloc
  - b. Pares
  - c. Context social o moment històric
2. Infància i joventut
  - a. Criança
  - b. Germans i altres familiars

<sup>29</sup> Les estratègies metodològiques (exemple, guions, etc) com el citat, son extrets i adaptats de: Martínez,T. “La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.” Documentos de bienestar social, Nr.76. Victoria-Gasteiz,2011.

- c. Escola i estudis
- d. Amistats de la infància i jocs
- e. Primers treballs
- f. Amistats joventut i oci
- 3. Vida adulta
  - a. Formar una família
  - b. Treballs
  - c. Oci i aficions
  - d. Experiències vitals i records especials (incloent tant els grans èxits, i esdeveniments positius com les adversitats i pèrdues)
- 4. Vellesa i vida actual
  - a. Cessament en el treball
  - b. Viudeta
  - c. Nets/es
  - d. Aficions
  - e. Projectes actuals i futurs, desitjos, assumptes pendents.

També hi ha d'altres metodologies com: l'àlbum d'orientació personal o llibre de vida, la caixa dels records.

**EL PROJECTE DE VIDA** *“el projecte de vida es la forma que les persones tenim de plantejar-nos la nostra existència, per aconseguir les nostres fites i desitjos en relació a diferents àmbits de desenvolupament personal i social: el treball, la família, la xarxa social de suport i afecte, els interessos i aficions, etc.*

Al llarg de la nostra vida, totes les persones anem construint el nostre propi projecte de vida. Ve marcat per la nostra experiència i biografia, però també per la nostra situació actual, les nostres expectatives de futur i per el suport amb el que podem comptar. Les persones grans, que es troben en la última etapa vital, també tenen els seus projectes de vida propis. Aquest projecte només acaba amb la mort. Per això, en aquesta etapa es de gran importància poder continuar amb el projecte singular de vida així com donar valor i un significat positiu a allò viscut. Els diferents recursos assistencials i equips tècnics han de permetre que les persones usuàries continuïn i complementin els seus projectes de vida.

#### Com donar suport als projectes de vida de les persones grans ?

- Conèixer, saber identificar el que es realment important per cada persona.
- Permetre i donar suport a la seva continuïtat: l'estil de vida, els hàbits gratificants, les rutines que donen seguretat
- Detectar els èxits positius aconseguits al llarg de la vida
- Escoltat els desitjos. Donar suport i suggerir fites de vida encara assolibles.

## Com conèixer millor a la persona, el seu entorn i visibilitzar les seves capacitats?

**Els mapes bàsics**, es un dels instruments més utilitzats, el seus objectius bàsics són facilitar la participació de la persona amb discapacitat en la presa de decisions d'assumptes de la seva vida actual i futura així com la visibilització de les seves capacitats (Mount,1990, 1991; Fundació Fco.de Borja-FEAPS,1997).

Mapes com els següents poden ser d'interès sempre que es facin servir i es dissenyin d'una forma personalitzada:

- Mapa de salut i activitats de la vida diària: recullen les fortaleses i debilitats que la persona té i percep en relació a la seva salut. També es pot visualitzar les activitats rellevants de la vida diària.
- Mapa de relacions socials: mostra les relacions socials de la persona en diferents contextos, nivell d'intimitat o confiança que té cada persona (consultar annex taula1)

Els cercles de suport o relacionals són una altra forma utilitzada per representar les relacions socials de les persones usuàries (consultar annex gràfic 1)

- Mapa d'activitats del centre: s'utilitza per presentar les propostes d'activitats i teràpies del centre (Consultar annex taula 2)
- Mapa de llocs significatius: amb la finalitat de revisar els llocs més significatius, entenent-los com espais relacionals i assegurar-nos de que siguin sent presents en la vida quotidiana de la persona si així ho desitja.
- Mapa d'interessos i aficions

Aquests mapes han de considerar-se com opcions metodològiques de suport per a que la persona gran i el seu grup de suport siguin conscients de la situació de la persona, les seves capacitats i opcions de suport en relació a diferents elements del context d'intervenció. En cada persona, s'haurà de valorar prèviament si té sentit utilitzar-les i després veure quin mapa utilitzar. La participació de la persona en la seva elaboració resulta essencial.

Un altre instrument pensat per facilitar la implicació de la persona gran en el seu pla d'atenció i vida és **el full de ruta personal**. Busca que la persona gran sigui conscient i es fixi en les seves capacitats, esculli els seus propis reptes i aporti idees sobre com

aconseguir-los. És important utilitzar i registrar sense tecnicismes. Per veure un exemple es pot consultar l'annex taula 3.

### **LES PREFERÈNCIES I DESITJOS,**

La persona ha de tenir l'opció a expressar les seves preferències i que aquestes siguin, en la mesura del possible, expressades. En el cas de les persones amb un deteriorament cognitiu o altres alteracions psicoemocionals, la observació quotidiana de la persona i de les seves reaccions davant diferents situacions d'activitat i cura serveix per conèixer com la persona mostra acceptació o rebuig davant d'allò que li anem proposant.

#### Com apropar-nos a les seves preferències, desitjos i ampliar les seves eleccions?

Això podem fer-ho simplement preguntant, interessant-nos en els seus interessos, les seves inquietuds, preocupacions i/o el que voldria canviar. També és interessant conèixer les opinions de la persona en àmbits més concrets com: les activitats que proposa el centre, les cures disposades, la companya, etc. Quan la persona no tingui competència suficient per verbalitzar les seves preferències, poden ser relatades pels seus familiars o propers així com per la observació directa dels propis professionals. També és important conèixer quines eleccions fa o pot fer la persona usuària en la seva vida quotidiana i quines no, be perquè no tingui competència, bé perquè l'organització del centre o servei no ho permeti.

Alguns instruments creats per escollir i tenir en compte les preferències, eleccions i desitjos de les persones usuàries es el següent:

- Els deu manaments : es una senzilla estratègia creada per el Grup FEDOSAD (Dijon, França). Consisteix en identificar i anotar les deu preferències de la persona usuària en relació a l'atenció del centre. Son ordenades segons la importància que la persona atorga, poder fer referència a aspectes molt variats de l'atenció. Això requereix pactar amb la persona les preferències que puguin ser assumides i respectades, ja que el compromís entre el centre i professionals quan s'utilitza aquesta proposta es el respecte as aquets 10 manaments.

### **L'AUTONOMIA I EL CONTROL DE LA PRÒPIA VIDA**

El control de lo quotidià té un paper central en el benestar emocional i la autoestima de la persona. La percepció de control sobre el medi es produeix quan la persona sent que les seves accions tenen un efecte en el medi que l'envolta i, especialment, quan aquestes li resultin eficaces per aconseguir resultats positius o modificar quelcom que li causa malestar.

Quan les persones presenten nivells alts de dependència, la seva necessitat d'exercir el control sobre el medi pot ser expressada mitjançant peticions repetitives i ordres als cuidadors. Atribuir aquesta conducta a la necessitat d'augmentar la seva percepció de control a través de les accions d'altres, sense banalitzar la seva importància, així com buscar la facilitació d'aquest control es l'actitud professional correcta.

Pel que fa **l'autonomia**, es important fer una distinció entre l'autonomia com a capacitat i l'autonomia com a dret.

- *L'autonomia com a capacitat es refereix al conjunt d'habilitats que cada persona té per fer les seves pròpies eleccions, prendre les seves decisions i responsabilitzar-se de les conseqüències de les mateixes. L'autonomia s'aprèn, s'adquireix mitjançant la posada en pràctica, l'aprenentatge que prové d'un mateix i de la interacció social. Es tracta, d'un exercici directe de les pròpies persones i des d'un propi control que s'aprèn.*
- *L'autonomia com a dret fa referència a la garantia de que les persones, al marge de les seves capacitats, poden desenvolupar un projecte vital basat en la seva identitat persona i tenir control sobre el mateix. En el cas de persones amb una afectació greu, l'exercici del dret a la seva autonomia sol ser indirecte, es a dir mediat per altres a través de suport necessari.*

López Fraguas i cols. (2004).

Quan la persona presenta un deteriorament cognitiu, poden necessitar ser substituïdes per altres per gestionar aspectes molt elementals de la seva vida. En aquests casos l'autodeterminació es fa efectiva a través dels altres (família, professionals, ..). Fer aquesta substitució no es fàcil, implica posar-se en el paper de l'altre i decidir segons el criteri de l'altre, el seu estil de vida i les seves preferències. Per tant, la persona que substitueix ha de conèixer i tenir en compte la biografia de la persona usuària, saber si existeixen i respectar les decisions prèviament expressades per la persona usuària, interessar-se i informar-se en relació als hàbits i les rutines que generen benestar a la persona usuària, estar atents a les preferències actuals i als canvis que puguin sorgir.

## **PLA INTEGRAL D'ATENCIÓ I VIDA (PAiV),**

Es l' instrument bàsic on es recullen les valoracions, informacions personals, objectius, idees, propostes d'intervenció, suport personalitzat i recomanacions per a que la persona adquireixi el major grau d'autogestió sobre la seva vida quotidiana. Un instrument dinàmic, que propicia el diàleg entre la persona usuària, la família i professionals. La persona usuària ha de tenir un paper central en les propostes, desitjos i decisions en relació amb la majoria de la seva qualitat de vida.

Els plans personalitzats d'atenció, la co-participació (persona usuària, familiars i professionals) constitueixen la principal estratègia metodològica per garantir una atenció individualitzada. Per a elaborar plans personalitzats d'atenció podem utilitzar diferents eines i/o formats. La idea principal es que ens permetin identificar no només les necessitats de cura de les persones sinó també les capacitats de les persones, les seves preferències i desitjos, elements importantíssim per aconseguir la màxima autonomia de la persona en la seva vida quotidiana. Un exemple d'un document per recollir el Pla d'Atenció i Vida es pot consultar a l'apartat d'annex taula 4.

## **L'EQUILIBRI ENTRE SEGURETAT I AUTONOMIA,**

Es necessari equilibrar la seguretat, el benestar emocional i l'autonomia de les persones usuàries en les intervencions. Davant les situacions quotidianes en les que entren en conflicte aquests objectius serà necessari valorar detingudament cada situació i consensuar actuacions i mesures que puguin conciliar aquests tres objectius. Tots ells son importants per a la qualitat de vida de la persona.

També destacar la importància de medi, el paper dels altres (grup social, amics, veïns, familiars,) com d'altres conceptes que s'ha explicat al llarg d'aquest treball.

## **EL PROFESSIONAL DE REFERÈNCIA I EL GRUP SOCIAL DE SUPORT**

El professional de referència facilita que la persona tingui oportunitats de parlar, comentar, prendre decisions i pactar acords. Ha de ser una figura propera a qui poder dirigir-se quan es tinguin dubtes, problemes o simplement, es vulgui compartir alguna cosa. Una figura que reconegui els drets de la persona i li permeti implicar-se més en tot allò relacionat amb la seva vida en el centre. Un professional que a part de mostrar discreció i prudència, ha de garantir la confidencialitat en tots els assumptes privats. Ha



de ser acceptat per la persona usuària, i per això no es desitjable assignar directe i definitivament professionals de referència a cada persona, convertint aquesta iniciativa en quelcom rutinari. Potser en un primer moment es podria assignar un professional de forma provisional, però posteriorment haurà de ser la persona usuària qui escull o confirmi.

Pel que fa als grups socials de suport, es tracta de constituir un grup que acompanyi a la persona gran, facilitant la seva autodeterminació i arribant a un acord en relació a disseny del seu PAiV. En aquest grup pot participar professionals, familiars o amics, sempre que comparteixin la filosofia i missió d'aquest grup i que coneguin bé a la persona. No es recomanable que el grup sigui excessivament ampli i la seva composició haurà de tenir relació amb els àmbits de vida importants per a la persona (família, aficions, amics, salut, centre...). Per consultar un exemple veure annex taula 5.

A part del que s'ha esmentat mes amunt, també cal considerar el següent:

**L'ús dels protocols**, els contextos formals d'atenció tenen el risc d'unificar l'atenció. Atendre a moltes persones, la inèrcia del dia a dia o la falta de temps, poden condicionar-nos a prestar escassa atenció de forma individual. Es fàcil caure en la rutina, a mes a mes, a vegades ens aferrem en excés a protocols que tanta seguretat ens donen.

En algunes ocasions (situacions d'urgència vital) sí es convenient detallar minuciosament el procediment a seguir d'una forma idèntica per part del professionals. Es tracta de situacions on s'ha de protegir la vida, drets o evitar omissions o comportaments improvisats que puguin ocasionar dany a les persones. Valorant la importància de protocol·litzar com a eina que unifica pràctiques validades, en la majoria de les tasques assistencials serà suficient i preferible utilitzar protocols flexibles o Pautes de Bona Praxis<sup>30</sup> on s'indiquin les accions recomanades (senyalant els mínims per una bona atenció) i s'alerti sobre el que s'ha d'evitar. Evitant, la rigidesa i l'automatització; fugint de la idea de que s'ha d'actuar sempre mitjançant una seqüència d'acció idèntica per a tots.

---

<sup>30</sup> Per exemple: Bermejo L, Martínez T, Díaz N, Mañós Q y Caballero C (Coord). (2009). Guía de Buenas Prácticas en centros de día para personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias

També cal esmentar l'ús del **consentiment informat**, una pràctica que pretén garantir el principi ètic de l'autonomia, la persona es adequadament informada sobre una proposta i es ella qui accepta, o no, que aquesta proposta es porti a la pràctica. Moltes de les persones usuàries dels centres i serveis socio-sanitaris no tenen la competència suficient per prendre decisions importants que poden comprometre el curs de la seva vida i el seu benestar, en aquests casos són les famílies les que participen en la presa de decisions, actuant des de la preferència de la persona usuària.

**Observació del benestar de la persona en les situacions quotidianes**, conèixer com les persones se senten en les diferents situacions i activitats del dia a dia és primordial per a poder afavorir el seu benestar. Quan la persona no té capacitat d'expressar verbalment la seva conformitat i opinió sobre com es desenvolupen els processos assistencials o com se senten davant de les activitats proposades, és important recórrer a estratègies i instruments que identifiquin el seu estat. L'observació directa per part dels professionals és una de les formes de fer-ho possible.

Aquesta observació pot realitzar-se per tenir una visió general de l'acceptació/rebuig del conjunt d'activitats i tasques que componen l'atenció. Es pot registrar un dia determinat segons com es consideri. També pot ser d'interès observar alguna activitat o situació concreta que generi dubtes sobre la seva acceptació o rebuig.

Per realitzar la observació es pot utilitzar una senzilla fitxa on es registri tant les manifestacions positives de la persona que indiquen acceptació o benestar davant l'activitat, com per al contrari, les que reflecteixen malestar. També es pot utilitzar registres més oberts on els professionals encarregats d'observar realitzin anotacions sobre la conducta de la persona, recollint comportaments observables.

Al treballar amb persones, com a professionals, hem de respectar i garantir la protecció de la **privacitat i la intimitat de la persona**. Cada persona estableix quines coses estant dintre de la seva intimitat i quines vol compartir. La persona usuària pot donar gran importància a algunes qüestions en relació a la seva intimitat i, no a d'altres. Aquesta valoració pot coincidir amb la del professional o no. En aquest sentit, els gerocultors/es que treballen, generalment, pertanyen a una altra generació de les persones usuàries, això s'ha de tenir en compte. La vergonya, la reserva en relació a quelcom privat, l'afectivitat, ideologia política, sexe, poden ser percebuts i considerats per la generació de persones grans de forma diferents a les dels més joves.

També en un centre de dia seria interessant i recomanable comptar amb espais (interns o externs on la persona pugui gaudir de moments de privacitat i on pugui guardar les seves pertinences. En la nostra realitat això no passa, generalment, tots els usuaris guarden les pertinences en un lloc comú, i estan tots en una sala gran; no hi ha espais interns o externs on es pugui gaudir d'intimitat o privacitat.

La relació assistencial que gestiona la vida privada de les persones (salut, idees, sentiments, cos) fa necessària la creació d'un marc de confiança, respecte i la garantia de confidencialitat en els diferents processos d'intervenció i atenció. A part d'això, quan entrem en els assumptes mes íntims de la persona, es importantíssim relacionar-nos des de la prudència i amb calidesa envaint el menys possible aquells espais, informacions o dimensions que no son necessaris per l'assistència i la persona prefereix no compartir.

Pel que fa les **activitats dels centre**, aquestes han de ser activitats amb sentit i significat, propostes d'intervenció i programació d'activitats estimulatives i terapèutiques individualitzades evitant ambients uniformes, activitats idèntiques on totes les persones usuàries facin el mateix a les mateixes hores. Això no vol dir que no es facis activitats en grup o que aquestes no tinguin valor, però es millor que en elles es compti amb la participació i interessos dels que participen en aquestes activitats. Per això es important que les persones usuàries participin en la programació de les activitats.

En relació a les activitats del centre tenir especial atenció amb no estimular a la persona de forma automàtica, proposant sempre el mateix (les mateixes activitats) sense tenir en compte el seu estat i emocions del moment. Reproduir ambients escolars, on les persones grans es sentin com en el col·legi. La utilització de material o decoracions infantils, no pròpies d'una edat adulta. O pel contrari, les decoracions uniformes, poc personalitzades, en les qual no hagin participat les persones usuàries. La sala comú on estiguin totes les persones, sense finalitat concreta, simplement per passar el temps o amb l'objectiu de facilitar la supervisió per part dels professionals.

Una practica comú en els centres es posar la televisió constantment, la utilització de la televisió o altres tecnologies ha de tenir un sentit, estar programat, comptar amb un espai dedicat a allò, i sobre tot, les persones usuàries els ha de venir de gust mirar la televisió.

**Les famílies**, d'una banda, son un element primordial per al benestar de les persones grans. No només pel que fa l'atenció a la persona grans, sinó que solen ser una font d'afecte potentíssim a part del principal nexa amb el seu projecte vital. Inclús en els casos on no existeixi una bona relació o aquesta sigui escassa, la família pot convertir-se en una font de preocupació per la persona usuària, fet que no podem obviar. Pensar que l'atenció a les persones grans ha d'estar exclusivament en mans dels professionals es una visió absolutament incompatible amb aquest model d'atenció.

Quan la persona gran acudeix a un centre de dia, s'ha de transmetre la idea de que ara la família cuida d'un altre manera, des de la complementarietat, comptant amb suports més especialitzats i dintre de les seves possibilitats i desitjos, es una forma de posar les bases d'una bona cooperació. En aquest sentit, l'actitud que els professionals mantinguin cap als familiars determina la cooperació d'aquests. En funció de com els equips es comuniquin amb les famílies, les idees que traslladin, en suma, de l'actitud que mostrin a les famílies, la resposta i cooperació d'aquests es veurà facilitada, o pel contrari, dificultada.

#### Com fer participar a la família?

Possibilitant que les famílies participin en el pla personalitzat d'atenció, sempre que la persona gran ho accepti, incorporar a les famílies en un grup de suport o consens per al disseny i desenvolupament del PAiV.

La participació de les famílies poden ser molt variades, dependre de moltes variables, de les necessitats i desitjos de la persona gran, del context d'atenció, la disponibilitat, característiques i desitjos de cada grup familiar, de la relació i experiències prèvies. En tot cas l'actitud dels professionals ha de ser d'animar, proposar i facilitar maneres de cooperació, tot respectant les decisions de les famílies i no jutjar-les. En el cas de les persones grans amb una greu afectació cognitiva, com podria ser una demència, com s'ha anat esmentant al llarg d'aquest apartat, lo adequat es que les famílies decideixin posant-se en la "pell" de la persona usuària i defensant el que aquesta hagués desitjat si encara hagués pogut decidir.

Dir que, la implicació per par de les famílies ha de ser voluntària, no cuidar també es una opció que no va unida necessàriament a l'abandonament o a la falta d'afecte. Es a dir, hi pot haver familiars que per la situació en la qual es troben (nens petits, feina, etc)

no poden cuidar; això no s'ha d'entendre com a falta d'afecte. Partir de la voluntarietat en l'atenció i cura també significa que les famílies decideixin en quin grau i amb quina intensitat poden o desitgen assumir o incorporar-se en els programes, sense que això es vegi sotmès al judici per part dels professionals. En aquest sentit, el centre es un recurs complementari, l'atenció professional no es contempla com una alternativa substitutòria de les cures o atenció de les famílies, sinó com un recurs que ofereix suport per a seguir cuidant millor.

D'altra banda, les famílies també han de ser contemplades pels equips tècnics no només com un suport important al benestar de la persona grans sinó com objecte en si d'atenció professional. Es a dir, des del centre, en la mesura dels recursos de la organització, organitzar actuacions o programes que donin resposta a les necessitats de les famílies.

Per exemple, assessorament individualitzat al grup familiar, la formació a les famílies generant consciència sobre la necessitat de que aquell que cuida també ha de cuidar-se i proporcionar coneixement i habilitats que permetin cuidar d'una forma adequada a les persones grans. Un altre exemple podria ser la intervenció psicològica, proporcionant estratègies per afrontar millor la situació i evitar o reduir les alteracions psicoemocionals. Desenvolupar habilitats personals de maneig de l'estrès que provoca la situació concreta<sup>31</sup>.

Els espais de suport o intercanvi entre familiars, també es un recurs que es podria portar a la pràctica en un centre; els familiars es troben en grup entre iguals per intercanviar les seves vivències quotidianes, compartir les seves dificultats i poder expressar els seus sentiments. L'objectiu d'aquests grups de suport, no es tant formar a la persona cuidadora en continguts, habilitats o tècniques sinó oferir suport emocional des del grup "d'iguals", facilitant l'alleujament emocional amb l'intercanvi d'experiències.

Pel que fa **l'organització del centre i els professionals**, el centre ha de contemplar i integrar dos nivells complementaris de planificació, la planificació del centre i la planificació individual. Dos cares d'una mateixa moneda i imprescindibles les dues per aconseguir processos assistencials de qualitat.

---

<sup>31</sup> Consultar: Crespo, M. López, J. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Instituto de Mayores i Servicios Sociales (IMSERSO), 2007

El primer son les persones, l'organització ha d'estar orientada a la millora de la qualitat de vida, facilitar el desenvolupament dels projectes vitals de les persones, els seus desitjos i preferències en relació a l'atenció i vida quotidiana. Les activitats, programes, sistemes de gestió o la organització de les tasques hem d'evitar que tinguin més importància o pes que els objectius d'atenció personal. Les persones son el fi de les nostres intervencions i els mitjans utilitzats no han d'ocupar el lloc central convertint-se en els propis fins. Algunes variables que dificulten l'atenció centrada en la persona:

ELEMENTS ORGANITZATIUS	
Que afavoreixen l'atenció centrada en la persona	Que dificulten l'atenció centrada en la persona
Centres de capacitat reduïda	Centres grans
Disseny modular amb personal i funcionament propi (horaris pròpies, activitats pròpies del mòdul, etc)	Disseny d'espais modulars que es regeixen per funcionaments generals (horaris d'activitats i tasques comunes, etc)
Permanència del personal amb els mateixos usuaris	Rotació o canvi freqüents del personal del centre
Estabilitat laboral, contractes indefinits	Contractes temporals, canvis freqüents
Personal polivalent dintre de la seva qualificació	Funcions laborals rígides
Cartelleres que prioritzen les necessitats de les persones usuàries	Cartelleres laborals dissenyades des dels interessos de l'empresa o dels treballadors
Espais de participació mixta: professionals/persones usuàries/famílies	Espais de participació exclusivament per a professionals
Presa de decisions que prioritza les necessitats i drets de les persones usuàries	Presa de decisions basades exclusivament en criteris de l'empresa o laborals
Estones suficients d'atenció directa	Escasses estones d'atenció directa
Professionals d'atenció directa continuada (1r nivell) que es responsabilitzen 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.
Professionals de 2n nivell que assessoren, donen suport, formen i supervisen als professionals de 1r nivell	Professionals de 2n nivell assumint atencions directes que podrien realitzar els professionals de 1r nivell entrenats.
Pautes individualitzades basades en consensos que permeten la seguretat i l'autonomia i el benestar de cada persona segons cada situació	Normes generals basades exclusivament en la seguretat de les persones
Nomes existeixen normes que son precises per una convivència adequada. Es flexibilitza i facilita l'elecció	Tendència a generar normes per cada dificultat o situació. Poca flexibilitat i oportunitats per triar (horaris, activitats, etc)

Pel que fa **els professionals**, en els models d'atenció centrada en la persona els professionals no son els que tenen el poder, no son els que exclusivament controlen la intervenció i el que tenen la última paraula. Els professionals des d'aquest model, a part d'atendre i protegir a les persones, desenvolupen nous i importants rols relacionats amb el donar suport, l'apoderament de les persones i dels grups, assessorament, la observació i l'acompanyament.

Es passa d'un equip ampli format per molts professionals experts on es valora el cas i es prescriu el més adequat per la persona, a equips bàsics, ben formats, on la persona gran participa i té un paper central.

L'atenció integral inclou tant les tasques assistencials clàssiques (higiene, desplaçament, alimentació, etc) com altres relacionades amb el suport a la realització d'activitats de la vida diària i el desenvolupament dels projectes vitals. Les noves competències dels equips requereixen una qualificació major dels professionals. Es un error pensar que aquets models d'atenció proposen una atenció menys especialitzada, tot al contrari. El que canvia es el rol i la organització dels equips, intensificant la qualificació i la polivalència del personal d'atenció directa continuada.

### **Recomanacions** ,

Els aspectes claus definitoris del nou model d'atenció són els següents:

- Qualitat de vida
- Dissenys modulars amb personal estable i funcionament propi
- Personalització dels ambients
- Usuaris com participants de la definició del Pla Individualitzat d'atenció
- Professionals de referència
- Història de vida (biografia) i metodologia observacional com elements definitoris dels programes d'intervenció
- Intervencions lligades a la vida quotidiana
- Equips interdisciplinars d'atenció
- Sistemes d'informació com a suport a la orientació de l'atenció als professionals
- Famílies com a participants en el pla d'atenció
- Famílies com objecte d'atenció

Fer realitat un model com l'ACP no sempre es fàcil. En molts casos implica revisar les organitzacions i introduir canvis en al cultura assistencial. Amb freqüència es necessari liderar un canvi de model, cosa que encara sent possible comporta dificultats. A mes a mes, si el centre procedeix d'un model organitzatiu i d'atenció molt allunyat dels postulats de la ACP es requerirà un canvi que transformi nivells profunds de la organització (valors, actituds, sistemes organitzatius, relacions,).

Això, requereix la implicació dels màxims responsables, sense aquest compromís el canvi real transformador no serà possible. Això no vol dir que els professionals no puguin millorar en les seves intervencions i en la seva praxis quotidiana, això forma part de la responsabilitat individual inherent a cada professional de “fer les coses bé!”. No obstant, un canvi important requereix una aposta per part d'aquells que tenen la responsabilitat del centre.

Es important conèixer els elements que faciliten el canvi i saber com organitzar-ho de forma seqüencial. Partint de l'experiència internacional i dels centres que en el nostre país apliquen aquest model, alguns elements facilitadors del canvi son els següents:

1. **Clarificar i consensuar els valors, la missió i la visió del centre:** una tasca inicial per aconseguir un procés de canvi compartit es visibilitzar i consensuar els valors, missió i visió del centre, si el centre ja els té definits es indispensable revisar-los i veure si s'adeqüen als proposats per la ACP.
2. **Aconseguir un lideratge del canvi intern i compartit:** promoure un canvi de model necessita comptar amb un lideratge dels responsables dels recursos i organitzacions, ja que del contrari, el canvi proposat serà molt limitat. La participació i el compromís dels professionals es essencial. No nomes per part de l'equip tècnic sinó del conjunt de professionals, especialment dels gerocultors o auxiliars, figura que en aquets models d'atenció es essencial, ja que son aquests professionals els que acompanyen durant el dia a les persones.  
Per aconseguir aquesta participació, es importat formar **grups líders promotors del canvi** en cada centre o servei. En les organitzacions o empreses que tinguin diferents centres proposar un grup promotor intercentres. Aquest grup promotor podria estar format per professionals a l'iniciï, i a mesura que el grup funcioni i estigui consolidat, incorporar les famílies i persones grans.
3. **Sensibilitzar i informar a la pròpia organització i a altres agents:** la sensibilització i comunicació a tots els implicats (no només els professionals sinó a les persones grans i a les famílies). Es fonamental saber comunicar el que suposa el model d'atenció centrat en la persona, fent èmfasi en els beneficis que comporta, quins canvis es precisen i com aconseguir-los. També es important informar a altres agents claus com les organitzacions sindicals o la pròpia administració. Detectar els dubtes i resistències, deixar que s'expressin i abordar-les, ja que no podem obviar



que tot canvi genera resistències, que amb freqüència són pors associats a aquest canvi (Collins,2009).

4. **Avaluar i revisar la nostra pràctica quotidiana:** es important conèixer la situació de partida de cada centre o servei per així poder conèixer l'impacta dels canvis. La avaluació de l'impacta ha de ser dissenyada tenint en compte els tres grups de persones que interactuen en el centre o servei (persones usuàries, professionals i familiars, contemplant variables relacionades amb la qualitat de vida). A part d'això, es podria realitzar una revisió participativa de com es fa la intervenció en la actualitat. Es pot fer servir l' instrument **Avançar en AGCP-Instrument par a la revisió participativa**
5. **Crear una ruta pròpia de millora:** saber adaptar el procés de canvi a cada organització ja que cada realitat es diferent. Començar amb canvis en àrees que es considerin claus com la actitud dels professionals, l'ambient físic o la organització i donar significat a les activitats quotidianes. Comprometre's amb metes possibles i programar plans de millora emmarcats en el temps (temporalitat). Consensuar les mesures i canvis a portar a terme. Començar amb experiències pilot no molt complexes que tinguin probabilitats de sortir bé (comptar amb professionals voluntaris). Ser flexibles i estar oberts cap a noves propostes que vagin sorgint en relació al model d'atenció.
6. **Avaluar els canvis i donar continuïtat al procés:** un cop iniciat el procés de millora es fonamental realitzar avaluacions que siguin assumibles de forma periòdica per a conèixer els assoliments i identificar els aspectes que requereixin millora.

Un canvi de model en un centre que procedeix d'un plantejament allunyat de la ACP no es un projecte a curt termini. No es un treball senzill que s'aconsegueixi implantant varies mesures. Es un canvi cultural i això implica esforç, compromís i temps. No es adequat plantejar-lo com una fita final i concreta per aconseguir, ja que **el canvi de model es un procés continu, sense fi** (Misiorski, 2004. En *Pionners* "La ACP no es un destí, es un viatge sense fi"). No obstant, sense perdre aquesta visió de continuïtat, es oportú i operatiu temporalitzar els plans de millora que es proposin.

Un cop iniciat el procés de millora s'han de **planificar avaluacions** periòdiques que siguin assumibles. Es tracta d'obtenir informació que ens permeti documentar els canvis i l'impacta generat, comprovar com anem avançant i quins aspectes s'han d'anar

modificant. Per tal de fer un seguiment dels canvis i el pla de millora podem fer-ho creant **un grup promotor** de canvi que realitzi revisions, identifiqui i posi en valor el que es va aconseguir, gestionar la incertesa i abordi les situacions més complexes que puguin aparèixer, doni continuïtat al procés des d'un clima de creativitat i progrés continu.

Un instrument útil podria ser: *Avançar en AGCP- Instrument per la revisió participativa*. Neix com una família d'eines facilitadores del canvi de model al llarg d'una seqüència que orienta el progrés a través de les diferents fases que s'esmentaran més endavant. Es un instrument pensat per produir la reflexió grupal per part del professionals de centres gerontològics, concretament les residències i els centres de dia. Aquesta eina permet portar a terme una revisió interna sobre el funcionament actual del centre. Els professionals de cada centre han de revisar les seves intervencions quotidianes. Això condueix, d'una banda a identificar i posar en valor les pràctiques afins al model ACP, i d'altra banda possibilita reconèixer els aspectes en els que es necessari avançar, aportant i comprometre's amb mesures de millora que es considerin possibles de portar a terme en cada lloc.

Aquest instrument planteja la consideració d'un total de 16 processos diana (11 processos d'atenció i vida quotidiana i 5 processos d'entorn). Cada procés diana inclou diferents accions o metodologies que han sigut valorades com rellevants per avançar i fer efectiu un enfocament d'atenció centrada en la persona en l'atenció quotidiana. Per això s'han anomenat accions o metodologies claus. Cada metodologia es detalla a través d'un grup de descriptors de bona praxis en relació a la ACP. Això permet als professionals valorar si estan allunyat o no en les seves intervencions en relació a les propostes d'aquest model.

Els equips, revisant cada acció o metodologia clau, al llarg dels diferents descriptors de bona praxis, es poden autoavaluar identificant tant les seves fortaleces (pràctiques del model ACP que s'hagin qualificat com consolidades o avançades) com les distàncies, els que indiquen, possibles àrees o aspectes a millorar.

Fases de lideratge d'un canvi: avançar cap a la AGCP	Accions a realitzar i utilitat d' <i>Avançar en AGCP- Instrument per a la revisió participativa.</i>
<b>Fase 1. Preparar-se per al canvi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar variables organitzacionals que facilitin o dificultin el canvi.</li> <li>- Informació als diferents agents (persones grans, familiars, professionals) sobre el model ACP i el canvi de model.</li> <li>- Formació bàsica als professionals del centre sobre què es i què suposa el model ACP</li> <li>- Abordatge de les resistències al canvi.</li> </ul>
<b>Fase 2. Construir un lideratge compartit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificació i consens de valors, missió i visió del centre</li> <li>- Creació d'un grup líder promotor del canvi.</li> </ul>
<b>Fase 3. Conèixer la situació actual del centre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaluació inicial (presa de mesures en diferents variables relacionades amb les persones, organització, atenció, etc)</li> <li>- Revisió participativa</li> </ul> <p><b>Avançar AGCP- Instrument per a la revisió participativa.</b></p>
<b>Fase 4. Crear una ruta pròpia de millora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disseny inicial del pla de millora</li> </ul> <p><b>Avançar AGCP- Instrument per a la revisió participativa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informació sobre el pla de millora (persones grans, familiars i professionals) i consens</li> <li>- Posada en marxa el pla de millora</li> <li>- Acompanyament, suport i formació als professionals en les mesures de canvi.</li> <li>- incorporació de noves aportacions.</li> </ul>
<b>Fase 5. Seguir sempre avançant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaluació de seguiment</li> </ul> <p><b>Avançar AGCP- Instrument per a la revisió participativa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificació i posada en valor del que s'ha aconseguit</li> <li>- Noves mesures de canvi i actuacions per a la consolidació de fites.</li> </ul> <p><b>Avançar AGCP- Instrument per a la revisió participativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accions per a fomentar la creativitat i un clima de continu progrés.<sup>32</sup></li> </ul>

En l'apartat següent s'explica amb més detall les accions concretes del **grup promotor del canvi** i l'aplicació del instrument **Avançar AGCP- Instrument per a la revisió participativa.**

<sup>32</sup> Martínez, T. "Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona". Papeles de la Fundación Pílares para la autonomía personal n°2, 2013.

## 5. PROPOSTA D'AVALUACIÓ DEL PROGRAMA

*Un cop iniciat el procés de millora s'han de **planificar avaluacions** periòdiques que siguin assumibles.*

*Es tracta d'obtenir informació que ens permeti documentar els canvis i l'impacta generat, comprovar com anem avançant i quins aspectes s'han d'anar modificant.*

*Per tal de fer un seguiment dels canvis i el pla de millora podem fer-ho creant **un grup promotor** de canvi que realitzi revisions, identifiqui i posi en valor el que es va aconseguint, gestionar la incertesa i abordi les situacions mes complexes que puguin aparèixer, doni continuïtat al procés des d'un clima de creativitat i progrés continu.*

*Un instrument útil podria ser: **Avançar en AGCP- Instrument per la revisió participativa.***

## 5.1 EL GRUP PROMOTOR DEL CANVI

El lideratge dels responsables dels recursos i organitzacions en el canvi de model resulta imprescindible. D'una banda, sense aquest lideratge, encara que els professionals s'esforcin i aconseguixin millores, el canvi de model es veurà molt limitat ja que amb freqüència es necessari introduir canvis en el concepte d'atenció i en la organització del servei. D'altra banda, per tal de fer un seguiment del canvi cal un grup promotor que faci una revisió.

Aquest grup actua de líder en la conducció del procés per avançar en el model ACP en el centre. Però aquest lideratge no pot anar sol, l'esforç i el compromís dels professionals es indispensable per avançar, tant de l'equip tècnic com, especialment, del conjunt de gerocultors/es o cuidadors/es; ja que son ells els que acompanyen i donen suport en el dia a dia a les persones. De fet des dels models ACP el rol dels gerocultors/es es consideren essencials i per això, han de ser valorats, reforçats i recolzats.

El grup promotor d'un centre està format per un conjunt de professionals compromesos amb el canvi. Concretament, format pel director o responsable, tècnics i personal d'atenció directa continuada. Un bon número seria entre 5-10 professionals depenent de la mida del centre. Els membres que formen part d'aquest grup es de forma voluntària, tenen afinitat amb aquest model d'atenció i accepten el que aquest compromís suposa. El treball d'aquest grup es realitza des del consens, no des de la imposició dels responsables. Tots els membres adquireixen compromisos relacionats amb la transferència d'informació als demès i amb el compliment dels acords.

I el mes important, aquest grup ha d'estar format en el model ACP i en com aplicar un mètode que permeti revisar el centre i proposar i liderar un procés de millora i canvi. Tenint com a base els 6 elements facilitadors del canvi de model esmentats en l'apartat anterior, les **tasques concretes** d'aquest grup son les següents:

- **Clarificar i consensuar els valors, la missió i la visió del centre**
- **Aconseguir un lideratge del canvi intern i compartit**
- **Sensibilitzar i informar a la pròpia organització i a altres agents**
- **Realitzar una avaluació inicial:** conèixer la situació de partida per així disposar d'informació, dades objectives i poder comprovar i analitzar els resultats. Es tracta de conèixer la situació inicial com posteriorment els impactes que s'hagin generat i

poder conèixer a què es deuen. L'avaluació ha de realitzar-se d'una banda, sobre els tres grups de persones que interactuen en el centre (persones usuàries, professionals i famílies i a mes, a nivell del centre).

Combinar la recollida d'informació quantitativa i qualitativa: documents, gràfics, dades, mètodes d'observació, grups de discussió, entrevistes individuals, qüestionaris d'opinió, escales de valoració, etc.

- **Portar a terme una revisió participativa**, una revisió sobre com actuem en l'actualitat. per realitzar això es podria fer servir l' instrument *Avançar en AGCP-Instrument par a la revisió participativa*, ja que la principal finalitat d'aquesta eina es revisar els processos d'atenció des de descriptors de bona praxis definits des d'aquest model d'atenció.

Això permet situar la pràctica actual del centre i dels seus professionals en relació als criteris de bona praxis proposats des de la ACP, identificant tant les fortalezes o bones pràctiques com els àrees de millora.

- **Crear una ruta pròpia de millora:** això implica dissenyar un pla inicial de millora, la revisió efectuada amb l'instrument *Avançar en AGCP-Instrument par a la revisió participativa* ens informa de la situació en la qual es troba el centre i permet reconèixer tant les fortalezes com les àrees de millora que han sigut identificades en un espai de reflexió i consens. Dona informació sobre quina es la distància entre les pràctiques quotidianes i la bona praxis descrita en relació als diferents processos, a mes a mes, també proporciona mesures o propostes de millora que hagin sorgit del grup.

La revisió realitzada amb l' instrument pot arribar a generar moltes idees de millora, a mes les propostes solen ser diverses, per això abans de seleccionar els canvis i programar-los es recomana avaluar cada mesura de millora proposada. Es podrien agafar com a criteris d'avaluació els següents: (1) impacte en la qualitat de vida de les persones grans, (2) esforç requerit per part del professional, (3) viabilitat per la organització i (4) efecte transversal (potencia per afectar diferents processos).

Algunes claus per seleccionar i planificar els canvis podrien ser les següents: (1) iniciar canvis en processos transversals com actitud i rols professionals, disseny ambient físic i la organització de els activitats quotidianes. (2) proposar canvis possibles, temporalitzats i que siguin fruit del consens. (3) Començar amb canvis senzills i que tinguin altes probabilitats de sortir be amb un esforç assumible, (4)

proposar canvis organitzatius mes complexes iniciant experiències pilot amb professionals voluntaris. (5) Comprovar que els canvis proposats es valoren com a importants per les persones grans i pels professionals d'atenció directa. (6) Assegurar-se que els canvis produeixen un major control de les persones grans i dels cuidadors sobre la vida quotidiana i (7) emfatitzar la importància de les relacions interpersonals.

Un cop identificades les àrees a millorar i dissenyades les corresponents propostes de millora, es tracta de seleccionar els canvis entre les mesures i idees que s'hagin formulat i programar-los d'una forma temporalitzada. Sis mesos pot ser un bon període per a proposar "grups" de mesures de millora (Martínez 2013, En Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona". Papeles de la Fundación Pilaes para la autonomía personal nº2). Una temporalització que s'allunya de les preses o necessitat de "canviar tot a la vegada", ofereix avantatges com permetre un ritme assumible, anar consolidant canvis o visualitzar una ruta de canvi acord a una nova cultura assistencial.

Un cop dissenyat el pla temporalitzat es tracta de portar-lo a la pràctica. Per facilitar un bon ritme i eficiència cal compartir la responsabilitat en el desenvolupament del pla de millora, ser flexibles, acompanyar als professionals en el canvi, etc.

- **Avaluacions de seguiment:** un cop iniciat el procés de millora s'han de planificar avaluacions periòdiques que siguin assumibles. Es tracta d'obtenir informació que ens permeti documentar els canvis i l'impacte generat. Per aconseguir això serà necessari tornar a registrar algunes de les variables avaluades inicialment. Comprovar com anem progressant i quins aspectes hauríem d'anar modificant.

Una tasca important es saber **gestionar la incertesa i abordar les situacions mes complexes**, apostar per un canvi de model implica assumir canvis, estar disposats a que aflorin discrepàncies i també a assumir certs riscos; saber gestionar aquests moments de dificultat es vital per la supervivència del nou model que volem implantar.

Davant de situacions complexes no prendre decisions contundents en el mateix moment, deixar passar algun temps i quan es redueixi la intensitat d'algunes emocions analitzar de forma mes serena el que cal fer. Saber, d'entrada, que la incertesa forma part de la vida i de la nostra feina, reflexionar, posar en comú,

compartir el que mes ens costa, el que ens resulta més difícil. També seria interessant formar als professionals en habilitats de deliberació ètica i/o comptar amb un grup de suport expert (professionals experts, comitè d'ètica).

- **Avaluar els canvis i donar continuïtat al procés:** un objectiu important, a part del disseny i la implementació del canvi, es mantenen i consoliden el que s'ha aconseguit. A vegades, passa que ens fixem només en allò que encara no funciona bé i no reforçem el que hem aconseguit fins al moment. Algunes estratègies per identificar i posar valor als èxits aconseguits són: manejar criteris o indicadors que senyalin la identificació de bona praxi, compartir internament i celebrar els èxits i les bones pràctiques, documentar els canvis (donar a conèixer els resultats i l'impacte generat), etc.

S'ha d'evitar que els èxits aconseguits, per inèrcia cap a pràctiques prèvies s'acabin perdent o deteriorant. Caure en la rutina, és un perill que s'ha de prevenir. Com s'ha anat esmentant, la millora de la qualitat de vida és un procés que mai acaba, és una forma d'entendre la pràctica professional des de la revisió i l'aprenentatge continu. Per això, s'han de dirigir esforços per alimentar un clima de creativitat i il·lusió cap a l'aprenentatge, el coneixement de noves experiències i el progrés continu.

Per aconseguir això, haurem de crear espais participatius on es generin noves alternatives i noves activitats, la formació continua, activa i participativa; adaptada a les necessitats que vagin apareixent en funció de les àrees de millora detectades. Una actitud d'escolta continua a les famílies, persones grans, altes professionals, etc. Sempre hi ha moment de major estancament, en aquests moments és bo saber mirar enrere, fer un recorregut del que s'ha aconseguit fins al moment, veure el progrés com un continu no com una fita final a aconseguir.

A continuació es descriu l' instrument *Avançar en AGCP- Instrument per a la revisió participativa*<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Consultar: Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual para su aplicación. Disponible en: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)



## 5.2 AVANÇAR EN AGCP- INSTRUMENT PER A LA REVISIÓ PARTICIPATIVA

### Què és i per a que serveix?

L' instrument es una eina per propiciar la reflexió grupal per part dels professionals de centres gerontològics, concretament residències i centres de dia.

Parteix de la necessitat de visibilitzar i concretar en la vida quotidiana dels centres les propostes dels models de qualitat de vida i d'atenció centrada en la persona. No es un instrument pensat ni dissenyat des de la perspectiva normativa que especifica i detalla quines condicions o criteris ha de complir un centre o servei per obtenir la consideració de ser un centre "orientat a les persones". No es un instrument del qual es pugui derivar una puntuació quantitativa.

No es un instrument de mesura sinó mes aviat una eina que permet la revisió, identificació tant de les pràctiques relacionades amb el model ACP com les distàncies o pràctiques a millorar. Per tant, pot ser utilitzat amb flexibilitat, íntegrament o centrant la revisió en alguns processos, ja que d'aquest instrument no s'obté una qualificació final que doni una puntuació al centre en relació al model ACP. Per tant, no s'ha d'utilitzar com un llistat d'accions o descriptors tancats, *a modo* de norma de qualitat, de manera que si es compleixen tots ells el centre es acord amb l'ACP.

Com s'ha esmentat en apartats anteriors, la ACP es una aposta per canviar la relació assistencial i organitzacional. Suposa un procés de millora i de revisió en profunditat que, encara que aconsegueixi objectius relacionats amb la millora de la qualitat de vida de les persones i del funcionament de la organització, no es planteja un moment o objectiu final.

Planteja una seqüència de revisió que pot ser aplicada de forma flexible amb el propòsit principal de guiar una revisió dels diferents processos d'intervenció que mantinguin cert ordre o lògica. El procés de revisió al que invita es recull en un qüestionari que l'han de contestar l'equip de professionals de cada centre. Al llarg del mateix cada equip avalua el grau de desenvolupament de cada acció o metodologia clau segons els descriptors de bona praxis proposats.

No obstant, dir que, aquest instrument com tots, té els seus límits. No es planteja revisar totes les qüestions que han d'integrar una atenció de qualitat. Queden fora dels objectius d'aquest instrument les condicions materials i organitzatives del centre o les intervencions tècniques o pràctiques assistencials basades en la evidència. Això no vol dir que aquestes qüestions no siguin importants, l'únic que l'aportació d'aquest instrument es propicia la reflexió i l'anàlisi d'aquells components que han sigut destacats des dels models que comparteixen el model ACP. S'ofereix com un instrument d'especial interès per revisar la congruència entre els valors del model i les pràctiques quotidianes.

Es va elaborar una primera versió d'aquest instrument amb un total de 20 processos diana, les accions i metodologies clau, així com els corresponents descriptors de bona praxis que varen ser dissenyats arran una revisió documental. Aquesta versió inicial de l'instrument va ser revisada per un grup de deu experts i expertes i, a mes a mes, es va dur a terme un pilotatge en sis centres: dos residències (les dues amb places d'estància diürna), un centre de dia i tres centres de serveis socials amb estàncies d'atenció diürna. El pilotatge es va realitzar en diferents centres localitzats en diferents localitats, entre ells Girona (entre octubre del 2012 i febrer del 2013), entre els centres que van participar hi es **el centre de Dia Les Bernardes de Salt** on vaig fer les pràctiques.

Finalment es varen dissenyar dos versions de l'instrument: un per a residències i un altre per a centres de dia.

#### Les utilitats de l'instrument dintre d'un procés seqüencial de canvi

Tal com s'ha esmentat més amunt, la principal utilitat de *Avançar AGCP-Instrument par a la revisió participativa* es guiar en un procés de revisió del centre des de les propostes del model d'atenció centrat en la persona. Una revisió en el qual son implicats i participen els professionals del centre amb el propòsit d'identificar fortaleeses i àrees de millora que assenyalin una ruta pròpia i assumible de canvi. Aquest instrument pot ser útil per diferents objectius que es plantegin en un procés de canvi de model, com per exemple, sensibilitzar, formar i implicar als professionals, seqüenciar el canvi o identificar el progrés<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Els centres on es va fer el pilotatge de la primera versió de l'instrument, així ho han destacat.

Aquest material es una guia que ajuda a que el centre “vegi” les seves fortaleces i distàncies, facilitant una oportunitat i espai per a la reflexió i el consens. Es important no oblidar que es nomes un instrument i, per això, es simplement un medi per aconseguir objectius relacionats amb la millora de la qualitat de vida de les persones. No obstant, l’aplicació de l’ instrument no per si sol no pot garantir el progrés, es el camí posterior que es prengui, les accions de millora que es comprometin i la implicació dels professionals (també persones grans i familiars) serà el que determini el progrés real. Per tant aquest instrument l’aplicarà el grup promotor de canvi.

### Com utilitzar-lo?

Com s’ha anat esmentant fins al moment, aquest instrument està pensat com una guia flexible per a ser aplicada segons els objectius i interessos del centre i liderar un procés de canvi de forma amigable evitant generar tensions innecessàries.

Un primera opció es revisar la totalitat dels processos que contempla l’instrument (en el cas d’un centre de dia els 16 processos diana). Programant diferents sessions de revisió, la duració aproximada per revisar cada procés es de 50-60 minuts. Es podria dur a terme en un període de entre 2/3 setmanes, realitzant-se 3/4 sessions participatives per setmana de dos hores de duració cada una. Dir que, aquesta programació es un exemple, cada centre ha de portar el seu ritme, evitant generar “preses per finalitzar” o que les avaluacions dels descriptors s’acabin realitzant de forma automàtica sense que hagi una anàlisi de la realitat del centre.

Un altre alternativa per l’aplicació es revisar un número determinat de processos diana, no tots. Seleccionar els processos de major interès o prioritat per al centre, incloent, no nomes els punts crítics sinó també les bones praxis dels equips, ja que reconèixer la feina ben feta es tant important com identificar les àrees de millora.

Integrant el que s’ha esmentat anteriorment, com a proposta d’avaluació hi ha el grup promotor del canvi que utilitzarà, entre altres instruments i/o mètodes, l’ instrument proposat per Martínez (2013) anomenat *Avançar en AGCP: Instrument par a la revisió participativa*.

*Al llarg d'aquest escrit s'ha insistit en la idea central del model que es proposa, que es organitzar els serveis i l'atenció professional entorn a la persona i el respecte als seus drets i decisions, per preservar la seva autonomia en el control del seu propi pla de vida i, per tant, de la seva dignitat.*

---

*Però, quan es tracta d'avançar i oferir serveis dissenyats i regulats des de criteris que no es centren en l'eix servei, no es una tasca fàcil perquè els interessos que prevalen són els de l'Administració, o els dels serveis o dels professionals, els quals moltes vegades xoquen amb els plantejaments que són inherents al model.*

---

*No obstant, que sigui difícil no vol dir que no es pugui avançar progressivament cap a la consecució de millores en la qualitat de l'atenció, pensada des del benestar de les persones.*

---

*Així està passant en la major part dels països del nostre entorn i així es comença a implantar aquest model també a Espanya.*

Tal i com s'ha ant esmentat al llarg d'aquest escrit, a Espanya ens troben en un moment de desenvolupament inicial pel que fa aquest model d'atenció. El recorregut que altres països han tingut son una evidència de l'adequació dels models orientats des de la AICP per a generar major qualitat de vida a les persones grans que requereixen suport. Estem en un procés de construcció de nous models que permetin traslladar el model ACIP a la nostra realitat actual per a poder transformar-la.

Això comporta nous reptes i riscos que impliquen a molts agents: professionals, persones grans, administracions públiques i a la iniciativa privada.

### **Principals reptes:**

**Recuperar/construir un nou rol professional**, la ACP planteja una atenció personalitzada que es basa en l'apoderament de la persona. Això implica el canvi d'un model d'atenció paternalista a un enfocament de drets i de desenvolupament de l'autonomia de les persones, sense que això comporti allunyar-se de la bona praxis professional basada en l'evidència científica.

En relació als rols professionals l'ACP, a) suposa un canvi de rol abandonant la idea de que el professional es l'únic expert i, en conseqüència, qui ha de prendre en solitari totes les decisions; b) recupera i reforça competències relacionades amb l'acompanyament, la previsió de suports, orientació i motivació; c) suggereix una nova organització dels equips d'atenció on els professionals (gerocultors/es) assumeixin noves competències i, per tant, precises d'una major qualificació; d) apel·la a integrar les pràctiques basades en l'evidència que protegeixin a les persones i senyalen beneficis terapèutics amb les preferències i decisions d'aquests, fet que es fa necessari que els equips estiguin formats en mètodes que els permetin prendre decisions prudentes.

**Promoure canvis en diferents àmbits**, per facilitar l'extensió de models d'atenció centrat en la persona es necessari que es produeixin alguns canvi ja que alguns sectors de l'àmbit socio sanitari i la seva actual regulació normativa suposen dificultats de partida en la seva aplicació.

Promoure canvis, a) en el disseny arquitectònic i la configuració dels espais físics dels centres, especialment les residències (Rodríguez, 2012); b) en els models de gestió del centre (processos, protocols, programes, normes, sistemes organitzatius, etc) per a que siguin acord a aquest model d'atenció, c) en les normatives ( autorització, inspecció i

acreditació) per a modificar requisits que xoquen amb aquest model d'atenció (Vila, 2012) i d) en els sistemes d'avaluació de la qualitat que es centren només en la qualitat de la gestió (Leturia, 2012).

**Dissenyar i validar intervencions i metodologies en el marc de l'ACP**, no tots els models d'atenció, metodologies o intervencions poden ser considerades o emmarcades dins de la denominació ACP. S'ha de disposar d'un major coneixement i realitzar estudis en relació al disseny d'intervencions, la sistematització i validació de models aplicats i metodologies així com el disseny i validació d'instruments d'avaluació orientats des d'aquest enfocament.

**Aconseguir la eficiència i sostenibilitat dels models aplicats**, una dificultat que amb freqüència escoltem és la no sostenibilitat econòmica dels models que busquen l'atenció personalitzada. No hem d'assumir "a priori" la no viabilitat del model i que aquest argument es converteixin en un fre o excusa per a no iniciar canvis que es considerin positius.

Els models basats en una atenció centrada en la persona ja estan desenvolupats en països tant d'Europa, com de Nord-amèrica i Austràlia (Rodríguez, 2012a). Les investigacions sobre el cost-efectivitat realitzats no apunten necessàriament a un major cost en recursos humans quan s'aposta per aquest enfocament d'atenció (Centre de Documentació SIIS, 2011; Saizarbitoria, 2012) i diferents estudis mostren estalvis en costos indirectes com un menor consum de fàrmacs o la reducció de l'absentisme laboral (Collins, 2009).

No obstant, és necessari comptar amb més informació procedent dels nostres recursos que donin compte dels costos reals segons models organitzatius diversos.

**Sensibilitzar i crear una cultura de la qualitat dels serveis gerontològics orientada a les persones.** La implantació de sistemes de qualitat en els recursos gerontològics a Espanya és encara recent i ve desenvolupant-se majoritàriament des de la quasi exclusiva atenció a la qualitat de la gestió. Qualitat de gestió i atenció han de ser compatibles i complementàries. La gestió ha d'estar en coherència al model d'atenció (Martínez 2011, Leturia, 2012). És necessari revisar el concepte de qualitat en serveis socials, evitant, atorgar a la seguretat la categoria de criteri únic en la presa de decisions o en el disseny de recursos i intervencions.

**Alguns riscos:**

Optar per models d'atenció centrats en la persona no sempre resulta fàcil i a Espanya encara hi ha un llarg camí per recorre, ja que la majoria de centres i serveis han sigut dissenyats des d'objectius que busquen l'eficiència organitzativa però que estan escassament orientats a les persones. A continuació s'esmenten possibles riscos que poden dificultar avançar en el model ACP:

**Simplificar el que es i suposa la ACP i els models que la desenvolupen**, es important no quedar-se en modificacions substancials, no sol ser suficient seguir unes quantes recomanacions de millora aïllades que no responguin a un pla de millora global, progressiu i congruent amb el model. Tenir precaució davant de respostes “això ja ho fem” que a vegades es diuen sense haver comprovat abans, a fons, les intervencions quotidianes des de criteris que defineixen i concreten aquest model d'atenció.

**Allunyar o dissociar aquest model d'atenció de l'evidència científica**, els models orientats des de l'ACP han d'integrar les pràctiques basades en l'evidència que senyalen efectes positius per les persones grans amb el respecte als seus valors/preferències/benestar subjectiu. En els casos on es produeix un conflicte de valors (per exemple, quan la persona desitja alguna cosa que la bona praxis professional senyala com a perjudicial), la deliberació ètica es fa necessària per prendre, sempre de forma individualitzada, decisions basades en la prudència.

**Creure que la ACP proposa una atenció desprofessionalitzada**, suposa un error greu pensar que aquest model no requereix qualificació per part dels professionals. Arribar a creure que amb ser amables, afectuosos, o simplement, parlant i preguntant alguna cosa més a les persones ja es suficient, es un error. Les pràctiques basades en la evidència científica son imprescindibles per aconseguir una atenció de qualitat. Els professionals han d'estar degudament qualificats i els procediments d'atenció sistematitzats i ben fonamentats.

Els models d'ACP no s'han d'utilitzar amb l'únic propòsit d'estalviar costos reduint recursos humans ja que els professionals, els equips tècnics, segueixen sent molt importants. I a més necessiten major formació.

**Caure en un excés de confiança**, els professionals poden arribar a establir una relació de confiança amb les persones usuàries, no es estrany que els professionals estiguin convençuts que no fa falta preguntar a les persones, perquè “ les coneixem molt be... ja

sabem el que volen...sempre fem les coses segons els seus gustos...no fa falta estar preguntant sempre...”.

Com s’ha anat insistint, l’ACP es una forma d’entendre la relació assistencial des de l’apoderament de l’altre. No s’ha d’oblidar que encara que la persona confirmi el que ja el professional sap, quan es pregunta o s’anima a triar, no només s’ofereix l’oportunitat de decidir sinó que a mes a mes s’atorga a l’altre l’estatus de ser qui decideix, qui dicta com vol que sigui la seva vida en aquell moment concret.

**La falta d’autenticitat o caure en la inhibició professional,** l’ACP implica generar canvis substancials, tant en la forma d’entendre la relació professional com en el plantejament organitzatiu. És essencial que aquells que liderin i desenvolupin aquests canvis creguin en aquest model, només des de l’autenticitat podran ser efectius els canvis en les organitzacions i en les actuacions professionals.

Es important esmentar que el fet de permetre i apostar per a que siguin les persones les que preguin les decisions no significa que els professionals no tinguin cap paper ni molt menys cap responsabilitat en l’atenció. En primer lloc, perquè s’ha d’entendre que l’apoderament de les persones per a decidir com volen que sigui el seu dia a dia, és un procés que els professionals han de recolzar, sequenciar i alimentar des de l’escolta i la proximitat. Algunes persones grans han pogut perdre l’hàbit de prendre decisions i es llavors quan s’ha d’intentar que, tenint en compte les capacitats de la persona, pugui reprendre (almenys parcialment) el control.

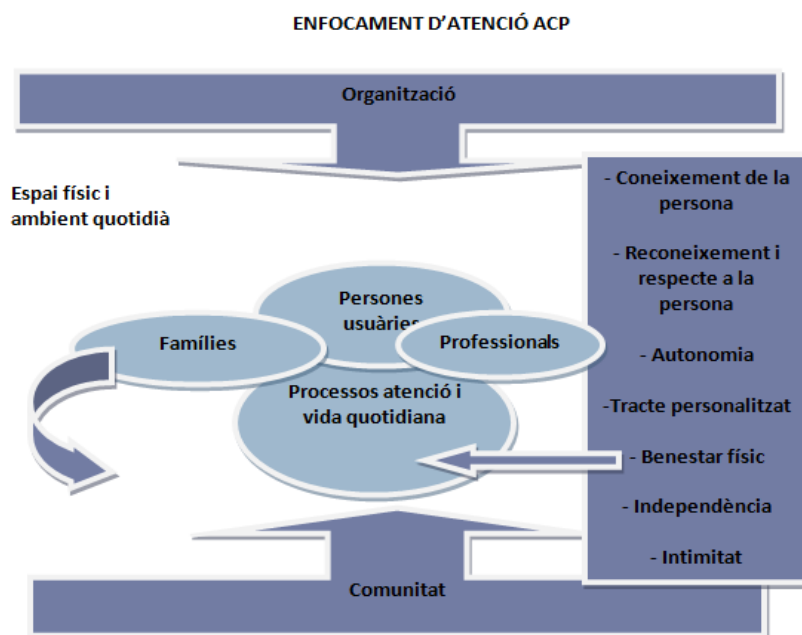
En segon lloc, perquè no totes les decisions estan a l’abast de les persones usuàries ni és possible respectar totes les seves decisions i preferències. L’autonomia té límit i els professionals han de saber identificar les situacions que requereixen posar límits a l’autonomia (com per exemple quan les decisions de la persona suposa un dany per la pròpia persona o suposen un perjudici per altres) i, a més saber, en aquestes circumstàncies, com actuar des de la bona praxis.

**Portar a terme propostes de canvi no planificades o gestionar inadequadament el canvi,** els canvis han de ser planificats i la improvisació reduïda. És convenient prevenir que s’esgoti l’entusiasme que acompanya els primers èxits i dissenyar estratègies que facilitin la continuïtat del procés proposant mesures que facilitin seguir avançant, mantenint i consolidant l’èxit. Una comunicació poc efectiva, falta de formació i suport



als professionals, l'absència de lideratge o una escassa participació dels agents poden convertir-se en dificultats determinats.

El model d'atenció es podria resumir en el següent gràfic:



Resumint d'una forma més clara i concreta, **les propostes o recomanacions**, es podrien englobar en la següent taula:

<b>DIMENSIONS I COMPONENTS DEL MODEL<sup>35</sup></b>		
<b>DIMENSIONS</b>	<b>COMPONENTS</b>	<b>FA REFERÈNCIA</b>
<b>ATENCIÓ A LES PERSONES</b>	1. Coneixement de la persona	- Coneixement global de la persona, considerant-ne les diferents dimensions (bio, psico, social i espiritual) - Atenció especial al coneixement de les característiques i singularitat de la persona: biografia, interessos, preferències i rebutjos.
	2. Reconeixement i respecte a la persona	- Posada en valor i respecte de la dignitat i singularitat de cada persona. - Identificació de les fortaleses i capacitats. - Empatia i comprensió de la perspectiva de la persona
	3. Promoure l'autonomia	- Informació comprensible per a permetre la presa de decisions - Oportunitats i suport per poder triar - Presa de decisions i control sobre la vida quotidiana.

<sup>35</sup> Martínez, T. "Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona". Papeles de la Fundación Pílares para la autonomía personal n.º2 (2013).

	4. Tracte personalitzat	- Atenció i cura integrals individualitzades - Flexibilitat en l'atenció per adaptar-se a cada persona.
	5. Protecció del benestar físic	- Protecció de danys i riscos - Hàbits saludables - Confort físic.
	6. Promoció de la independència	- Promoció de la realització independent de les activitats
	7. Protecció de la intimitat	- Protecció de la intimitat corporal - Tracte respectuós i càlid en relació a allò íntim - Protecció de la confidencialitat en la informació personal.
<b>ENTORN POSITIU</b>	8. Espai físic i ambient significatiu	- Accessibilitat - Confort - Ambient "casolà" no sensació "institucional" - Espais estimuladors de l'activitat física i la relació social - Activitats significatives.
	9. Relacions socials	- Proximitat i col·laboració de les famílies - Suport a les relacions socials - Obertura del centre a la comunitat - Accés als serveis i espais de la comunitat
	10. Organització "Amiga"	- Professionals que mantenen relacions empàtiques i empoderadores amb les persones usuàries - Organització i metodologies que permetin l'autonomia de les persones i la flexibilitat en l'atenció. - Coordinació entre professionals i treball en equip ben organitzat - Reconeixement i suport als professionals - Participació de les persones en la organització (persones grans, familiars i professionals). - Cultura assistencial coherent que lidera la aplicació dels seus valors, missió i visió.

Algunes de les propostes s'han desenvolupant mes en apartats anteriors, i en la part d'annex es poden trobar exemples en relació a les diferents dimensions.

En molts articles i bibliografia relacionada amb l'estudi del model d'Atenció Centrat en la Persona, al final, els autors feien la següent pregunta: aquest canvi de model, aquests esforços de canviar, aquests reptes i riscos que comporta el canvi, **valen la pena?**

En la línia de Martínez T (2011) orientar els serveis i centres a les persones usuàries no es una cosa impossible ni tampoc té perquè resultar molt complicat. Però tampoc podem encanyar-nos. Introduir canvis en l'atenció quotidiana com els que s'han suggerit en aquest treball, en els recursos que porten anys funcionant des d'altres models, comporta una implicació, voluntat i compromís per part dels responsables de l'organització i dels

professionals. Treballar amb les persones d'una manera individualitzada, promovent la seva autonomia i independència, protegint la seva privacitat, creant un entorn significatiu, incorporar les famílies, comporta temps, demana entrenament i fa necessari un procés que incorpori les noves propostes d'una forma planificada i gradual.

No podem obviar la necessitat de comptar amb recursos humans suficients, però també es requereix una actitud de revisió individual, oberta al canvi i a la millora, al treball en equip, a la innovació i a la creativitat. Requereix, per tant, un esforç organitzatiu i també personal, de cada un de nosaltres.

Aquest canvi val la pena perquè genera benestar en la persona i en les famílies, i per tant satisfacció, que també arriba i es transmet a l'equip professional. Dignifica la feina dels professionals, es situa en processos de millora i innovació, genera il·lusió i enforteix l'autoestima professional. Val la pena perquè visibilitza, reforça i posa en valor les actituds professionals correctes i les bones pràctiques que ja s'han anat realitzant, en ocasions amb molt d'esforç però amb poca seguretat i poc reconeixement. Quan les persones i grups familiars s'impliquen i s'aproprien de les seves vides, la responsabilitat es comparteix, l'èxit es de tots i els errors no són només dels professionals. Crear espais de comunicació i cooperació amb les persones usuàries, amb les famílies i amb la resta de professionals, facilitant les relacions i un bon clima laboral. Millora, per tant, un espai de vida compartida.

I el més important, val la pena, perquè el model d'atenció centrat en la persona **treballa des dels valors humans**, des de la defensa de l'exercici dels drets de les persones, de persones que es troben en situacions d'especial vulnerabilitat, i això ens fa més humans.

Encara que es necessari comptar amb més estudis que aportin informació sobre els beneficis del model i l'aplicabilitat en diferents centres de l'estat Espanyol, existeixen ja algunes dades com les aportades per la Fundació Matia Instituto Gerontológico del País Vasco, amb el seu projecte *Etxean Ondo*<sup>36</sup>. També senyalar el projecte *Tu decideixes com vols envellir*<sup>37</sup>, eina d'implantació del model ACP dissenyada pel Consorci d'Acció

---

<sup>36</sup> Rodríguez, P. Martínez, T. I cols. "EXTEN ONDO: Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi". Documentos Metodológicos y de Soporte y Programas de Intervención Marco

<sup>37</sup> Projecte *Tú decideixes com vols envellir*. (Juny, 2013). Consorci d'acció social de Catalunya. Sumar, empresa d'acció social.

Social de Catalunya. A més, a nivell internacional<sup>38</sup> es compta amb grans avenços pel que fa aquest model. El model Housing, explicat en un altre apartat d'aquest treball, es un exemple.

Per finalitzar aquest treball, i agafant la cita amb la qual el vaig començar, *res val la ciència si no es converteix en consciència (Carlo Dossi)*, penso que està molt bé fer projectes, fer programes pilot, formació, però si es el coneixement generat no es tradueix en una conducta concreta, si no produeix un canvi en la nostra consciència, en el nostre pensament; no hem aconseguit gran cosa. Si aquest coneixement no es materialitza, quedant en una declaració d'intencions no haurem aconseguit el nostre propòsit de generar un canvi.

Per canviar la nostra realitat a millor, ens hem de comprometre tots, pensant que estem aportant benestar i satisfacció tant a les persones grans i familiars i ens fem la feina molt mes gratificant.

**Un esforç que val la pena!**

---

<sup>38</sup>Rodríguez, P: “La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales”, en Casado, D (Dir.): Avances en bienestar basados en el conocimiento. Ed. CCS, Madrid, 2005

## 7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

### ARTICLES MES DESTACATS:

- ✓ Rodríguez, P: “La atención integral y centrada en la persona”. Colección Papeles de la Fundación para la autonomía personal. Nº 1, 2013.
- ✓ Rodríguez, P: “Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir”. Fundación *Pilares para la autonomía personal* (Octubre, 2011)
- ✓ Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.
- ✓ Martínez,T. “Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona”. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal n.º2 (2013).
- ✓ Martínez,R,T. *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Psicóloga, Servicio de Calidad e Inspección de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Fundación Caser para la dependencia.

### ALTRES FONTS:

- ✓ Foto de portada→ González, J.A. “Vida y sueños centenarios”. El mensual de 20 minutos. Juny del 2012. Pàg.20-21  
<http://issuu.com/20minutos/docs/20minutos.es/21?e=0>
- ✓ Abellán García, A; Pujol Rodríguez, R (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. [Fecha de publicación: 22/07/2013].  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- ✓ Alida H.P.M de Rooji, Katrien G.Luijckx, Juliette Schaafsma, Anja G. Declercq, Peggy M.J.Emmerink i Jos M.G.A Schols. “ Quality of life of residents with dementia in traditional versus small- scale long-term care settings: A quasi-experimental study”. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012) 931-940.
- ✓ Buiza, C. Navarro, A. Díaz-Orueta, U. González, M.F. Álaba, J. Arriola, E. Hernández, C. Zulaica, A. Yanguas, J.J. “ Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del *Severe Mini-Mental State Examination*”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2011; 46(3);131-128.
- ✓ Bermejo, L (2009). “Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia”. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- ✓ Bermejo L, Martínez T. Díaz N, Maños Q y Caballero C (Coord). (2009).”Guía de Buenas Prácticas en centros de día para personas mayores en situación de dependencia”. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias .
- ✓ Brooker, D.” *Person Cenred Dementia Care: Making Services Better*”. London (2007)

- ✓ Brooker, D. Dementia Care Mapping: A review of the Research Literature. *The Gerontologist*, Vol.45, Special Issue I, 11-18. 2005.
- ✓ BURGUEÑO, A. (2005). Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con persona mayores y enfermos de Alzheimer.  
En: <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php>
- ✓ Cebrián, J.C. “El modelo nórdico de municipalismo en Suecia”. Institut de Ciències Polítiques i Socials. Materials CiP nº 7/2012
- ✓ Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias Apoya a las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia. Para aprender a cuidarse y cuidar mejor*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias
- ✓ Crespo, M. López, J. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”*. Instituto de Mayores I Servicios Sociales (IMSERSO), 2007
- ✓ Corominas, M. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- ✓ Projecte *Tú decideixes com vols envellir*. (Juny, 2013). Consorci d’acció social de Catalunya. Sumar, empresa d’acció social.
- ✓ Proyecto “En mi casa”: Centros multiservicios en Castilla y León. (2013). Servicios Sociales de Castilla y León. Junta de Castilla y León.
- ✓ DIAZ VEIGA, Pura; SANCHO, Mayte (2012). “Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'” Madrid, Informes Portal Mayores, nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012].  
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>>
- ✓ Díaz-Martín, R. “ Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos, nº 22019. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2009.
- ✓ Casado, D (2009): “ La gestión de casos (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales. Barcelona, edt. Hacer.
- ✓ Casado, D (2009): “ La coordinación (gruesa y fina) en y entre servicios sanitarios y sociales”. Barcelona, edt. Hacer
- ✓ GRUPO PROMOTOR DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (2013). *La confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- ✓ GUISSSET, M. J. (2008). «Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario ». *Boletín sobre envejecimiento Perfiles y tendencias* 34 (septiembre). Madrid: IMSERSO.
- ✓ Genua Goena, M (responsable). “ Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada”. Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema).

- ✓ Ham, C. Walsh, N. Making integrated care happen at scale and pace. TheKing'sFund. March 2013.
- ✓ K,Billings, J, Nies, H: Integrated care for older people in Europe-Latest trends and perceptions. Palgrave Macmillan.London, 2013
- ✓ López A, Marín A i De la Parte Herrero JM.” La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica”, Siglo Cero, 35(1), nº 210,2004.
- ✓ Llibre blanc de la gent gran amb dependència: repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. 1ª edició octubre de 2002
- ✓ Leturia Arrazola, M. “ Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención”. Área de Planificación, Modelos y Consultoría. Fundación INGEMA-Instituto Gerontológica MATIA.
- ✓ Lindström Karlsson, A. “ Política, servicios i equipamientos para las personas mayores en Suecia”. Conferencia en el acto de presentación oficial de la *Fundación pilares para la autonomía personal*. Madrid, 26 de Septiembre 2011.
- ✓ Martínez, T; Díaz-Veiga, P; Sancho, M; Rodríguez, P. *La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?*. Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto. (2014).
- ✓ Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual para su aplicación. Disponible en: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net).
- ✓ Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Cuestionario Versión Centros de Día. Disponible en: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)
- ✓ Martínez, T (Coord.). La confidencialidad en Servicios Sociales. Consejería de Bienestar y Vivienda. Mayo, 2013
- ✓ Monreal-Bosch, P.; Gifre, M. & del Valle, A. (2013). Envejeciendo en un mundo cambiante: El entorno rural una nueva realidad social. *Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación Social*, Vol.13, Nº2, julio, p.47-63.
- ✓ Martínez,T. “La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.” Documentos de bienestar social, Nr.76. Victoria-Gasteiz,2011.
- ✓ Martínez Pulleiro, M i cols. “Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer”. Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA). Colección de Documentos, Serie Documentos Técnicos. Nº 21015 (2008).
- ✓ Monreal, P. & del Valle, A. (2008). Evidencias psicosociales de la necesidad de la coordinación desde la perspectiva de las personas mayores. Madrid: *Documentación Social*, nº148,p.189-206. ISSN: 0417-8106

- ✓ Monreal, P. & del Valle, A. (2008). Las evidencias de la necesidad de la coordinación y / o la gestión de caso desde la perspectiva de las personas mayores. En Demetrio Casado (Dir.): *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona, Hacer editorial. p.55-73. ISBN: 978-84-96913-20-2
- ✓ Monreal-Bosch, P. & Vilà, A. (2008). Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. *Anuario de Psicología*, vol.39, nº3, p.351-370.
- ✓ Monreal, P.; del Valle, A. & Serdà, B. (2009). Una mirada a lo invisible: las personas mayores en el entorno rural, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Vol.19, nº2, p.72-79.
- ✓ Monreal, P. & del Valle, A. (2009). Un viaje sin brújula: la experiencia de los usuarios en la atención sociosanitaria. En Demetrio Casado (Coord). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. *Revista de Políticas Sociales en Europa*, N ° 25-26, mayo, p.31-44
- ✓ Muyor Rodríguez, J. “La (con)ciencia del trabajo social en la discapacidad. Hacia un modelo de intervención social basado en derechos”. Documento de Trabajo Social, nº 49
- ✓ Maravall, H.: El apoyo a las familias cuidadoras. En *Sesenta y más* nº 155. IMSERSO; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, marzo 1998, pág. 4
- ✓ Prieto Torrijos, J. Calcerrada Lara, E. Calvo Lara, A. “ Atención de la demencia en el marco de la dependencia”. Centro de Día para Enfermos de Alzheimer de Ciudad Real.
- ✓ Rodríguez, P: “ Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención”. Fundación Caser para la dependencia. Octubre 2012.
- ✓ Rodríguez, P. Martínez, T. I cols. “ EXTEN ONDO: Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi”. Documentos Metodológicos y de Soporte y Programas de Intervención Marco.
- ✓ Rodríguez Cabrero, G. “El estado de bienestar en una sociedad de crisis”. Conferencia en el acto de presentación oficial de la *Fundación pilares para la autonomía personal*. Madrid, 26 de Septiembre 2011.
- ✓ Rodríguez, P. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la Dependencia. (Documento de Trabajo, 87/2006)
- ✓ Rodríguez, P: “La intervención con las personas en situación de dependència desde la evidencia científica y los consensos internacionales”, en Casado, D (Dir.): *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Ed. CCS, Madrid, 2005
- ✓ Salanova, M. Autonomía y dependencia en la vejez. Fundación Víctor Grifols i Lucas (Cuadernos, nº16). Barcelona, 2009
- ✓ Sanduvete Chaves, S. “ Calidad de vida en las personas mayores”. *Apuntes de Psicología*, 2004. Vol. 22, nº2, págs. 277-288.
- ✓ Sancho, M: Cap.4 “La coordinación sociosanitaria” en *VVAA: La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Defensor del Pueblo, Madrid, 2000.



- ✓ Saizarbitoria, M.(2012) “ Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona”. SIIS Centro de Documentación y Estudios para la Fundación MATIA.
- ✓ Sancho, M. Yanguas, J. I cols. “ Envejecimiento vivienda y entorno: informe de la investigación cualitativa”. Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema).
- ✓ Sancho, M: Cap. 4 “La coordinación sociosanitaria” en VVAA: La atención sociosanitaria en España: perspectiva y otros aspectos conexos. Defensor del Pueblo, Madrid, 2000.
- ✓ Vilà, A. Tendencias de la nueva legislación de servicios sociales, publicado por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza-España. Madrid, 2009.

## 8. ANNEX

### 8.1 PRINCIPIS I CRITERIS DEL MODEL ACP

#### PRINCIPI D'AUTONOMIA

Les persones destinatàries de l'atenció té dret a mantenir el control sobre la seva pròpia vida i, per tant, a actuar amb llibertat. Aquest principi es el mes important dels que es proposen, perquè es la base da la dignitat humana.

Requerir suport, amb independència de la intensitat d'aquests, no comporta tenir minvat el dret a la autonomia. Però sí pot ser disminuïda la capacitat per a exercir-la quan es té una situació de dependència important, especialment amb deterior cognitiu, casos en els que la autodeterminació pot ser exercida de manera indirecta a través d'un grup de suport o representant legal.

L'autonomia fa referència a la capacitat de autogovernar-se i als drets en relació al propi pla de vida, així a que les seves experiències siguin ateses, també quan presenti situacions de gran dependència.

Per tant, tant sigui directa o indirectament, han de poder triar lliurement i sense coaccions i alternatives.

#### CRITERIS DE DIVERSITAT I EMPODERAMENT

La conceptualització, planificació i ordenació dels programes, prestacions econòmiques i serveis, així com la pràctica professional han de contemplar una oferta diversificada de respostes de forma que es presenti un ampli ventall de possibilitats que faciliti l'elecció i la possibilitat de exercir els drets i l'autonomia dels seus destinataris.

La biografia i el context de la persona son característiques que s'han de tenir en compte alhora de planificar de manera personalitzada cada cas.

La metodologia de treball anirà dirigida al reconeixement de les competències de les persones i a possibilitat i estimular, des de tècniques de empoderament (on i amb qui viure?, rutines quotidianes, gustos alhora d'arreglar-se, relacions familiars i socials...).

Pel que fa les persones amb una discapacitat intel·lectual, mental, o que presentin deterior cognitiu, s'haurà de garantir que, en col·laboració amb el

## **PRINCIPI DE INDIVIDUALITAT**

Totes les persones son igual en quan als seus drets, però cada una d'elles es única i diferent de la resta.

grup de suport de la persona, es respectin els seus drets i preferències.



## **CRITERI DE PERSONALITZACIÓ I FLEXIBILITAT**

L'atenció i els plans de suport han de dissenyar de manera personalitzada per a que puguin adaptar-se a les necessitats específiques de cada cas i evitar que siguin les persones les que hagin d'adaptar-se als programes.

Per això, s'ha de treballar des d'un enfocament integral de la persona, tenint en compte la seva historia de vida, implicar el grup de suport de la persona o els seus familiars en el disseny de plans d'atenció i projectes de vida.

## **PRINCIPI DE INDEPENDÈNCIA**

Encara que la persona tingui necessitats de suport i atenció, totes les persones posseeixen capacitats que s'han d'identificar, reconèixer i estimular.

Han de tenir accés a programes, serveis o programes dirigits a la prevenció o minimització de les situacions de discapacitat o de dependència així com a rebre el suport precís per a afavorir la màxima independència.



## **CRITERIS DE PREVENCIÓ I VISIBILITZACIÓ DE CAPACITATS**

Planificar programes dirigits a la prevenció primària, secundària i terciària, segons els grups de persones als que es dirigeixen.

Identificar i recolzar-se en les capacitats preservades que tinguin les persones amb discapacitat o dependència en lloc de focalitzar les limitacions. L'objectiu en aquest àmbit es treballar des de les capacitats per evitar l'excés de

dependència i recuperar la major independència possible.

En aquest sentit, s'han d'abandonar les creences errònies que existeixen sobre la ineficiència de la intervenció en persones en situació de gran dependència. Al contrari, s'han de descobrir capacitats i explorar maneres de incrementar la percepció d'autoestima i benestar.

### **PRINCIPI DE INTEGRALITAT**



### **CRITERI DE GLOBLITAT**

La persona es un ser multidimensional en el que interactuen aspectes biològics, psicològics i socials, aspectes que son determinats pel la qualitat de vida de la persona.

Aquestes dimensions son dinàmiques i, per tant, canviant al llarg del cicle vital.

L'organització dels serveis així com les intervencions i plans de suport han de considerar el concepte de integralitat i permetre que pugui aplicar-se en tots els àmbits relacionats amb la qualitat de vida de les persones atenent a la satisfacció de les seves necessitats bàsiques, emocionals i socials.

S'han de considerar tots els programes, prestacions i serveis que es contemplin en les planificacions i en el mateix procés d'intervenció, des d'una dimensió sistèmica en la que interactuen els diferents agents del procés (persones amb discapacitat o persones grans, familiars, professionals, ambient físic i psicològic i context comunitari).

Tenir en compte els canvis a llarg termini, tant per la avaluació dels processos de discapacitat o dependència com per el moment del cicle vital en el que troba la persona.

## **PRINCIPI DE PARTICIPACIÓ**



## **CRITERIS D'ACCESIBILITAT I INTERDISCIPLINARIETAT**

Les persones amb discapacitat i/o dependència tenen dret a participar en la seva comunitat, a gaudir d'interaccions socials suficients i accedir al ple desenvolupament d'una vida personal i social plena i triada lliurement (habitatge, treball, oci, sexualitat, vida de parella, relacions socials...).

Aquelles persones que necessitin suport de llarga duració tenen el dret a estar presents i participar en la presa de decisions que afectin al seu desenvolupament. Participar tant en la elaboració del pla personalitzat d'atenció i projecte de vida com en el seu desenvolupament i seguiment.

S'ha de planificar i intervenir per a que en els diferents contextos s'incloguin elements facilitadors que millorin el funcionament i redueixin la discapacitat (productes de suport, suports informàtics accessibles, teleassistència i derivats...) així com promoure actituds social que siguin proactives i integradores i rebutgin els estereotips.

En els programes d'intervenció, la interdisciplinarietat ha de presidir tot el procés: el diagnòstic, la planificació, la aplicació i l'avaluació. El conjunt de professionals de les diferents disciplines han d'estar en relació permanent amb les persones i aplicar la interdisciplinarietat mitjançant tècniques de treball en equip, incloent la pròpia persona destinatària i a la família.

Per promoure la participació de les persones en situació o risc de discapacitat o dependència (i famílies), la planificació ha de contemplar objectius i mesures dirigides al desenvolupament

d'habilitats i competències per a la participació, així com disposar de sistemes que la facin possible. Per exemple, les tècniques d'apoderament

## **PRINCIPI D'INCLUSIÓ SOCIAL**



## **CRITERIS DE PROXIMITAT I ENFOCAMENT COMUNITARI**

Les persones que requereixen suport són membres actius de la comunitat i ciutadans/es amb idèntics drets que la resta. Per això, també en una situació de dependència important, la persona ha de tenir la possibilitat de romandre i participar en el seu context i tenir accés i possibilitat de gaudir dels beneficis socials i culturals, en igualtat amb la resta de la població, amb independència de que visquin en el seu domicili o en una residència o altre tipus d'allotjament.

Els recursos de suport han de situar-se en l'entorn pròxim de les persones destinatàries. També quan es tracti d'allotjaments o residències, que han de ser considerades, com la resta de recursos, de caràcter comunitari.

Promoure la participació activa de les persones que requereixen suports en els recursos comunitaris ja existents, així evitar efectes negatius o aïllament en el seu domicili.

Per això, s'ha d'incrementar o mantenir el control de les persones sobre el medi, amb la finalitat de potenciar la seva autoestima, afavorir l'autonomia i la possibilitat de que es beneficiïn de interaccions gratificants en el seu entorn comunitari.

També, promoure iniciatives dirigides a la societat en general i al entorn comunitari proper a cada persona per desterrar els estereotips que operen sobre les persones grans o amb discapacitat i aconseguir que es

proposin espais realment inclusius per a totes les persones.

## **PRINCIPI DE CONTINUÏTAT D'ATENCIÓ**

Les persones amb discapacitat i aquelles que es trobin en situació de dependència han de tenir accés als suports que precisin de manera continuada, coordinada i adaptada permanentment a les circumstàncies del seu procés.

## **CRITERI DE COORDINACIÓ I CONVERGÈNCIA**

La coordinació ha de donar-se entre els diferents programes, prestacions i nivells dels serveis socials, així com entre els diferents sistemes (socials i sanitaris, educatius, habitatge, treball, participació social, etc).

S'ha de dissenyar l'atenció des d'un enfocament de convergència i complementarietat amb el suport informal (família), sense oblidar el procedent del voluntariat. Mitjançant programes de formació, informació, assessorament, subministrament de productes i tecnologies de suport i serveis de "descans" dirigides a les persones identificades com cuidador principal.

Tenint en compte criteris provats d'eficàcia, eficiència i efectivitat.

## **8.2 ATENCIÓ DOMICILIÀRIA I ENTORN**

En l'actualitat hi ha suficient coneixement derivat de l'evidència científica que mostra la influència que l'ambient físic produeix en el benestar de les persones.

Quan la persona es troba en el seu domicili s'ha de respectar els seus gustos en aspectes decoratius i d'organització de la casa, i amb els seus costums i hàbits quotidians (el menjar que li agrada, manera de vestir-se...). Si es precisa d'una modificació del domicili relacionat amb aspectes d'accessibilitat, la seguretat i millora de l'atenció. Sempre s'explicarà a la persona els avantatges que pot significar per la seva qualitat de vida acceptar les indicacions, però és la persona la que, finalment, prendrà la decisions sobre si accepta o no les nostres indicacions.

Pel que fa les persones que viuen en una residència, segurament s'hauran acostumat al fet traumàtic d'abandonar el seu domicili. A aquestes persones se'ls convida a dotar de sentit i significats el lloc en que viu i a la família per a que portin objectes que hagin sigut significatius i importants per la persona. I també s'incorporaran objectes, records, fotos, de la vida actual en la residència i de la participació en l'entorn.

Com es concreta la AICP en l'atenció domiciliària i en l'entorn?

L'atenció domiciliària és el camp d'actuació més important de la AICP per diferents motius: en primer lloc, perquè la gran majoria de persones que necessiten suport resideix en els seus domicilis; en segon lloc, perquè és allà on la major part d'aquestes persones desitgen continuar vivint.

Com s'ha anat esmentat al llarg d'aquest escrit, la AICP requereix d'actuacions coordinades des de diferents àmbits, però en el cas de la seva aplicació en l'atenció domiciliària i especialment quan s'atén a persones que requereixen, al mateix temps, atenció sanitària i social, la cooperació des dels serveis socials i dels de salut resulta imprescindible. També entren en joc altres àmbits de l'acció social, com, habitatge, educació, treball, participació comunitària, transport, etc.

### **Els serveis d'atenció domiciliària**

L'aplicació del model AICP en atenció domiciliària precisa que aquesta sigui entesa de manera ampla i integrada.

El Servei d'atenció domiciliària (SAD) i de suport en l'entorn consisteix en un programa personalitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en el que s'articulen un conjunt de suports i tècniques d'intervenció professionals que consisteixen en la previsió de serveis, atenció personal (física i psicològica), gestió, funcionament i



adequació de la unitat convivencial, foment de les relacions socials i suport a la família, donat en el domicili i l'entorn d'una persona adulta en situació de fragilitat, discapacitat o dependència.

Seguint aquesta conceptualització, en el processos de planificació, s'han de contemplar altres serveis, entre els que destaquen:

- **Servei de proximitat a domicili:** menjar i bugaderia, perruqueria, podologia, fisioteràpia, acompanyament, transport per a poder anar als serveis d'atenció i/o activitats socioculturals, petites reparacions de l'habitatge..etc. Per a portar a terme això, prèviament s'han de realitzar un diagnòstic del context en el que es vol fer la intervenció amb la finalitat d'aprofitar l'oferta que ja existeix en la zona territorial d'influència o estudiar la possibilitat de que es creïn nous serveis. Aquets poden ser públics, ONG o empreses mercantils.
- **Teleassistència bàsica i avançada:** incorpora a les prestacions tradicionals dispositius per a detectar riscos i proporcionar seguretat en el domicili (fum, fuites de gas, sensors de presència), així com altres funcions com el consell i assessorament professional a persones en situació de dependència i als seus cuidadors, telemedicina, etc.
- **Accessibilitat en l'habitatge i entorn:** mitjançant la corresponent avaluació tècnica prèvia de necessitats i de planificació personalitzada, han d'oferir-se indicacions precises per a la supressió de barreres d'accessibilitat al domicili, i recomanacions individualitzades per al coneixement i la utilització de productes de suport i ajudes tècniques i d'altres tecnologies que resultin adequades, segons cada cas, amb la finalitat d'afavorir el màxim de independència i autonomia i reduir riscos d'accidents.
- **Programes i serveis a les famílies i altres persones cuidadores de l'àmbit familiar:** informació, assessorament, formació, acompanyament,etc. Un acompanyament i suport continu a la persona cuidador.
- **Actuacions de dinamització i participació social comunitària:** així com programes de promoció de la salut i de prevenció de la dependència de caràcter socio sanitari, en col·laboració amb el moviments associatius locals.

L'atenció domiciliària entesa des del model AICP transcendeix la praxis tradicional social o sanitària en tat que pretén operar sobre els múltiples aspectes que incideixen en

el benestar de les persones i, per tant, fa necessària la diversificació i complementació de serveis. La metodologia que es proposa per garantir la coherència en els itineraris d'atenció, la coordinació de les intervencions i la participació de la comunitat en els processos d'inclusió social es una combinació de gestió de casos i de la intervenció social comunitària.

La **gestió de casos** es una metodologia que s'ha utilitzat tant en l'àmbit sanitari com el dels serveis socials, encara que amb conceptualitzacions i propòsits diferents. En l'àmbit social, la gestió de casos, té com objectiu realitzar un assessorament personalitzat permanent a cada persona i, al grup familiar, així com definir conjuntament amb ells uns objectius i el corresponent itinerari de suport per aconseguir el major grau possible d'independència, autonomia i d'inclusió social.

La proposta que es realitza per avançar en el model AICP que es defineix des de la *Fundació Pílares para la Autonomia Personal* consisteix:

La metodologia de gestió de casos i d'intervenció comunitària consisteix en desenvolupar, amb la participació i acord de la persona destinatària de l'atenció i, de la seva família, un pla personalitzat en el que es vagi gestionant la incorporació dels serveis i suport que resultin adequats en cada moment del procés, realitzant-se per el/la professional responsable l'acompanyament a la persona o grup familiar així com la coordinació, seguiment i avaluació tant dels diferents serveis i suport que sigui necessària utilitzar, com dels professionals que intervenen, mobilitzant i dinamitzant també els moviments socials de la comunitat.

Els perfils més comuns per al desenvolupament d'aquesta metodologia solen ser treballadors/es socials dels serveis socials municipals, o bé les infermeres d'atenció primària quan es requereix atenció sanitària prolongada. No obstant, també s'han de tenir en compte altres professionals que resultin adequats a la tipologia del cas i el moment del procés d'atenció sempre i quan es tingui la formació suficient.

Aquest mètode facilita el treball en xarxa perquè suposa que un professional assumeix la responsabilitat sobre la intervenció, partint d'una valoració multidimensional que inclou la història de vida de cada persona i l'observació de la situació in situ per arribar a comprendre realment les singularitats que presenten els diferents casos. Les funcions i tasques que realitzen els i les professionals que desenvolupen la metodologia

de gestió de casos i d'intervenció comunitària engloba diferents àmbits de coneixement i, per tant, requereix tenir les competències precises per desenvolupar-les. Son agrupades en 4 fases:

1. **Valoració multidimensional**→ de la persona amb discapacitat, vulnerabilitat o dependència, que es porta a terme en el propi domicili i té un caràcter integral (s'elabora la història de vida, condicions de salut, situació funcional, cognitiva..etc). del cuidador/a principal (possible sobrecàrrega i estrés). De les condicions d'accessibilitat i confort de l'habitatge. De les relacions socials de la persona i de les seves interaccions i participació en l'entorn comunitari (oci, formació, ocupació, serveis i avaluació).
2. **Elaboració de plans personalitzats d'atenció i projecte de vida**
  - a. Serveis i atenció a les persones en el seu domicili
  - b. Altres serveis o intervencions a la persona fora de l'habitatge
  - c. Actuacions per afavorir un entorn a la vivenda accessible
  - d. Intervencions dirigides al grup familiar i altres cuidadors no professionals
3. **Coordinació i suport** al desenvolupament del **pla personalitzat d'atenció i projecte de vida definitiu**, tant si afecta als recursos o prestacions implementades com de les actuacions professionals i en la comunitat que estan implicades en el mateix.
4. **Acompanyament del cas amb un seguiment**, avaluació i reajustament del pla o de les intervencions que correspongui efectuar.

### 8.3 L'ATENCIÓ RESIDENCIAL I LA AICP

Actualment al nostre país predominen les residències de 80/100 places amb habitacions dobles i una ampla gamma de serveis socio-sanitaris destinats a persones en situació de dependència. No obstant, si mirem enrere sobre els centres residencials per a persones grans, podem apreciar un evolució des dels primers asils, amb un marcat caràcter benèfic-assistencial, passant per uns centres de clara inspiració hospitalària on els aspectes tècnics ocupaven l'eix central.

Tot i aquesta evolució/millora, no podem dir que les residències en general sigui un destí desitjable: la major part de les persones usuàries no desitgen ingressar en elles i les consideren com una última opció un cop s'esgoten, no es troben o fallen la resta

d'alternatives. No obstant, son d'absoluta necessitat del recurs residencial per una part de les persones en situació de dependència.

Existeixen un bon número de treballs d'investigació que (iniciats per Eving Goffman) han analitzat els **efectes negatius** que produeix la vida en les institucions a les persones que viuen en elles; tres de les mes importants son:

- La **pèrdua del control** sobre la pròpia vida que provoca el funcionament quotidià dels centres al produir-se una dràstica disminució d'oportunitats per realitzar la multitud d'eleccions que afecten el dia a dia des del moment d'aixecar-se, passant per la higiene personal i de la pròpia imatge, el desenvolupament d'activitats, menjar, fins al moment d'anar a dormir.
- Una **progressiva despersonalització** i la consegüent pèrdua d'autoestima que es va produït a mesura que les persones es van acostumant a una vida subjecte a normes, uniforme, sense significat per a ells i allunyada del seu estil de vida anterior.
- La **restricció de les interaccions socials** que se sol produir quan les persones viuen en residències amb la consegüent debilitació de la xarxa de relacions de la persona. Això afecta molt negativament en la qualitat de vida, ja que com demostra l'evidència científica, l'afectivitat i la vinculació emocional amb el seu entorn pròxim son factors determinants de benestar tant per les persones joves amb discapacitat com per les persones grans.

En països com, Holanda, Suècia, Dinamarca, o Regne Unit, entre d'altres; es ve treballant des dels anys 80 i 90 per un canvi en la tipologia de centres i de l'atenció, de manera que aquesta està molt mes centrada en les preferències de les persones i en el respecte a la seva intimitat i drets individuals. Aquesta tendència ha començat a interessar i a seguir-se també en Espanya.

El propòsit dels nous models es aconseguir que els allotjaments es dissenyin o organitzin de tal manera que les persones que visquin en ells puguin percebre'ls com la seva pròpia casa. Per aconseguir això no es tracta nomes de la personalització de les cures, requereix de dinàmiques que estimulin i fomentin la sensació de control del medi i de les activitats de la vida quotidiana, de la intervenció en els espais i de la generació d'espais que aportin benestar, facilitin la independència i possibilitin les relacions socials, lúdiques i afectives tant dintre com fora dels centres. Es tracta d'un procés de canvi que ve motivat pel desig de les persones de seguir mantenint el control del seu

entorn i de la profunda vinculació que mantenen a casa, al barri, poble o ciutat. Per evitar la sensació de desarrelament i abandó d'allò propi, la clau està en que les residències es planifiquin combinant el concepte "habitatge propi" amb els de "cures, atenció i suport per la independència i la autonomia".

Amb aquesta idea es tracta d'ampliar el concepte de **Housing**, per a que resulti vàlid tant per les persones que viuen a casa seva com per les que ho fan en un centre residencial o altre tipus d'allotjament en els que hi hagi una garantia en relació a les cures que es precisin. De la necessitat i el desig de les persones de continuar vivint a casa seu i actius en el seu entorn, i així garantir el manteniment del control sobre les seves vides i la presa de decisions, sorgeix el concepte de **housing**. Per això, el perfeccionament de l'atenció domiciliària (socio sanitària quan sigui necessari), el desenvolupament de serveis de proximitat, de suport a la família, actuacions en el domicili per millorar l'accessibilitat, la utilització de serveis de suport i de les tecnologies, la teleassistència avançada i actuacions per a evitar situacions d'aïllament i millorar la inclusió en l'entorn són estratègies necessàries que haurien de desenvolupar-se en major mesura (Rodríguez i cols, 2011).

### **No obstant, totes aquestes propostes són sostenibles al llarg del temps?**

S'han de conèixer els costos econòmics que signifiquen per la societat i per la ciutadania. En aquest sentit, hi ha evidència científica suficient que demostra que l'atenció basada en el domicili i en l'entorn eviten institucionalitzacions innecessàries, milloren el benestar i la qualitat de vida de les persones i, a més a més són cost-eficients (Watts, 1998; Patmore, 2002; Lakin i cols 2005; Nolan i cols 2006; Mansell i cols, 2010; Wieland i cols, 2010). També existeixen estudis relacionats amb la eficiència dels productes de suport i les tecnologies basades en les TIC aplicades al domicili (Lansley, 2004; Poveda, 2009). En aquest sentit, també hi ha evidència important que mostra els resultats positius en relació al cost-benefici quan s'opta per l'atenció comunitària, incloent els habitatges amb serveis, al reduir-se els costos assistencials en residències i en consum sanitari (Beadle-Brown i Kozma, 2007; Chappell i cols, 2004; Felce i Emerson, 2008; Grabowski, 2006).

### **Tipologia d'allotjament**

Hi ha moltes modalitats d'allotjaments que funcionen en diversos països, per exemple:

- **Apartaments amb serveis i suport** a la carta per persones grans o persones amb discapacitat.
- **Apartaments multigeneracionals**, destinats a joves, famílies, persones amb discapacitat i persones grans amb necessitats de suport.
- **Habitatge tutelat per una entitat** que es l'encarregada de donar els suports necessaris per la bona convivència i per organitzar el sistema d'atenció.
- **Habitatges autogestionades per les pròpies persones** que viuen en elles (co-housing), experiència que consisteix en que es el propi grup el que pren les decisions: des del lloc on construir els habitatges, la mida, els espais comuns destinats a la cuina, sala d'activitats, passant per les activitats que es faran i la cerca de suport que es requeriran.
- **Habitatges autogestionats amb suport tècnic**. Es una evolució de la modalitat anterior, que ofereix a Espanya la Associació Jubilares, que tracta de garantir, mitjançant l'acompanyament tècnic al llarg del procés, un itinerari ràpid i lliure d'errors en la presa de decisions. Amb aquesta proposta es tracta d'evitar que s'originin problemes en el procés de disseny arquitectònic i durant la construcció, i es garanteix un suport psicosocial per evitar o resoldre conflictes de convivència, problemes jurídics, etc. Així com la gestió de suport i serveis a mesura que es produeixen les necessitats, dintre del models AICP.
- **Unitats de convivència**, model llar, que solen estar integrades en edificis residencials per a persones grans. Es tracta d'una modalitat d'allotjaments, amb resultats molt positius en persones amb demència. Aquestes unitats estan formades per grups independents de no mes de 12 persones, essent comú que en l'edifici no existeixi mes de 6 d'aquestes unitats. Estan integrades per espais comuns (cuina, sala d'estar,) i estàncies individuals (habitació) per a cada un dels residents, que estan decorades per les pròpies famílies. Aquest model afavoreix que la vida quotidiana s'organitzi al voltant de les activitats que son les habituals quan es viu en el propi domicili, el que dota de significació i de sentit i, al mateix temps, compleixen una funció terapèutica.
- **Residències tradicionals**, en les que es van introduint canvis relacionats amb qualsevol de les àrees del model d'atenció descrit.

Des de la definició del model AICP s'ha emfatitzat la necessitat de que existeixi una varietat en l'oferta per a que les persones puguin decidir per si mateixes el tipus

d'allotjament en el que desitgen o prefereixen viure. Per tant, no existeix una modalitat d'allotjament que pugui identificar-se com "la ideal" i que resulti vàlida per a totes les persones. No obstant, el que hauria de tenir en comú sigui el tipus d'allotjament que sigui, es el trasllat des del propi domicili a una residència, apartament o habitatge amb serveis, no resulti, com sol passar en l'actualitat, un desarrelament i ruptura total de l'estil de vida anterior; sinó que es treballi inclús abans de que s'abandoni el domicili, per a que les persones puguin seguir percebent que mantenen el control sobre el seu projecte vital.

## MODEL HOUSING

El concepte *housing*<sup>39</sup> en el sentit més ampli, s'ha desenvolupat de manera fonamental en l'àmbit del Regne Unit, especialment a Anglaterra, on, de manera tradicional s'ha anat apostant per una oferta generalitzada d'habitatges tutelats (*sheltered housing*) per a persones grans.

En els seus inicis aquests tipus d'habitatges tutelades varen ser pensades i dissenyades només per les persones que no tenien necessitat de cures i, per tant, no disposaven de condicions suficients per a viure quan es necessiti suport especial (per exemple, criteris d'accessibilitat). Al llarg del temps, aquesta problemàtica ha originat la planificació de les vivendes per tota la vida, partint dels interessos i desitjos de les persones grans, que aspiraven a tenir una vivenda integrada en la comunitat i capaç de ser habitada també quan es precisin cures de llarga durada. És per aquestes raons per les que, al llarg del temps, s'ha desenvolupat investigacions que han donat origen a una nova planificació d'habitatge. En aquest context sorgeix el **housing**.

Tal i com senyala Croucher i cols (2008), existeix una varietat de denominacions per a referir-se als diferents tipus d'intervencions i d'habitatge que, sota el concepte *housing*, han sigut dissenyats per persones grans en situació de dependència o fragilitat, tals com: "supported housing", "integrated care", "extra care housing", "close care", "flexi-care", "assisted living", "retirement village", "retirement community" i "continuing care retirement community", etc. La diversitat terminològica existent s'explica perquè les iniciatives de solucions innovadores han partit dels diferents proveïdors, dels diversos departaments locals en matèria d'habitatge i d'atenció social i d'altres organitzacions

---

<sup>39</sup>Veure: Rodríguez, P: "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir". Fundación *Pilares para la autonomía personal* (Octubre, 2011)

relacionades, que han tractat d'oferir solucions a la demanda de les pròpies persones grans, i, també, a la dels sistemes de salut i de serveis socials per reduir la necessitat de finançar més places en residències convencionals, les quals resulten ser molt poc atractives per als seus destinataris.

Diferents autors han anat fent propostes dels serveis mínims que han d'oferir-se pel que fa als habitatges per a persones grans. Entre ells, Baker (2002) proposa el següent:

- Allotjament accessible
- Equips professionals i personals per a l'atenció directa, disponible 24 hores.
- Catering i altres serveis de proximitat
- Activitats socials i espirituals
- Suport per a la interacció social
- Treballar amb planificacions i avaluacions personalitzades.

A part dels elements descriptius del tipus d'equipaments a dissenyar i de les modalitats de serveis a prestar en ells, altres autors, com Riseborough i Fletcher (2003) van més enllà en la definició del model d'atenció que ha de ser en els habitatges amb suport i cures per les persones grans. Es tracta d'oferir un plus que les diferenciï de la majoria de l'oferta en la que el focus de l'atenció es posa exclusivament en la qualitat assistencial. Es refereix a un conjunt de cinc elements necessaris per aconseguir promoure una *major qualitat de vida de les persones i no només la qualitat de l'atenció*. Aquests principis s'agrupen en quatre àmbits:

1. Els principis rectors d'aquesta proposta són **autonomia, independència i inclusió social**. El principi d'autonomia s'aconsegueix aplicant el model ACP i mitjançant el respecte als drets per a que les persones puguin seguir controlant la seva vida quotidiana. El principi d'independència es porta a terme mitjançant l'oferta de programes i serveis de prevenció i rehabilitació. I, per a aconseguir, el principi d'inclusió social, ha d'afavorir el manteniment de contactes amb el veïnat i amb els recursos comunitaris.
2. En quan al disseny, es considera crucial en aquest model **la personalització** dels espais d'habitatge, així com l'existència de llocs comuns per la relació social. La preservació de conceptes com la garantia de la privacitat i intimitat.
3. El model d'atenció que es proposa es la **qualitat de vida i la garantia del respecte** per les preferències de les persones, el que obliga a la flexibilitat dels suports

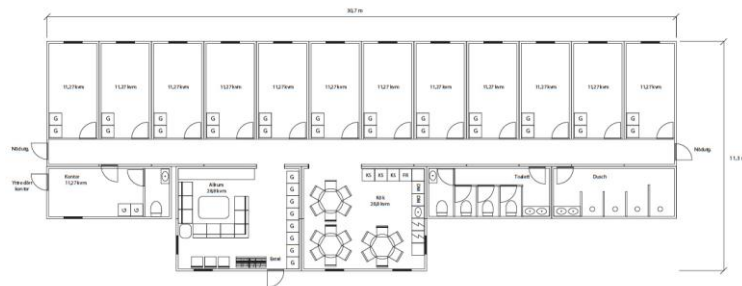


requerits que han de partir del reconeixement de les capacitats preservades, fugint del model basat en el dèficit. Es tracta de passar del “fer per a “ al “ fer amb” la persona resident.

4. Finalment, es planteja com necessària la **avaluació personalitzada i permanent** de cada cas, per oferir suport ajustat a les necessitats canviants dels processos de dependència.

El desenvolupament d'aquests avenços conceptuals i de decisions polítiques tenen com clar precedent la política d'habitatge dels **països nòrdics**, especialment de Suècia i Dinamarca, països en els que està totalment generalitzat i extens el model d'allotjament amb serveis per a persones que requereixen suport per la seva situació de dependència. A **Suècia**, aquesta evolució va començar en la dècada dels anys 60, quan es va iniciar la diversificació de l'oferta en diferents tipus d'habitatges amb suport, dintre del programa nacional “del milió d'habitatges”.

En l'actualitat, el model predominant per persones en situació de dependència son les anomenades “**Habitatges en Grup**” (*Grupboende*), que es componen d'un màxim de 10 a 12 apartaments d'uns 30m cada un, que es distribueixen al voltant d'unes estàncies comunes per la convivència en les que s'ubiquen una cuina comunicada amb la sala d'estar i una terrassa i/o jardí d'us comú. La característica essencial d'aquest disseny consisteix en oferir uns equipaments en els que es pugui garantir atenció durant les 24 hores del dia però en allotjaments normalitzats que s'assemblin el mes possible a una autèntica llar.



El principal objectiu es que les persones que viuen en elles, incloses les que tenen grans necessitats assistencials, puguin seguir percebent una quotidianitat que tingui significat i sentit per a elles: col·laborar en la realització d'activitats, com preparar el berenar, fer la llista de la compra, doblegar la roba, etc. La realització d'aquestes activitats s'entén com activitats terapèutiques (psicoestimulació, orientació a la realitat, reminiscències,

exercicis de memòria) i son desenvolupades amb el suport del personal d'atenció directa i la supervisió d'un equip professional extern.



El disseny dels habitatges permet amb facilitat l'orientació i la convivència, per també garanteix la privacitat en un entorn reconegut i casolà per la persona: la seva vivenda decorada segons el seu gust i amb els seus objectes preferits. En aquesta modalitat d'allotjaments solen estar permesos els animals de companya per al grup de convivència i es valora cada cop més l'existència d'un jardí amb espais per a pensar i descansar.

En el disseny i el model d'atenció en els habitatges amb serveis de **Dinamarca** son molt semblants als de Suècia, i en els dos països gairebé no hi ha residències de tipus institucional, reservant-se les existents per l'atenció socio sanitària complexa. El govern danès va iniciar una investigació amb el títol “ Benestar subjectiu i tipologia d'habitatge”. Les conclusions que es desprenen d'aquests estudi, destaca que, encara que sigui més idoni el model d'habitatge amb serveis que està totalment generalitzat en aquest país (apartaments o habitatges en grup), s'ha de profunditzar més en la dimensió essencial per al benestar de les persones que es la percepció subjectiva de “sentir que viuen en la seva llar i que son ben atesos”. Per avançar en el futur, es senyalen algunes àrees de millora com: ubicació de les vivendes en entorns comunitaris coneguts per la persona, resoldre la ubicació de les persones amb demència avançada, equilibrar millor els conceptes intimitat/relació social, avançar en la flexibilitat de les intervencions per a adaptar-se als processos i a la avaluació de cada persona, disposar d'un jardí o espai exterior agradable per a passejar o descansar.



En altres **països europeus**, com **Alemanya, Holanda o França** també s'està experimentant una evolució cap a models d'habitatge normalitzats en les que viuen petits grups de persones,

sobre tot per aquells que presenten deteriorament cognitiu o demència. Son els anomenats “**Small Scale Living Units**” a Holanda, o els “**Cantou**” francesos.<sup>40</sup>

Desenvolupaments semblants als descrits poden trobar-se també a Austràlia, Canadà i Estats Units. En **EE.UU** una part d’aquest tipus d’allotjaments son coneguts com “**Green House Model**” .

En definitiva, la tendència en l’àmbit internacional indica una evolució en els models d’allotjament que constitueixen una clara alternativa a la residència de tipus institucional, guanyant força aquelles que posen l’èmfasi en caracteritzar-los com l’habitatge propi i en la preservació de l’autonomia personal. Comparteixen certes característiques amb les residències convencionals en quan a la presentació del serveis: manteniment, espais comuns compartits per la relació i la realització d’activitats, atenció professional garantida i disponible es 24 hores del dia, convivència amb persones de la mateixa generació, ...etc.

Però es diferencien d’elles en el model d’atenció, marcat per la personalització, les activitats quotidianes amb funció terapèutica, la participació familiar i la flexibilitat. En quan al disseny, hi ha forces diferències que s’han de considerar, com l’aconseguitment d’un ambient casolà, la decoració personal en l’habitació i l’equilibri entre la preservació de la intimitat i la oferta de espais comuns de tipus domèstic (cuina- sala d’estar) i altres per a activitats i relacions socials amb la comunitat (gimnàs, cafeteria, botigues, etc).

## 8.4 TAULES I GRÀFICS

**TAULA 1. Mapa de relacions socials**

EXEMPLE	
Mapa de relacions socials de “usuari”, que assisteix a un centre de dia	
Família	Amics
María, filla*	Carmen, amiga*
Isabel, neta*	Roser, veïna
Josep, fill	
Pau, gendre	
Centre	Professionals comunitat
Raquel, professional de referència*	Sara, infermera centre salut
Lluïsa, treballadora social	
Miquel, company del centre de dia	

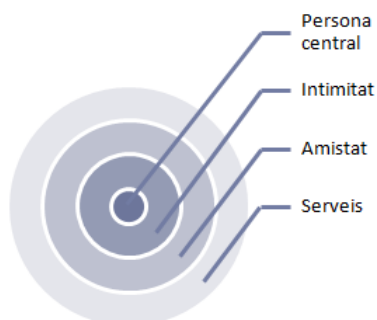
<sup>40</sup> Font imatge: Google. “Small Scale Living Units” a Holanda.

---

\* confiança màxima

Bona relació, confiança bàsica

### Gràfic 1. Els cercles de suport o relacionals



### TAULA 2 . Mapa d'activitats de la residència/centre i participació

EXEMPLE	
Mapa d'activitats de la residència/centre i participació	
<b>Jocs de taula (cartes, dominó)</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Conferències</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Estimulació memòria</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Gimnàstica</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Tertúlies</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Activitats música i cant</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sortides fora del centre</b>	Participo habitualment <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M'agrada/ agradaria participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Altres</b>	

---

**TAULA 3. Full de ruta personal**

---

EXEMPLE

**Full de ruta de “usuari”**

<b>Àrea: Salut física/ funcional</b>
Fortaleses: Que reforçar/millorar: Idees de com aconseguir-ho:
<b>Àrea: Cognitiva</b>
Fortaleses: Que reforçar/millorar: Idees de com aconseguir-ho:
<b>Àrea: Emocional</b>
Fortaleses: Que reforçar/millorar: Idees de com aconseguir-ho:
<b>Àrea: Relacions socials</b>
Fortaleses: Que reforçar/millorar: Idees de com aconseguir-ho:
<b>Àrea. Aficions, interessos, ocupacions</b>
Fortaleses: Que reforçar/millorar: Idees de com aconseguir-ho:

**TAULA 4. Exemple d'un document per recollir el Pla d'Atenció i Vida**

---

Exemple d'un document per recollir el Pla d'Atenció i Vida

<p><b>1. VALORACIÓ INDIVIDUAL</b></p> <p>1.1. Independència/Dependència</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Salut:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Diagnòstics</li><li>○ Salut percebuda</li><li>○ Principals objectius en la intervenció</li></ul></li><li>• Nivell funcional:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nivells deficitaris o limitacions</li><li>○ Competències preservades i fortalezes</li><li>○ Principals objectius en la intervenció</li></ul></li></ul> <p>1.2 Autonomia/ heteronomia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dimensió cognitiva:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nivells deficitaris o limitacions</li><li>○ Competències preservades i fortalezes</li></ul></li></ul>
---

- Principals objectius en la intervenció
- Dimensió emocional
  - Dificultats emocionals
  - Fortaleses
  - Principals objectius en la intervenció
- Competència per a la presa de decisions en els assumptes del centre
  - Acceptació PPA
  - Elecció davant conflictes
  - Eleccions simples en la vida quotidiana del centre
  - Altres

#### 1.3 Relació social

- Xarxa social de suport existent
- Tipus de suport (emocional/instrumental)
- Dificultats en les relacions socials
- Fortaleses en les relacions socials
- Principals objectius en la intervenció

#### 1.4 Interessos ocupacionals de la persona

- Relacionades amb la història laboral
- Relacionades amb aficions i oci
- Principals objectius en la intervenció

#### 1.5 Gestió de la seva vida quotidiana: desitjos i preferències

- Relacionades amb el centre i organització d'atenció
- Relacionades amb la seva vida quotidiana en el domicili i altres contextos
- Principals objectius de la intervenció

## 2. PROPOSTA D'ATENCIÓ EN EL CENTRE

### 2.1 La gestió de la vida quotidiana en el centre:

- Activitats i serveis en el propi centre:
  - Pautes i suport requerits
  - Tècniques i instruments d'atenció personalitzada en les intervencions
  - Intervenció ambiental (eliminació de barreres, mesures ambientals, ajudes tècniques...)
- Rutines o activitats que necessiten suport en altres espais quotidians externs al centre dintre de l'horari d'atenció

### 2.2 La gestió de la vida quotidiana en el domicili ( si el recurs no es residencial)

- Pautes per al suport i entrenament en cada AVD (Bàsiques i Instrumentals)
- Orientació respecte a la realització d'activitats d'estimulació o ocupació del temps lliure
- Orientació respecte a la intervenció ambiental (eliminació de barreres, mesures ambientals, ajudes tècniques...)
- Altres pautes (alteracions comportamentals, dificultats comunicació...)

### 2.3 Intervencions dirigides al grup familiar

### 2.4 Professionals de referència

### 2.5 Forma de seguiment i periodicitat de les revisions

### 2.6 Consentiment informat del PPA finalment proposat

## 3. RVEISIONS I SEGUIMENTS

## TAULA 5. Exemple d'un grup social de suport

---

### EXEMPLE

---

Maria va al centre de dia des de fa anys . Té una demència de grau moderat però tot i així va a les reunions on es tracta tot el relacionat amb el seu pla d'atenció i vida .

Per a això es va proposar formar un grup de suport i consens que l'ajudés en les decisions relacionades amb la seva atenció . El grup fix el constitueix Mario , gerocultor i professional de referència , la seva filla Antonia i el seu nét Nicolau estudiant d' infermeria . En ocasions va també la treballadora social del centre o algun altre professional. Tenen molt clar que les decisions senzilles del dia a dia les pren Maria i és ella qui tria en quines activitats vol participar . El grup de suport l'ajuda a adonar-se del que encara és capaç de fer , proposa idees per traslladar casa , proporciona informació que Maria no recorda i l'anima constantment .

Es reuneixen un cop al trimestre . L'any passat que Maria va tenir una etapa amb més apatia van tenir alguna reunió extraordinària .

---