



alimara

COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

NÚMERO

63

Juliol 2021

 IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



Innovació i Metodologia en Afers Socials

El model de l'atenció integral centrada en la persona en dependència i altres experiències innovadores

Edita:
Consell de Mallorca
Departament de Drets Socials

Col·laboració:
Universitat de les Illes Balears (UIB)

Equip editor:
Servei de Planificació i
Documentació

Portada:
Fotografia d'Apol·lònia Binimelis

Edició electrònica:
www.revistaalimara.net

ISSN:
2659-5273

Adreça:
General Riera, 67. 07010 Palma
Tel. 971 760 762

Número 63
Juliol 2021

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió de les persones que els redacten.



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

Índex

ATENCIÓ A LES CONDUCTES ADDICTIVES

- 4** *Intervenció psicològica en trauma i conductes addictives des de l'UCA. Abraça els teus dimonis: un cas clínic de trauma i conducta addictiva*
Marga Llambías Llansó i Albert Moratinos Jaume

ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

- 23** *Aproximació al model d'atenció integral de la persona (AICP)*
Apol·lònia Binimelis
- 40** *Anàlisi del Programa de Servei d'Atenció Integral a Domicili segons la implementació del model d'atenció integral i centrat en la persona*
Laura Pioletti
- 62** *Experiències innovadores. Projecte Biografies: històries de vida.*
Entrevista a Francesca Vadell Cubells, directora de Biografies: històries de vida
María José de Prada Llosá

LA COOPERACIÓ I LA DINAMITZACIÓ SOCIAL

- 69** *El voluntariat en l'àmbit sociosanitari: un apropament a la realitat que troben les persones voluntàries*
Ana J. Cañas-Lerma



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

Atenció a les conductes addictives

Intervenció psicològica en trauma i conductes addictives des de l'UCA. Abraça els teus dimonis: un cas clínic de trauma i conducta addictiva

Marga Llambías Llansó

UCA Calvià/Migjorn

Albert Moratinos Jaume

Secció d'Atenció a les Drogodependències
Direcció Insular d'Inclusió Social - IMAS

 **IMAS**
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



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

Resum

En aquest article tractarem d'exposar una proposta d'intervenció psicològica des d'una unitat de conductes addictives (UCA) a partir de la presentació d'un cas clínic que presenta conducta addictiva amb presència de trauma. D'aquesta manera, la nostra intervenció va orientada a l'exposició gradual de l'experiència traumàtica perquè es pugui integrar en la història de vida. Partim de la hipòtesi que la fòbia al record va perpetuar la por a aquesta exposició i que les conductes d'evitació (les conductes addictives) van ser utilitzades per a regular aquest malestar i sofriment; de vegades es fan servir com a formes de connectar amb emocions que van quedar en la nostra memòria implícita i/o per cercar emocions plaents. Un cop entenguem quina funció compleix l'addicció, podrem plantejar el full de ruta a seguir.

L'article s'estructura en dues parts diferenciades: una primera on s'expliquen de manera breu els conceptes teòrics bàsics relacionats amb trauma, aferrament i dissociació; una segona, centrada en la proposta i resolució d'un cas clínic.

Paraules clau

Tractament de drogodependències, conductes addictives, processos relacionals, procés terapèutic.

1. Introducció

Des dels models basats en trauma, aferrament i dissociació, s'entén la conducta addictiva com una forma de regulació emocional que impedeix la integració dels esdeveniments traumàtics. L'objectiu és treballar des del trauma del pacient per a evitar que tornin a passar. Des de l'aferrament, treballarem, per una banda, per a entendre l'origen del seu aprenentatge a cuidar-se i com influeix el seu estil d'afecció en la teràpia, i, per l'altra, explorarem simptomatologia dissociativa que ens indica la gravetat de la situació i marca el ritme d'intervenció.

2. El trauma

2.1. Definició de trauma

Segons Pierre Janet (1919), el trauma «és el resultat de l'exposició a un esdeveniment estressant inevitable que sobrepassa els mecanismes d'afrontament de la persona. El terror es converteix en fòbia en el record que impedeix la integració (síntesi) de l'esdeveniment traumàtic, fragmenta els records traumàtics, els aparta de la consciència ordinària i els deixa organitzats en percepcions visuals, preocupacions somàtiques i reaccions conductuals».

D'aquesta definició extreim tres conceptes fonamentals:

1. Perquè un esdeveniment sigui traumàtic ha de ser inevitable, ja que si la persona ho pot evitar, deixaria de ser traumàtic.
2. L'esdeveniment traumàtic és subjectiu. L'esdeveniment traumàtic sobrepassa els mecanismes tant interns com externs que té la persona per afrontar aquesta situació.
3. Sabem que els records d'esdeveniments passats ens evoquen reaccions emocionals molt similars a les que va provocar el succés en si mateix (Purdon, 1999). La fòbia al record impedeix que s'integri el trauma i, com bé sabem, una de les conductes d'evitació més efectives són les conductes addictives. La lluita per a no pensar fa que aquests records apareguin en forma de records recurrents (*flashbacks*, *malsons* ...) que provoquen una gran activació fisiològica.

2.2. Tipus de trauma

Per poder realitzar una bona història clínica, hem de saber on posar el focus d'atenció. A continuació, explicarem breument quins tipus de trauma podem trobar:

- Trauma simple. Fa referència a un trauma aïllat.
- Trauma complex (Herman, 1992). D'inici a edat primerenca, crònic, interpersonal, el que implica traïció i normalment va associat a símptomes dissociatius que indiquen gravetat. Inclou l'abús sexual, físic i emocional en nins i nines, negligència, ser testimoni de violència domèstica, entre d'altres. Partim de la hipòtesi que els esdeveniments de trauma complex afecten l'autoregulació, la qual cosa dona com a resultat problemes en la regulació dels afectes, conductes, impulsos, atenció i consciència així com problemes interpersonals i d'identitat (Cook et al., 2003; Jarero, 2007).

- Trauma d'afecció. Té a veure amb la falta de disponibilitat o ressonància emocional del cuidador primari. Se l'anomena també «trauma ocult», ja que és el més difícil d'identificar pel pacient. Té a veure amb l'abandonament, humiliacions, crítiques recurrents i la incapacitat del cuidador en modular els estats afectius de la persona menor d'edat.

Shapiro (2001), citat per Marín et al. (2016), diferencia dos tipus de trauma. Per una banda, parla dels anomenats traumes tipus «T» els descriu com aquelles situacions en què l'organisme es troba o ha estat en una situació de perill de mort; serien el que comunament coneixem com trauma, causant en la major part de les persones un TEPT. Per altra banda, el trauma tipus «t» representaria totes aquelles experiències no amenaçadores de mort, però que per la seva condició de cronicitat podrien arribar a produir en la persona un trauma tipus «T» (per exemple, traumes de tipus assetjament escolar o laboral).

3. Prevalença del trauma en conductes addictives

S'estima que la presència d'experiències traumàtiques entre els pacients amb trastorn per abús de substàncies i/o conductes addictives és alta, tant per experiències traumàtiques viscudes en la infància com per l'alta probabilitat de patir aquests esdeveniments traumàtics al llarg de la seva vida (pèrdues de parella, familiars, laborals, accidents, malalties, etc.). Alguns autors han suggerit que l'evidència empírica avala una relació funcional entre el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) i el trastorn per ús de substàncies (TUS), la qual tindria implicacions clíniques com una major gravetat dels símptomes i pitjors resultats en el tractament quan aquests diagnòstics apareixen junts.

Els estudis indiquen una prevalença que varia entre l'11 % i el 41 % (Harrington & Newman, 2007; Ouimette, Goodwin & Brown 2006; van Dam et al. 2010; Ramirez, A., Medrano, C., Pineda, D., 2018). Aquests estudis utilitzen els criteris diagnòstics de TEPT, però falten estudis que incloguin el TEPT Complex (CIE-11) o trauma d'afecció.

4. Conseqüències del trauma: idees clau per a la intervenció

El cos segueix defensant d'una amenaça que pertany al passat

Bessel van der Kolk, 1991

Entendre les conseqüències del trauma ens ajudarà a comprendre aspectes fonamentals a l'hora de planificar la nostra intervenció en conducta addictiva associada a presència d'història de trauma (Van Der Kolk, 2020). Entre elles, podem destacar les següents:

- ➔ Moltes experiències traumàtiques es reactiven davant el menor indicati de perill, cosa que provoca que se secretin enormes quantitats d'hormones de l'estrès.

L'adrenalina ajuda en la lluita/fugida, però actua de forma desproporcionada davant de qualsevol estímul i triga a ser eliminada. Si tenim en compte aquesta variable a l'hora d'intervenir amb persones que tinguin un trastorn de conducta addictiva amb història de trauma, ens serà de gran utilitat, ja que el fet d'activar-se davant d'un estímul del present i no entendre què els passa fa que es percebin com a persones «danyades» i amb manca de control. Entendre que la conducta addictiva és efectiva per a regular aquesta activació constitueix el primer pas de la psicoeducació.

- ➔ El cos viu el terror, la impotència i la ràbia així com l'impuls de fugida/lluita sense poder articular-lo.

A les sessions psicoterapèutiques haurem de tenir en compte aquest factor, ja que pot ser que s'hiperactivin o que s'hipoactivin davant de la nostra intervenció. Haurem d'estar molt atents al seu llenguatge no verbal per a mantenir la persona dins de la seva finestra de tolerància.

- ➔ Senten buit i avorriment quan no estan enfadats, sota coacció o duent a terme activitats perilloses.

Les seves emocions són viscudes intensament, estan acostumats a alts nivells d'estat d'alerta (*arousal*). Quan deixen la conducta addictiva, aquests sentiments de buit i avorriment poden provocar situacions de risc davant d'una recaiguda.

- ➔ La prevenció per a evitar un succés inesperat obliga la persona a posar-se en alerta (hipervigilància, problemes de concentració, sobresalts, problemes per a dormir, irritabilitat, autodestrucció...).

Aquests símptomes fan que no siguin espontanis, ja que gasten molta energia en eliminar el seu caos intern i sobreviure alhora. Un dels objectius terapèutics a treballar serà, doncs, la diferenciació, perquè el «jo» i «els altres» estan barrejats (barreja de passat i present).

- Durant el flashback, l'àrea de Broca es desactiva (hemisferi esquerre) mentre que l'hemisferi dret reviu l'esdeveniment traumàtic com si succeís en el present, de vegades sense consciència.

L'àrea de Broca és l'àrea del llenguatge. Quan es desactiva, impacta en la nostra capacitat d'organitzar l'experiència en seqüències, ens deixa «sense paraules», i sense seqüenciar no podem identificar causa i efecte ni planificar el nostre futur. De fet, les persones que experimenten aquesta situació solen patir repetidament els mateixos problemes, perquè és com si no aprenguessin de l'experiència.

Aquest tipus de problemes són els més freqüents en persones amb conductes addictives. S'adonen de les conseqüències un cop ja han realitzat la conducta, però seqüenciar causa/efecte abans d'actuar només succeeix en persones més integrades a escala cognitiva i emocional. Per a construir el nostre univers necessitem predir i les conductes addictives, les quals, tot i tenir conseqüències negatives sovint, ens ajuden a predir el nostre futur i tenir una certa sensació de control temporal (Mosquera, 2006).

5. Estil d'aferrament, trauma i relació terapèutica

Des de les teories de l'aferrament i dels estudis en neurobiologia del desenvolupament que analitzen les capacitats d'autoregulació, es demostra que la resiliència de la persona depèn en gran part de les seves experiències primerenques d'aferrament (Mosquera i González, 2011).

Si al nin/a li falla l'afecte i/o la regulació, tendrem un adult que cercarà en els estímuls externs aquesta forma de regular-se que no té. Les addiccions, el perfeccionisme, les autolesions, els trastorns alimentaris, entre d'altres, són, doncs, formes de regulació emocional fruit de la seva necessitat de control.

Quan fallin aquestes estratègies o no siguin suficients davant esdeveniments traumàtics, tendirem a dissociar i/o a deprimir, i convertirem la nostra afecció a desorganitzar, amb possibilitat d'arribar a simptomatologia de TLP¹.

Un altre aspecte a tenir en compte a l'hora d'intervenir en trauma és que les persones amb estil de vincle desorganitzat oscil·len entre «veure al terapeuta com a distant o inaccessible, sentir-se espantat o agredir-lo». Aquest comportament té a veure amb l'estil d'aferrament que va aprendre amb els seus progenitors. La dissociació estaria relacionada amb aquest estil d'aferrament. Una part del nin/a va posar en marxa l'afecció per sobreviure, però alhora una altra part pròpia va posar en marxa mecanismes de fugida/lluita i/o congelació davant del mateix cuidador. A causa

1 Pòster del Congreso Español de EMDR y Neurobiología. Miguel Hernández, 2014.

de la dificultat d'integració en què la mateixa persona que ens estima, ens produeix terror, dissociam per a poder sobreviure. Amb aquest patró d'afecció, tendirien a veure de vegades el cuidador com a desemparat i a ells mateixos com a dolents, mentre que en altres ocasions seria la figura cuidadora l'agressiva i ells els vulnerables (González, 2010).

La relació terapèutica serà clau per a reconstruir l'aferrament segur i desenvolupar una relació interpersonal sana i estable.

6. Patró de regulació emocional i trauma

Conèixer el patró de regulació emocional no saludable com l'autoculpabilització, les autolesions o el consum de forma autodestructiva pot ser un indicador de l'existència de trauma greu.

Altres formes de regulació emocional com la infraregulació, les ruminacions, l'evitació, el control, la distracció, la dissociació (compartimentalització/distanciament) poden ser mecanismes eficaços per a evitar connectar amb esdeveniments traumàtics. Normalment, la persona que utilitzava aquests patrons de regulació, quan deixa la conducta addictiva, torna a utilitzar-los. Els objectius terapèutics seran identificar-los i ajudar la persona a connectar amb l'emoció progressivament de la mateixa manera que hem fet anteriorment amb l'addicció. Per a explorar el seu patró de regulació emocional preguntarem «On vas aprendre a tractar-te així?», ja que, com hem dit anteriorment, de la manera que ens van cuidar, nosaltres ens cuidem. Si vam ser danyats o abandonats, ens danyarem o ens abandonarem en comptes de cuidar-nos. El treball amb l'autocura serà una peça clau en el tractament, però, per a això, hem de ser conscients de per què ho fem.

7. Dissociació i trauma

Segons la teoria de la dissociació estructural de la personalitat (Onno Van Der Hart, Ellert Nijenhuis & Kathy Steele, 2008), la persona es divideix en una part aparentment normal (PA), que necessita seguir amb la seva vida, fixada en seguir endavant; se centra en els sistemes d'acció associats a la vida quotidiana (exploració, afecció i cures) i evita els records traumàtics. I una part emocional (PE) que reviu el que ha passat com si estigués passant una vegada i una altra. Aquesta part està fixada en el sistema de defensa (defensa, sexualitat) o subsistemes d'acció (hipervigilància, fugida, lluita) que es van activar en el moment de la traumatització.

La PA pot tenir intrusions, de vegades en forma de veus externes i altres vegades, amb consciència de ser pensaments en forma d'autocrítiques. No està integrat i pot patir anestèsia emocional, corporal i amnèsia parcial o completa.

La PE està desorientada en el temps, són emocions emmagatzemades i codificades, de vegades sense sentit aparent com hem avançat en la introducció.

El procés terapèutic anirà encaminat a explorar si existeixen aquestes parts, entendre i explicar per què es van formar, la seva funció protectora i integrar-les en la seva història de vida.

8. Objectius de la intervenció psicològica en conductes addictives des del model de trauma

1. Psicoeducació sobre la funció de la conducta addictiva com a forma de regulació emocional davant estímuls del present connectats amb la seva història de trauma.
2. Tenir en compte en sessió quins temes desregulen (hiperactiven/hipoactiven) la persona i mantenir-lo en la seva finestra de tolerància per a integrar la informació.
3. Explorar períodes d'abstinència per esbrinar com es van sentir sense consum i/o conducta addictiva. Identificar situacions de risc com l'avorriment o el buit.
4. Treballar la diferenciació
5. No n'hi ha prou amb posar-li paraules al trauma, el cos ha de saber que ja va passar el perill. Teràpies que vagin del cognitiu a l'emocional, centrant-nos en el cos i viceversa.
6. Utilitzar tècniques de seqüenciació, que ordenin de forma cronològica.
7. Integració de la cognició/sensació/emoció.

9. Cas clínic: «Abraça els teus dimonis»

El pacient és un home de 32 anys que acudeix a una Unitat de Conductes Addictives (UCA) per problemes relacionats amb el consum de cànnabis, derivat per la Unitat de Salut Mental de la seva zona (USM). La seva demanda és reduir el consum i «ser normal».

Des de la primera presa de contacte amb la unitat, es treballa en una relació per a afavorir l'actitud activa en el procés de canvi.



En la fase d'acollida, se li administra l'Europasi1 com a història clínica, per a fer una primera valoració multidimensional. S'hi valoren les àrees mèdica, laboral, legal, addictiva, relacional/familiar i psicològica, i s'obtenen els resultats següents:

- En l'àmbit mèdic, problemes intestinals recurrents; operació de vesícula.
- En l'àmbit laboral, és llicenciat en Belles Arts; fins a la data, mai ha estat sense feina.
- En l'àmbit legal, sense problemes
- Quant al consum/conductes addictives, inicia el consum de cànnabis de manera ocasional als 20 anys; alcohol i cocaïna de forma habitual fins als 23 anys, data en què ho va deixar tot amb suport farmacològic i tancant-se a casa. Als 25 anys, inicia consum recreacional de *speed* i, durant els caps de setmana, d'MDMA, fins als 28 anys. Durant aquest període s'absté de consumir cànnabis. Als 30 anys, reinicia el consum amb la seva actual parella. Al seu torn, s'inicia tractament en USM per problemes relacionats amb sensació d'inutilitat, falta de motivació, ideació suïcida recurrent i fort enuig amb la vida.
- Pel que fa a l'àmbit relacional/familiar, és natural d'un poble rural del sud d'Espanya. A l'inici del tractament, convivia amb la seva parella i una amiga d'aquest, a Mallorca. La seva família d'origen viu en el poble: el seu pare, amb problemes relacionats amb l'alcohol i agressivitat, d'ofici pagès; la seva mare, mestra d'escola (en la seva relació existeix violència intrafamiliar); un germà ja casat amb el qual no té relació i dues germanes amb què manté bona relació.
- Des del punt de vista psicològic, presentava antecedents de depressió feia dos anys amb risc de suïcidi planificat recurrent. Tres intents autolítics anteriors a l'edat de 12, 19 i 26 anys. Diagnosticat per l'USM d'un trastorn de depressió major recidivant greu sense símptomes psicòtics, amb trets de trastorn de personalitat (TP) clúster B.

La intervenció psicològica s'emmarca dins d'un equip interdisciplinari que consta de metge/a, psicòleg/a, treballador/a social, diplomat/ada en infermeria, auxiliar d'infermeria i auxiliar administratiu/a.

A l'UCA, s'enquadra l'atenció de l'equip interdisciplinari des del model motivacional de Miller i Rollnick (2002), i el model transteòric del canvi de Prochanska i DiClemente (1984). Es comparteix la visió del procés terapèutic com un acompanyament des del respecte, consensuant els objectius terapèutics, de forma voluntària i activa, d'«expert a expert» (Rogers, 2000) i entenent que la motivació va passant per diferents fases en forma d'espiral i la nostra tasca compartida és mobilitzar aquestes etapes de canvi mitjançant diferents eines terapèutiques aquestes etapes de canvi.

L'esperit de l'entrevista motivacional és la col·laboració, la compassió (entesa com a actitud de voler ajudar), l'evocació (cada persona té els seus propis recursos personals) i l'acceptació.

Per tal exposar el cas clínic, d'una manera més didàctica i clara, podem diferencia distintes fases de la intervenció, sempre tenint en compte que en alguns moments algunes fases poden superposar-se (vegeu la figura 1).

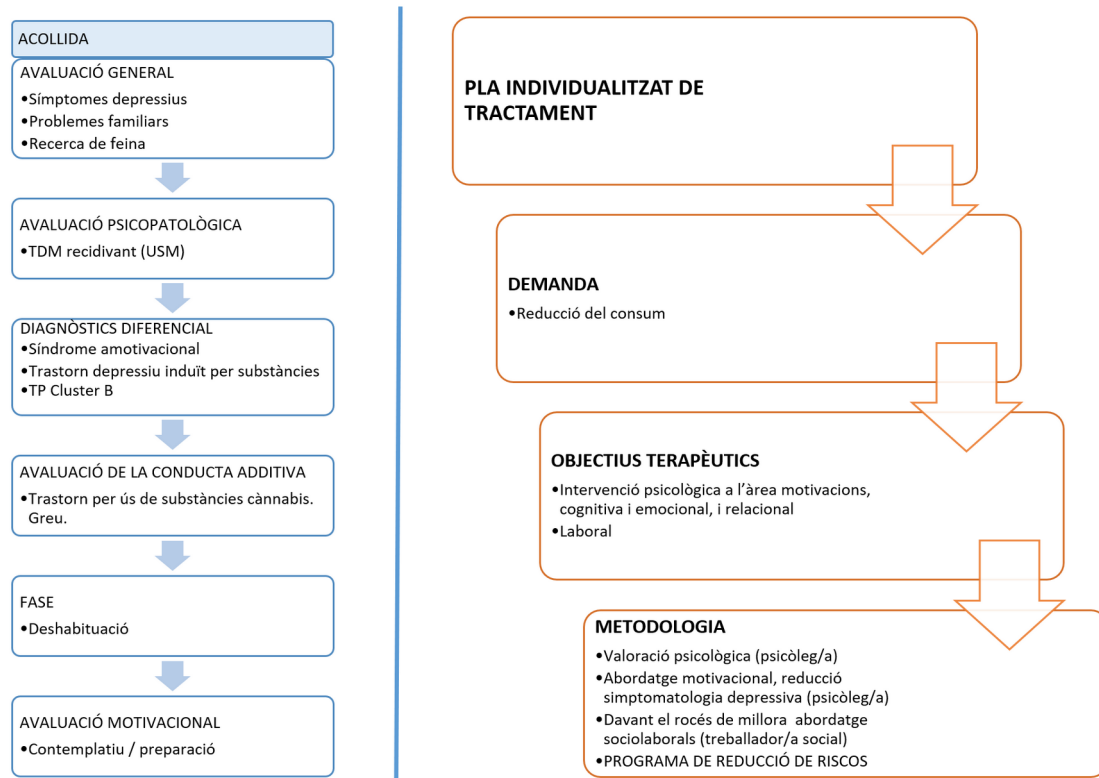


Figura 1. Esquema general de la fase de valoració i del pla individualitzat de tractament

9.1. Fase d'avaluació/diagnòstic: on posam el focus?

Per elaborar la història clínica valorarem:

- la història de la conducta addictiva
- la història del trauma
- la funció de la conducta addictiva
- l'estil d'afecció
- el patró de regulació emocional i d'autocura
- la dissociació

A la primera entrevista cal, partint de la feina de construir una bona aliança terapèutica, entendre cronològicament com ha anat evolucionant la seva història addictiva i connectar-la amb la seva història de trauma. Per a això, podem elaborar una línia de vida, coconstruint amb la persona a mesura que realitzem l'entrevista (vegeu figura 2. Esquema línia de vida). D'aquesta manera, seqüenciarem les seves vivències i explorarem formes de consum: augment de la conducta addictiva, canvis en els hàbits, èpoques d'abstinència, de quina forma va aconseguir els seus objectius, què el va motivar a deixar-ho i molt important, com es va sentir. També revisarem recaigudes, si n'hi va haver i amb què van coincidir (canvis laborals, malaltia d'algun progenitor, trobar-se bé, etc.) i com les van afrontar. Així, entendrem els factors precipitants, explorant-los cap enrere des de dos a quatre anys des del moment de la seva aparició i el manteniment de la conducta addictiva, explorant els factors precipitants actuals i identificant situacions de risc futures.

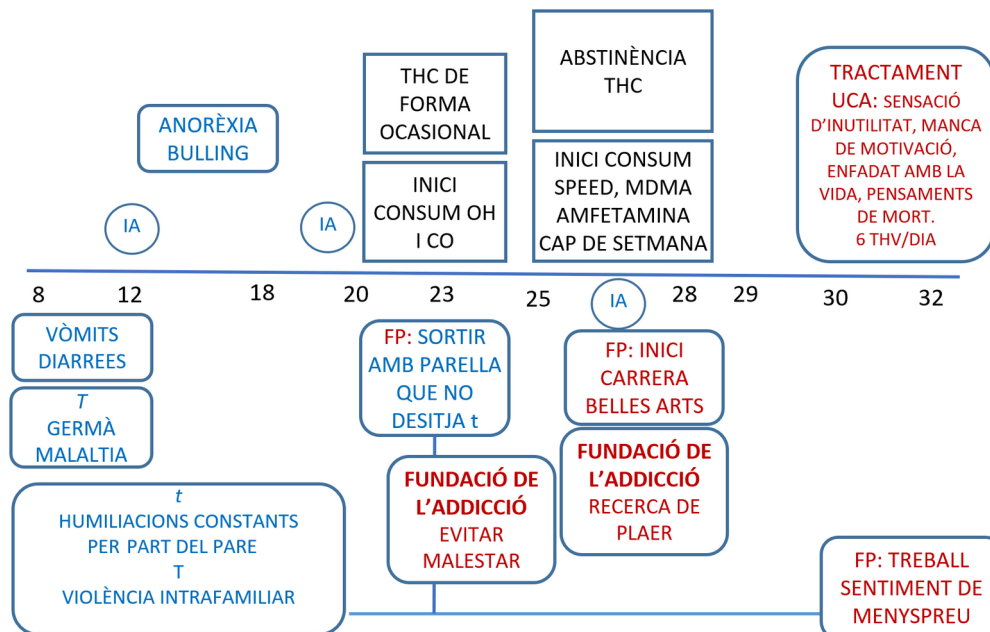


Figura 2: Esquema del contingut de la línia de vida (història de l'addicció connectada amb la història de trauma)

Com podem veure a la imatge, el factor precipitant (FP) «sortir amb una parella que no desitja (t)» coincideix amb l'inici de consum de TCH, OH i CO, i la funció de la conducta addictiva és la d'evitar el malestar. Després d'un període d'abstinència en què necessita medicació i el seu mecanisme d'afrontament és tancar-se a casa, inicia el consum de *speed* i d'MDMA, de manera recreacional, coincidint amb l'inici de la carrera. Aquí la funció és la de recerca de plaer. Desapareix la conducta addictiva un cop finalitza els seus estudis. L'augment de consum de

cànnabis coincideix amb el sentiment de menyspreu que sent de part del seu cap (figura d'autoritat), que li connecta de forma inconscient amb les humiliacions, menyspreus i crítiques exercits pel seu pare durant tota la seva infància: «No vals per res, ets un inútil».

Si explorem els anys anteriors a l'inici de la conducta addictiva, als 12 i als 19 hi ha dos intents autolítics, assetjament a l'escola i símptomes de trastorn alimentari.

Identificació del trauma. En la seva història de trauma, s'hi identifiquen traumes relacionals com l'assetjament escolar o les humiliacions persistents del seu pare i «T» o traumes en què corre perill la seva vida o la d'un altre, com pensar que el seu germà podria morir per culpa seva o visionar de forma primerenca i constant la violència dins de la llar, entre d'altres.

Dinàmica emocional de la conducta addictiva. Des de la Teoria de l'Estat de Sentiment (FSAP) de Miller entenem la dinàmica emocional de les addiccions com a formes d'evitar una emoció o de cercar emocions. D'aquesta manera aparentment simple, ja que són les dues cares de la mateixa moneda, podem entendre quina funció compleix l'addicció i quina ruta seguirem.

Si el que cerquem és evitar una emoció, per exemple, no sentir la pena, l'objectiu terapèutic serà treballar el trauma que provoca aquesta pena. Lamentablement, en els seus inicis, la conducta addictiva compleix la seva funció reguladora i la persona aconsegueix evitar i distanciar-se de l'emoció, però amb el temps no fan més que augmentar les seves sensacions i la solució es converteix en el problema.

Si el que cerca és una emoció, per exemple «vull sentir-me guanyador», l'objectiu terapèutic serà treballar aquest estat de sentiment. L'estat de sentiment és una cognició, emoció i sensació connectada amb un esdeveniment positiu associat a la conducta addictiva que genera desig de sentir-la, sense adonar-nos que aquella emoció que perseguim ja no tornarà. Amb el temps, el que treballarem és un duel del que va ser i ja no tornarà a ser.

La funció del consum. En el cas que ens ocupa, la funció que compleix el consum de cànnabis és evitar pensar i el malestar de descansar. L'objectiu terapèutic serà treballar allò que no vol pensar: «soc un inútil, no valc» que el connecta amb la seva història de trauma. Per això, realitzarem un pont al passat per identificar quan va ser la primera vegada que es va sentir així. Connectar present amb esdeveniments traumàtics del passat ja és treballar el trauma. No cal que ens expliquin detalls perquè, com hem argumentat anteriorment, el trauma no té paraules. Hem d'estar molt atents a les seves reaccions i no passar la seva finestra de tolerància, ja que si la traspassam es desregulen i deixem d'integrar la informació.

La funció de cerca d'emoció. En aquest cas és buscar la felicitat, repte i sensació.

Estadi de canvi. Per a valorar la fase motivacional en la qual es troba, podem utilitzar el balanç decisional (vegeu la figura 3. Esquema de balanç decisional) a partir del qual triarem els objectius terapèutics de forma consensuada amb la persona.

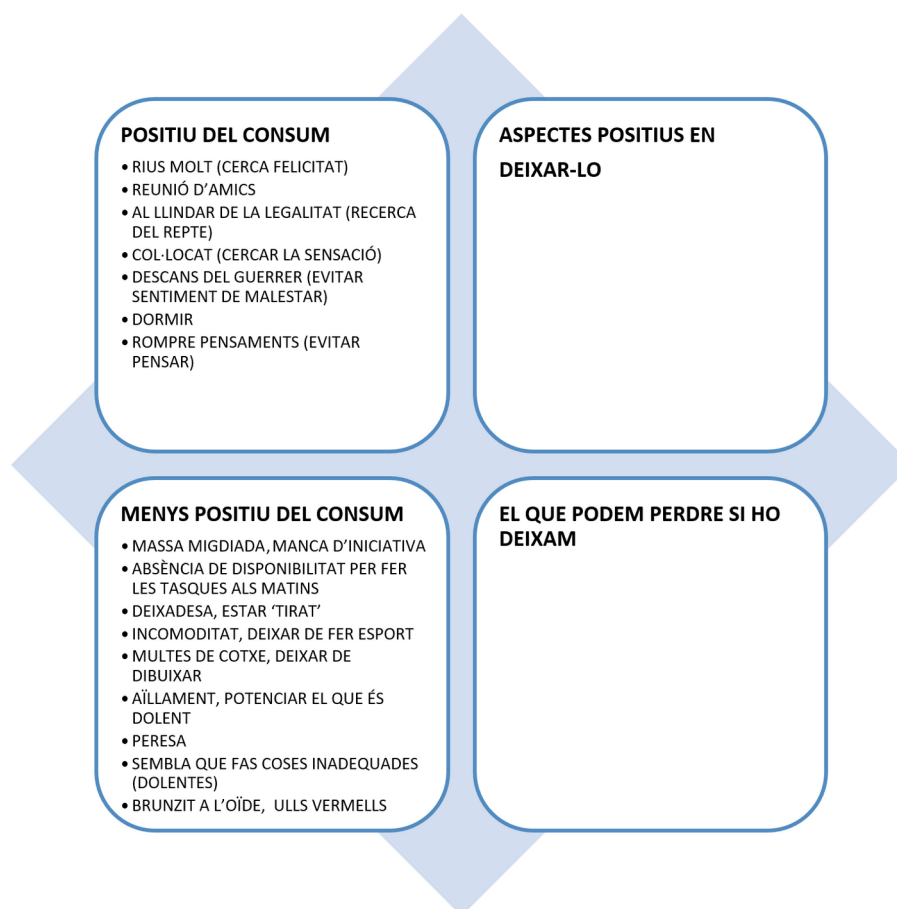


Figura 3: Esquema de balanç decisional

El full de ruta a seguir en la nostra intervenció psicològica serà:

1. Primer objectiu: estabilització.
2. Segon objectiu: trauma relacionat amb evitar una emoció.
3. Tercer objectiu: estat de sentiment.

Identificació estil d'aferrament: desorganitzat

Identificació estil regulació emocional:

PROGENITOR CRÍTIC	«EM CASTIG PER ESTAR MALAMENT»
	«M'EMPIP AMB MI MATEIX PER SENTIR-ME AIXÍ»
	«SOC DOLENT, FEBLE» (COGNICIÓ NEGATIVA)
HUMILIACIONS	«QUAN ESTIC MALAMENT EM FA VERGONYA»
	«SOM INADEQUAT, NO SERVESC» (COGNICIÓ NEGATIVA)

Identificació de la dissociació. En el dibuix que mostrem a continuació, podem veure el món intern del pacient (imatge 1. El món intern). Compartimentats en aquesta forma de simptomatologia dissociativa, apareixen somatitzacions i, de vegades, elements no accessibles.

Podem observar en l'esquema següent, el resum de la nostra avaluació a partir del model transteòric del canvi:

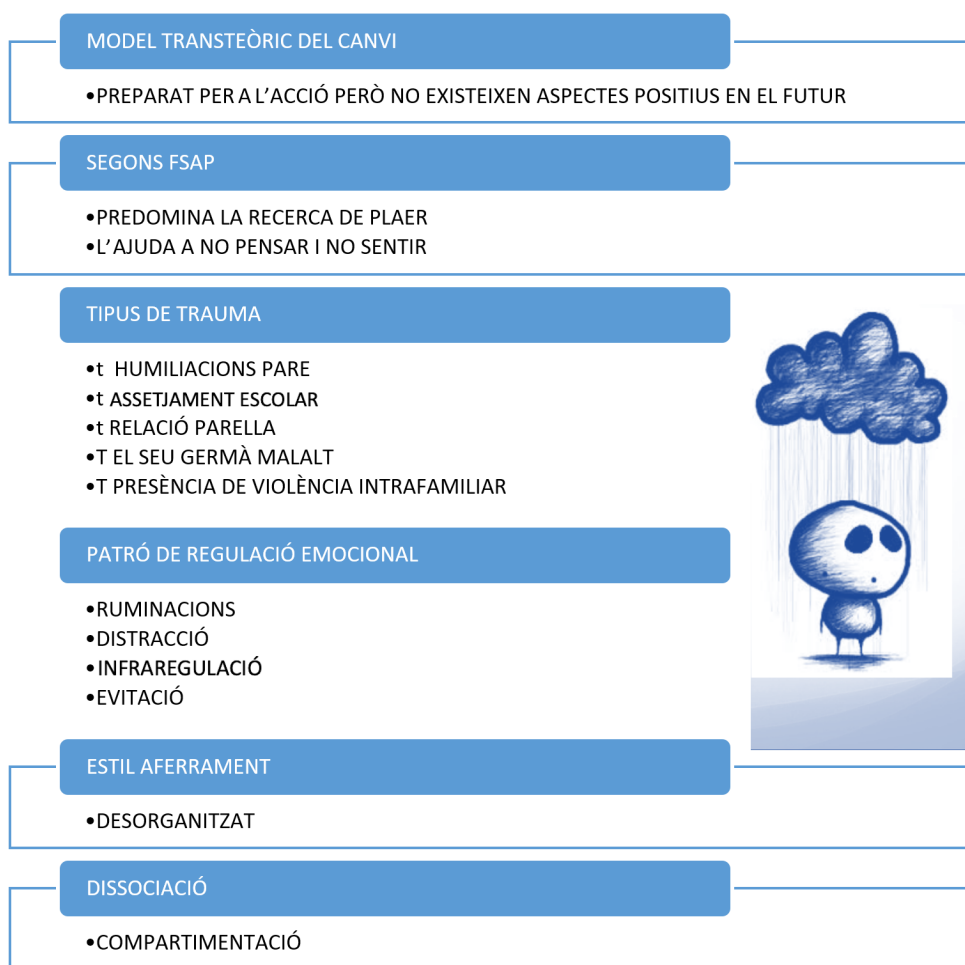


Figura 4: Resum de l'avaluació

A partir de la informació obtinguda, proposam la següent **anàlisi funcional de la conducta addictiva**:

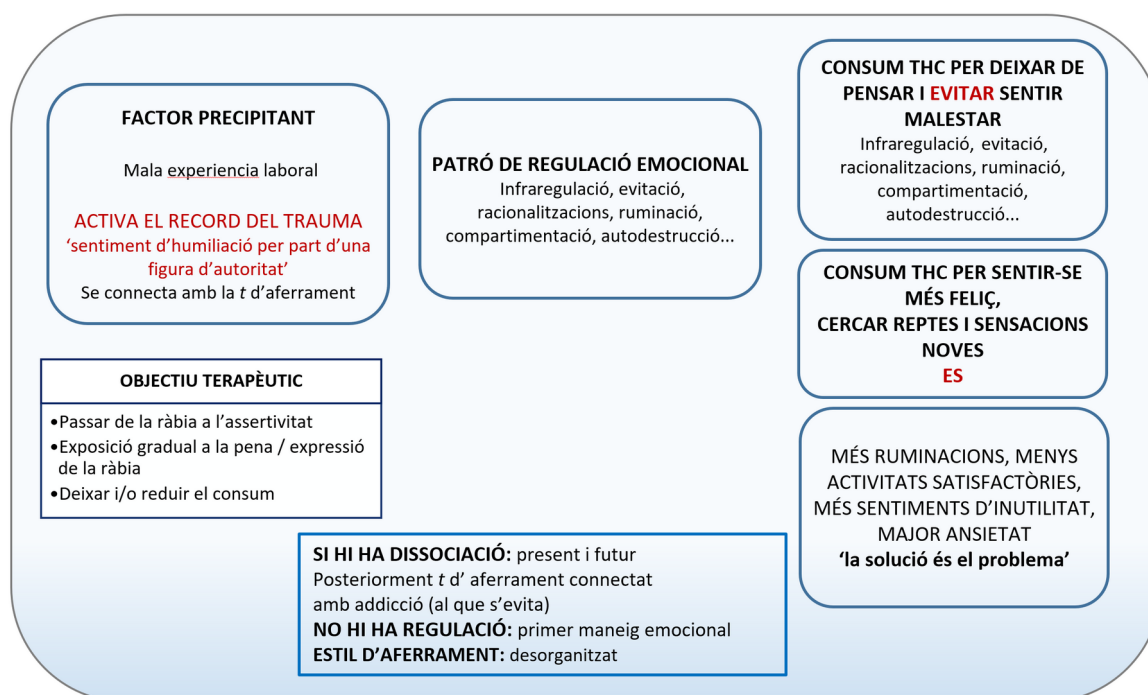


Figura 5: Anàlisi funcional de la conducta addictiva

9.2. La fase d'estabilització

Aquesta fase, encara que aparegui en aquest ordre, es pot realitzar un cop feta l'exploració inicial i durant ella si la persona es desregula. Si utilitzem EMDR, podríem instal·lar un lloc segur i realitzar estimulació bilateral amb moviments oculars; també podem utilitzar hipnosi clínica, PNL, teràpies en imaginació, art-teràpia, etc. El que importa és trobar recursos personals propis mitjançant els quals la persona pugui experimentar la sensació de seguretat, ja que, de vegades, el seu propi cos no ho ha estat.

Un altre objectiu serà augmentar l'autoeficàcia amb metes de tractament positives i/o recursos utilitzats anteriorment en períodes d'abstinència.

La psicoeducació és una part fonamental tant per explicar la funció de l'ansietat, les emocions i l'autocura, com per a treballar la regulació emocional.

Per a anar a poc a poc, de vegades el més aconsellable és començar pel present, aspectes que motivin la persona per a afirmar l'adherència i treballar els disparadors de la conducta addictiva i, ja posteriorment, anar cap enrere en el temps.

Cal tenir en compte el ritme de cada persona en el seu procés de canvi; en el cas que ens ocupa, la persona va preferir baixar el consum de cànnabis de forma gradual, alhora que augmentava la seva autoeficàcia amb el maneig de les seves emocions i la seva activitat. Deixar una conducta

addictiva de cop sense explorar abans experiències passades negatives, pot provocar que la persona es desbordi i emergeixi el trauma, la qual cosa pot provocar una recaiguda davant el menor índex de perill o bé que es dissociï a causa de la intensitat. Aquests casos, a parer nostre, són els que més dificulten el tractament perquè, a l'inici del procés terapèutic es veuen desbordats per les emocions, però una vegada que deixen el consum, sembla que mai no va existir el seu malestar. Són persones que poden recaure un any o dos després, sense cap classe de consciència del que ha passat i totalment decidits al canvi, sense entendre què els va passar. La funció de la conducta addictiva en aquests casos és la de connectar amb el trauma, de sentir el malestar que no poden o no es permeten sentir sense consum.

Altres vegades, en els casos en què el trastorn mental és induït per substàncies, ells mateixos se sorprenden de la seva capacitat de maneig emocional perquè l'addicció en si mateixa era el que estava provocant-lo.

9.3. La fase d'integració i prevenció de recaigudes

En aquesta fase, en primer lloc, integrarem les experiències traumàtiques relacionades directament amb la conducta addictiva una vegada identificades i, posteriorment, l'estat de sentiment. En aquest cas, es va emprar estimulació bilateral amb moviments oculars per a reprocessar els esdeveniments traumàtics (EMDR), tècniques en imaginació i hipnosi clínica, així com dibuixos que van facilitar l'exposició gradual. Paral·lelament, seguirem identificant situacions de risc de la conducta addictiva atès que el nostre pacient, durant el procés decidí orientar la intervenció cap a l'abstinència.

Per resumir, podem destacar algunes pautes generals que orientaran la intervenció psicològica en els nostres pacients que presenten conductes addictives i trauma:

- Anar del més cognitiu al més emocional i viceversa.
- En cas de dubte, primer estabilitzar i identificar recursos personals.
- Ajustar-se al ritme i als objectius del pacient.
- Començar pel present, atenció dual i connectar amb la seva història de trauma.
- Psicoeducació en emocions, autocura i regulació emocional.
- Usar tècniques corporals (tàping, teatre, ioga, enfocament...) i acabar donant-li significat a escala cognitiva.
- Orientar la intervenció a la integració.

- Reduir el conflicte intern (empatia, pensament reflexiu, col·laboració i compassió).

I si hi ha dissociació (Steele, van Der Hart i Nijenhuis, 2005) caldrà:

- Supervisar l'activació sempre dins de la seva finestra de tolerància.
- Estabilitzar sempre (explorar habilitats de la vida diària que permetin que la PA s'acosti gradualment als estímuls interns).
- Superar la fòbia a l'aferrament i a la pèrdua de la inclinació a través de la psicoeducació (terapeuta disponible previsible)
- Superar la fòbia als continguts mentals (diferenciar sentiment/comportament).
- Superar la fòbia a les parts dissociatives de la personalitat (funció protectora de les parts).
- Autocura.

10. Conclusió. Abraça els teus dimonis

Al llarg del procés terapèutic, podríem diferenciar tres etapes. Una primera en què el treball terapèutic es va centrar en l'estabilització i psicoeducació: processament d'esdeveniments traumàtics associats a factors precipitants del present, reducció del consum i una posterior decisió per a assolir i mantenir abstinència.

Una segona etapa en què la persona ja va ser capaç de passar a l'acció tenint en compte els seus objectius en la vida: prendre decisions i dur-les a terme, arriscar-se a buscar feina de nou i tolerar la frustració; en definitiva, pensar i sentir-se capaç. Va iniciar el procés de recerca i manteniment de la feina, va posar límits la seva família i amistats, va poder fer verbalitzacions positives sobre ell mateix i va aprendre a manejar el seu desig persistent de morir. Pel que fa al consum, va tenir petits consums de cànnabis i alcohol que va manejar amb èxit.

En una tercera etapa, que va coincidir amb el suïcidi del seu pare, van aparèixer els símptomes de despersonalització i desrealització, el fort desig de morir i l'augment del consum de cànnabis i alcohol.

Actualment, reduir aquesta quantitat ja no té simptomatologia dissociativa, però sí que persisteixen somatitzacions vinculades amb el «fàstic que li provoquen els humans», ja que permeten la connexió amb experiències de l'assetjament escolar en la infància. El seu discurs és

més integrat perquè pot verbalitzar records de la infància, tant positius com negatius, i maneja millor la ràbia, la pena i la frustració. «Malgrat aquesta situació, no estic tan malament» i promou l'autocura (no es queda en un llit, surt al carrer, d'excursió, fa esport, etc.). Ha augmentat la consciència i autoeficàcia davant el maneig emocional. Al seu torn, la seva parella també ha iniciat un procés de canvi.

Referències bibliogràfiques

- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Editorial Paidós.
- Cook, A., Henderson, M., & Jentoft, K. (2003, May). *Out of the Office and into the community*. Presentat a The Boston Trauma Conference, Boston, MA.
- González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Pléyades.
- Harrington T, Newman E. (2007). The psychometric utility of two self-report measures of PTSD among women substance users. *Addictive Behaviors*. [PubMed] [Google Scholar]
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Janet, P (1919). *Psychological healing*. Nueva York, Estados Unidos: Macmillan. (Obra original publicada en 1894).
- Jarero, I. (2007). Trastorno por estrés post traumático Complejo: perspectivas del DSM-5 y CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 6. Num. 1, 2014. ISSN: 2007-8544
- Marín, C., Guillén, A., Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud*, vol.27 nº3.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Mosquera, D. & Gonzalez A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Revista Mente y Cerebro*. Enero-Febrero, núm. 46, pàgs. 18-27.
- Mosquera, Dolores (2006). *Abordaje de los trastornos de personalidad en adicciones*. Consejo General de Psicología de España. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=930
- Ouimette, P., Goodwin E., Brown, P J. (2006) Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addict Behav.* Aug;31(8):1415-23.
- Prochaska J. O.; DiClemente C.C (1984) *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA .
- Prochaska, J.O. i Prochaska, J.M. (1993). Modelo trans-teórico de cambio de conductas adictivas. A Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias. Citrán. FISP.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*,

37(11), 1029–1054. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00200-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00200-9)

Ramírez Vargas, A.; Medrano Arana, C.; Pineda Tenor, D. (2018). Trauma y adicciones: a propósito de un caso. *Interpsiquis*. Vol XIX. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?url=trauma-y-adicciones-a-proposito-de-un-caso>

Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Shapiro, Francine (2001). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. México, editorial Pax.

Steele, Mn, Cs, Onno van Der Hart, Ellert Rs, Nijenhuis, Phf (2005). Tratamiento secuenciado en fases. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53. Consulta a:
https://static1.squarespace.com/static/54616986e4b085cc73aaffcf/t/5473cc3fe4b057a8bdb79c0b/1416875071365/Spanish_JTD_Phobias_2005.pdf

Van der Hart, O; Nijenhuis, E & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. España: Desclée de Brouwer.

Van der Kolk, B., & Van der Hart, O. (1991). *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. New York. Fromm International.

Van der Kolk, Bessel (2020). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la sueración del trauma*. Ed. Eleftheria.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

Atenció a la dependència

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

Apol·lònia Binimelis

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



IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



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

Resum

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

Paraules clau

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

1. Situació sociodemogràfica

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

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

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

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

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

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

2. Qualitat de vida

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. L'atenció gerontològica integral centrada en la persona

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

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

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

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

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

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

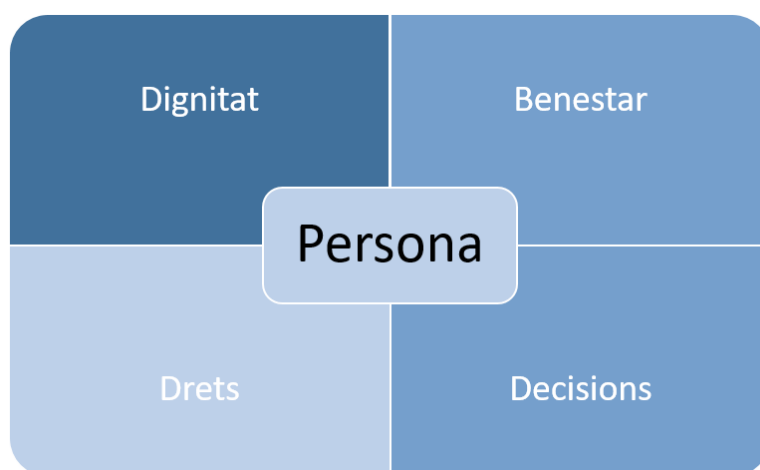


Figura 1. Paper central de la persona en el model AICP (Paniagua, 2015)

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

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

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



Figura 2. Principis ètics en el model d'AICP

4. L'AICP en centres gerontològics

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Figura 3. Integrar noves formes d'actuar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

les persones usuàries.

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

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

Espais de participació exclusiva per a professionals.

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

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

Ràtios d'atenció directa suficients.

Ràtios d'atenció directa escassa.

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

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

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

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

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

Normes generals basades exclusivament en la seguretat de les persones.

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

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

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

6.1. Normes

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

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

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

7. Conclusió

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

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

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

Referències bibliogràfiques

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

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



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

Atenció a la dependència

Anàlisi del Programa de Servei d'Atenció Integral a Domicili segons la implementació del model d'atenció integral i centrat en la persona

Laura Pioletti

Coordinadora del SAID Raiguer
Institut Mallorquí d'Afers Socials



IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



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

Resum

El model d'atenció integral i centrat en la persona (MAICP) és el fonament teòric a partir del qual s'estructura un Programa de Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID) per a persones en situació de dependència reconeguda per la Llei Estatal núm. 39/2006 de Promoció d'Autonomia Personal i Atenció a Persones en Situació de Dependència, i pertanyent a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), a l'illa de Mallorca.

La finalitat d'aquest estudi és determinar la implementació de l'MAICP durant els 4 anys del Programa, mitjançant l'anàlisi de la perspectiva del Personal d'Atenció Directa (PAD) que ocupa les seves funcions en el mateix, i utilitzant una modificació de l'instrument de valoració denominat *Staff Assessment Person Directed Care (PDC)*. (White, 2008; Martinez, 2012).

Paraules clau

Atenció integral, dependència, atenció directa, SAID.

1. Introducció

L'augment de l'esperança de vida, la incorporació al mercat laboral de les dones i la professionalització en les cures, han estat processos que han donat lloc a una nova forma de cures de les persones grans que es recullen en el que l'OMS diu cures de llarga durada (CLD), definit com les «activitats dutes a terme per altres perquè les persones que han tingut una pèrdua important i permanent de la capacitat intrínseca puguin mantenir un nivell de capacitat funcional d'acord amb els seus drets bàsics, les seves llibertats fonamentals i la dignitat humana» (OMS, 2015).

Un altre terme que resultarà un canvi en el paradigma assistencial és l'anomenat envelliment actiu, definit com «les oportunitats de salut, participació i seguretat per tal de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen». El fet diferencial rau en assegurar que les persones grans continuïn sent un recurs per a les seves famílies, comunitats i economies. (OMS, 2015, pàg. 5).

El model d'atenció integral i centrat en la persona és una nova metodologia de treball, que col·loca la persona que es troba en situació de dependència, com a participant activa en l'elecció de les cures que requereix, mitjançant tècniques tan innovadores com l'apoderament (Rodríguez, 2006).

Els serveis d'ajuda a domicili (SAD) tenen una història de 40 anys de desenvolupament a Espanya però amb bases d'atenció tradicionals, assistencialistes i gens actualitzades. Hi ha pocs estudis que vinculin el MAICP i els SAD (Martínez, 2010).

L'eix d'aquesta investigació és valorar el Programa del Servei d'Ajuda Integral a Domicili (SAID) el qual pertany a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), pel que fa a la implementació que s'ha fet del MAICP a partir de les actuacions del personal d'atenció directa.

2. Marc teòric

2.1. Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència (LAPAD).

La Llei 39/2006 de 14 de desembre, brinda la normativa jurídica estatal que defineix, entre altres qüestions, les cures que es contemplen per al col·lectiu de persones en situació de dependència. En aquesta investigació se citen alguns dels articles que serveixen de fonament per a determinar el model d'atenció que s'utilitzarà per tal de brindar serveis que compleixin amb la legalitat vigent.

L'article 3 fa referència al tipus d'atenció que han de rebre les persones en situació de dependència, definint-la com «integral i integrada». El primer terme posa l'accent en mesures d'intervenció orientades a la prevenció, rehabilitació, estimul social i mental, entenent la persona com un ésser biopsicosocial, emocional i cultural indivisible. El terme integralitat es refereix al fet que totes les mesures que es duren a terme han de tenir una transversalitat en la qual participin serveis sanitaris, socials i comunitaris com així també el tercer sector.

L'article 4 de la LAPAD expressa la importància de la participació de les persones dependents i de la seva família així com el compliment dels drets compresos en aquest mateix article.

L'article 13 planteja que la finalitat de l'atenció és millorar la qualitat de vida i per a aconseguir-ho es necessita que la persona pugui continuar vivint en el seu medi habitual sempre que així ho consideri. Per altra banda, accentua la importància d'un tracte digne de la persona en tots els àmbits facilitant la seva participació activa en la comunitat.

2.2. Model d'atenció integral i centrat en la persona en situació de dependència.

2.2.1. Intervenció

La intervenció mitjançant aquest model tindrà en compte una sèrie de criteris que estaran impregnats de valors ètics i basats en l'evidència científica. Són els següents (Rodríguez et al, 2014, pàg. 114-119):

- Criteri de diversitat i apoderament per a afavorir el principi d'autonomia. La valoració des d'aquesta metodologia se centra en aquelles capacitats i preferències que manifesten les persones dependents. Amb l'objectiu que aquestes puguin expressar desitjos és fonamental la utilització de tècniques d'apoderament perquè la persona sigui capaç de reconèixer els seus propis interessos i sol·licitar els suports que necessita per a continuar vivint basant-se sobre desitjos.
- Criteri de personalització i flexibilitat per a acer factible el principi d'individualitat. La idea central és que són els recursos els que s'adapten a les persones i no elles als recursos. És imprescindible que el professional tenguí un coneixement integral sobre la vida de la persona i la història de vida és la tècnica apropiada per a aconseguir-ho. Els plans d'actuació que es delimiten han de ser consensuats amb la persona usuària i el/la familiar, si és possible, i han de ser flexibles i canviants a mesura que es modifiquen i evolucionen les necessitats i preferències de les persones dependents.
- Criteri de prevenció i visibilització de capacitat per a possibilitar el principi d'independència. Tots els programes o actuacions que es duguin a terme han de tenir present la prevenció primària, secundària i terciària depenent del perfil de la persona i sempre cercant la seva participació activa en les intervencions. La clau que proposa el model es recolzar-se en les fortaleces i la capacitat (evidenciades mitjançant la observacions, empatia, apoderament) i no en realitzar llistats de limitacions (són la base de les intervencions tradicionals).
- Criteri de globalitat per garantir el principi d'integritat. La globalitat es refereix a tots els aspectes que componen la qualitat de vida d'una persona pel que fa a satisfer necessitats bàsiques, emocionals, socials i mediambientals. Per això, es requereix una coordinació entre professionals de diferents sectors i el model proposa la figura del gestor de cas per a aquesta coordinació transversal.
- Criteri d'accessibilitat i interdisciplinarietat per fer possible el principi de participació. Hi ha elements que resulten facilitadors de la participació, com ara l'adaptació de l'habitatge o productes de suport. Dins d'aquest criteri s'engloba l'impacte social de les intervencions

que tendeixen a evitar els estereotips i promoure actituds socials en la comunitat que siguin proactives i integradores. No hi ha una disciplina capaç de realitzar totes aquestes funcions i és per això que el MAICP advoca per una figura que és el gestor de casos o el professional de referència.

- Criteri de proximitat i enfocament comunitari per afavorir el principi d'inclusió social. La finalitat d'aquest criteri és evitar l'aïllament social. Es pretén fer ús dels recursos comunitaris pròxims, ja sigui en el domicili on es realitza la intervenció com així també a residències i a centres de dia propers al seu habitatge habitual. Un cop més, és important que els mites i estereotips negatius sobre la dependència siguin desterrats de la vida comunitària i això és possible amb la participació activa de la persona dependent en el seu entorn proper.
- Criteri de coordinació i convergència per emplenar el principi de continuïtat d'atenció. Es posa l'accent en la importància que suposa la coordinació estructurada i estable, adaptada a les necessitats de les persones dependents. El terme convergent a qual s'hi afegeix complementari fa referència al suport familiar. S'ofereix assessorament, formació, productes de suport i serveis de respiració, entre altres recursos disponibles.

2.2.2. Organització

L'organització en el model d'atenció integral i centrat en la persona té una funció primordial i ha de tenir en compte que comptarà amb dos nivells de planificació que en alguns aspectes tindran finalitats contraposades (Martinez, 2011). Un serà el de planificar el recurs que es durà a terme, expressant quina és la missió, les modalitats d'assistència, els programes d'intervenció, els sistemes d'organització, i la metodologia a utilitzar per a valorar el servei mateix. És el nivell de les delimitacions, definicions i limitacions. Un aspecte fonamental en el mateix és el de les «normes», que a més de tenir en compte les qüestions legals i ètiques, han de ser establertes pensant que el factor primordial és una atenció personalitzada. Aquestes normes comportaran limitacions a la individualitat de les persones, però hauran d'estar basades en el fet que han d'afavorir el benestar general de la resta del servei, permetre un funcionament ordenat, i la justícia pel que fa a el repartiment de recursos i atencions que es duren a terme. El que és fonamental és saber que si bé hi ha normes que romanen estables, com són les pròpies de l'enquadrament (freqüència i horari d'atenció del servei, activitats que es poden realitzar, etc.), la resta han de tenir certa flexibilitat i facilitar l'elecció de la persona usuària dins de les diferents possibilitats.

L'altre nivell en la planificació és l'individual, referit a aconseguir atencions personalitzades segons les necessitats de la persona que utilitza del servei, i que s'ha concretat en el pla d'atenció i suport a el pla de vida (PAiPV).

Aquest nivell requereix d'una flexibilització no només amb el personal d'atenció directa, sinó també des de l'organització. Hi ha elements que afavoreixen l'atenció personalitzada a escala

organitzativa com són, l'estabilitat laboral i els contractes indefinits, els espais de participació mixta (professional / persones usuàries / familiars), ràtios d'atenció directa suficients, la permanència de personal amb les mateixes persones usuàries, etc.

En la planificació individual resulta imprescindible la idea que la flexibilització és una eina fonamental per a poder dur endavant actuacions centrades en la persona, manifesta no només a l'hora d'implementar el PAIPV, sinó també entre els diferents professionals que formen part de l'equip de treball. D'aquesta manera, s'han de provar noves metodologies i incentivar que aquestes apareguin en benefici d'una persona usuària..

2.2.3. Equips de treball

Els equips de treball que planteja el MAICP els constitueixen les i els professionals de primer nivell i de segon nivell.

Les professionals de primer nivell, anomenades en femení, ja que freqüentment constitueixen el grup majoritari d'actuació, són aquelles que realitzen atenció directa amb la persona usuària i les famílies, i les que es responsabilitzen dels plans personals d'atenció; la presència regular en els domicilis les converteix en detectores primerenques de canvis significatius en les persones usuàries per la qual cosa poden valorar nous factors de risc que es presentin donat el transcórrer de l'avanç de les limitacions funcionals i cognitives de les persones usuàries. La implicació emocional que té aquest personal i que exigeix el model per a ser correctament implementat fa que hagin de comptar amb el reconeixement i el suport de la resta de professionals i de l'organització en general.

Les professionals de segon nivell o major especialització són les que portaran endavant intervencions puntuals amb les persones usuàries o familiars i les que es responsabilitzen del disseny i l'avaluació de programes, i assessoren, donen suport, formen i supervisen les professionals de primer nivell. Aquí se situa una figura de gran rellevància per al MAICP que és la gestora de cas. La seva principal funció és oferir continuïtat durant tot el procés d'atenció, acompanyant a la persona en el seu trajecte vital i coordinant aquells recursos que consideri necessaris al voltant de les necessitats i desitjos de les persones en situació de dependència.

Les professionals adquireixen nous rols dins de l'MAICP passant d'equips amplis de diferents professionals que valoren i prescriuen actuacions, a ser equips bàsics en els quals la persona gran participa i té un paper central. Perquè això passi, les professionals han d'aplicar tècniques com ara l'apoderament, l'assessorament i l'acompanyament de la persona que té aquest recurs.

L'atenció emmarcada en el MAICP requereix un personal polivalent, que entengui que les seves tasques no seran només les assistencials clàssiques com ara lavabo, desplaçaments, higiene, sinó que també s'inclouen activitats com ara acompanyar, conversar, desenvolupar tasques d'oci i donar suport a activitats estimuladores i de participació en l'entorn de la persona. Seran activitats que donin suport al pla de vida que la persona dependent expressa concretar.

Perquè el personal pugui realitzar aquestes noves competències, és imprescindible la capacitació, no només a l'àmbit bàsic assistencial, sinó també aquelles relacionades amb la comunicació interpersonal, ètica assistencial, noves alternatives terapèutiques dissenyades per a les activitats quotidianes i metodologies per a l'atenció centrada en persones. Aquesta capacitació no es fonamenta en una formació a l'«inici», referit al moment temporal en què transcorre, sinó que ha de tenir la característica de ser mantingut en el temps.

Cal tenir espais professionals de revisió i d'anàlisi de les intervencions, tenint com a eix central els principis que regeixen el model.

Aquest treball de recerca es basarà en el personal de primer nivell o personal d'atenció directa (PAD), al qui s'adjudiquen, entre altres, les activitats següents (Martinez, 2010):

1. Supervisió, suport i assistència a les persones usuàries en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i en suport al seu projecte de vida;
2. Desenvolupament de tractaments i activitats estimatives, terapèutiques dirigides a millorar o mantenir l'estat funcional, cognitiu i psicoafectiu;
3. Interacció i comunicació positiva amb les persones en situació de dependència.
4. Informació, orientació, cooperació i suport a les famílies;
5. Disseny, desenvolupament i seguiment dels PaiPV.

3. Generalitats del SAD des del MAICP

La finalitat de tot servei d'ajuda a domicili és aconseguir que les persones puguin continuar vivint a casa durant el major temps possible i amb qualitat de vida.

En l'actuació domiciliària està present el que Hannan et al. (2016) van denominar com «el triangle de les cures» el qual s'entén com una triada indissoluble considerat com un tot harmònic a l'hora d'oferir un servei a domicili des del MAICP. Aquest triangle inclou la persona valorada amb un grau de dependència, també anomenada persona usuària; la seva família, sobre la qual descansen les atencions de llarga durada i el professional d'atenció directa (PAD) que, a diferència d'altres models, aquí té una importància fonamental, ja que serà «l'executor indispensable de canvi» (Rodríguez et al, 2017). Es pot dir, tenint en compte aquesta triada de les cures, que l'objectiu fonamental de l'SAD és millorar la qualitat de vida de les persones que es troben en situació de dependència (persona usuària), la de les seves famílies cuidadores, així com també la del personal que presta els seus serveis en els domicilis.

El punt d'inici de tot SAD des del MAICP és realitzar una valoració integral en el mateix domicili mitjançant l'elaboració de la història de vida. Aquesta tècnica assegura obtenir informació sobre la qualitat de vida, situació emocional, relacions socials, activitats significatives, capacitats i fortaleces de la persona.

El que es pretén en aquesta primera trobada és oferir un espai que afavoreixi la participació de la persona en situació de dependència en el moment de l'avaluació i, posteriorment, en el moment de diagramar el pla personal d'atenció i d'acompanyament en el projecte vital (PAiPV).

Amb relació a les famílies cuidadores, l'altre gran sostenidor del triangle de les cures, la tasca tendeix a oferir un espai de respir per a afavorir la cura de la persona dependent i evitar la claudicació en les cures. També és fonamental, des d'aquest model d'intervenció en el SAD, realitzar formació tant formal com informal amb la finalitat de propiciar unes cures professionalitzats basats en la cura al cuidador (tècniques de mobilització, coneixement i acceptació de la deterioració, enteniment de la simptomatologia de les demències, entre d'altres).

4. Programa del SAID de l'IMAS i MAICP

El programa del SAID és un recurs de la Llei de dependència posat en marxa l'any 2017 per l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, i distribuït en comarques situades a la perifèria de l'illa de Mallorca.

La definició amb la qual treballa aquest programa és la següent: «El Servei d'Atenció a Domicili i suport en l'entorn és un programa personalitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en el qual s'articulen un conjunt de serveis i tècniques d'intervenció professional consistent en la previsió de serveis, atenció personal (física i psicosocial), gestió, funcionament i adequació de la unitat convivencial, foment de les relacions socials en l'entorn i suport a les famílies, prestat en el domicili o en l'entorn d'una persona adulta en situació de fragilitat o dependència» (Rodríguez, 2010).

El projecte es basa en el model d'atenció integral i centrat en la persona perquè:

- Es refereix a la forma amb què volem atendre i acompanyar les persones i se situa en el costat oposat als models basats en els serveis. Els models centrats en les persones promouen els drets, la qualitat de vida, la dignitat, l'autonomia, les capacitats, l'autoestima, la independència, la continuïtat de les persones i les seves famílies.
- Estimula i dona suport a la persona usuària perquè participi activament en el seu procés d'atenció. S'identifiquen les capacitats personals, i s'articulen les preferències i els desitjos relacionats amb el seu projecte de vida. L'instrument clau per a poder desenvolupar un

model d'atenció centrada en la persona, tant en els serveis especialitzats com en els d'atenció a l'entorn, és el desenvolupament d'un pla d'atenció integral individualitzada.

Les coordinadores són les responsables de la gestió de l'atenció social i domiciliària dels casos que tinguin assignats, per tant són les professionals de referència / gestores de casos.

El personal d'atenció directa (PAD) són personal tècnic en cures auxiliars d'infermeria (TCAI) o tècnics socio-sanitaris (TASS).

El procediment metodològic d'aplicació del MAICP en el programa del SAID de l'IMAS és el següent:

- I. **Valoració Integral.** Un aspecte essencial per a iniciar un servei d'ajuda a domicili que compleixi amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida d'una persona i les seves famílies ha d'incloure necessàriament una valoració apropiada. És un instrument que permet conèixer les persones que viuen en un domicili, amb la finalitat d'obtenir informació rellevant que permeti, juntament amb la persona amb dependència i la família, introduir modificacions que millorin la qualitat de vida de tots els implicats l'atenció de la dependència. Té característiques diferencials amb un altre tipus de valoracions que consideren fonamental l'estat actual de salut o de malaltia. En la valoració integral d'AICP el tret fonamental és la història vital d'una persona, ja que s'entén que és en aquest transcurs en què es coneix què és important per a la persona i cap a on vol dirigir la seva vida. La tècnica que aconsegueix aquest coneixement en el MAICP és la història de vida. Perquè una persona pugui narrar la seva trajectòria vital és indispensable brindar un clima de confiança, en el qual l'empatia i l'escolta activa han de ser els elements primordials, desterrant els prejudicis i qualsevol sentiment de ser jutjats. Aquesta història vital no s'obté només en una trobada, sinó que és el resultat de diferents moments en un espai de seguretat per a la persona dependent, i per això sempre és el professional qui acudeix al domicili, fet que ja de per si el diferencia d'altres serveis tradicionals. La valoració integral cerca un coneixement holístic de la persona per a saber-ne el recorregut vital i el projecte de vida, la qual cosa és fonamental. Així, el resultat de la valoració integral no és un llistat de limitacions o simptomatologia propi d'un model tradicional assistencialista, sinó que l'èmfasi es posa en les capacitats i fortaleces amb què compta la persona per a poder «paliar» les necessitats de cures que presenta.

Una altra particularitat és que no conté un llistat de tractaments per a aplicar o medicació a administrar a partir del coneixement expert del professional, sinó que es construeix des de l'òptica de la persona usuària, i el professional serà l'encarregat de fer complir les preferències de la persona posant a la seva disposició els recursos amb què compta. La idea és que la persona no s'adapti al recurs sinó que els recursos s'adaptin a les persones. Aquesta valoració integral només finalitza i es plasma en un pla d'atenció individual quan s'ha consensuat amb la persona i amb la família.

- II. **Pla personalitzat d'atenció i suport al projecte de vida (PAiPV).** Sorgeix de la valoració integral i serà el mapa d'intervenció en un domicili determinat. Es caracteritza per ser:
- Personalitzat. És únic i irrepetible, tal com és la persona dependent i la seva família els qui participen en la construcció d'aquest i és consensuat entre tots.
 - Basat en capacitats i fortaleces. Si bé té en compte les limitacions, aquestes no són el focus d'atenció. Basar-se en el que sí pot una persona té l'objectiu de donar poder i millorar autoestima. La intervenció així plantejada posa la persona en el centre del servei però no de manera passiva sinó amb un paper actiu, participant des d'aquelles qüestions que sí que pot fer.
 - Respecta el recorregut vital i la projecció de vida que una persona té, i les necessitats que presentin seran solucionades amb l'única intenció que els seus interessos vitals siguin assolits. El simple fet de necessitar ajuda o suport no és suficient perquè algú hagi de modificar els seus anhels vitals. És molt important que el PAiPV inclogui formació, d'una banda, dirigida a les persones no professionals que cuiden i familiars en qüestions com ara proporcionar pautes d'higiene postural i tècniques de mobilització; i, també, en el pla emocional, ja que les cures de llarga durada produeixen en les persones cuidadores/familiars situacions afectives i emocionals de gran impacte. D'una altra banda, és important la formació adreçada a la pròpia persona dependent, amb l'objectiu de proporcionar-li tècniques d'autocura per a promocionar, prevenir o recuperar el seu benestar. Aquest PAiPV té la característica de ser flexible i susceptible de modificar-se sempre que la persona, la família i el personal d'atenció directa així ho considerin. És un full de ruta per a un moment determinat, que pot variar quan les parts ho considerin oportú.
- III. **La intervenció domiciliària versarà sobre el PAiPV consensuat i mitjançant un professional d'atenció directa (PAD).** Hi ha certs criteris d'intervenció que tenen a veure amb un enquadrament que romanen estables com ara l'horari d'intervenció domiciliària, l'habitatge i la persona d'atenció directa que intervé en el mateix. En el transcurs del servei, serà la persona dependent qui indiqui les freqüències amb què es realitzaran certes activitats, l'horari de les mateixes i la forma de realitzar-les, i el PAD estarà receptiu a poder cobrir necessitats. És imprescindible que hi hagi un seguiment i acompanyament permanent per part del coordinador del SAID, tant en el mateix domicili com amb el PAD que realitza el servei *in situ*. La comunicació entre tots dos ha de ser fluïda i constant, ja que serà el PAD qui es convertirà en els ulls i orelles d'un domicili que està en un canvi continu, i reconeixerà la necessitat de realitzar ajustos i modificacions en la intervenció domiciliària. A més, donada la confiança que es genera entre el PAD, la persona dependent i la família, apareixen informacions que poden resultar rellevants i que no es van consignar durant la valoració integral; aquest és un factor de gran importància que cal tenir en consideració. El servei domiciliari compta amb un efecte afegit que és l'estat

dels habitatges de les persones dependents i que es converteix en l'espai on transcorre el quefer del professional d'atenció directa. Moltes vegades hi ha dificultats afegides perquè les qüestions d'accessibilitat i adaptació, així com els productes de suport inexistents, dificulten la tasca del PAD i han de ser considerats com un aspecte fonamental a l'hora de proporcionar el servei.

5. Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball és valorar la implementació del MAICP al programa del SAID de l'IMAS durant l'acompliment de les actuacions del personal d'atenció directa. Per a això es plantegen els objectius específics següents:

1. Determinar els aspectes del MAICP que s'implementen durant les actuacions que realitza el PAD durant l'exercici en els domicilis, assenyalant segons siguin amb la persona dependent, família/cuidador i organització.
2. Detectar aspectes del MAICP que no s'implementen durant les actuacions que realitza el PAD en els domicilis, assenyalant segons siguin amb la persona dependent, família/cuidador i organització.

6. Material i mètode

Tot seguit, es descriuen els participants i l'instrument utilitzat en aquesta investigació.

Participants: PAD que exerceix funcions en el programa SAID de l'IMAS o que les hagi realitzat durant un període de temps determinat.

Instrument: s'utilitza un qüestionari autoadministrat a partir de formularis de Google. Es porta a terme mitjançant qüestionari Staff Assessment Person Directed Care (PDC) (White et al, 2008; Martínez et al., 2015) que és, originalment un instrument integrat per un total de 50 ítems, dissenyat per conèixer en quina mesura un centre de dia o servei residencial proporciona una atenció centrada en la persona, segons la valoració del personal professional d'atenció directa.

La justificació per a escollir aquest instrument està donada per, en primer lloc, les seves adequades propietats psicomètriques constatades en diverses validacions efectuades en diferents poblacions, tot i que es deixa constància que no hi ha registre d'aquest instrument en serveis d'ajuda a domicili, més que en la seva validació inicial en un cas; d'altra banda, la seva extensió atorga una major capacitat a la prova per a servir com a instrument de diagnòstic i permetre realitzar orientacions més específiques als centres relacionades amb la seva situació al

voltant dels factors que proposa aquesta prova per avaluar la AICP; i finalment per la seva adaptació, traducció i validació en població espanyola (Martinez, 2015).

Aquesta escala es compon de dues dimensions i vuit factors:

1. Dimensió sobre l'atenció personalitzada, la qual conté cinc factors que són: autonomia, perspectiva de la persona, coneixement de la persona, benestar en les cures i relacions socials.
2. Dimensió sobre el suport de l'entorn, la qual conté tres factors: ambient personalitzat, professionals d'atenció directa i organització.

Ambdues dimensions ofereixen puntuacions independents per a cada factor, a més d'una puntuació total que és el sumatori dels vuit factors. El rang de puntuació oscil·la entre 50 i 250 punts; a major puntuació obtinguda, major és el grau d'atenció centrada en la persona que dispensa el centre.

Per a aquest treball, es modificà l'instrument original, ja que no s'analitzava un servei residencial o un centre de dia. Es tragueren els elements que eren inadequats per a un entorn domiciliari i se n'agregaren uns altres que resulten significatius per al Servei d'Atenció Integral a Domicili.

El qüestionari quedà constituït per una primera part de dades personals que es consideren importants com són sexe, edat, titulació i temps d'acompliment de funcions en el SAID de l'IMAS.

Es van enviar mitjançant correu electrònic amb l'aplicació de formularis de Google a 53 adreces de correu electrònic de PAD del SAID, tant a TCAIS com a TASS. La participació del personal professional va ser anònima, voluntària i totalment confidencial. No van rebre cap tipus de compensació per la seva participació. Es van respondre 51 qüestionaris, la qual cosa constitueix una taxa de resposta del 96,2%

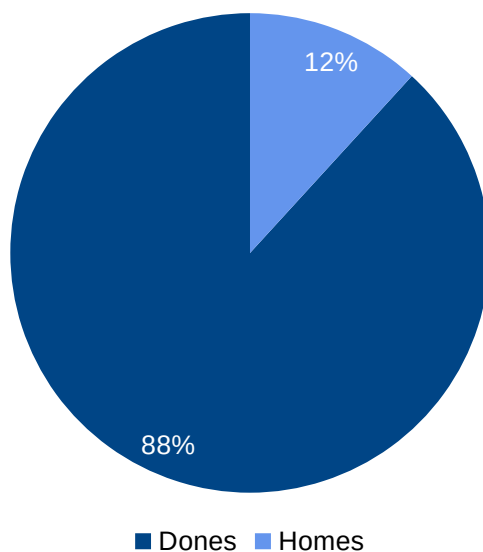
7. Resultats

7.1. Dades personals

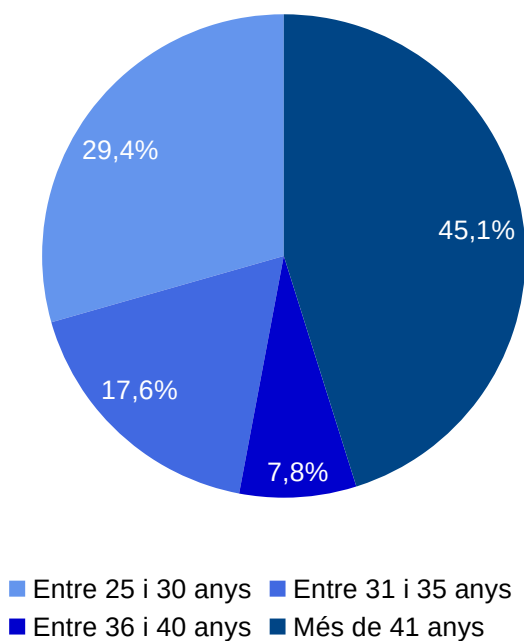
La primera dada que es fa evident (gràfic 1) és l'alta incidència de la dona en activitats relacionades amb les cures, la qual cosa corrobora la idea que hem tingut durant aquest treball de referir-nos a l'equip en termes femenins.

Quant a l'edat, el rang predominant entre el PAD del SAID és major de 30 anys amb un percentatge del 70,5%. Cal ressaltar que no hi ha cap treballadora que sigui menor de 24 anys (gràfic 2).

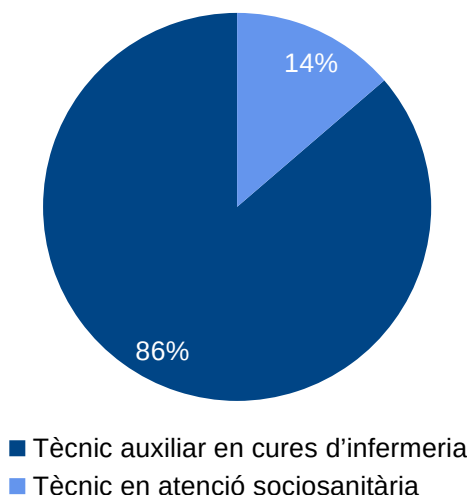
Gràfic 1: Distribució del PAD segons els sexe



Gràfic 2: Distribució del PAD segons l'edat



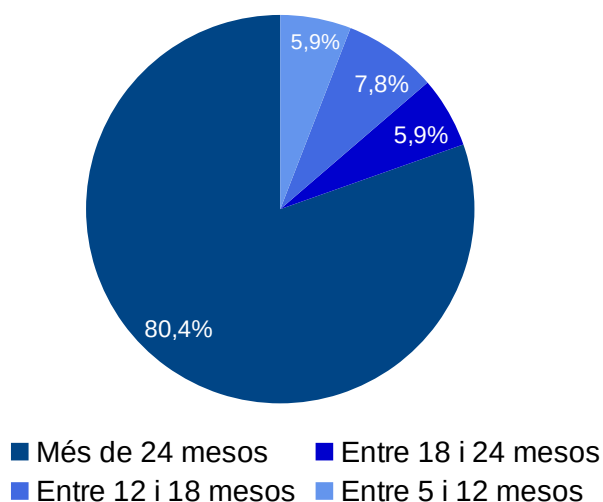
Gràfic 3: Distribució del PAD segons els estudis



Quant a la pregunta sobre la titulació (gràfic 3), és significatiu que el 86,3% del personal enquestat és tècnic auxiliar en cures d'infermeria (TCAI) i només el 13,7% restant és tècnic en atenció sociosanitària (TASS). Això concorda amb l'antiguitat d'una formació en comparació de l'altra, ja que el TCAI apareix publicat per primera vegada al BOE de 1995 mentre que el TASS l'any 2003. Aquests resultats fan possible creuar dades entre edat del PAD i titulació.

Per la seva banda, la pregunta relacionada amb l'experiència dins de l'SAID (gràfic 4) aporta dades realment encoratjadores pel que fa al MAICP ja que s'observa una aposta per la continuïtat i l'estabilitat laboral. Això també aporta un valor afegit a les respostes obtingudes, ja que el 80,4% del PAD té més de 24 mesos en el servei, cosa que fa que les seves respostes siguin significatives.

Gràfic 4: Temps que porta el PAD treballant al SAID



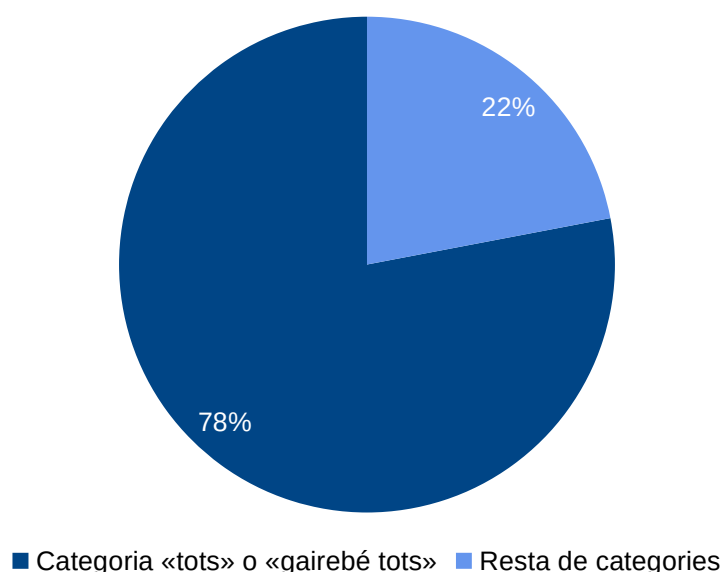
7.2. Dimensió sobre l'atenció personalitzada

Factor 1. Autonomia. Determina l'acceptació per part del PAD que les persones usuàries del SAID de l'IMAS poden prendre decisions pròpies, fer eleccions i tenir control sobre la seva atenció. El 62,8% del total d'enquestades considera que les persones usuàries del seu servei tenen autonomia per a triar la forma en què es porta endavant l'atenció que reben.

Factor 2. Perspectiva de la persona. Informa sobre el grau en què el PAD reconeix la integritat de la persona, ja que avalua l'interès que té sobre els seus desitjos, preferències i qüestions alienes a les cures assistencials que es presten en el servei.

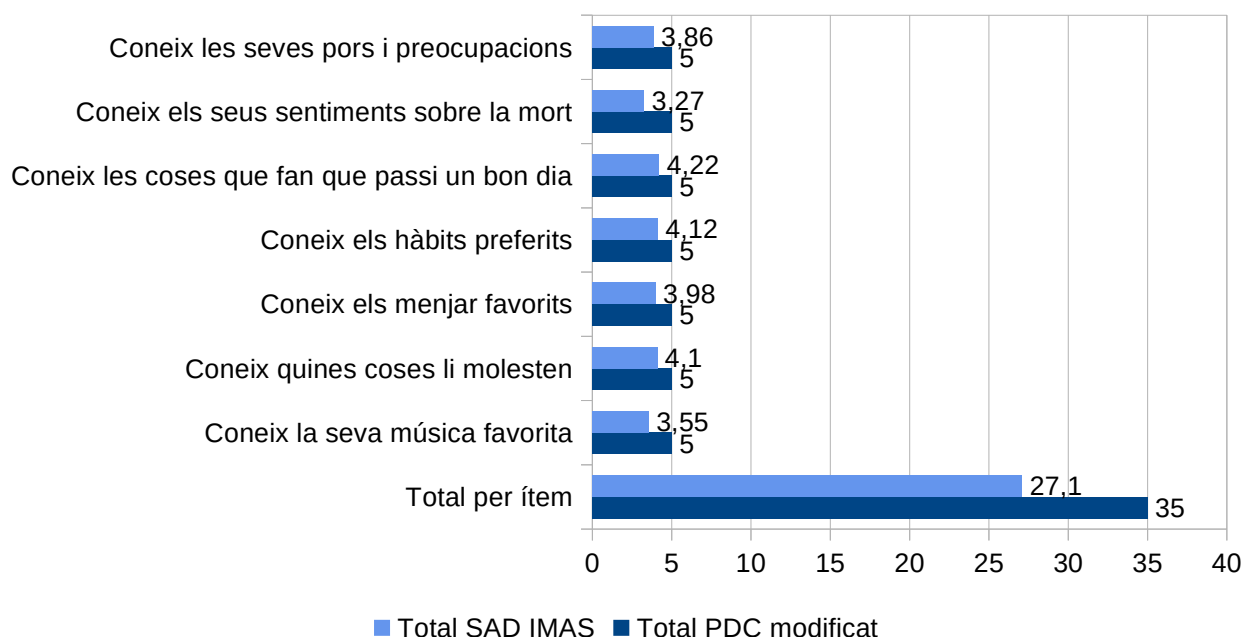
El 78% el personal d'atenció directa entén que de «totes o gairebé totes» les persones usuàries a les quals presta servei són reconeguts com a persones úniques, es centren més en les possibilitats que en les limitacions, i s'interessen per qüestions que van més enllà de les cures assistencials, com són els seus gustos i preferències (gràfic 5).

Gràfic 5: Perspectiva de la persona. Comparativa de resposta segons les categories



Factor 3. Coneixement de la persona. Aquest factor valora si es coneixen les necessitats, hàbits, activitats de benestar i preferències de cures de les persones usuàries per part del PAD del SAID.

Gràfic 6. Coneixement de la persona . Comparativa entre el PAD del SAID i la PDC modificada

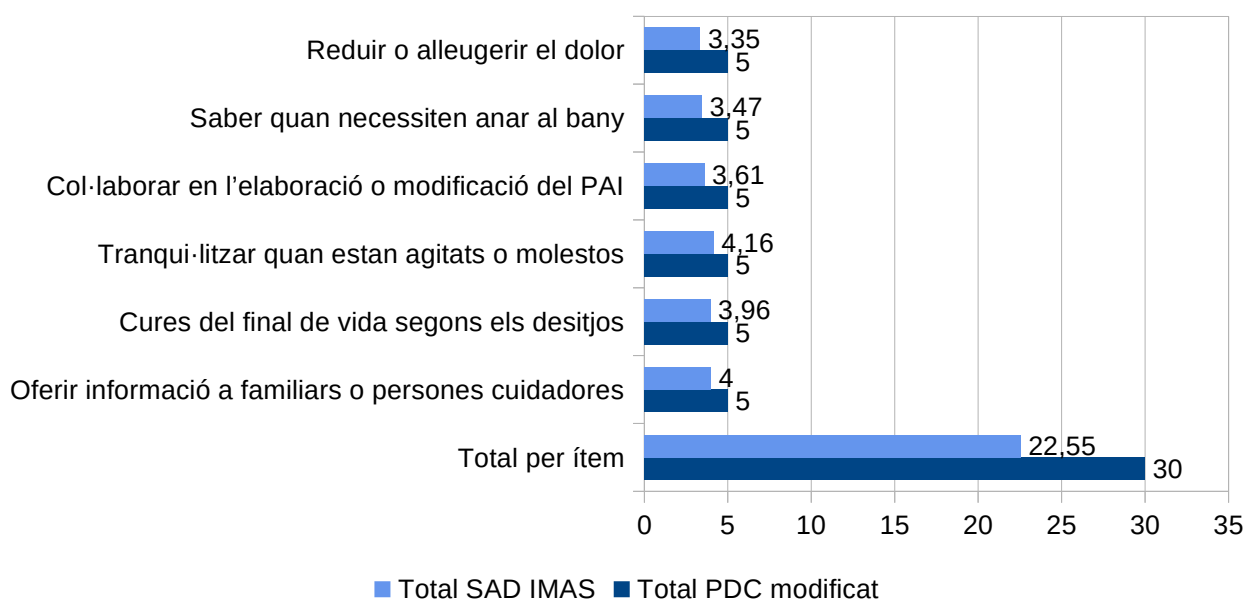


Els valors del gràfic 6 permeten inferir que el PAD del servei ha estat capaç de «conèixer» les persones amb les que es relaciona diàriament, més enllà de la seva naturalesa com a persones usuàries. També cal afegir que això és possible gràcies a la baixa rotació que existeix en el servei, fet ressenyable quan es van analitzar les dades en relació amb el temps en què el PAD del SAID exerceix les seves funcions dins d'aquest servei.

Factor 4. Benestar en les cures. Per la seva banda, aquest valor detecta si el PAD exerceix la seva feina des de les bones pràctiques basades en l'evidència i si considera la persona usuària com una persona amb necessitats físiques però també emocionals, a partir, un cop més, de la visió de la persona «integral».

Les dades recollides evidencien que el 75,2% de les respostes del PAD entén la persona usuària com una persona amb necessitats tant físiques com emocionals, a més de realitzar pràctiques basades en l'evidència (gràfic 7).

Gràfic 7: Factor sobre el coneixement de la persona. Comparativa del PAD de SAID i la PDC modificada



Factor 5. Relacions socials. Mitjançant aquest factor s'avalua el foment de les relacions socials i la comunicació de la persona usuària per part del PAD

Aquest factor ha estat el segon amb menys puntuació del total dels 7 factors utilitzats a la PDC modificada, amb un valor del 68,2% del total.

Una anàlisi possible és que, en moltes ocasions, quan el servei arriba a la persona usuària aquesta ja ha perdut o ha vist disminuïda la seva participació social. En molts casos, s'evidencia un aïllament social producte de les dificultats que travessen les persones grans pel que fa als estigmes socials de la vellesa, la qual cosa fa que cada vegada més es tanquin en elles mateixes i dins del seu entorn.

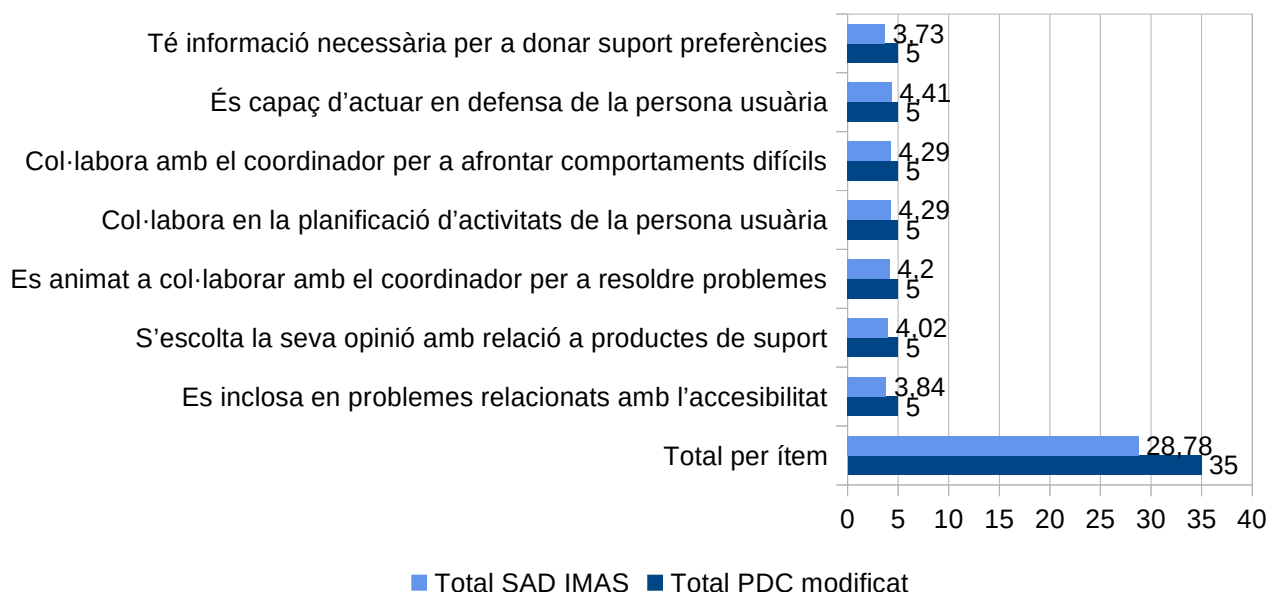
Per altra banda, tenim una persona usuària del servei molt retreta a escala social, amb una xarxa social aprimada perquè el seu grup social de pertinença també presenta una minva en l'intercanvi social i comunitari, sumat a les pèrdues per defuncions.

És de ressaltar el fet que aquest servei compta amb la participació comunitària com a escenari d'intercanvi social i que en algunes ocasions hi ha un rebuig cap al mateix per part de la persona usuària, per por a la manera que puguin pensar d'ella en poble.

7.3. Dimensió sobre el suport de l'entorn

Factor 6. Professionals d'atenció. Aquest factor avalua la capacitat i els recursos amb què compta el PAD del SAID per a oferir una atenció basada en el MAICP.

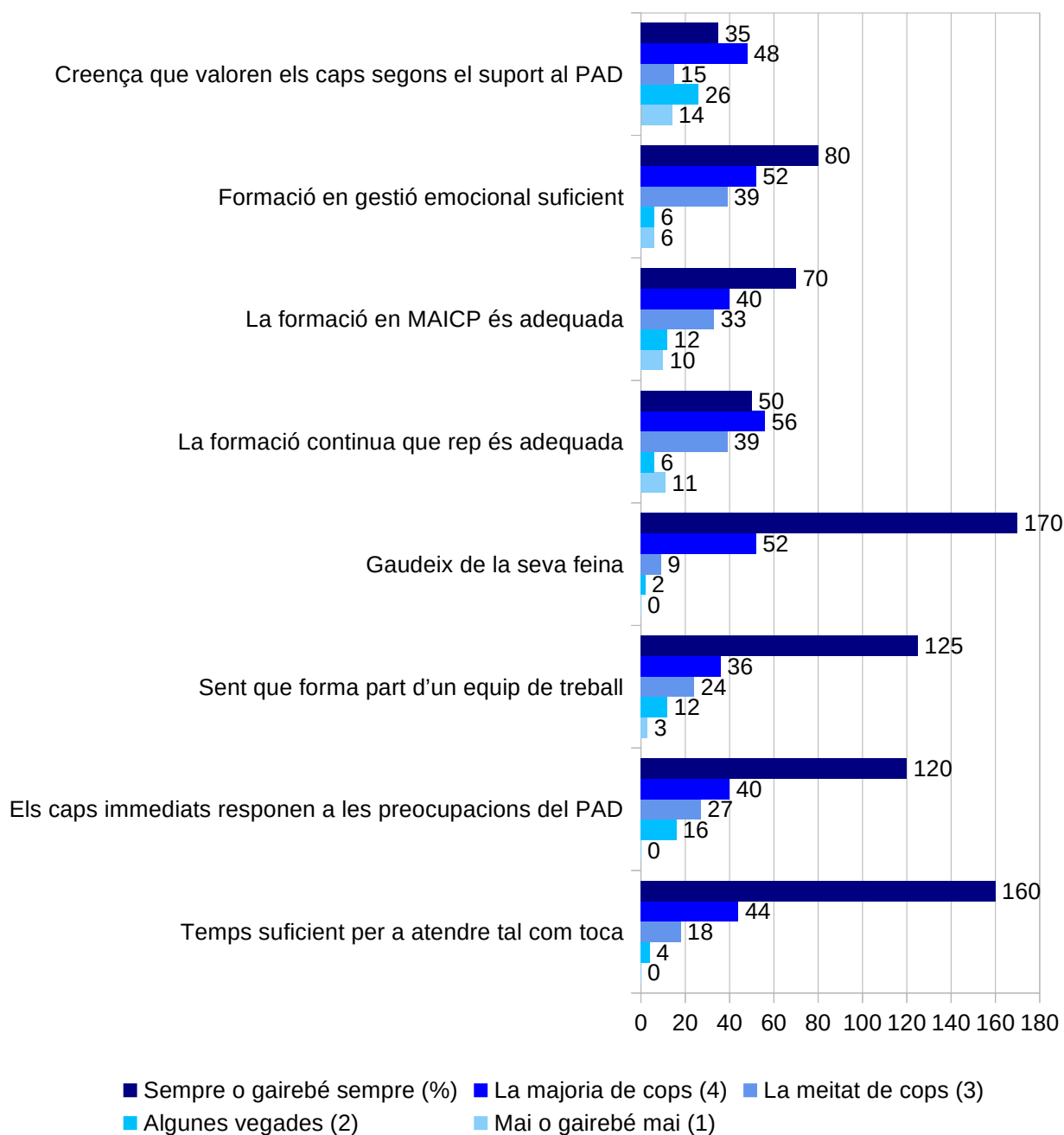
Gràfic 8. Factor personal d'atenció directa. Comparativa del PAD del SAID i el PDC modificada



És un dels factors més ben valorats per el PAD, amb una resposta de l'82,3% del personal professional que considera afirmativa aquesta qüestió.

Cal destacar que 5 dels 7 ítems presenten dades superiors al 80%. D'això es pot deduir que el PAD compta amb informació necessària sobre els desitjos de les persones usuàries, a més d'un espai en el qual participen en benefici de la persona usuària mateixa pel que fa a activitats concretes com també a l'hora de la planificació de les cures i de les respostes a comportaments o situacions conflictives. També expressa que estan incorporat en activitats relacionades amb l'accessibilitat al domicili i productes de suport, fonamentals per exercir la seva feina amb totes les mesures d'higiene postural i de benefici a la persona usuària. Directament, apunta a una organització que afavoreix el treball del PAD i el col·loca, juntament amb la persona usuària i la família, al centre de les cures tant a escala teòrica com en la pràctica.

Gràfic 9: Personal d'atenció directa. Comparativa de les respostes segons les categories



Factor 7. Organització. Aquest punt valora si des de la mateixa organització es dona suport al treball del PAD del SAID per oferir una atenció basada en el MAICP.

El 74% de les persones enquestades afirmen que l'organització permet i fomenta una atenció basada en el MAICP.

És important ressenyar que els ítems que tenen millor puntuació són aquells que recullen dades com «temps suficient per a atendre les persones usuàries», «sentir-se escoltades pels seus caps directes» i «gaudir de la feina», com els millors puntuats a aquest factor.

No obstant això, la cara contrària és la baixa puntuació que el PAD del SAID atorga a ítems relacionats amb la formació específica en MAICP i també en la formació en gestió emocional (Gràfic 9).

Aquests ítems haurien de ser abordats ràpidament, ja que la formació del personal d'atenció directa en els fonaments del model i de forma continuada és l'única via que pot assegurar que aquest s'implementi i es garanteixin les bones pràctiques. D'altra banda, no proporcionar formació sobre gestió emocional deixa sense resposta un dels elements més difícils de l'atenció domiciliària de persones en situació de dependència que és la sobrecàrrega emocional del PAD. No es tradueix aquesta sobrecàrrega en l'ítem «gaudeix de la feina» segons es pot inferir, a causa del breu espai de temps en què s'està desenvolupant aquest programa. Però, si no s'actua davant l'escassa formació, tant del model com de la gestió de les emocions, el risc de la síndrome d'esgotament professional en el PAD augmentarà significativament.

7.4. Anàlisi global de l'instrument PDC modificat per al SAID de l'IMAS

Segons la PDC modificada, en la dimensió sobre atenció personalitzada, els valors mínims i màxims queden compresos entre els valors 33 i 165. Per altra banda, s'observa un alta puntuació, 121,78 punts (el 74% del total) en les actuacions que es basen en el MAICP.

Pel que fa a la dimensió sobre el suport de l'entorn, les dades que aporta el PAD del SAID arriben a un valor de 58.4 punts, cosa que implica el 78% de la resposta màxima. Això vol dir que hi ha una alta implicació per part de l'organització i del personal professional d'atenció directa, quant a oferir les cures basant-se el MAICP.

8. Conclusions

El Programa Servei d'Atenció Integral a Domicili per a Persones en Situació de Dependència, que pertany a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials de l'illa de Mallorca, implementa en un alt percentatge el model d'atenció integral i centrat en la persona, segons la visió del personal d'atenció directa que desenvolupa o ha desenvolupat les seves funcions dins del servei. Això és possible en un primer lloc per l'aposta dels responsables jeràrquics, tant polítics com tècnics, per aquest model trencant amb dècades de l'aplicació del model assistencial que garantia l'organització institucional sense tenir en compte la persona que rebia les cures. En

contrapartida, els responsables polítics i tècnics d'una administració pública com és l'Institut Mallorquí d'Afers Socials es van animar a «revolucionar» les cures i alteraren «ordre» vigent interessat a oferir confort a les institucions, per a mobilitzar totes les eines necessàries i col·locar-les a favor de la persona. S'apostà pel model d'atenció integral i centrat com el garant de pràctiques professionals responsables i respectuoses amb la persona usuària que no només les rep, sinó que les dirigeix.

El personal d'atenció directa del Programa presenta un alt compromís amb el seu treball, demostrat, en primer lloc, per la participació per obtenir dades del seu acompliment en els serveis que proporciona, la qual han estat superiors al 95%. En segon lloc, per la relació vincular terapèutica que estableix amb les persones usuàries dels serveis, el seu compromís i participació en la gestió dels plans d'actuació. Finalment, defensen les preferències que els manifesten les persones usuàries i no es limiten al respecte sinó que els donen veu, perquè siguin escoltades per tots els sectors implicats en l'àmbit de les cures de llarga durada. Tota la bibliografia estudiada per aquest treball refereix la importància d'una formació continuada, principalment en el model d'atenció integral i centrat en la persona, però també en gestió emocional. Quan parlem de la gestió emocional, entenem que és important aclarir que ens referim a la necessària diferència entre el que és una emoció, que es vincula als aspectes més primaris, i entre el que són els sentiments, els qual alludeixen al pas d'aquestes emocions per un procés cognitiu. La compassió en la relació d'ajuda és un element essencial en les cures de llarga durada que s'ha de tenir en compte en la formació dels recursos humans. Les dades que llança aquest estudi manifesten que aquesta formació no està implementada en aquest Programa, cosa que pot comportar en un futur no gaire llunyà una claudicació en les cures del nivell de l'atenció integral i centrada en els desitjos i preferències de les persones usuàries. Un cop més, la finalitat d'aquest treball és ser el punt d'inici de la valoració del funcionament d'un model estructural de treball, en un programa de recent camí i que a causa de la pandèmia de la COVID-19 s'ha vist reduït i, per tant, sense recollir i analitzar la vivència de la persona usuària del servei ni tampoc la de les famílies, els dos agents imprescindibles per a donar una imatge completa de la situació.

Referències bibliogràfiques

- Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència de 2006, Pub BOE núm. 299 de 15 de Desembre. Vigència des de 01 de gener de 2007. Revisió vigent des de 18 de Agost del 2015.
- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia* (Vol. 82). Ed. Médica Panamericana.
- Martínez T. (2011) *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*. Gobierno Vasco. Vitoria Gasteiz.
- Martínez T. (2015) *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos*

de atención e instrumentos de evaluación [tesi doctoral]. Universidad de Oviedo. Recuperat el 20 de novembre de 2020 a <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredmodeloatencioncuadernosmatia.pdf>.

Martínez Rodríguez, T., Suárez Álvarez, J., & Yanguas Lezaun, J. (2016). Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*, 28 (2).

Beard, J., Officer, A., Cassels, A., Bustreo, F., Worning, A. M., & Asamoah-Baah, A. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperat el 10 de desembre de 2020 a https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=D02A084D2E0EA5EF3A7834DD50D70187?sequence=1

Rodríguez, P. R. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Laboratorio de Alternativas.

Rodríguez P, Vilà y Mancebo A. (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid, edit Tecnos grupo Anaya.

Rodríguez P, Ramos C, García A, Dabbagh V, Mirete C, Castejón P. (2017) La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el Modelo de AICP. Fundación Pilares, Guías de la 96 . Fundación Pilares para la autonomía personal N°2.

White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontologist*, 48 (suppl. 1), 114-123.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

Atenció a la dependència

Experiències innovadores. Projecte Biografies: històries de vida.
Entrevista a Francesca Vadell Cubells,
directora de *Biografies: històries de vida*

María José de Prada Llosá



IMAS

Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



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



La Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors du a terme, entre d'altres, el Programa de Participació i Cooperació. Aquest programa cerca fomentar l'autonomia dels nostres majors mitjançant el treball de les habilitats socials. Per això i arran d'una proposta que ens va arribar de la Fundació Llorenç Villalonga de Binissalem, posàrem fil a l'agulla i engegàrem el projecte de teatre Biografies. Biografies: històries de vida és un projecte pioner a Mallorca que ve de la mà de la dramaturga i professora de l'Institut del Teatre de Barcelona, Francesca Vadell Cubells.

La primera passa del projecte va ser oferir als diferents grups de memòria l'oportunitat de participar-hi. Inicialment, es va plantejar amb la idea d'adreçar-lo a dones per tractar el tema de la maternitat. Biografies va fer possible que es materialitzàs la il·lusió de moltes d'elles de pujar a un escenari, ja que només dues d'elles havien participat de forma amateur en representacions d'obres de teatre.

Es va conformar un grup inicial de 14 dones interessades en el projecte, del qual en quedaren 7 originàries de Campanet, Inca, Marratxí i Sencelles. Són na Margalida Bal·le, na Margalida Cerdà, na Margalida Grau, na M. Dolors Llosà, na Magdalena Pons, n'Antònia Ramis i na Pola Rubert.

La primera posada en comú fou el 18 de març de 2019. La directora, mitjançant preguntes evocadores sobre la vida de les actrius, va anar conformant els punts més destacables de la història vital de cada una d'elles, els quals després es lligarien per a crear el guió. Es realitzaren 8 sessions de 2 hores en dilluns alterns durant el matí.

La primera funció es va representar al jardí de l'Ermita de Sant Miquel de Campanet, l'horabaixa del 8 de juny. La següent, el 30 de novembre al Museu del Calçat d'Inca. Per les festes de Santa Àgueda de Sencelles, el 5 de febrer de 2020, es va fer la darrera representació, ja que la covid-19 va impedir portar a terme la resta de les programades, d'entre les que destacava la del 25 de setembre al Teatre Principal.

Com hem dit, la principal responsable del projecte és Francesca Vadell. Francesca és membre fundadora de la companyia Retret Teatre. Els darrers muntatges que han realitzat han estat *Háblame de Lorca*, *Miguel*, *Sunset Park* al Teatre Gaudí de Barcelona o *L'any dels 30 (o la Magdalena)*, de Lara Díez, també representada al Teatre Gaudí de Barcelona, entre d'altres. Per altra banda, ha fundat la seva pròpia companyia, Cia Na Maia. Conjuntament amb la Fundació Mallorca ha creat l'espectacle *Les Contadores* i ha desenvolupat pel Govern de les Illes Balears visites teatralitzades a la Llotja i el Consolat de Mar. Amb la Cia La Fornal, ha actuat a *La història robada*, guanyadora del Projecte Alcover i *La cita*. Guanyà el Premi Bòtil 2011 juntament amb Toni Vallès i Eulàlia Bergadà amb l'obra *Benaventurats*, basada en la poesia de Miquel Àngel Riera. També és gestora cultural per la Universitat Oberta de Catalunya i ha treballat durant cinc anys com a docent a l'Institut del Teatre de Barcelona.



Què ha significat per a tu organitzar aquest taller de teatre amb dones?

Una alegria molt grossa i un molt bon aprenentatge. Sempre intent trobar noves experiències que tinguin relació amb les arts escèniques. De la mateixa manera, m'agrada donar veu a col·lectius que no són els que estem acostumats a sentir a dalt dels escenaris. Farà uns dos anys, amb la directora Mercè Mariné, engegarem un projecte similar amb dones de Barcelona que tenien entre 60 i 89 anys. Vaig pensar que traslladar-lo a Mallorca seria una bona idea i per això

iniciarem els contactes amb la Fundació Mallorca Literària i amb les tècniques de l'IMAS. Així, ha estat possible conèixer dones meravelloses que han estat les protagonistes de Biografies, històries de vida.

Quins eren els teus objectius quan et plantejaren el taller? S'han complit?

Sempre em propòs escoltar. Seria un dels principals objectius. Les protagonistes són les dones que hi participen, jo només ajud perquè el carro vagi endavant, però són elles les que el condueixen. Un altre objectiu és descobrir quines són les històries de les persones que tenc davant. Al mateix temps, intent crear un bon ambient de treball perquè totes les participants se sentin a gust i vulguin compartir les seves experiències. Després, ja podem començar a fer exercicis i a jugar. Quan ja començ a conèixer quines són les històries personals que podrem dur a escena, puc iniciar el treball que consisteix a imaginar com aquestes històries seran explicades dalt de l'escenari, ja que podem explicar un mateix fet de moltes maneres: amb un conte, amb una cançó, amb una escena, amb un monòleg... Una vegada acceptada i entesa la proposta, ja passam a assajar-la. I el darrer objectiu i principal és passar gust.

No sé si hem assolit els objectius o no. Per a mi el més important és que l'actriu se senti còmode i lliure actuant. Crec que a vegades s'hi han sentit. Això ho haurien de respondre les intèrprets...

Tenies experiència en dirigir a collectius de majors?

Sí, és el segon espectacle en què particip.

Com ha estat en general la feina amb elles?

Ha estat un regal treballar amb unes dones tan fantàstiques. A partir dels seus records, de les seves anècdotes o vivències, hem fet, juntes, una obra de teatre.

També diria que hem fet una bona pinya. Ens hem fet amigues, m'atreviria a dir. He vist que cada dia anaven millorant i agafaven confiança. Ara ja no tenen aturador!

Crec que s'han sentit lliures per poder dir la seva i això és molt important. Pens que hem pogut escoltar els punts de vista de cada una d'elles. De fet, molt del material utilitzat (cançons, poemes, rondalles...) és una proposta seva, que han compartit amb la resta del grup i hem decidit juntes si l'afegíem o no a l'obra. Diria que un 99% del que han suggerit ho hem acceptat. Jo, evidentment, propòs: "a mi m'agrada més així o aixà", però la darrera paraula és la seva. Són elles les que han de posar-se davant del públic i han d'estar 100 % segures.

Què és el que els ha resultat més fàcil i més difícil a l'hora de pujar a l'escenari?

El més fàcil per elles, quan assajam, és ser espontànies. El més difícil és poder dur a escena aquesta espontaneïtat. En teatre, s'ha de repetir moltes vegades una mateixa escena i pel camí a vegades es perd la màgia que es va trobar el primer dia. Però és la nostra feina: tenir present que això ja ho hem assajat moltes vegades, però ser conscients que el públic és la primera vegada que ho sent i que el que ens atreu d'algú quan fa teatre és la seva vitalitat, la seva energia i la seva generositat. Per això, és cansat fer teatre, perquè cada dia has d'intentar que aquests ingredients no es perdin.

Una vegada que has tingut l'oportunitat de conèixer les protagonistes del projecte, què és el que t'ha sorprès d'elles?

La seva energia i vitalitat. Són dones molt intel·ligents, actives, alegres i plenes de vida. Són humils també i saben treballar en equip. Això avui en dia és molt gratificant quan passa. Sempre és un luxe treballar amb persones així.

Creus que el fet d'explicar i exterioritzar aquelles coses que mai havien pogut dir forma part d'un procés terapèutic propi?

Sempre hem de tenir en compte que elles només expliquen el que volen. És important saber que ets lliure per triar el que vols que el públic conegui de tu. Crec que tenir un racó on poder dir la teva és una bona experiència. El que és individual passa a ser col·lectiu i compartit. És interessant veure que allò que sents potser algú més també ho ha viscut. Compartir vivències i escoltar històries sempre enriqueix. Aquí és quan el teatre pren sentit i es produeixen moments màgics.

Ha estat un repte muntar aquesta obra?

Sí, per a mi i crec que també per a elles. Si no hagués estat un repte, no valdria la pena. Sempre hi ha dificultats: hem tengut dies on el desànim s'imposava, hem tengut sessions en què crèiem que no tendríem temps per acabar la peça... Però n'hem après. En un procés de treball sempre hi ha alts i baixos, però han estat les seves ganes les que ho han duit a bon port. S'han donat ànims entre elles, s'han ajudat i s'ha fet costat. I això és fantàstic!

És possible que alguna història de vida d'alguna d'elles t'inspiràs per a escriure una obra de teatre?

Sí, clar. Totes les seves vivències són dignes d'una novel·la, una pel·lícula, una obra de teatre... El que a mi em motiva és, però, sentir la seva pròpia veu i que siguin elles mateixes que s'expressin. És més potent veure i sentir les autèntiques protagonistes de les històries.

Per què una professora de l'Institut del Teatre de Barcelona es posa a dirigir un projecte en persones que mai han trepitjat un escenari?

Tota persona pot generar material interessant que es pot dur damunt un escenari. Tots tenim joies que poden interessar a l'altra gent. Les ganes d'aprendre i de millorar les pots cobrir amb un estudiant universitari, amb un infant o amb una persona de 100 anys. Tothom pot aportar-te i enriquir-te.

Hi trobes gaire diferència entre fer feina amb actors/actrius professionals o amateurs?

No, tots tenim por a vegades, tots passam pena de fracassar o de no agradar. Això ens iguala. Jo no hi vull veure diferències, el que vull saber és adaptar-me a cada intèrpret i entendre'l el millor possible.

Quina repercussió creus que tenen aquests tipus d'esdeveniments a la societat?

No ho sé gaire bé. A mi, el que m'agradaria que passés és que el públic valoràs aquestes dones que tenen el coratge de ser sinceres i autèntiques. Veure que la gent gran té una veu poderosa, rica i que podem aprendre a través d'elles, em fa tenir esperança i pensar que podem millorar a escala individual i com a societat.

Tens algun projecte a punt de començar?

Sí, sempre. Sense curolles no sé viure.

Com arribares al teatre? Què et va seduir?

Cada vespre, ma mare m'explicava un conte. Crec que des de petita, pares i padrins m'han ajudat a estimular la imaginació. Supòs que el teatre m'ajuda a sortir dels meus esquemes i poder conèixer altres realitats.

T'has sentit temptada d'abandonar mai el teatre?

No. Si un dia m'avorresc, ho deixaré. Mentrestant, a jugar!

Podries dir-nos a quines fites has arribat ara com ara i quines et queden per aconseguir?

No pens amb fites, no pens amb escalons que hagi d'anar pujant. Pens amb un camí de garriga amb pedres, mates, alguna clariana, algun bassot. Anar fent i ser honest amb un mateix.

Creus que les administracions públiques estan apostant per iniciatives teatrals? Com veus el panorama teatral a llarg termini?

Sempre podem anar més enllà. Nosaltres sempre hem de reclamar compromís a les administracions amb la cultura. Si alguna cosa ens ha de salvar, serà (segons la meva opinió) l'educació pública, la sanitat pública i l'accés de tots els ciutadans a la cultura.

Que es podria fer per reactivar el teatre?

Poder-ne fer amb condicions: amb sous justos, amb unes instal·lacions adients i fent que l'accés a la cultura fos possible per tothom.

Voldries afegir alguna cosa?

Moltes gràcies per donar veu a *Biografies: històries de vida*.

Per a l'Equip de Vellesa i Família ha estat una gran satisfacció haver pogut gaudir d'aquest projecte. No només pel que ha suposat per a les participants, les quals ens han transmès alegria, capacitat i orgull, sinó per les famílies que han descobert trets desconeguts de la vida de les seves famílies i il·lusió contagiada pel seu entusiasme i dedicació.





COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 63, Juliol 2021

ISSN: 2659-5273

La cooperació i la dinamització social

El voluntariat en l'àmbit sociosanitari: un apropament a la realitat que troben les persones voluntàries

Ana J. Cañas-Lerma

Professora ajudant de Treball Social

Àrea de Treball Social i Serveis Socials (UIB)

 **IMAS**
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



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

Resum

Participar com a persona voluntària vinculada a un programa de voluntariat en una entitat de l'àmbit sociosanitari implica disposar d'una especial sensibilitat per com ens acostem als altres. Estar en contacte amb el sofriment dels altres, el seu dolor o malestar o conèixer de situacions d'injustícia que es donen en les vides dels que pateixen una malaltia o una situació de crisi o malestar (així com la seva família), requereix un tipus de voluntariat des del suport emocional i l'acompanyament. En aquest sentit, es recullen les principals tipologies de propostes de voluntariat sociosanitari a la nostra comunitat autònoma, així com una pinzellada de les principals característiques i actituds de les persones voluntàries a l'àmbit sociosanitari que ens presenta la literatura especialitzada.

Paraules clau

Voluntariat, participació, sociosanitari, acompanyament, relació d'ajuda.

1. Introducció

Avui en dia, parlar de voluntariat en l'àmbit d'atenció sociosanitària ja ens apropa a la idea d'un voluntariat que, al mateix temps que atén necessitats, és transformador, col·lectiu i dirigit cap a una millora estructural comunitària (EAPN-ES, 2018). I és així des del moment en què el presentam trencant amb la idea de la seva instrumentalització com una possible via per a suplir mancances del sistema d'atenció sociosanitària cap a la ciutadania. Es tracta de reconèixer-lo des de la individualitat de qui el realitza atès que adquireix la vàlua real quan la seva finalitat última és, a part de transformar les situacions de carència i desigualtat, té també l'ocasió de generar oportunitats i possibilitats. Al present article, s'ofereix una aproximació a una part de la que ha estat la meua tesi doctoral, en què les persones voluntàries de l'àmbit sociosanitari de Mallorca han estat les protagonistes (Cañas-Lerma, 2020).

Són moltes les definicions que podem trobar sobre què és el voluntariat, però totes elles comparteixen el punt comú de presentar-lo com una acció de participació ciutadana basada en un compromís cap al desenvolupament i millora de la qualitat de vida, des de la solidaritat, la gratuïtat, la justícia i la col·lectivitat (European Anti-Poverty Network-Espanya, 2018). En paraules

de Luis Aranguren el voluntariat és una proposta de participació ciutadana que ens posa «en contacte real amb situacions de dolor, d'injustícia, sofriment o soledat, i davant les quals es busquen respostes personals i collectives a través de les organitzacions de solidaritat» (Aranguren, 2011, pàg. 11).

L'atenció o suport de les persones voluntàries es dirigeix a atendre a qui està afectat per una malaltia o un malestar, per exemple, però aquesta atenció també es dirigeix cap a oferir espais de respir per a aquelles persones cuidadores informals d'aquests. Aquest suport d'atenció als cuidadors, contribueix significativament en la millora de la qualitat de vida dels seus familiars. Qui té cura té sentiments agradables per la satisfacció de la cura, però també desagradables: pateixen cansament i senten la càrrega negativa de la cura sobre ells (Decarlo i Folkman, 1997; Lynch, 2015). Parlam de les parelles, fills o companys, els quals necessiten també el suport del voluntariat per a obtenir un temps per a ells mateixos. I és la persona voluntària, acompanyant i fent-se càrrec del seu familiar un temps prèviament establert i acordat, la que els l'ofereix. En aquest sentit, dur a terme un voluntariat en l'àmbit sociosanitari acredita disposar d'una certa sensibilitat per com ens acostem als altres. Estar en contacte amb el sofriment, dolor, malestar, situacions d'injustícia, entre altres, que es donen en les vides dels que pateixen una malaltia o una situació de crisi o malestar (així com els seus familiars), requereix un tipus de voluntariat des del suport emocional i l'acompanyament. Per tant, podem determinar que es tracta d'un voluntariat relacional (Cañas-Lerma, 2020), perquè entre altres fets terapèutics que puguin sorgir, el de l'establiment d'una relació entre la persona usuària del programa de voluntariat i la persona voluntària és terapèutic, bàsic i crucial.

Voluntariat amb persones afectades per una malaltia: cures pal·liatives en adults o infants i malalts pluripatològics en entorns hospitalaris o domiciliaris.

Les cures pal·liatives es basen en valors intangibles. La cura ha de ser brindada des de la compassió, la presència, l'esperança i la comprensió (Larkin, 2010). Són moltes les persones afectades per malalties que necessiten rebre atenció i cures al final de la vida. Les cures pal·liatives pediàtriques són una especialitat en si mateixes, encara que vinculades a l'assistència pal·liativa per a persones adultes. Estan dirigides a la cura total i activa del cos, la ment i l'esperit del nen i a la prestació de suport a la família. S'inicien quan la malaltia és diagnosticada i continuen al marge de si el nen rep o no tractament contra la malaltia (World Health Organization, 2020).

A les Illes Balears l'atenció pal·liativa està inclosa en l'atenció de malalties cròniques de risc alt i complexitat màxima (Conselleria de Salut, 2017). Aquestes cures poden prestar-se a hospitals, centres d'atenció primària, el mateix domicili, etc. Per tant, com és comprensible, l'atenció que han de rebre aquestes persones i les seves famílies requereix l'establiment d'una relació empàtica, de comunicació, d'avaluació multidimensional, d'escolta activa i de contacte terapèutic (Arantzamendi i Centeno, 2017). El model aplicable a pacients amb malalties cròniques avançades i les seves famílies és el que s'ofereix des del Programa Autòmic de Cures Pal·liatives 2019-2023 (Servei de Salut de les Illes Balears, 2019). En aquest programa s'hi

aplega la conformació dels equips professionals de cures pal·liatives, amb un marcat caràcter interdisciplinari i col·laboratiu. Aquests equips, així com recull la literatura científica, estan integrats per agents del camp de la medicina, la infermeria, el treball social, la psicologia i el voluntariat, entre d'altres (Clayton, Butow, Arnold i Tattersall, 2005; Crawford i Price, 2003; Gómez-Batiste, Pascual, Espinosa i Caixa, 2010; Larkin, 2010; Maté, Bayés, González-barboteig i Muñoz, 2008).

Els equips professionals treballen braç a braç amb el voluntariat, que «exerceix una funció imprescindible a l'acompanyament i suport emocional d'aquests pacients i els seus familiars» (Servei de Salut de les Illes Balears, 2019, pàg. 33). Així, s'ha establert una proposta d'acolliment del voluntariat en els espais de cures pal·liatives, des de la naturalitat i la humanització d'aquests entorns. La participació de persones voluntàries en favor d'una atenció més humanitzada en el camp de les cures pal·liatives i trànsit per situacions de dol és un element central i important per part de l'atenció que ofereixen aquests serveis de salut (Payne, 2002). Tal com Arantzamendi i Centeno (2017) resumeixen, aquest tipus de cures es basen en valors intangibles que, tot i no ser materials, sí que són expressats a través de paraules i accions que són apreciades tant per les mateixes persones afectades per la malaltia com pels seus familiars. Per exemple, com és sabut, l'atenció de menors amb malaltia crònica requereix un model d'atenció integral que alleugi càrrega de cura als i les cuidadores informals (els seus familiars o amistats). Ells es veuen altament afectats per l'impacte que aquesta malaltia genera en les seves vides, amb elevats nivells d'ansietat i estrès (Barrera, Sánchez i Carrillo, 2013). El suport d'una persona voluntària pot ajudar a descarregar aquesta tensió familiar. Exemple d'això és l'estudi realitzat davant la vivència com a mare de perdre un fill per malaltia oncològica. Un grup de mares que van participar en l'estudi van informar que en el moment crític de la pèrdua, van sentir la necessitat d'estar acompanyades per altres mares i voluntàries (Carneiro, Souza i Paula, 2009).

En el moment en què una persona és hospitalitzada hi ha una situació de canvi de rutines familiars i d'organització, i això pot arribar a significar una experiència traumàtica per la família i la persona. La persona ingressada sent el dolor de la malaltia o mal, i els familiars i amics pateixen al saber d'aquesta situació. A causa que el ritme de vida no minora, són molts els moments en què apareix la soledat, la impotència, les pors al que pugui succeir i el cansament tant físic com emocional o espiritual (les creences, religioses o no i els significats interiors que dona la persona a qüestions existencials de la vida). És en aquestes situacions en què les persones voluntàries poden oferir el seu suport, sent qui ofereixin un temps de respir per al familiar que acompanya la persona hospitalitzada, o acompanyant a qui està ingressat i no té qui el visiti i acompanyi. Quan són nens que estan hospitalitzats, aquest acompanyament es dona des d'espais educatius i de lleure, a escala individual o a grupal (Pérez, Mínguez, Fernández, Romero i Pérez, 2018).

2. Voluntariat amb persones majors a entorns domiciliaris o residencials

Les dificultats d'accessibilitat o una mobilitat reduïda i els problemes per sortir de l'habitatge són els que afecten la gran majoria dels 3,8 milions de persones amb diversitat funcional o algun grau de discapacitat a Espanya. El 58% d'elles són persones majors de 65 anys, i el 80% són dones. Segons dades de l'estudi L'accessibilitat dels habitatges en Espanya (Fundació Mútua de Propietaris, 2018), el 72% dels habitatges de les Illes Balears no són accessibles entre el portal de l'edifici i l'accés al carrer, la qual cosa converteix els edificis d'habitatges en presons per a aquestes persones.

En les últimes dècades és cada vegada més comú el fenomen de viure sol o compartir la llar únicament amb la parella. Segons dades de l'Institut de Majors i Serveis Socials (IMSERSO), al seu últim informe de 2016 sobre les persones grans a Espanya, el 22,37% de la gent gran habita en un habitatge unipersonal. Però no únicament senten l'experiència de la soledat les persones grans que viuen soles, també la pateixen les que viuen en residències, tot i gaudir de cures i d'acompanyament físic. En els centres residencials, la vivència que es tingui dependrà del tipus d'assistència que ofereixin en ells a la gent gran. Dependrà de si senten que els seus espais socials, emocionals i espirituals estan coberts des dels recursos físics i relacionals que els ofereixin als centres residencials, o de si hi ha alguna mancança. Tal com recull Bermejo (2016, pàg. 127) «es produeix un dèficit relacional o de valor en les relacions interpersonals que fa que l'experiència [de la soledat] sigui desagradable». Així, per exemple, en els casos d'atenció a persones amb demència avançada, s'ha comprovat que els voluntaris i les voluntàries poden ser un interessant agent d'intervenció amb aquestes persones des de la seva companyia i estimulació (Van Der Ploeg, Mbakile, Genovesi i O'Connor, 2012). Des d'aquest marc, la persona voluntària que ofereix el seu acompanyament i una postura relacional propera a aquestes persones, ofereix la intenció de fer-los saber que són importants per a ella, que hi ha a qui li interessa el seu estat físic i emocional i que disposen d'una persona amb qui conversar i compartir part de la seva vida.

3. Voluntariat en l'atenció a les persones i famílies afectades per una crisi, o que viuen en situacions d'extrema vulnerabilitat, persones immigrants i refugiades

Recollint la definició del Marc d'Atenció a les Persones de Creu Roja (Creu Roja Espanyola, 2020), es comprèn que es tracta d'un model de col·laboració que prioritza les persones i les seves

necessitats. Són elles les que són al centre de la intervenció i són les protagonistes del seu procés de desenvolupament. Els grups als quals s'adreça l'acció voluntària en l'àmbit sociosanitari són aquells que vivencien situacions de vulnerabilitat i presenten dificultats per a la defensa i abast dels seus propis drets humans. Són múltiples les propostes d'acció voluntària, l'objectiu de les quals és la seva millora de qualitat de vida i el seu estat biopsicosocial: prevenció en salut i promoció d'hàbits saludables, educació o establiment de relacions de xarxes de suport.

Segons xifres de l'Observatori Balear de la Cooperació i les Migracions (OBACOM) i de l'Institut Nacional d'Estadística, el 2018 residien a les Illes Balears 192.412 persones de nacionalitat estrangera, de les quals una mica més de cent mil eren de països no pertanyents a la UE. La gran majoria provenien d'Amèrica de Sud i d'Àfrica. Així, les Illes Balears era la comunitat autònoma amb major percentatge de població estrangera (OBACOM, 2018). Des d'aquest panorama, processos d'integració promoguts des de les associacions, entitats i equips professionals i de voluntariat s'han mostrat exitosos pel que fa a promoció de processos d'integració d'aquests grups (Araujo, 2010).

Un altre exemple seria el voluntariat tutelar des del qual s'ofereix suport a persones amb discapacitat intel·lectual i de desenvolupament. Són persones que es troben en una situació de desempament i especial vulnerabilitat. Així, la proposta relacional de la persona voluntària és individual i molt propera, per la qual cosa passa a formar part del cercle de proximitat de la persona a qui tutela; recollint el terme que Etxeberria (2014), es proposa l'establiment d'una «amistat moral». A la nostra comunitat comptem amb un servei de tutela de persones adultes des de fa uns anys.

4. Voluntariat en l'àmbit de les addiccions i conductes addictives

Segons dades de l'Observatori autonòmic de drogues de les Illes Balears, al llarg de l'any 2018 hi va haver 2.177 notificacions d'inici de tractament per drogodependències, de les quals el 79,19% van ser homes i el 20,81% van ser dones (Pla d'Addiccions i Drogodependències de les Illes Balears-PADIB, 2019). Segons dades de la Memòria Projecte Home-Illes Balears (2019), en aquell mateix any Mallorca comptava amb la concentració més grossa de persones ateses pel que fa a les altres illes. La cocaïna era la substància més consumida per part de les persones que van iniciar el tractament, seguida de l'alcohol. Cal destacar que només 1 de cada 5 persones ateses va ser una dona. Pel que fa a l'edat, el 7% de persones ateses eren menors d'edat, mentre que la mitjana de persones ateses era de 36,9 anys.

El voluntariat i els grups d'autoajuda són elements bàsics en l'atenció a addiccions, amb substància o sense. El seu objectiu és millorar el dia a dia de les persones usuàries, joves i adultes,

que es troben en un procés de desintoxicació, deshabituació o contenció del consum de substàncies i altres conductes addictives. Les persones voluntàries participen en programes d'acompanyament i suport, tant a persones que inicien el procés de deshabituació com a les seves famílies. De vegades, són les mateixes persones voluntàries les que també han vivenciat el fet d'estar en aquest moment del procés. D'altres, potser hagin viscut l'experiència de saber d'un familiar afectat per aquesta problemàtica d'addicció o dependència i altres ofereixen les seves fortaleces per compartir-les mitjançant l'organització de tallers o activitats lúdiques o esportives: meditació, cuina, millora de la lectoescriptura, etc. Aquestes persones comparteixen el seu temps amb altres que, a vegades, han estat estigmatitzades per la societat, tant elles com les seves famílies. Les persones voluntàries són persones que es caracteritzen per no jutjar, però sí que són conscients que conviuen amb una realitat complexa, que és la de la persona addicta i la seva família o entorn.

Una vegada presentats els contextos en els quals les persones voluntàries desenvolupen la seva proposta relacional als programes de voluntariat gestionats per les entitats de les nostres illes, ens demanam: però com són aquestes persones? Què demostra tenir ser una persona voluntària a l'àmbit sociosanitari?

5. Característiques i actituds de les persones voluntàries a l'àmbit sociosanitari

Des d'un prisma general, García-Fajardo (2007, pàg. 53) recull les següents característiques definidores de les persones voluntàries de l'àmbit social:

- La gratuïtat: el voluntariat és l'oferiment de si mateix i la consciència que aquest ser per als altres és part del que sosté la seva concepció de la vida.
- La continuïtat: ja que no es poden crear necessitats en aquelles persones que no estiguem disposats a seguir ajudant.
- La preferència vocacional de la persona voluntària, ja que un fa millor allò que li agrada i per al que està més preparat.
- La responsabilitat personal sostinguda per l'equip que desenvolupa el projecte de voluntariat de l'organització amb la qual participa.
- El coneixement, respecte i valoració de les diferents persones o pobles que pugui trobar-se en la realització de la seva tasca com a persona voluntària.

Respecte als trets de personalitat de les persones voluntàries, García Fajardo (2007) assenyala que compten amb factors de personalitat que promouen la comunicació, disposen d'autocontrol emocional, bona autoestima i autoacceptació, així com ser empàtiques i assertives.

Són diversos els estudis que recullen que les persones voluntàries tendeixen a ser empàtiques i curoses amb els altres (Bekkers, 2005; Finkelstein, Penner i Brannick, 2005).

Pel que fa al perfil dels que porten a terme el seu voluntariat en cures palliatives, a continuació es presenta la proposta plantejada per Azkoitia (2011, pàgs. 451-452) donat

que és molt completa (taula 1). Cal esmentar que alguns estudis han revelat que una experiència personal relacionada amb la mort o el dol guarda relació amb una major competència per actuar davant situacions d'aquests àmbits (Robbins, 1994).

Taula 1: Perfil de les persones voluntàries en l'àmbit de les cures palliatives

Font: «El voluntariado con enfermos al final de la vida y su familia» d'Azkoitia, X., pàg. 451-452, a Bermejo, J. C. (Ed.). (2011). *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos*. Cáritas Española.

Madura	Amb capacitat d'integrar i viure el patiment dels altres i el propi sense perdre l'equilibri. Amb els seus dols personals elaborats i amb capacitat d'adaptació a les situacions que viurà. Algú que és capaç de tenir una capacitat òptima de comunicació interpersonal. Capaç d'escoltar les seves pròpies contradiccions. Amb pors, dubtes, límits i cansaments.
Humana	Vulnerable i que sap dialogar amb la seva pròpia vulnerabilitat i amb la dels altres. Capaç de convertir la vulnerabilitat dels altres en una oportunitat d'aprenentatge vicari.
Hospitalària	Que sap obrir-se i acollir el patiment dels altres. Que no fuig del dolor ni de la mort. Que la seva hospitalitat la desenvolupa amb empatia, autenticitat i acceptació incondicional.
Compassiva	Que no sigui apàtica davant el dolor i el sofriment. Que estigui disposada a acompanyar a qui gaudeix i a qui pateix. Que el respecte al silenci i als temps de l'altre sigui la seva manera d'escolta activa.
Cooperadora	És part de l'equip. Promou la interdisciplinarietat. Tot per a la persona malalta, però amb ella.
Creativa	Ni improvisadora ni espontània. Promotora de l'autonomia del pacient o de la pacient i que ha pensat i reflexionat sobre els serveis i possibilitats d'acompanyament o d'oci que pot oferir a aquesta persona o al familiar (per al seu descans o distracció).

Al voluntariat amb gent gran, ja sigui derivat d'un ingrés hospitalari, institucional o d'un voluntariat domiciliari, sempre serà primordial oferir una actitud d'atenció i cura cap a les necessitats de la persona, des del respecte i promoció de la seva pròpia autonomia. Des dels quaderns formatius del voluntariat de l'ordre hospitalària de Sant Joan de Déu adreçat a aquest col·lectiu, es presenten a la taula 2 les actituds necessàries de les persones voluntàries per dur a terme la seva tasca amb aquest grup poblacional (Gómez, García, i Fombellida, 2015, p.34-35-36).

Taula 6: Actituds de les persones voluntàries amb el col·lectiu de la Tercera Edat
Font: Gómez, B. et al. (2015). Cuaderno de voluntariado con personas mayores
y la atención geriátrica. Fundación Juan Ciudad. Pàg 34-25.

Tacte, diplomàcia i discreció	Posar els límits de la seva intervenció, sense ficar-se en allò que la persona usuària i la família no volen.
Actuació amb esperit de servei i no de superioritat	Tenir present la situació de fragilitat en què la persona major i la família es troben.
Calor humana	Les persones voluntàries tenen un temps en la seva intervenció molt valuós per acompanyar que no tenen la resta del personal professional. Aquest temps els permet poder demostrar a la persona que hi són per acompanyar-la en les seves necessitats.
Amabilitat, estima i respecte	Atendre la necessitat de la persona usuària de sentir-se estimada, respectada i valorada.
Capacitat d'escolta	Donar una resposta empàtica i comprensiva. Escoltar sense jutjar, permetre-li a qui pateix l'alleujament i que mostri les seves pors si vol.
Paciència i tolerància	Adaptar-se a la situació i als temps necessaris per a la persona usuària. Cal tenir paciència i saber manejar la situació. Anar al ritme de l'altre.
Constància i responsabilitat	Ser responsables de l'acompanyament i respectar el compromís que s'ha adquirit.
Creativitat	Ser creatius per fomentar l'autonomia de la persona i la seva vàlua personal a través del reforç positiu.
Cooperació amb la resta de l'equip	Compartir dubtes i emocions amb la resta de companys, així com el treball que s'està realitzant. Tots a una han d'intervenir amb els mateixos criteris per evitar desorientar les persones usuàries i les seves famílies.
Actitud dinàmica i positiva	Ser capaços a el mateix temps de mantenir el sentit de l'humor.
Ser respectuosos amb les creences ...	... amb els costums, valors i idees de la persona usuària així com amb la seva història de vida.
Confidencialitat i respecte a la intimitat	No es pot oblidar mai que el que s'escolta i comparteix és privat i propi de cada pacient i la seva família.
Interès a formar part del projecte institucional ...	... caracteritzat per l'hospitalitat, com a valor que condueix a una especial sensibilitat per detectar i atendre les persones més vulnerables.
No fer del voluntariat un assumpte personal, però sí un element de desenvolupament personal	

Pel que fa al voluntariat dins el marc d'atenció a les persones, per exemple, amb persones amb diversitat funcional intel·lectual, els qui participen en aquest voluntariat comprenen que pot ser cansat i de vegades frustrant, i han de comptar amb una personalitat madura i integrada (García-Fajardo, 2007). És aquest mateix autor qui deixa constància de la necessitat d'«actuar amb un somriure, amb paciència i amb un enorme tacte» (pàg. 135) en els voluntariats dirigits a persones sense llar, provinents d'altres llocs o que estan passant per una crisi personal o econòmica greu.

6. Conclusions

Per tant, com hem pogut observar el paper del voluntariat en aquest entorn es dirigeix cap a l'acompanyament i suport emocional de les persones i famílies. Així mateix, s'ofereix un suport emocional a la família, tractant de fer-li companyia en els seus moments de tristesa o ansietat, així com oferint una relació adequada per a l'obertura a l'expressió d'emocions vinculades la frustració, la pèrdua, el malestar o el sofriment. En aquest sentir, podem afirmar que les persones voluntàries en l'àmbit sociosanitari ofereixen el seu temps i a elles mateixes com a instrument terapèutic des d'un acompanyament, l'escolta activa i una resposta empàtica cap a les històries de les altres persones que pateixen.

Referències bibliogràfiques

- Aranguren, L. A. (2011). *Humanización y voluntariado*. Madrid: PPC.
- Arantzamendi, M. i Centeno, C. (2017). Intangible values of palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 24 (2), 72–74.
- Araujo, N. (2010). Procesos de integración de personas solicitantes de protección internacional y refugiadas en la ciudad de Alicante. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, 5(1), 111–122. doi: 10.14198/obets2010.5.1.06
- Azkoitia, X. (2011). El voluntariado con enfermos al final de la vida y su familia. En Cáritas Española (Ed.), *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos* (pp. 439–475). Madrid.
- Barrera, L., Sánchez, B. y Carrillo, G. M. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39–47.
- Bekkers, R. (2005). Participation in voluntary associations: relations with resources, personality, and political values. *Political Psychology*, 26(3), 439–455. doi: 10.1111/j.1467-9221.2005.00425.x
- Bermejo, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126–144. doi: 10.11565/arsmed.v32i2.264
- Cañas-Lerma, A. (2020). *La satisfacción por compasión y el desgaste por empatía en los/las voluntarios/as del ámbito socio-sanitario de Mallorca*. (Tesi doctoral). Universitat de les Illes

Balears.

- Carneiro, D. M. S., Souza, I. E. O. y Paula, C. C. (2009). Daily of mothers companions of children that were to death: contributions for the oncologic nursing. *Pesquisa*, 13(4), 757–762. doi: 10.1590/S1414-81452009000400010
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M. i Tattersall, M. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care in Cancer*, 13(8), 589–599. doi: 10.1007/s00520-004-0759-2
- Conselleria de Salut. (GOIB). (2017). *Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021*. Recuperat el 15 de juny de 2019, a partir de <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones?catid=0&id=1521>
- Crawford, G. B. i Price, S. D. (2003). Team working: Palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Medical Journal of Australia*, 179, 32–34.
- Cruz Roja Española. (2020). *Cruz Roja. Nuestros compromisos*. Recuperat 7 de març de 2020, a partir de <http://www.cruzroja.es/principal/web/nuestros-compromisos/nuestroscompromisos>
- Decarlo, P. i Folkman, S. (1997). Are informal caregivers important in AIDS care? *Positive Outlook : The Newsletter of the AIDS Alternative Health Project*, 4(2), 26–27.
- EAPN-ES. (2018). *Tercer sector de acción social, movilización social y voluntariado ¿Transformando juntos?* Madrid: EAPN-ES y PVE.
- Etxeberria, X. (2014). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y la acción del voluntariado tutelar. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 45(2), 57–67.
- Finkelstein, M. A., Penner, L. A. i Brannick, M. (2005). Motive, role identity, and pro-social personality as predictors of volunteer activity. *Social Behavior and Personality*, 33(4), 403–418. doi: 10.2224/sbp.2005.33.4.403
- Fundación Mutua de Propietarios. (2018). *La accesibilidad de las viviendas en España*. Barcelona. Recuperat 10 de gener de 2020, a partir de <https://www.fundacionmdp.org/solution/estudio-de-la-accesibilidad-delas-viviendas-en-espana/>
- García-Fajardo, J. C. (2007). *Manual del voluntariado*. Madrid: Catarata
- Gómez, B., García, M. M. i Fombellida, R. (2015). *Cuaderno de voluntariado con personas mayores y la atención geriátrica*. Madrid: Fundación Juan Ciudad
- Gómez-Batiste, X., Pascual, A., Espinosa, J. i Caja, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(4), 179–185. doi: 10.1016/j.medcli.2010.02.007
- IMSERO. (2019). *60 y más*. Recuperat 7 de març de 2020, a partir de http://www.revista60ymas.es/60mas_01/actualidad/2019/septiembre/IM_126533?dDocName=IM_126533
- Larkin, P. (2010). Listening to the still small voice: The role of palliative care nurses in addressing psychosocial issues at end of life. *Progress in Palliative Care*, 18(6), 335–340. doi:

10.1179/1743291X10Y.0000000002

- Lynch, S. (2015). *The family caregiver's experience : Examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue using a stress process model* (Tesi doctoral). University of New Mexico. EE.UU.
- Maté, J., Bayés, R., González-Barboteo, J. y Muñoz, S. (2008). ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una Unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psicooncología*, 5(2–3), 303–321.
- PADIB. (2019). *Indicador d'admissions a tractament per consum de substàncies psicoactives a les Illes Balears. Resultats de l'any 2018*. Recuperat 7 de marzo de 2020, a partir de https://www.caib.es/sites/padib/es/observatorio_autonomico_de_drogas/
- Payne, S. (2002). Dilemmas in the use of volunteers to provide hospici bereavement support: Evidence from New Zealand. *Mortality*, 7(2), 139–154. doi: 10.1080/1357627022013276
- Pérez, P., Mínguez, A., Fernández, L., Romero, J. F. y Pérez, M. (2018). *Voluntariado en hospitales*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, Ed.
- Projecte Home-Illes Balears. (2019). *Memoria Projecte Home-Illes Balears*. Recuperat 7 de marzo de 2020, a partir de <https://www.projectehome.com/upload/5e28060119f99.pdf>
- Robbins, R. A. (1994). Death competency: Bugen's coping with death scale and self efficacy. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* (pp. 149–165). Washington DC: Taylor & Francis
- Servei de Salut de les Illes Balears (GOIB). (2019). *Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2019-2023*. Palma: Servicio de Salud de ls Islas Baleares
- Van Der Ploeg, E. S., Mbakile, T., Genovesi, S. i O'Connor, D. W. (2012). The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1790–1797. doi: 10.1017/S1041610212000798
- World Health Organization. (2020). *Cáncer. Cuidados Paliativos*. Recuperat 7 de març de 2020, a partir de <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>