



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%

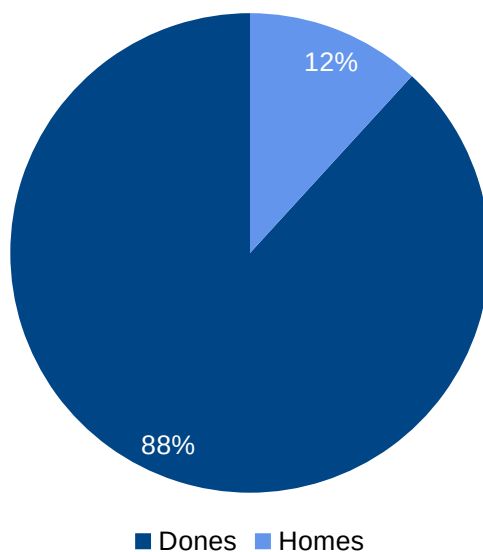
7. Resultats

7.1. Dades personals

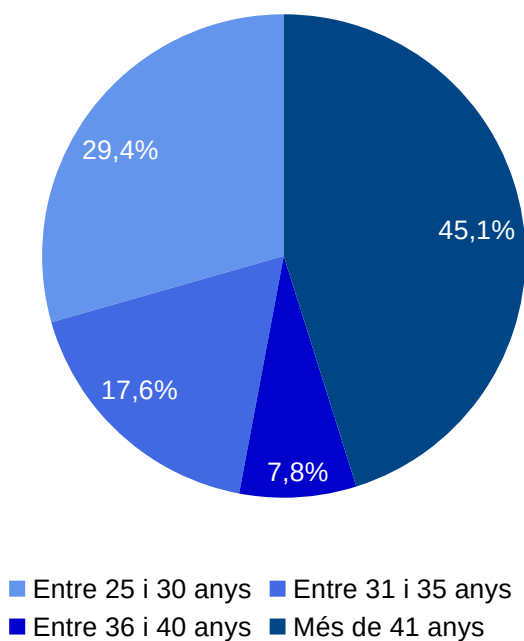
La primera dada que es fa evident (gràfic 1) és l'alta incidència de la dona en activitats relacionades amb les cures, la qual cosa corrobora la idea que hem tingut durant aquest treball de referir-nos a l'equip en termes femenins.

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).

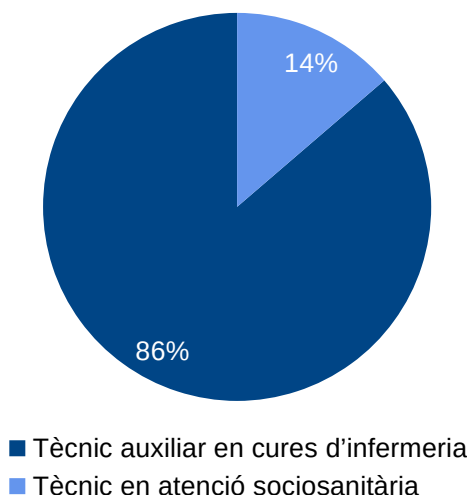
Gràfic 1: Distribució del PAD segons els sexe



Gràfic 2: Distribució del PAD segons l'edat



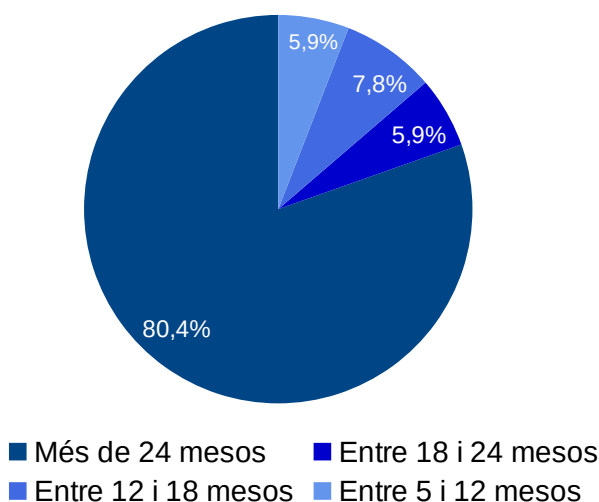
Gràfic 3: Distribució del PAD segons els estudis



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



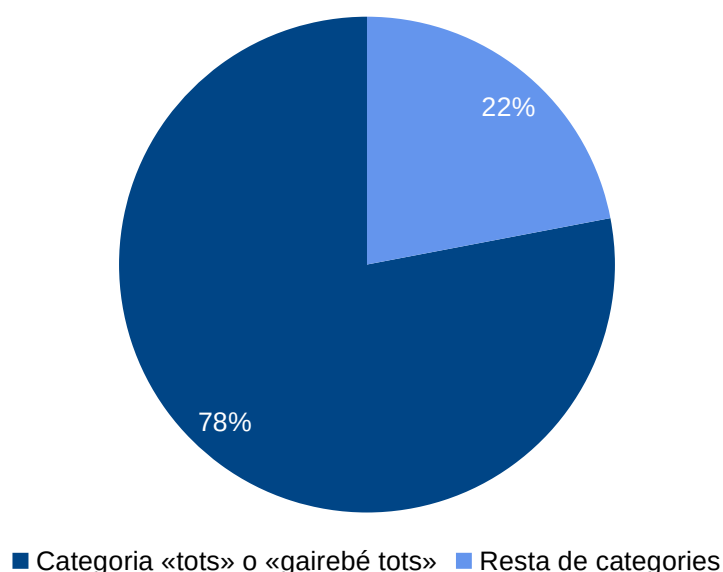
7.2. Dimensió sobre l'atenció personalitzada

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.

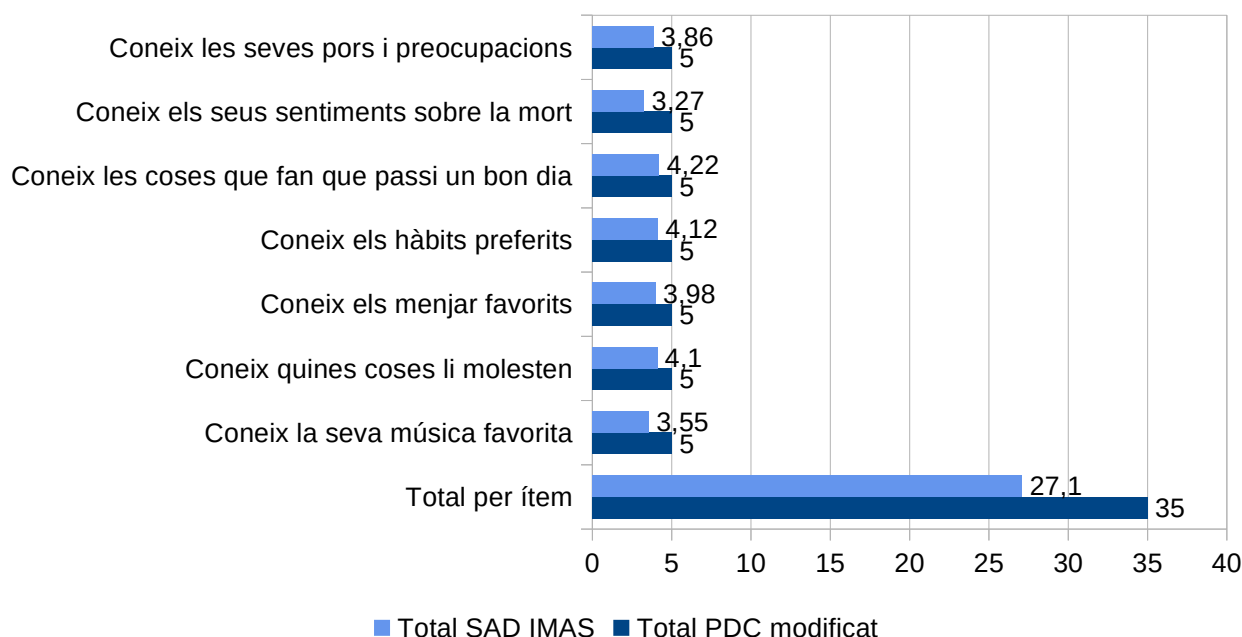
El 78% el personal d'atenció directa entén que de «totes o gairebé totes» les persones usuàries a les quals presta servei són reconeguts com a persones úniques, es centren més en les possibilitats que en les limitacions, i s'interessen per qüestions que van més enllà de les cures assistencials, com són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

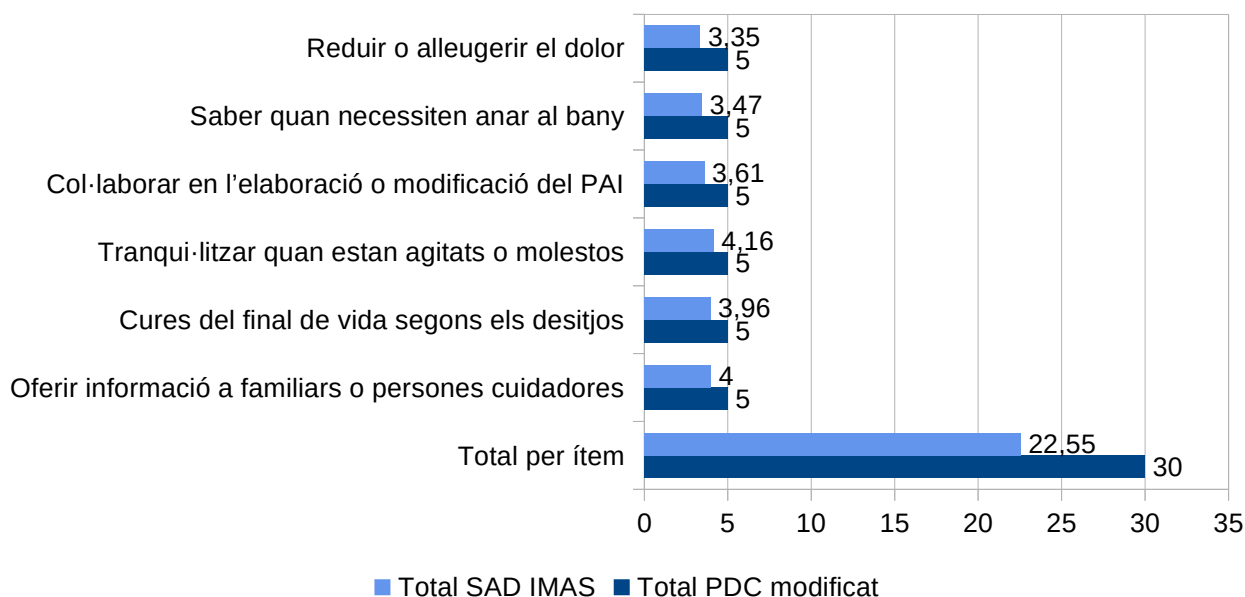


Els valors del gràfic 6 permeten inferir que el PAD del servei ha estat capaç de «conèixer» les persones amb les que es relaciona diàriament, més enllà de la seva naturalesa com a persones usuàries. També cal afegir que això és possible gràcies a la baixa rotació que existeix en el servei, fet ressenyable 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.

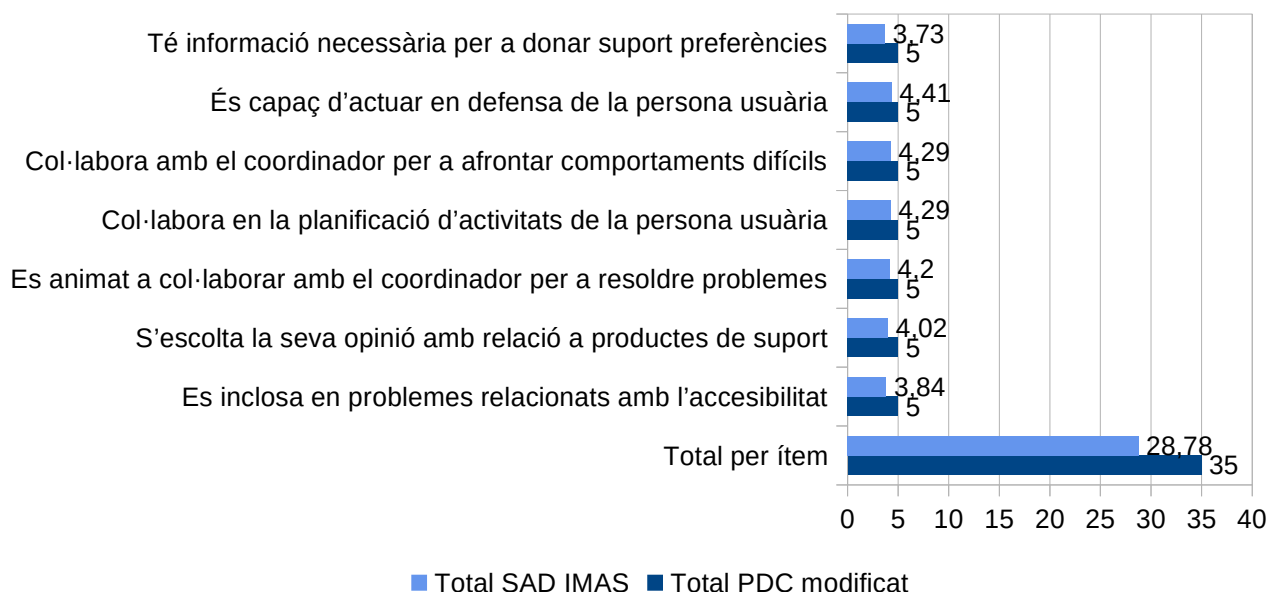
Per altra banda, tenim una persona usuària del servei molt retreta a escala social, amb una xarxa social aprimada perquè el seu grup social de pertinença també presenta una minva en l'intercanvi social i comunitari, sumat a les pèrdues per defuncions.

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.

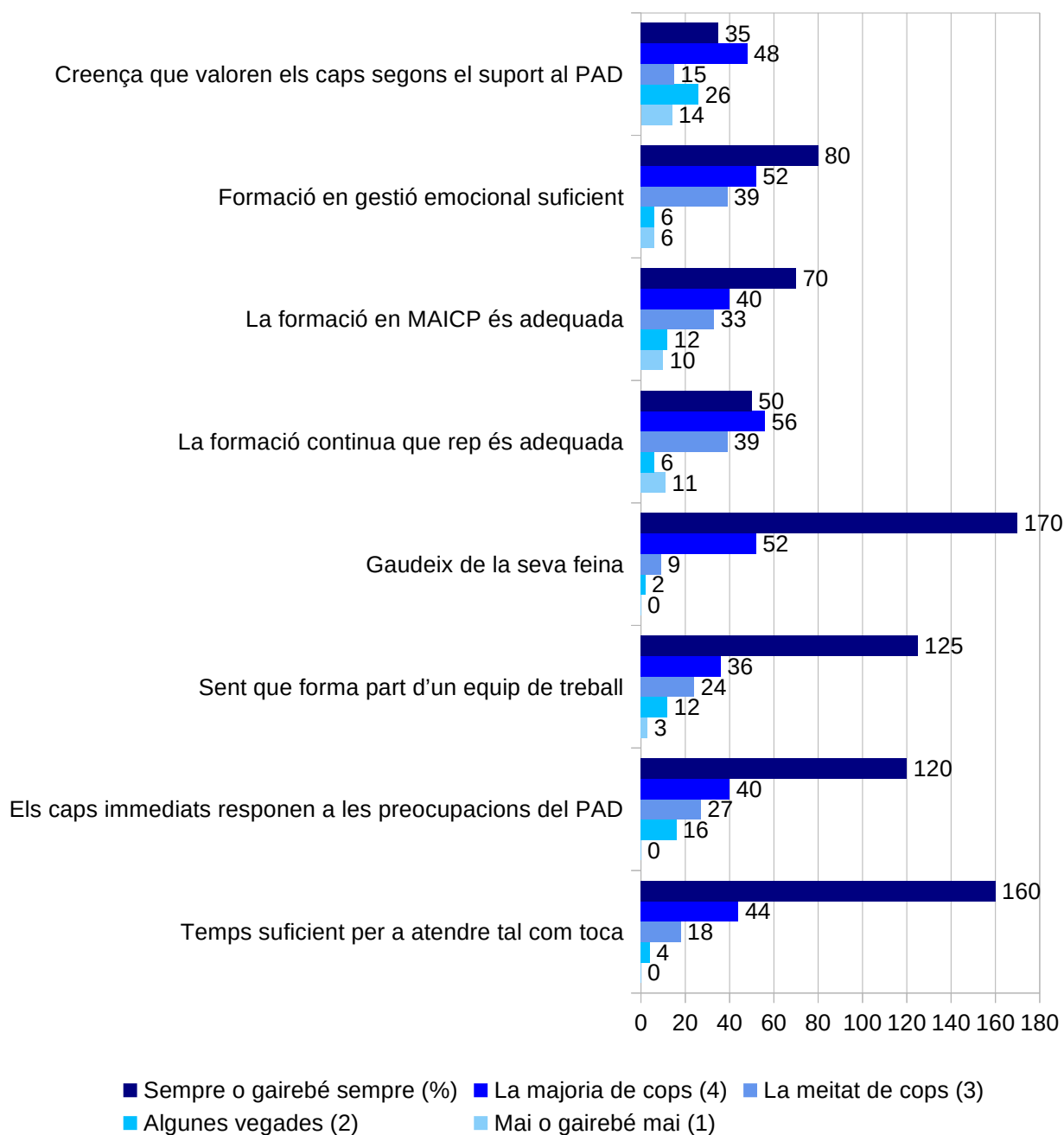
Gràfic 8. Factor personal d'atenció directa. Comparativa del PAD del SAID i el PDC modificada



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.