

Atenció i suport social
El camí de la intervenció a l'acompanyament

Atenció i suport social

*El camí de la intervenció a
l'acompanyament*

Quico Mañós i de Balanzó

L'encàrrec i la creació d'aquest material docent
han estat coordinats pel professor: Jordi Planella Ribera (2012).

Primera edició: desembre 2012

© Quico Mañós i de Balanzó, del text.

Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2012
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: Editorial UOC
Dipòsit legal: B-33.447-2012

Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/3.0/es/legalcode.ca>

Quico Maños i de Balanzó

És assessor de l'IMSERSO en diversos projectes de dependència i del govern d'Astúries en temes de Bones Pràctiques . Actualment és el director general de Zotikos, SL (projectes de Consultoria - Formació, Gestió de Conflictes i implementació de bones pràctiques de referència en qualitat de vida i autonomia). És autor, entre d'altres, del llibre (1996) *Animació estimulativa per a gent gran discapacitada*. Barcelona: Pleniluni.

Índex

Introducció	11
Capítol I. De la intervenció a l'acompanyament	17
1.1. Què és l'autonomia	19
1.2. Intervenció social o acompanyament?	22
1.2.1. Intervenció social	22
1.2.2. Que vol dir l'acompanyament social?	24
1.3. Atenció o suport	27
1.3.1. Models d'atenció	27
1.3.2. Models de suport	33
1.4. Dependència, autodeterminació i interdependència	43
1.4.1. Què entenem per dependència?	43
1.4.2. Què entenem per autodeterminació?	47
1.4.3. La interdependència	49
Capítol II. Les àrees de capacitat	51
2.1. La persona, una maleta de problemes	53
2.2. Descobrint capacitats	56
2.3. Capacitats preservades i capacitats afectades	59
2.4. El concepte de capacitat i tipologies	61
2.4.1 Capacitats cognitives	61
2.4.2 Capacitats funcionals	69
2.4.3 Capacitats motores	73
2.4.4 Capacitats emocionals	73
2.5. El mapa de capacitats	77
2.6. La brúixola de l'acompanyament	79
Capítol III. De la valoració a la planificació, eines de treball	83
3.1. Avaluar per conèixer – conèixer per acompanyar	85
3.2. Correlació entre àrees de capacitat i instruments de valoració	
Els moments de la planificació	89

3.2.1 L'avaluació unidimensional validada	89
3.2.2. Instruments validats multidimensionals	102
3.2.2.1. Instruments de valoració multidimensionals que valoren i combinen més d'una àrea de capacitat	102
3.2.2.2. Genèrics: El CMBD i els Plans d'Individuals d'Atenció ..	104
3.2.3. Instruments d'observació en la vida quotidiana	116
3.2.3.1. Diari professional de camp	116
3.2.4. Instruments de planificació	118
3.2.4.1. El treball en equip interdisciplinar (de la parcialització a la complementarietat)	118
3.2.4.2. Dels plans d'atenció individualitzats PAI als Plans personalitzats de recolzament o suport - PPA	120
3.2.4.3. El model de planificació des dels suports i els recursos personals. ELS PLANS PERSONALITZATS DE SUPORT (PPA)	122

Capítol IV. Planificació centrada vs. planificació

centrada en el sistema	127
4.1. Planificació centrada en la persona	129
4.1.1. Model FEAPS	129
4.1.2. Model DMC (Dementia Mapping Care)	133
4.1.3. Model d'atenció geriàtrica centrada en la persona	138
4.2. Planificació centrada en el sistema	
Models de qualitat en la gestió ISO – EFQM – Joint Commission	142
4.3. Interrelació de la PCP amb la PCS	152
4.4. Models de qualitat de vida	154
4.4.1. Dimensions de qualitat de vida en la persona (Verdugo)	154
4.4.2. Escala Gencat (dimensions de valoració)	157
4.4.3. Escala FUMAT	167
4.4.4. Dimensions de qualitat de vida en la família (Turnbull)	169

Capítol V. Planificant processos des de la complexitat

5.1. La multidimensionalitat dels processos de recolzament	173
5.1.1. Els condicionants de les normatives i les polítiques socials	175
5.1.1.1. La Convenció de drets de les persones amb discapacitat (Llei Agost 2011)	175
5.1.1.2. Les polítiques Europees, estatals i Autonòmiques	177
5.1.1.3. Acord de Bones pràctiques des de la Llei de Dependència	180
5.1.1.4. Indicadors de qualitat en centres DBS	184

5.1.2 Models desenvolupats des de la perspectiva teòrica	189
5.1.2.1. El Model de qualitat de vida aplicat a l'atenció residencial de persones amb necessitats complexes de suport. La presa de decisions per al desenvolupament del seu projecte de vida	191
5.1.2.2. Guies de bones pràctiques	196
5.1.3. La perspectiva des de la investigació - acció	202
5.1.4. La practica de l'acompanyament	203
Capítol VI. Animació estimulativa (tècniques)	205
6.1. Estimulació i sentit. Tècniques de suport i acompanyament centrades en la persona	207
6.1.1. Reminiscència (història de vida)	207
6.1.2. Treball en grups (d'ajuda mútua GAM, terapèutics, de conversa).	213
6.1.3. Activem la ment (estimulació cognitiva centrada en les capacitats personals)	221
6.1.4. Relació d'ajuda	222
6.1.5. Implicació de la família en el procés d'acompanyament	224
6.1.6. Tècniques per a la implicació de la comunitat i en la comunitat. La pedagogia vers la comunitat	229
6.1.7. El treball intergeneracional	232
6.1.8. Acompanyar en el sentiment	235
Activitats	236
Glossari	241
Bibliografia	245

Introducció

Acompanyar la persona fins on ells pugui arribar i una mica més

W. Reich

En aquesta assignatura es planteja l'abordatge dels reptes i models innovadors que permeten desenvolupar accions d'acompanyament en els processos en què hi ha persones en situació de dependència. És per això que en aquest text trobarem diverses oportunitats de fer una reflexió constant sobre la complementarietat necessària entre intervenció i acompanyament, entre l'atenció i el suport.

De fet, l'acompanyament i el suport són dos conceptes que donen més espai a la persona per tal que pugui triar i potenciar la seva autonomia i autodeterminació personals, mentre que l'atenció i la intervenció representen una manera de treballar més directiva per part dels professionals de l'educació i els àmbits socials.

Som, doncs, davant l'oportunitat de conèixer a fons els nous paradigmes teòrics que fonamenten els processos d'acompanyament, des d'una perspectiva de la innovació social i que ens ha de permetre dur a terme la nostra tasca diària amb uns criteris centrats cada vegada més en la persona, en les seves eleccions i en la seva capacitat d'autodeterminació personal.

Després d'un primer mòdul que convida a fer una reflexió profunda sobre els paradigmes de la intervenció i de l'acompanyament, ens endinsem en la persona i en les seves capacitats. Sovint valorem les situacions de discapacitat per tal de definir recursos i prestacions adreçats a donar resposta a la situació no resolta. En el segon mòdul pretenem, doncs, mapejar les capacitats personals que utilitzem cada dia per viure en societat. Aquest apropament es fa des de diversos paradigmes (persona amb discapacitat, gent gran, cronicitat), amb la intenció d'oferir una perspectiva àmplia de les capacitats personals com a element clau dels processos d'acompanyament.

Per tal d'avaluar les capacitats personals farem ús d'instruments validats que ens permetin, no solament evidenciar, sinó també diagnosticar clarament les situacions que es donin. En el tercer mòdul farem esment dels instruments de valoració, i definirem si són validats o no, si són de caràcter unidimensional

o multidimensional, quines eines d'observació s'utilitzen. Farem, doncs, un recorregut per diversos instruments, analitzant què valoren i quina informació proporcionen, per tal de relacionar-la amb els instruments de planificació, ja siguin d'atenció com de suport.

En el quart mòdul analitzarem els principals models que fonamenten els processos centrats en l'acompanyament: la planificació centrada en la persona, les dimensions de qualitat de vida i l'organització del sistema per potenciar processos d'acompanyament personal ens portaran a conèixer els models que estan configurant aquesta manera que persegueix l'autonomia personal.

Després seguirem el nostre itinerari en el cinquè mòdul. S'hi exposen els fonaments jurídics i normatius, la fonamentació teòrica tècnica adaptada per les administracions i definida per l'àmbit de la investigació des d'experiències de referència i bones pràctiques que donen sentit, encara que sigui redundant, a la pràctica diària.

En el sisè i darrer mòdul, hi trobareu algunes idees que, elaborades des de la perspectiva i els condicionants propis, ens permeten treballar des dels processos d'acompanyament, intervenint només quan sigui necessari, i que alhora estan centrats en el suport, atenent només quan calgui.

Comencem doncs el viatge.

Objectius

Plantejarem diversos tipus d'objectius relacionats amb aquesta proposta formativa, de manera que ens puguem plantejar el suport i l'acompanyament des de diverses perspectives, necessàries per poder dur a terme una bona tasca professional centrada en la persona. Així doncs, plantejarem objectius des de les perspectives següents:

- 1) Reflexió i debat. Objectius de *sentit* del que fem.
- 2) Objectius centrats en els models referents dels processos de suport i acompanyament.
- 3) Eines professionals, des de la perspectiva del coneixement, l'anàlisi, l'elecció i la implementació de processos de valoració i de suport.
- 4) Objectius relacionats amb les actituds personals centrades en una perspectiva ètica i des de la personalització.

Objectius de reflexió i debat. *Sentit* del que fem

Des d'aquesta perspectiva de la reflexió i el debat, us plantegem objectius prioritaris per tal que l'alumnat sigui capaç del següent:

- Pensar els perquè dels processos d'acompanyament, definint el *sentit* de cada proposta i defugint tota proposta educativa i social fruit de la rutina.
- Potenciar que els processos d'acompanyament i suport es fonamentin en les eleccions de la persona usuària.
- Desenvolupar accions partint del debat i el diàleg amb les persones usuàries, donant valor als seus recursos i a les seves potencialitats personals.
- Assegurar que la resposta professional des de l'educació social en processos d'acompanyament i suport potencia que la persona pugui trobar eines de desenvolupament personal, d'utilitat, que li permetin donar valor a la seva autodeterminació.

Objectius centrats en els models referents dels processos de suport i acompanyament

Des d'aquesta perspectiva del coneixement de referents teòrics, de polítiques socials i d'investigació, us plantegem objectius prioritaris per tal que l'alumnat sigui capaç del següent:

- Fonamentar les accions pròpies dels processos d'acompanyament sobre uns fonaments, que facilitin l'argumentació del les propostes educatives definides des dels processos de suport i atenció.
 - Conèixer i analitzar els referents en polítiques socials (internacionals, europees, estatals, autonòmiques, etc.) que fonamenten i normativitzen els processos d'acompanyament de les persones en situació o risc de dependència.
 - Conèixer i analitzar els models teòrics de referència que faciliten un paradigma centrat en l'autodeterminació de la persona i en la vida independent: dimensions de qualitat de vida, planificació centrada en la persona, definició de processos de bona pràctica.
 - Conèixer i analitzar experiències d'investigació i bona pràctica de referència en el sector, que faciliten la pràctica quotidiana des del paradigma esmentat en l'objectiu anterior.
 - Argumentar els projectes i processos d'acompanyament i suport des dels referents desenvolupats en el procés d'aprenentatge que es proposa al llarg de l'assignatura.

Objectius centrats en el coneixement d'eines professionals, des de la perspectiva del coneixement, l'anàlisi, l'elecció i la implementació de processos de valoració i de suport

Des d'aquesta perspectiva del coneixement d'eines professionals, us plantejarem objectius prioritaris per tal que l'alumnat sigui capaç del següent:

- Conèixer eines i tècniques d'avaluació i valoració de les diverses dimensions personals, i de les seves àrees de capacitat, per tal d'argumentar els processos d'acompanyament que estiguem duent a terme.
 - Conèixer les eines i tècniques de valoració, diagnòstic, etc. que cada disciplina utilitza per tal de comprendre el sentit del que cada professió pot aportar en un desenvolupament de processos en què la complementarietat interprofessionals ha de ser un referent per combatre la parcialització de la persona en territoris d'intervenció professional.
 - Conèixer eines i tècniques de valoració multidimensional que facilitin processos d'acompanyament centrats en la persona des de la perspectiva de la interdisciplinarietat.
 - Analitzar els usos que cada eina pot tenir sempre des de la perspectiva de la inclusió de la persona usuària o de la xarxa social de referència com a protagonistes dels processos d'acompanyament.

Objectius relacionats amb les actituds personals centrades en una perspectiva ètica i des de la personalització

Des d'aquesta perspectiva de les actituds, us plantegem objectius prioritaris per tal que l'alumnat sigui capaç del següent:

- Planificar processos d'acompanyament des de la perspectiva dels principis bàsics de l'ètica (autonomia – beneficència – no maleficència – justícia)
- Desenvolupar intervencions fonamentades en l'ètica deontològica i personal, dins d'una ètica social o de mínims i des d'una ètica organitzacional.
- Analitzar quines són les actituds educatives necessàries per tal que puguem desenvolupar processos d'acompanyament centrats en la persona, fomentant l'autodeterminació personal i la qualitat de vida.

Capítol I

De la intervenció a l'acompanyament

Transformar la nostra mirada es una prioritat per desenvolupar en cada persona tota la perfecció que pot tenir. Però sobretot és canvir la nostra mirada interior, és a dir harmonitzar la nostra forma de viure i de pensar en una unitat retrobada, tolerància i pau interior.

Charles Gardou

Introducció

En aquest primer mòdul ens plantejarem els paradigmes que han de condicionar la nostra tasca educativa en cada un dels àmbits en què treballem. El segle XIX, a Europa, ha estat el segle del desenvolupament de l'Estat del Benestar. El sistema de serveis socials va ser construït des de la perspectiva de la prestació de serveis, per tal de donar atenció a les necessitats no resoltes, més que potenciar el desenvolupament de la vida independent de les persones que tenen accés i dret a aquestes prestacions.

Un model centrat més en les prestacions que en l'acompanyament de processos personals comporta que les persones s'adaptin a consumir recursos preexistents i determinats, més que innovar en recursos més personalitzats i que han de donar resposta real a la persona.

Els darrers anys han anat sorgint models diferents de treballar les necessitats personals. Estem en el trànsit d'un model de planificació dels serveis centrat en el sistema, en què el recurs és la unitat bàsica de planificació, cap a models basats en la planificació centrada en les necessitats personals, en què els recursos són els que s'han d'adaptar a les necessitats de la persona per tal de fomentar el desenvolupament de l'autonomia personal.

Des d'aquesta perspectiva, en aquest mòdul plantejarem, d'una banda, els aspectes fonamentals dels models centrats en l'atenció i la intervenció, en la planificació professional i tècnica, amb eines de disseny, de programes, etc., i de l'altra, els fonaments dels models centrats en el suport i l'acompanyament dels processos d'autonomia personal, en què la planificació per part de la persona usuària o de la seva xarxa social de proximitat és el que, tot i adaptar-se als recursos existents o innovant nous recursos, ha de definir l'itinerari personal al qual els professionals de l'educació social han de donar eines de suport i

per al qual han de desenvolupar processos d'acompanyament, intervenint-hi i prestant-hi atenció quan sigui necessari, per tal que la persona pugui assolir el màxim nivell possible d'autonomia personal.

Finalment, ens preguntarem quin és el sentit del concepte d'autonomia personal, com es construeix des de l'aprenentatge social de la interdependència, i definirem quin és el paper de l'educador social en aquesta perspectiva de suport i d'acompanyament social.



Contingut

Sovint ens preguntem sobre la nostra tasca quotidiana en l'àmbit de l'educació social. En la complexitat del món d'avui ens trobem a mig camí de moltes reflexions duals que ens porten a una reflexió constant que ens permet repensar i construir la nostra professió.

Ens hem de plantejar diverses qüestions en la tasca diària de potenciar processos d'autonomia personal:

- Intervenció social o acompanyament?
- Atenció o suport?
- Dependència? Autodeterminació? Interdependència?

Com podem deduir, són tres grups de qüestions que ens plantegen el fet que és la persona, tingui les capacitats que tingui, la que ha d'estar al centre de la nostra tasca educativa del dia a dia. La persona ha de ser i és la protagonista, i per tant el que fem nosaltres com a educadors s'ha de fonamentar en la capacitat de decidir de la persona usuària.

Aquesta primera aproximació ens porta cap al concepte d'autonomia. Què entenem per autonomia? És potser només la capacitat de valdre's per si mateix, de tenir capacitats per dur a terme les activitats de la vida diària? Què és l'autonomia?

1.1. Què és l'autonomia?

Segons l'article 2n de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD),¹ s'entén per autonomia "la capacitat de controlar, afrontar i prendre, per pròpia iniciativa, decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies, així com de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària". Si bé aquesta definició posa en valor la capacitat de prendre decisions (autonomia moral), també planteja com a autonomia les capacitats per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària.

Aquesta definició ens portaria a pensar equivocadament que les persones amb grans discapacitats físiques que poden prendre decisions, amb la capacitat

1. LAPAD: Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

de control i d'afrontament de les situacions quotidianes, no són persones autònomes, quan tenen la capacitat de conduir la seva pròpia vida. Des d'aquesta perspectiva hauríem de donar raó del concepte d'autonomia personal que, segons el moviment de *vida independent*² el podem definir com "el dret de cada persona de poder prendre les decisions que afecten la seva vida personal, i especialment el de poder viure en el lloc que es vulgui i ser atès per les persones (assistència personal) que un desitgi".

L'autonomia és doncs un concepte complex, que ens planteja diverses dimensions. L'autonomia personal no és només el dret de prendre decisions, sinó també de poder construir el pla propi de vida. Aquest fet comporta un tractament del concepte d'autonomia des de l'abordatge ètic que permeti desenvolupar l'exercici de la dignitat humana.

Si analitzem el principi bàsic de l'autonomia des de la perspectiva ètica, la podem definir des dels conceptes següents:

L'autonomia personal s'entén com la "regulació personal d'un mateix, lliure, sense interferències externes que puguin controlar, i sense limitacions personals que impedeixin fer una elecció. Una persona actua lliurement d'acord amb un pla escollit." L'autonomia moral expressa la capacitat d'un ésser humà per donar-se normes o regles a si mateix sense influència de pressions externes o internes, per decidir responsablement sobre els seus actes, independentment de la necessitat de l'ajuda funcional que necessiti.

El principi d'autonomia des de l'ètica té un caràcter imperatiu i s'ha de respectar com a norma, excepte quan es donen situacions en què les persones puguin deixar de ser autònomes o presenten una limitació d'aquesta autonomia.

L'autonomia és la capacitat i/o el dret d'una persona a triar pel seu compte les regles de la seva conducta, l'orientació dels seus actes i els riscos que està disposada a assumir dins d'un context organitzacional. Des de l'ètica social el principi d'autonomia es tradueix en el respecte a la lliure elecció, sempre

2. El concepte vida independent al·ludeix, en el context de l'estudi de la diversitat funcional (discapacitat), a l'autogestió de tots els aspectes de la vida de les persones amb dependència d'ajuts externs. La filosofia de vida independent entén que la diversitat funcional té lloc en la mesura que la societat no està dissenyada per acceptar la diversitat dels seus individus i, per tant, els discrimina i els impedeix l'accés a la plena participació social en igualtat d'oportunitats. D'aquesta manera, la responsabilitat deixa de ser l'individu i es trasllada a la societat. Derivada d'aquesta consideració, neix la necessitat d'eliminació de les barreres per tal de facilitar la participació activa que ha portat, d'una banda, als desenvolupaments de l'accessibilitat integral i al disseny per a tothom, i de l'altra, a les reivindicacions socials i a la conscienciació de la societat per aconseguir un model d'atenció de les necessitats més just i respectuós amb la voluntat de la persona amb discapacitat. En última instància, reclama els mateixos drets civils i personals que tenen tots els ciutadans també per a les persones amb discapacitat, i més específicament el de poder decidir com i on viure i de qui ha de rebre les cures (assistència personal) necessàries per dur a terme una vida normalitzada.

que sigui possible, però també en una acció decidida a favor de l'autonomia de totes les persones. En el principi d'autonomia sempre ha de prevaler que la persona estigui capacitada i no actuï creant situacions de perill per a si mateixa o per a altres persones de l'entorn.

Preservar l'autonomia comporta determinar la capacitat de decisió (competència o no-competència segons les capacitats per a l'autogovern), que variaran segons l'edat o el tipus de malaltia que la persona tingui en cada moment. Per determinar la capacitat de decisió, haurem de tenir en compte el tipus de decisions que s'han de prendre, el grau de capacitat, com influeixen en la persona o si incumbeixen altres persones

Hi ha consens a l'hora d'exigir quatre condicions intel·lectuals perquè una persona sigui considerada autònoma:

- 1) Capacitat per comprendre la informació rellevant.
- 2) Capacitat per comprendre les conseqüències de cada decisió.
- 3) Capacitat per elaborar raonaments a partir de la informació que se li transmet i de la seva escala de valors.
- 4) Capacitat per comunicar la decisió que hagi pres.

L'autonomia personal ens porta, doncs, al concepte de la dignitat en la persona. Si definir l'autonomia és de *per se* d'una complexitat altíssima, definir la dignitat és encara d'una complexitat més gran. No obstant això, podem dir que la dignitat personal és un valor fonamental. L'ésser humà té una dimensió bàsica que és la seva dignitat, aquesta és l'arrel de tots els seus drets fonamentals; en altres paraules, tots els drets deriven de la dignitat inherent a la persona humana; així, per exemple, en drets com ara la integritat física i moral, la llibertat de consciència i religió, la no-discriminació, el dret a l'honor, a la intimitat personal, etc.

La dignitat és un valor singular que fàcilment es pot reconèixer. El podem descobrir en nosaltres o el podem veure en els altres. Però, ni el podem atorgar, ni és a les nostres mans retirar-lo a algú. És inherent a l'ésser humà i ens ve donat des que naixem. És anterior a la nostra voluntat i reclama de nosaltres una actitud proporcionada, adequada: reconèixer-lo i acceptar-lo com un valor suprem (actitud de respecte) que no podem ni ignorar, ni rebutjar.

La dignitat es defineix com la qualitat de ser "digne, mereixedor de respecte i consideració". Per tant, la nostra dignitat com a persones inclou tant el concepte que tenim de nosaltres mateixos com el tracte que rebem d'altres.

En moltes oportunitats se'ns presenta com una crida al respecte incondicionat i absolut. Un respecte que s'ha d'estendre a tots els que el posseeixen: a

tots els éssers humans. I en cas que tota la societat decidís per consens deixar de respectar la dignitat humana, aquesta seguiria sent una realitat present en cada ciutadà.

Es fa evident que només podem respondre les tres qüestions plantejades a l'inici des de la conceptualització de l'autonomia personal, entesa en totes les seves dimensions (personal, comunitària i de la interacció personal) i no solament des de la perspectiva de la capacitat de desenvolupar activitats de la vida diària.

1.2. Intervenció social o acompanyament?

Si partim del concepte d'autonomia personal ("dret de cada persona de poder prendre les decisions que afecten la seva vida personal"), ens hauríem de decantar per desenvolupar processos d'acompanyament més que no pas per treballar des de la intervenció social. Tot i així, caldrà valorar què entenem per intervenció social i per acompanyament social.

1.2.1. Intervenció social

Les definicions acadèmiques d'intervenció tenen les accepcions següents:

- 1) Prendre partit per alguna cosa.
- 2) Mitjançar o intercedir per alguna persona.
- 3) Interposar la jerarquia o l'autoritat concedida per estatus.
- 4) Mitjançar en alguna disputa.

La Reial Acadèmia Espanyola defineix el terme com a acció i efecte d'intervenir, verb que té significats com dirigir, planificar l'exercici d'activitats en un context concret i que, per tant, implica prendre part directa amb la finalitat d'obtenir propòsits específics.

Segons De Robertis³ (1994), *intervenir* significa actuar voluntàriament, fer ús de les competències professionals pròpies, del propi saber i del saber fer. És la voluntat conscient i deontològica de modificar, de generar un canvi bo per a les persones beneficiàries de la nostra acció intencionada.

3. De Robertis, C. (1994). *Definiciones en intervención colectiva en trabajo social*. Buenos Aires: Ateneo, pàg. 10-17.

També podem entendre la intervenció social com les accions programades i justificades des d'un marc legal i teòric, que es realitzen sobre un col·lectiu o individu, amb la finalitat de millorar la seva situació i generar un canvi social, eliminant situacions que generin desigualtat.

Carballeda⁴ (2008) ens diu que la intervenció és “un procés complex que la societat construeix amb les seves creences i els costums, i que canvia amb el pas del temps” i que “es porta a terme calladament per mitjà de descripcions, informes, observacions i la relació que estableix l'interventor amb el medi”.

Rizzo (2009) planteja la intervenció psicosocial com una tècnica que permet estudiar, teoritzar i intervenir, per tal de facilitar canvis socials i aconseguir un benestar comú d'una comunitat.⁵

Podríem dir que la intervenció social està plantejada com un conjunt d'accions estratègiques intencionades, coherents i coordinades, realitzades amb mètodes científics específics i amb l'objectiu de produir en les persones usuàries, en els seus entorns de vida, canvis i impactes eficaços de millora, des de la participació, la reflexió i la interacció. La intervenció implica un propòsit deliberat d'influir en una direcció determinada, mitjançant procediments i tècniques de l'educació social. La intervenció s'aplica integradament des d'estratègies i tècniques, amb un estil actiu de prestació de serveis i amb criteris organitzatius centrats en l'atenció de la persona. Aquest fet comporta el desenvolupament d'un marc de planificació. La intervenció socioeducativa es fonamenta en la unitat operativa bàsica que és el projecte. Aquest ens permet guiar les accions de manera racional, organitzada, i ha de tenir en compte un punt de partida, l'orientació dels resultats i la seqüència de procediments per assolir-los.

Segons la intervenció ha de tenir en compte els principis de racionalitat, globalitat, univocitat i flexibilitat, ha de potenciar les accions des d'un abordatge integral, articulant i interrelacionant fases i elements en un únic sistema; ha de garantir la participació de les persones implicades (responsables i usuaris) en el disseny, en la posada en pràctica i en l'avaluació.

Les definicions d'intervenció no ens faciliten una lectura positiva com a garant de processos d'autonomia personal centrada en la persona, sinó que ens plantegen una perspectiva centrada en les capacitats i en l'autoritat professionals per tal de potenciar canvis que poden ser bons per a la persona usuària, però que sovint no són propis de la presa de decisió de la persona, sinó induïts

4. Carballeda, Alfredo (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires, Paidós.

5. Rizzo, Alvis (2009). “Aproximación teórica a la intervención psicosocial”. *Revista electrónica de psicología social Poiesis* (juny de 2009, pàg. 2).

pels nostres objectius professionals. Tot i així la intervenció és necessària en molts casos, ja que l'educador/a social, haurà de generar les situacions que permetin que la persona opti per desenvolupar un canvi en la seva vida quotidiana.

Davant d'aquestes definicions ens podem preguntar si en la intervenció hi ha lloc per als processos d'autonomia moral, si facilita la presa de decisions, si es una eina de planificació que forma part de les estratègies que l'educador social té per a desenvolupar acompanyament de processos d'autodeterminació i autonomia personal.

La intervenció és una forma d'acompanyar efectiva en els processos d'acompanyament quan els objectius i les estratègies no són els que l'educador/a decideix, sinó que, tot i haver-los promogut, aquests formen part del procés de presa de decisió de la persona usuària dels processos d'acompanyament.

Des d'aquesta altra mirada ens trobem algunes aportacions com les que fa Montero⁶ (2006), que consideren que la intervenció psicosocial se centra en l'acompanyament que es fa als subjectes socials en el seu procés de comprensió i transformació de les seves realitats, en les seves condicions de vida en concret i dins el marc dels seus drets humans, socials i ciutadans (Montero i Maritza, 2006, pàg. 114).

1.2.2. Què vol dir acompanyament social?

El concepte d'acompanyament social, a partir dels conceptes desenvolupats a l'article de Planella (2004), "Fonaments per a una pedagogia de l'acompanyament en la praxi de l'educació social"⁷. Com bé indica Planella en aquest article, ens defineix que Baumgartner utilitza el terme acompanyar com una manera de fer que "situa l'acció de l'acompanyament en la línia de caminar al costat d'algú que es dirigeix envers un objectiu, i generalment tenim marcat com a objectiu l'autonomia de les persones". És important remarcar que l'acompanyament és entès, doncs, com la tasca de donar suport i eines a la persona per tal que assoleixi l'objectiu que ella s'ha marcat, no els que professionalment li haguem marcat nosaltres. Des de la intervenció podem induir, aclarir les necessitats, mostrar les situacions de context i perill, aportar possibles solucions i alternatives, però en cap cas decidir per l'altre ni projec-

6. Montero, Maritza (2006). *La psicología social comunitaria como disciplina orientada hacia el cambio social*. Buenos Aires: Paidós.

7. *Fonaments per a una pedagogia de l'acompanyament en la praxi de l'educació* (pàg.14)

tar els objectius que nosaltres, professionalment, creiem que són els vàlids. El procés d'autonomia passa per donar eines que permetin a la persona prendre decisions en el seu propi pla d'autonomia personal.

És visiblement entenedora la referència que Planella (2004) fa en relació a la figura grega del *paidagogos*:

El *paidagogos* és per a Henri-Irenee Marrou un “sirviente encargado de acompañar al niño en sus cotidianos trayectos entre su casa y la escuela. Su función, en un principio, es modesta: se trata de un simple esclavo encargado de llevar el reducido equipaje de su joven amo y la linterna para alumbrarle el camino”.⁶ El pedagog o la pedagoga, a través del contacte quotidià que tenia lloc en aquest caminar de l'acompanyament, exercirà aquesta educació més enllà de la instrucció que l'infant rep a l'escola. L'essència de la funció del *paidagogos* serà recollida en els replantejaments de l'educació com a acompanyament.

És important remarcar la figura de l'acompanyament en el que és quotidià. Acompanyar entès com a portar la llanterna, posar llum allà on la persona no hi veu clar, és l'espai de la intervenció potenciant que sigui la persona mateixa la que va integrant i conduint el seu propi procés. Per tant, podríem definir la intervenció planificada com una eina més de l'acompanyament, la més important i facilitadora de criteris per aprendre a decidir bé i millor.

Activitat 1 (mòdul 1)

Definicions d'acompanyament i intervenció / Feu-ne un mapa conceptual de cada una. Enumereu les idees bàsiques de cada concepte i feu-ne una comparació cercant els punts de complementarietat.

Per a Planella (2004), l'acompanyament social es basa en uns fonaments que descriu amb els termes següents:

- La necessitat de renovació de les pràctiques més assistencials i paternalistes cap a models centrats en els processos de canvi i de foment de l'autonomia personal. Per tant, defugint pràctiques centrades en una intervenció directiva per anar cap a pràctiques d'acompanyament
- La proximitat. Planella cita Carrabús des de la perspectiva de la proximitat amb una frase senzilla però ben aclaridora: “No es pot acompanyar des de la barrera, cal mullar-s'hi, cal implicar-s'hi obertament. Implicar-s'hi vol dir dur a terme la nostra tasca professional des de la persona, amb la persona, en uns

contextos, i si cal per a la persona, però mai, en cap cas, sobre o damunt la persona, ja que estaríem hipotecant la seva autonomia.

- El reconeixement de l'altre, veure'l com a persona amb un projecte vital propi, en què pren decisions i en què el nostre rol és ajudar i donar els elements de suport que li faciliten el seu procés. Talment com diu Planella: "Reconèixer l'altre com a protagonista de la seva vida, de la seva història".

- La participació activa, en què la persona ha de recórrer el seu propi camí. Els professionals no podem recórrer el camí per ella. La persona ha d'assumir riscos, aprendre a equivocarse i rectificar, a treballar el dol i l'acceptació, aprendre a triar i a decidir i actuar en el seu propi procés vital.

- La circulació de la paraula. La paraula no pot ser tutelada o controlada pel professional. Hem de defugir actuar per delegació, ja que, en representar algú, es posen en joc actituds directives. Podem caure a no deixar dir, alhora que hem de exigir la societat que no ens parli a nosaltres, sinó que s'adreci a les persones usuàries, els preguntis, els doni el rol social al qual tenen dret. Hem de potenciar que les persones usuàries tinguin veu i paraula pròpia, no de segona veu.

- La idea d'itinerari. Per mitjà de l'educació social posem el subjecte en moviment, l'activem, el fem sortir de mil i una situacions de vida cronificades (Planella, 2004), en un procés en què el desenvolupament d'itineraris possibilita que la persona sàpiga descobrir en quin moment vital es troba i cap on vol anar. L'itinerari personal conforma la identitat de la persona, que la fa única; per tant, des de l'educació social hem d'aprendre l'art d'acompanyar itineraris i processos personals.

- La comunitat. La persona viu en societat i en processos de socialització on es treballa des de la pertinença a grups socials, generacionals, etc. La dimensió comunitària de l'acompanyament és cabdal i no ha de ser menystinguda en els processos de construcció personal.

Així doncs, hem de considerar que els processos d'acompanyament social són la clau de volta essencial de la tasca psicossocial de la professió de l'educador. Acompanyar permet donar valor a la persona, donar-li el lloc que li correspon, considerant la intervenció com una eina més dels processos d'acompanyament. Hem d'intervenir només quan sigui necessari, sense treure el lloc ni la decisió a la persona.

1.3. Atenció o suport

Un altre debat necessari en la perspectiva actual dels serveis socials i de la l'educació social rau en la complementarietat entre l'atenció i el suport. Ens hem de qüestionar quina de les dues formes permet fomentar l'autonomia personal i, en tot cas, quan cal atendre les situacions de dependència. La cura, les atencions i les prestacions, si són atribuïdes com a receptes màgiques, poden generar, i de fet generen, que els usuaris siguin consumidors de recursos en què la persona usuària s'ha d'adaptar a la tipologia de serveis que pot tenir al seu abast. Per tant, què és abans, el suport o l'atenció? Ens endinsarem en diverses perspectives d'atenció i suport, analitzant diversos models i lleis que configuren els afrontaments que, al cap a la fi, són complementaris

1.3.1. Models d'atenció

La Llei de serveis socials⁸ planteja en el seu desplegament un sistema de prestacions d'atenció, si bé, després de diverses dècades, introdueix la persona en alguns àmbits de decisió i planificació conjunta.

Vegem com la Llei defineix les tipologies de serveis i prestacions i en quins paràmetres es defineixen. En el preàmbul de la Llei aquests es defineixen com un sistema de prestació de serveis fonamentat en la intervenció amb les persones usuàries.

“Els serveis socials són el conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans, posant atenció en el manteniment de la seva autonomia personal i promovent el desenvolupament de les capacitats personals, en un marc de respecte per la dignitat de les persones.”

Es fa evident que els serveis socials són un conjunt d'intervencions per donar resposta a les necessitats bàsiques, i només defineix que cal posar atenció en el manteniment de l'autonomia i les capacitats personals. Un sistema d'intervencions que es fonamenta en un catàleg de prestacions (cartera de serveis) que s'estructuren en diversos nivells d'atenció.

Els serveis socials s'estructuren en dos nivells: l'atenció bàsica i l'especialitzada.

8. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (DOGC, 4990, de 18.10.07).

Els dos nivells d'atenció (bàsica i especialitzada) es defineixen com a atenció i no pas com a recursos de suport a la persona en el seu itinerari de salut personal. Per tant, podem dir que la Llei de serveis socials defineix un model de treball centrat en l'atenció a l'usuari, fomentant, això sí, la seva participació en la presa de decisions sobre l'ús adaptat i adequat de les possibilitats que el sistema ofereix al ciutadà.

L'atenció bàsica és definida amb els conceptes següents:

L'atenció bàsica, de caràcter públic i local, és un dispositiu potent d'informació, diagnòstic, orientació, suport, intervenció i assessorament individual i comunitari que, a més d'ésser la porta d'entrada habitual al sistema de serveis socials, és l'eix vertebrador de tota la xarxa de serveis

L'atenció bàsica comporta tasques d'informació, diagnòstic, orientació, suport, assessorament, intervenció, paraules que ens porten a entendre l'atenció com un seguit de desenvolupaments i estratègies que parteixen dels instruments, les tècniques i els objectius professionals. La persona hi té poca presència, i en tot cas gairebé només en la definició "elecció" del millor recurs catalogat possible, del qual n'haurà de fer ús adaptant-se a les característiques del recurs.

Si analitzem com se'ns presenten els serveis especialitzats, veurem que aquests es defineixen més per tipologies de recurs que es poden oferir, que no pas per una metodologia de suport a la presa de decisions per part de la persona usuària, si en té la capacitat i competència.

Les prestacions s'articulen a partir d'aquesta via d'accés i inclouen les prestacions d'atenció domiciliària, que pretenen facilitar que la persona pugui romandre a casa seva; les prestacions teleassistencials i les ajudes tècniques, que faciliten l'autonomia de les persones; els serveis diürns, amb serveis propers que afavoreixen també la permanència en l'entorn, i els serveis residencials, que, tot i el canvi de lloc de residència que comporten, han d'allunyar la persona tan poc com es pugui del seu cercle de relacions.

De fet, en el preàmbul de la Llei, els serveis especialitzats es defineixen com a prestacions que preveuen un ampli abast de possibles recursos, talment com s'ha regulat en les carteres de serveis de 2009 i 2010.

D'altra banda, encara es plantegen més tipologies de prestació: les prestacions econòmiques que sempre es vinculen a l'ús d'un servei acreditat com a recurs administratiu.

Per complementar aquestes prestacions de servei, es poden establir prestacions econòmiques, que sempre que sigui possible s'han de condicionar, mitjançant el xec servei o un altre sistema, a la utilització d'un servei.

Con no pot ser d'una altra manera, els serveis socials defineixen un model basat més en l'atenció i en la intervenció que no pas en processos d'acompanyament i suport. Aquesta realitat es trasllueix a les diverses tipologies de models definits en l'àmbit dels serveis socials i sanitaris.

El model d'atenció sociosanitària

“L'atenció sociosanitària és l'organització de serveis en què cal coordinar i/o integrar les prestacions pròpies dels serveis sanitaris i els socials, per atendre les necessitats que tenen determinades persones. En l'atenció sociosanitària, els serveis sanitaris i els socials es complementen en la mesura que calgui, en funció de les tipologies d'usuaris que s'han d'atendre. Aquest model d'atenció s'aplica als quatre eixos de l'activitat sociosanitària: geriatria, malaltia crònica, demències i cures pal·liatives.”

El model d'atenció sociosanitària de Catalunya es regeix per uns principis. Els principis en què es basa la construcció del model d'atenció sociosanitària es fonamenten en el fet que la població requereix un abordatge diagnòstic i terapèutic particular fet des de la globalitat, tenint en compte els components físics, psicològics i socials.

El model d'atenció ha de ser:

- Integral, donant resposta a totes les necessitats dels malalts (físiques, emocionals, socials), ha de promoure l'autonomia i la reinserció a la comunitat, i millorar l'adaptació de la persona als recursos integrant els objectius del malalt i la família.
- Global, desenvolupant mesures en els àmbits d'atenció i en els nivells assistencials, i establint mecanismes de coordinació entre els recursos.
- Interdisciplinari des de la pràctica quotidiana basada en el respecte i la comunicació entre els diferents professionals que valoren la situació, planifiquen el tractament i avaluen els resultats. El repte d'un model centrat en l'acompanyament és que la interdisciplinarietat inclogui tant l'usuari com la família en tot el procés.

- Inserir en la comunitat, formant part de les xarxes públiques, per tal de donar resposta al conjunt de les necessitats dels malalts i les seves famílies. Ha de tenir un desenvolupament equitatiu basat en criteris objectius de necessitat.

A més a més d'aquests principis bàsics, cal tenir en compte altres elements complementaris:

- Garantir la continuïtat assistencial, mitjançant un desplegament adequat dels serveis en diferents àmbits, amb una implicació més gran dels serveis assistencials convencionals sanitaris i socials, i amb una bona coordinació dels recursos.

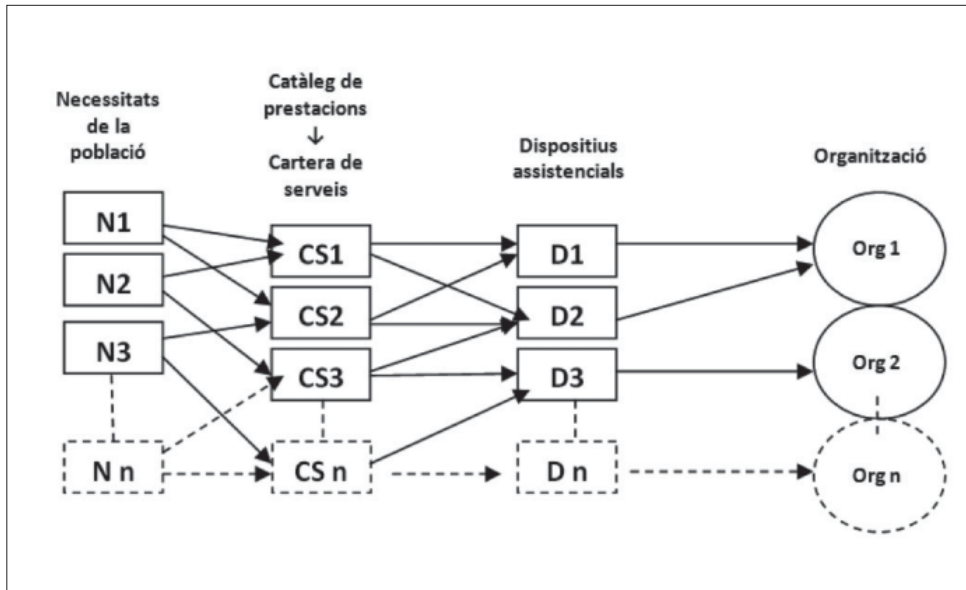
- Fomentar el principi d'autonomia, amb la participació de la persona i, si s'escau, de la seva família, en el procés de presa de decisions, amb una informació orientada a la participació.

Com podem comprovar, el model d'atenció parla de tipologies d'usuari que cal atendre, parla de prestacions i de serveis complementaris que formen part de l'estructura i de la cartera de serveis, però que no preveuen el suport i l'acompanyament com a eines de continuïtat.

El Model i garanties d'atenció de la salut mental⁹ defineix una perspectiva d'atenció que conté altres elements propis del suport, ja que preveu característiques com l'atenció orientada al pacient, respectant la personalitat de la persona, fet que implica "estratègies assistencials que s'han de centrar en el pacient i no en els interessos específics dels professionals"; participativa, és a dir, promovent l'educació, la comunicació i el compromís recíproc entre professionals i usuaris, des de la perspectiva ètica, per tant des del respecte a la dignitat i els drets bàsics de les persones, a partir d'un tracte exquisit i que es fonamenta en la recerca de les solucions en els entorn habituals.

Tot i així, el model se centra en necessitats de la població a les quals fem front des del catàleg de prestacions que es concreta en la cartera dels serveis que es treballen des dels dispositius assistencials i les organitzacions.

9. Model i Garanties d'atenció de la salut Mental 2008



Font: Imatge extreta de *Model i garanties d'atenció de la salut mental*, 2008, Unió Catalana d'Hospitals (UCH).

El model d'atenció estableix funcions bàsiques que han d'oferir promoció i prevenció de la salut, aspectes de diagnòstic, terapèutica, rehabilitació i suport a les famílies, que es concentren en el catàleg de prestacions sanitàries i de prestacions complementàries.

Com tornem a evidenciar, encara que hi ha una aproximació a assignar rols i responsabilitats a la persona i a la família, el model es fonamenta en la definició d'un sistema de prestacions, i tot i que en les funcions es parla de suport a la família, quan es defineixen les prestacions no es defineix cap prestació específica en aquest sentit.

Hi ha prestacions preventives, diagnòstiques i terapèutiques, però no es donen prestacions que ofereixin suport familiar o a l'entorn.

Pel que fa a les prestacions complementàries, es plantegen en les tècniques i els programes encaminats a potenciar la integració social i comunitària a partir d'iniciatives interdepartamentals, i per tant posant l'accent en l'atenció i la intervenció.

Si analitzem encara el Model d'atenció residencial de gent gran,¹⁰ trobem que es defineix també des de la perspectiva professional i es qualifica el model com un eina que estructura l'activitat del sector i la defineix des de criteris de qualitat:

Aquest document pretén constituir-se en el marc que enquadra l'atenció de les persones grans en les residències assistides. Ha d'orientar els elements posteriors (protocols, registres, indicadors, instruments d'avaluació, aspectes formatius, ...) i el pla d'implementació que permeti aconseguir l'objectiu de millora de la qualitat assistencial en les residències assistides per a persones grans.

El model defineix protocols, registres, avaluació, però no defineix procediments de suport i acompanyament, si bé aquests formen part del treball quotidià personal.

Tot i així, quan es planteja la activitat definida en el model, també se situa el terme d'*acompanyament* en el moment final de l'atenció. Les residències assistides duen a terme la seva activitat en un context d'atenció integral de la persona. Aquesta orientació fa que la dinàmica de totes les activitats incorporin elements participatius per part dels residents i d'atenció i acollida per part dels professionals. Es poden delimitar clarament tres grans moments en el temps:

- Acollida: l'objectiu principal és d'acolliment, adaptació de l'entorn a les característiques de la persona gran i integració d'aquesta a la dinàmica habitual del centre.
- Estada: l'objectiu principal és atendre correctament totes les necessitats canviants de la persona gran al llarg del temps que aquesta roman a la residència.
- Comiat: l'objectiu principal és l'acompanyament en la marxa del centre o en la fase final de la vida.

El model assistencial de les residències es fonamenta en instruments de treball com el Pla d'atenció individualitzada (PAI), els instruments validats, els programes assistencials, els protocols, els registres, i la revisió contínua.

El model funcional incorpora els apartats següents:

1. Valoració inicial completa.
2. Elaboració del PAI.
3. Execució dels diferents programes i consum dels diferents serveis.

10. Model d'atenció residencial de gent gran

4. Distribució adequada del temps.
5. Existència de professionals adequats i suficients.
6. Els protocols i els registres s'incorporen a totes les activitats.
7. La qualitat assistencial és present en totes les intervencions de la residència.

Si ens endisem en els models d'atenció de persones amb discapacitat, ens trobem amb una nova perspectiva de treball:

“La qualitat de vida de les persones té molt a veure amb l'autodeterminació, la participació, el gaudi i la integració social. Nosaltres oferim espais per tal que els nostres usuaris puguin exercir aquests drets i se sentin realitzats.”

El concepte autodeterminació comença a aparèixer amb força i va prenent forma. És en l'àmbit de l'atenció a les persones amb discapacitat que el concepte de suport està més treballat i desenvolupat. En presentarem dos exemples:

1.3.2. Models de suport

La definició dels centres de suport a la integració ¹¹ (CAI: centros de apoyo a la integración), que substitueixen els centres ocupacionals, passant d'una atenció centrada a ocupar la persona, per tal de fomentar recursos centrats en els processos d'acompanyament de, des del recolzament i el suport, cap a la integració.

Els autors d'aquest document, professionals dels equipaments locals, defineixen els CAI com a:

“El Centro de Apoyo a la Integración se define como un recurso especializado y abierto a la comunidad, desde donde se ofrecen programas personalizados de apoyo integral y formación a las personas adultas con discapacidades para favorecer su integración sociolaboral, el desarrollo de su autonomía personal y el incremento de su bienestar.”

Ens trobem, doncs, amb un canvi de paradigma, on parlem més de personalització que d'individualització, on la paraula *atenció* se substitueix per *suport* i *recolzament*.

11. De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración. Govern d'Astúries (2002)

Encara per definir el canvi de paradigma, ens acaben aclarint què vol dir aquesta definició amb notes:

Els CAI són:

- 1) Un recurs especialitzat: en l'atenció a les persones adultes amb discapacitat.
- 2) Obert a la comunitat: per promoure la integració social de les persones amb discapacitat i enriquir la pròpia societat des de la diversitat.
- 3) Programes personalitzats: el suport en aquests centres es fa elaborant plans personalitzats de suport (PPA: Planes personalizados de apoyo) dirigits a cobrir les necessitats individuals i afavorir la promoció de cada persona.
- 4) Suport integral: els centres s'adrecen a cobrir les diferents necessitats, bàsiques, terapèutiques, formatives, socials i emocionals, de les persones amb discapacitat, amb un enfocament sistèmic de la intervenció.
- 5) Integració sociolaboral: es busca l'objectiu de la promoció personal des de la màxima integració social possible de l'individu.
- 6) Autonomia personal: es pretén la promoció de la vida independent i l'autodeterminació perquè les persones amb discapacitat puguin exercir els seus drets de ciutadania.
- 7) Benestar: tot el procés d'intervenció s'ha de fer cercant el benestar subjectiu i la qualitat de vida de cada persona.

Es fa evident una nova perspectiva, en què els conceptes de personalització, recolzament, suport, integració i autonomia personal tenen un altre sentit i aporten una nova via centrada en els processos d'autodeterminació personal.

En aquest mateix document es defineixen els principis de la filosofia que hi ha darrere del concepte de suport, com un element més ampli que el d'atenció, que formaria part del suport o recolzament a la persona amb les prestacions, els serveis i els recursos socials que permeten assolir l'objectiu de ser ben atès. Per cada principi inspirador¹² dels processos de recolzament i suport ens plantegen un criteri d'intervenció específic:

12. *De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración*. Govern d'Astúries (2002) pàg. 22

Primer principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona ha de tenir control sobre la seva pròpia vida, és a dir, ha d'actuar amb llibertat. - Aquest principi és l'essencial de tots els que proposem. - Fa referència al reconeixement de la capacitat d'autogovern de les persones amb discapacitat per prendre decisions i, per tant, triar lliurement i sense coaccions externes entre diferents opcions i alternatives. 	<p>Diversitat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Els usuaris i les usuàries han de mostrar les seves preferències i poder triar davant opcions diverses relacionades amb processos quotidians que els afecten. - La planificació de programes i suports ha de tenir en compte aquest criteri. - Entre els programes relacionats amb l'aprenentatge hem de capacitar sempre per possibilitar l'expressió de les preferències i desitjos i per a la presa de decisions.

Aspectes com el control sobre la pròpia vida, la capacitat d'autogovern, la capacitat per prendre decisions ens defineix un nou paradigma que va més enllà de l'atenció i fomenta, realment, l'autonomia personal.

Segon principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Participació</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona té dret a ser present en la presa de decisions que afecten el desenvolupament de la seva vida. - Principi íntimament lligat a l'autonomia, ja que en el procés d'afirmació i d'autodeterminació si la persona no és present en els processos de presa de decisions entre diferents opcions i alternatives, no te les oportunitats per ser 	<p>Interdisciplinarietat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entesa no solament des del vessant de la interdisciplinarietat en l'equip, sinó de la participació interdisciplinària amb la persona i la família en un veritable procés de participació.

La participació en la presa de decisions és un aspecte clau en el paradigma de potenciar processos de suport a l'autonomia personal.

Tercer principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Integritat</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona té diversos components bio-psico-socials que la condicionen i la fan ser única i íntegra. 	<p>Globalitat</p> <ul style="list-style-type: none"> - El concepte de globalitat presideix tot el procés educatiu on interactuen els diversos agents del procés: persona amb discapacitats, educadors, família, ambient (físic i psicosocial) i context comunitari. - Es pretén el desenvolupament global de la persona, contemplant tant les capacitats instrumentals com les emocionals i relacionals.

La globalitat i integritat de la persona des de tots els punts de vista (biològics, psicològics, socials, espirituals) situa la persona al bell mig dels processos de recolzament.

Quart principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Integritat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Totes les persones, amb discapacitat o sense, són iguals pel que fa a l'exercici dels seus drets de ciutadania, però cadascuna és única i diferent. 	<p>Atenció personalitzada i flexibilitat</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'atenció i el pla personalitzat de suport han de tenir sempre en compte l'estil de vida de la persona, respectant les seves preferències socioculturals. - La intervenció ha de ser personalitzada, de manera que el desenvolupament dels programes específics de recolzament doni respostes adequades .

Exercici de ciutadania, de drets que se centren a tenir en compte l'estil de vida de la persona, des del respecte, comporta donar visibilitat als processos de recolzament.

Cinquè principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Normalització i integració social - Les persones amb discapacitats són membres actius de la comunitat i ciutadans amb drets. Per això, han de tenir accés i possibilitat de gaudir de tots els béns socials i culturals que hi hagi en igualtat amb la resta de la població.</p>	<p>Integració comunitària És important indicar com a molt convenient que els plans personalitzats de suport siguin dissenyats des de la perspectiva de la participació activa en els propis recursos existents en la comunitat i d'una manera molt especial totes les activitats relacionades amb l'oci i el temps lliure (culturals, artístiques, esportives ...).</p>

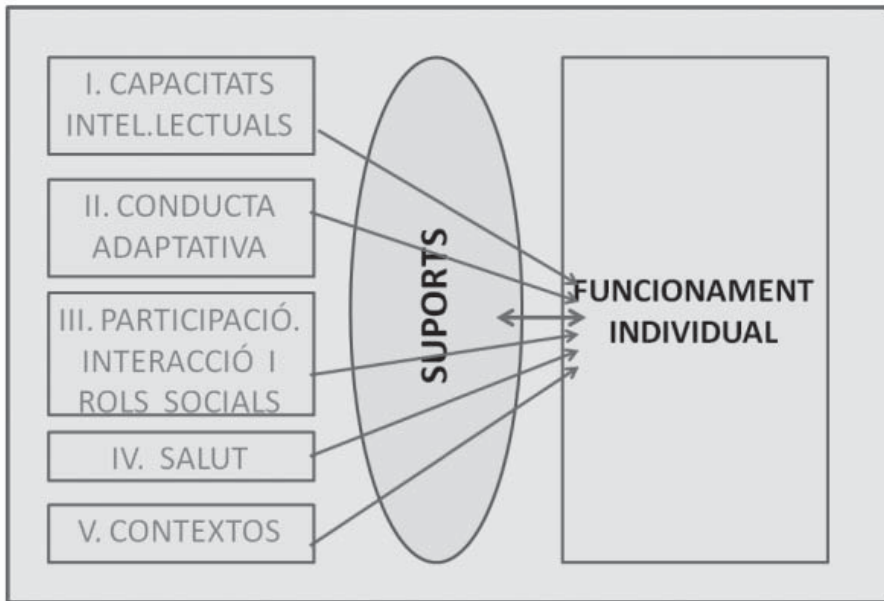
Les persones com a membres d'una comunitat amb la qual interaccionen i es construeixen des del foment de l'autonomia i l'autodeterminació.

Sisè principi inspirador	Criteri d'intervenció
<p>Respecte a la pròpia dignitat - Les persones que presenten alguna discapacitat tenen dret al respecte de la diferència i de la pròpia dignitat.</p>	<p>Valors ètics - L'ètica professional ha d'estar sempre present en tot el procés. Es tracta que la pràctica professional estigui impregnada d'un profund respecte als drets humans, en què es defensi la privacitat, la intimitat, la dignitat, el respecte a la diferència i a la llibertat personal. - Hem de rebutjar actituds sobreprotectores i actuacions que puguin caure en la infantilització de les persones adultes amb discapacitats.</p>

També desenvolupen la perspectiva ètica que configura el sentit dels processos de recolzament i suport a la persona en la construcció del seu itinerari propi, des de decisions pròpies i des de respostes adequades a la realitat de cada persona.

Un altre document que ens permet elaborar propostes des del paradigma del recolzament i el suport és el model definit per Schalock i Verdugo, a partir del model teòric de retard mental (Luckasson i altres, 2002, pàg. 10).¹³

13. Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntix, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Reeve, A. i altres (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10a ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducció al castellà de M. A. Verdugo i C. Jenaro. Madrid: Alianza Editorial].



Font AAMR (2002): Verdugo.

Els autors del model de l'AAMR, segons Verdugo¹⁴ (2002), plantegen que si s'ofereixen els suports personalitzats apropiats durant un període de temps prolongat, el funcionament en la vida de la persona amb retard mental generalment millorarà. Les necessitats de recolzament estan estretament lligades a les dimensions personals de funcionament en la vida quotidiana. L'AAMR ens planteja el 2002 les dimensions que la persona està posant en joc. Tot i ser una proposta definida des de les persones amb discapacitat intel·lectual, aquest sistema de dimensions és plenament vàlid per a qualsevol persona amb dependència. La definició de l'any 2002 proposa un nou sistema amb les dimensions següents:

Dimensió I: Habilitats intel·lectuals

Dimensió II: Conducta adaptativa (conceptual, social i pràctica)

Dimensió III: Participació, interaccions i rols socials

Dimensió IV: Salut (salut física, salut mental, etiologia)

Dimensió V: Context (ambients i cultura)

14. Aportacions de la definició de retard mental (AAMR, 2002) al corrent inclusiu de les persones amb discapacitat.

Les cinc dimensions proposades abracen aspectes diferents de la persona i l'ambient amb vista a millorar els suports que permetin un millor funcionament individual. Enfront de les quatre dimensions plantejades en la novena edició de la definició de retard mental de l'AAMR, en aquesta ocasió se'n proposen cinc. El més destacable és la introducció de la dimensió de participació, interaccions i rols socials. Es valoren, doncs, les dimensions que permeten la construcció de la persona a partir de definir els perfils de necessitats de recolzament per poder desenvolupar els processos d'autonomia i autodeterminació en la vida quotidiana.

“La proposta de 2002 de l'AAMR planteja que “els suports són recursos i estratègies que pretenen promoure el desenvolupament, l'educació, els interessos i el benestar personal d'una persona i que milloren el funcionament individual. Els serveis són un tipus de suport proporcionat per professionals i agències. El funcionament individual resulta de la interacció de suports amb les dimensions d'habilitats intel·lectuals, conducta adaptativa, participació, interaccions i rols socials, salut i context. L'avaluació de les necessitats de suport pot tenir diferent rellevància, segons si es fa amb propòsit de classificació o de planificació de suports. “(Luckasson i altres, 2002, pàg. 145).

Per a Verdugo els suports són recursos que permeten promoure el desenvolupament, que milloren el funcionament individual. També podem conceptualitzar els serveis, que són un tipus més de suport. Hem de saber avaluar els suports necessaris per a cada persona segons el seu grau d'afectació en relació a l'heteronomia. Verdugo planteja una tipologia de suports a la persona que ens ha de permetre la identificació dels tipus de suports necessaris, la intensitat de suports necessària i la persona responsable de proporcionar el suport en cadascuna de les nou àrees de suport:

1. Desenvolupament humà
2. Ensenyament i educació
3. Vida a la llar
4. Vida a la comunitat
5. Ocupació
6. Salut i seguretat
7. Conductual
8. Social
9. Protecció i defensa

L'autor Verdugo (2002) proposa un procés d'avaluació i identificació de recolzaments i planificació suports que conte els passos següents:

Procés d'avaluació i planificació dels suports

El procés d'avaluació i planificació dels suports proposat per l'AAMR es compon de quatre passos:

- 1) Identificar les àrees rellevants de suport: entre les nou esmentades.
- 2) Identificar les activitats de suport rellevants per a cadascuna de les àrees: d'acord amb els interessos i les preferències de la persona, i la probabilitat de participar-hi per part de la persona i el context.
- 3) Valorar el nivell o la intensitat de les necessitats de suport: d'acord amb la freqüència, la durada i el tipus de suport.
- 4) Escriure el pla individualitzat de suports que reflecteixi l'individu:
 - a. Els interessos i les preferències de la persona.
 - b. Les àrees i les activitats de suport que fan falta.
 - c. Contextos i activitats en què la persona probablement participarà.
 - d. Funcions específiques de suport dirigides a les necessitats de suport identificades.
 - e. Èmfasi en els suports naturals.
 - f. Persones responsables de proporcionar les funcions de suport.
 - g. Resultats personals.
 - h. Un pla per controlar la provisió i els resultats personals dels suports previstos.

Apareixen els suports naturals, propis dels suports personals, familiars i de l'entorn que l'usuari té en el seu entorn, família, amistats, etc., i que permeten, des de l'experiència pròpia, utilitzar-los en el propi procés d'autodeterminació.

D'altra banda, no s'han d'identificar els suports amb els serveis. Els suports són una alternativa molt més àmplia i general que té molts més recursos que els mateixos serveis.¹⁵ S'ha de pensar tant en els suports naturals possibles (la pròpia persona i altres persones) com en els que es basen en els serveis educatius o socials. Avui, la naturalesa dels sistemes de suport és molt variada, partint del mateix individu, passant per la família i els amics, i després per els suports informals, els serveis genèrics, fins a arribar als serveis especialitzats.

15. Verdugo (2002) *Op cit.*

El model de suports és un aspecte clau dels processos d'acompanyament en l'autodeterminació i només es podrà desenvolupar si es donen canvis en el paradigma basat encara en l'atenció a la població dels serveis socials.

L'enfocament actual dels suports es fa des d'una perspectiva de tota la vida, i no es limita a l'etapa educativa. Per això es relaciona directament amb una perspectiva de planificació centrada en la persona (PCP), de resultats referits a la persona, de promoció de la competència, capacitat i enfortiment del control de les seves vides per part de les persones.

En el concepte de suports s'assumeix que una aplicació assenyada dels suports pot millorar les capacitats funcionals de les persones. La importància dels suports és que permeten proporcionar unes bases més naturals, eficients i continuades per millorar els resultats personals.

Si ens responen les dues primeres qüestions plantejades:

- Intervenir o acompanyar?
- Atendre o donar suport?

Activitat 2 (mòdul 1)

Pas 1. Reflexioneu si en la vostra tasca quotidiana treballeu des de la intervenció, l'acompanyament, l'atenció i el recolzament (un exemple)

Concepte	Quan (fets)	Per què?
Intervenció	Bany de la persona	Perquè tinc poc temps i faig el que puc en aquesta situació, en què de vegades he d'estar pendent d'altres persones, cosa que comporta poca intimitat per a l'usuari.
Acompanyament	Quan es desperta la persona	La crido pel seu nom, és com vol que li digui, intento que tingui un despertar agradable.

Atenció	Canvis posturals	La persona queda ben mobilitzada i tenim cura de la seva pell, mirem les nafres, mentrestant planifiquem ja la persona següent.
Suport	Canvis posturals	Preguntem pel seu benestar, mirem de fer alguna carícia per trobar complicitat, li preguntem pel que li agrada. Verbalitzem cada pas que donarem aportant-li tranquil·litat.

Plantegeu tres situacions en què en el vostre dia a dia estigueu treballant des de cada una de les perspectives.

Concepte	Quan (fets)	Per què?
Intervenció		
Intervenció		
Intervenció		
Acompanyament		
Acompanyament		
Acompanyament		
Atenció		
Atenció		
Atenció		
Suport		
Suport		
Suport		

1.4. Dependència? Autodeterminació? Interdependència?

La darrera de les tres qüestions bàsiques que ens plantejàvem a l'inici és el valor d'aquests tres conceptes. Analitzarem doncs què s'entén per autodeterminació, què s'entén per dependència i com la interdependència és un element bàsic, clau per assolir l'autonomia personal.

1.4.1. Què entenem per dependència?

La LAPAD,¹⁶ Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, ens defineix en l'article 2 el que és la dependència:

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El SAAD¹⁷ ens planteja aquesta definició, que conté diversos elements que podem analitzar.

Estat de caràcter permanent, és a dir, que no respon a una situació de dependència temporal, sinó que comporta una situació irreversible, com ara diverses situacions com l'envelliment, malalties, situacions de discapacitat, processos de demència, trastorns de salut mental, etc. i que, per tant, defineix amb situació de cronicitat, perdurable en el temps.

Lligat a la falta o a la pèrdua d'autonomia entesa com la manca d'autonomia física, mental, intel·lectual, sensorial etc.

Que necessiten ajuda, suport per dur a terme activitats de la vida diària; per tant, en processos d'autonomia funcional.

16. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

17. Sistema para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

O en el cas de persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, en d'altres suport per a la seva autonomia personal; per tant, en processos d'autonomia moral.

És important veure com la dependència es defineix des del caràcter permanent i majoritàriament des de la manca d'autonomia funcional, sense donar la importància que té la capacitat de decidir en les situacions de discapacitat intel·lectual.

Aquesta definició contrasta amb la d'autonomia, que planteja el preàmbul de la Llei i que ja hem definir en el primer apartat d'aquest mòdul:

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Paradoxalment, es veu un contrast desequilibrat en les definicions, ja que en la autonomia és dona més valor a la capacitat de control, afrontament i prendre decisions personals per iniciativa pròpia, per viure segons les preferències pròpies, deixant en un segon terme el desenvolupament de les activitats de la vida diària, mentre en la definició de dependència els valors s'inverteixen clarament.

El SAAD, en la LAPAD, preveu graus de dependència, tal com es defineix en l'article 26:

Artículo 26. Grados de dependencia

1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

- **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

2. Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Com podem deduir del text de l'article 26 de la Llei, els graus es defineixen segons dos paràmetres:

1. Graus de dependència en relació amb les activitats de la vida diària.
2. Graus de dependència segons les necessitats de suport.

Segons el grau de dependència en les activitats de la vida diària, es plantejen tres graus:

- 1) Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia.
- 2) Dependència severa: quan la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no vol el suport permanent d'un cuidador.
- 3) Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona.

Com podem deduir, la valoració dels graus de dependència es plantegen en funció dels criteris de necessitat i freqüència de l'ajuda per dur a terme activitats de la vida diària. També defineix els criteris d'ajuda per part d'una tercera persona en tres nivells:

- ajuda esporàdica
- ajuda diària, però de no de manera permanent,
- suport indispensable i continu.

Segons el grau de dependència en les necessitats de suport, ens planteja també tres nivells:

1. **Dependència moderada:** necessitats de suport intermitent o limitat.
 - a) Entendrem per suport intermitent quan es caracteritza per la seva naturalesa episòdica. Només es dona quan és necessari, és imprevisible. S'acostuma a necessitar durant períodes de temps breus, que coincideixen amb transicions del cicle vital o situacions puntuals d'emergència (p. ex., pèrdua de feina o una crisi mèdica) i poden ser d'intensitat variable.
 - b) Entendrem per suport limitat el que es dona de manera regular durant un període de temps breu però definit. Es tracta, doncs, d'un suport

que es pot planificar anticipadament (p. ex., l'entrenament necessari per fer una nova activitat laboral o el suport requerit durant la transició de l'escola a la vida adulta) i que requereix menys costos i personal que altres tipus de suports.

2. Dependència severa: amb necessitat de suport extens per a la seva autonomia personal.

a) Entendrem per suport extens quan és imprescindible per a la seva aplicació regular o contínua en alguns àmbits o entorns concrets. No es limita en el temps, no és necessàriament d'alta intensitat, però sí de repercussió diària.

3. Gran dependència: amb necessitats de suport generalitzat per a l'autonomia personal.

a) Entendrem per suport generalitzat el que es caracteritza per la seva constància, la seva alta intensitat i la seva incidència en un nombre molt elevat d'entorns. És el suport que necessita més recursos humans, tecnològics i de serveis.

Per tant, la dependència es defineix des de diversos criteris, que es resumeixen en el quadre següent:

Grau de dependència	En les activitats de la vida diària AVD	Necessitat i freqüència de l'ajuda en AVD	En les necessitats de suport
Moderada	Necessitat d'ajuda en AVD almenys un cop al dia	Ajuda esporàdica	De suport intermitent o limitat
Severa	Necessitat d'ajuda en AVD dos o tres cops al dia	Ajuda continuada però no permanent	Suport extens
Gran dependència	Necessitat d'ajuda diverses AVD, diverses vegades al dia	Ajuda indispensable i contínua	Suport generalitzat

La LAPAD, tot i que defineix clarament la dependència física, no estableix criteris ni valors per definir de manera clara i convincent la dependència de la persona que no té competència per tenir una autonomia moral adequada.

1.4.2. Què entenem per autodeterminació?

L'autodeterminació personal fa referència a diversos aspectes bàsics en la pròpia vida de la persona. Aquests aspectes bàsics són la possibilitat d'escollir, de prendre decisions, de planificar objectius vitals propis, de lluitar pels propis interessos i desitjos, de tenir oportunitats per a l'autonomia personal. L'autodeterminació és fonamental perquè ens permet treballar des del respecte la individualitat de cada persona, donant valor als drets personals propis de qualsevol ciutadà a escollir els projectes, els plans, les relacions, les ambicions, etc. que desitgen, alhora que milloren l'autoestima.

Per aprofundir en temes d'autodeterminació personal, trobem l'escala d'autodeterminació ARC (Arc's Self-Determination Scale).¹⁸ Dissenyada per Wehmeyer, aquest instrument constitueix un mitjà a través del qual els adults amb discapacitat intel·lectual, fent ús dels suports necessaris, poden avaluar les seves pròpies creences sobre ells mateixos i la seva autodeterminació, treballar cooperativament amb els professionals per identificar els seus punts forts i febles i autoavaluar el seu progrés en autodeterminació al llarg del temps, cosa que permet avaluar les necessitats i els canvis en el comportament autodeterminat en la vida adulta de les persones amb discapacitat intel·lectual.

Extret de *Descripció de l'escala d'autodeterminació de Wehmeyer per àrees* (Peralta i Zulueta, 2003, pàg. 136).¹⁹

L'escala està conformada per 72 ítems dividits en quatre seccions:

- *Autonomia* (ítems 1-32)
 - 1) Grau d'independència de la persona, en relació amb aspectes de la cura personal, tasques domèstiques i interacció amb l'ambient.
 - 2) Capacitat d'elecció o d'actuar en funció de les preferències, les creences, els interessos i les capacitats (inclou l'ús del temps lliure, el grau de participació i interacció en la comunitat, l'expressió personal de les seves preferències).
- *Autoregulació* (ítems 33-41)
 - Resolució de problemes cognitius interpersonals.
 - Establiment de metes i realització de tasques.

18. Wehmeyer, M. L. (2006). *ARC: Escala de autodeterminación personal: adolescentes y adultos con discapacidad intelectual*. Madrid. Ed Reeduación Logopédica . Colección Test y Diagnóstico.

19. Peralta, F.; Zulueta, A. (2003). "Avaluació de la conducta autodeterminada i programes d'intervenció". A: Diversos autors. I *Congrés Nacional d'Educació i Persones amb Discapacitat*, Pamplona, 6-8 març (pàg. 127-148). Pamplona: Govern de Navarra, Departament d'Educació i Cultura.

- *Creences de control i eficàcia* (ítems 42-57)

Indicador global del control percebut: lloc de control, autoeficàcia i expectatives d'èxit.

- *Autoconsciència* (ítems 58-72)

Autoconsciència, autoacceptació, autoconfiança o autoestima: comprensió que un individu té sobre les seves pròpies emocions, capacitats i limitacions i el grau en què pot estar influït per altres o per les seves pròpies motivacions i principis.

Com podem comprovar, els conceptes propis de l'autodeterminació tenen en compte elements bàsics com la cura personal, les tasques quotidianes, la interacció amb l'ambient, la capacitat de triar en funció de creences, interessos, capacitats, oci, participació, expressió de preferències, control de les pròpies expectatives, autoconsciència, autoacceptació, autoestima, etc.

En funció d'aquests contextos definits en l'autodeterminació, trobem també l'escala d'intensitat de suports, SIS (Supports Intensity Scale).²⁰ Alba Garcia (2010) ens presenta l'escala SIS amb la descripció següent:

La Escala de Intensidad de Apoyos (Supports Intensity Scale) fue diseñada originalmente por Thompson et al. y publicada por la AAIDD por primera vez en el año 2004. A diferencia de los tests de inteligencia y las escalas de conducta adaptativa, la SIS es un instrumento multidimensional planteado para establecer el perfil e intensidad de las necesidades de apoyo (Ibáñez, Verdugo y Arias, 2007). Cambia así la forma tradicional de evaluar a las personas con discapacidad intelectual y permite asumir expectativas más positivas en sus planes de vida, orientando las prácticas profesionales hacia la capacitación del individuo (Verdugo, Nieto, Jordán de Urríes y Crespo, 2009).

Los apoyos a los que la SIS hace mención son aquellos "recursos y estrategias que promueven los intereses y el bienestar de las personas y que tienen como resultado una mayor independencia y productividad personal, mayor participación en una sociedad interdependiente, mayor integración comunitaria y una mejor calidad de vida" (Thompson, Hughes, Schallock, Silverman, Tasse, Craig, Campbell, Bryant y Rotholtz, 2002, p. 390).

Garcia fa un esquema dels ítems de l'escala SIS, que presentem tot seguit:

20. Garcia (2010). *Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual. Un acercamiento.*

<p>Secció 1 Escala de necessitats de suport</p>	<p>Part A: Activitats de la vida a la llar Part B: Activitats de la vida a la comunitat Part C: Activitats d'aprenentatge al llarg de la vida Part D: Activitats d'ocupació laboral Part E: Activitats de salut i seguretat Part F: Activitats socials</p>
<p>Secció 2 Escala suplementària de protecció i defensa</p>	<p>Activitats de protecció i defensa</p>
<p>Secció 3 Escala de necessitats excepcionals de suport mèdic i conductual</p>	<p>Part A: Necessitats excepcionals de suport mèdic Part B: Necessitats excepcionals de suport conductual</p>

Font: *Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual*. Un acercamiento. Gracia (2010)

L'autodeterminació té en compte una perspectiva complementaria a la dependència. La dependència no està doncs renyida amb l'autodeterminació. Hi ha gent que pot tenir poca autonomia física i tenir oportunitats per a l'autodeterminació, fet que ens porta a donar més valor encara als processos d'acompanyament i suport, més que als sistemes centrats en recursos pensats només des de la intervenció professional i l'atenció a partir de recursos.

1.4.3. La interdependència

Per acabar de definir alguns conceptes bàsics per delimitar dinàmiques de suport i atenció, així com processos d'acompanyament i intervenció social, ens queda plantejar la importància cabdal que té la interdependència en l'àmbit de la construcció de l'autodeterminació i l'autonomia personal.

Hem d'entendre la interdependència com l'exercici de la coresponsabilitat i de compartir un conjunt comú de principis amb altres persones. Som persones autònomes quan som conscients de la interdependència social que tenim els uns respecte dels altres. La interdependència es podria definir com la capacitat d'aprendre a dependre dels altres. Sense els altres no ens podem construir a nosaltres mateixos. Tots hem viscut en un context familiar i/o relacional, on es donen dependències de diverses tipologies, socials, emocionals, etc. Hem d'educar la interdependència positiva que es dona quan som conscients que l'èxit de cada persona depèn de l'èxit dels altres. Ningú no pot assolir els seus objectius si no és de manera cooperativa amb les altres persones, siguin professionals o familiars.

Arribem a la conclusió que per fomentar l'autonomia, la presa de decisions, la participació de la persona usuària, l'autodeterminació en què la persona és la protagonista del seu propi procés, tot i que els sistemes, els recursos, les tècniques, etc. estan plantejats des de la intervenció social, des de models d'atenció, des de serveis i prestacions, hem d'anar cap a un model basat primerament en l'acompanyament social, en què la intervenció social ha de ser una forma més d'acompanyament, i, en segon terme, en processos de suport i recolzament, en què l'atenció, les prestacions i els serveis han de ser una eina per poder assolir el procés d'autonomia personal.

Capítol II

Les àrees de capacitat

La persona és el centre i el primer ple, no la seva discapacitat. Primer existeix un ser ple de capacitats, de qualitats, i després hi ha una discapacitat que limita alguns, però només algunes, de les possibilitats de les persones.

Tomás Castillo

Introducció al mòdul

És una evidència que les persones amb dependència sovint són avaluades des de la perspectiva de la manca de capacitat i no des de la de les capacitats mantingudes, de les capacitats personals. La discapacitat és una construcció social, quelcom que es construeix cada dia en les relacions socials entre les persones, entre els grups socials, en el teixit social. Es construeix en les decisions que prenem, en les actituds que assumim, en la manera com construïm i estructuram l'entorn físic, social, cultural i ideològic en què ens movem.

En l'àmbit de l'acompanyament i el suport, també podem abordar aquests processos des de les dues perspectives, posant èmfasi en la discapacitat o donant valor a les capacitats mantingudes de les persones amb capacitats especials.

En aquest segon mòdul, plantegem un itinerari per a les capacitats personals, i definim quines són les capacitats bàsiques que, o bé cognitivament, emocionalment i socialment, o bé en l'àmbit locomotor i sensorial, ens permeten desenvolupar les nostres capacitats funcionals per viure la vida diària en societat exercint i desenvolupant uns rols socials i personals que ens construeixen com a persona.

Aquest itinerari pren cos en un mapa de capacitats que ens ha de permetre, d'una banda, mapificar les capacitats personals que té cada persona usuària i, per tant, donar valor als recursos personals de què disposa, i de l'altra, argumentar el *sentit* de les propostes que estem fent en els processos d'acompanyament personal. Només si plantegem propostes amb *sentit* per a la persona podrem afavorir processos de desenvolupament personal.

Aquest mòdul pretén, doncs, apropar-vos a la mapificació de les capacitats personals, a la definició de quins són els punts forts, els recursos naturals i personals de les persones amb les quals treballarem i des de les quals treballa-

rem. Hem de descobrir les capacitats de la persona perquè només des de les capacitats podrem generar processos d'estimulació que facilitin a la persona el desenvolupament personal i les oportunitats a l'autonomia personal.



2. Les àrees de capacitat

2.1. La persona, una maleta de problemes

Quan una persona gran, amb trastorns de salut mental o amb diversitat funcional, arriba als serveis socials de base comença un procés en què es comencen a avaluar les seves capacitats, els contextos socials en què viu, la seva capacitat econòmica, els problemes de salut que du a la maleta. Una maleta de problemes.

Un exemple clar el podem trobar en el barem de valoració de la dependència.²¹

El barem de valoració de la dependència (BVD) és l'instrument que fa servir el col·lectiu de professionals acreditats per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en què viu, i la puntuació del grau i el nivell de dependència es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme tota sola.

Els serveis socials valoren bàsicament tres situacions específiques de la situació de la persona:

- L'estat de la salut (expedient sanitari o sociosanitari i de capacitats funcionals per dur a terme les activitats de la vida diària).
- L'entorn social (expedient de problemàtiques socials).
- La capacitat econòmica (que permet definir nivells de prestació econòmica, i mòduls socials i de copagament en els serveis i recursos).

Aquesta maleta de problemes la formen la salut, l'economia i la xarxa social de referència. Són els tres elements definidors dels nivells de necessitat, i amb conseqüència els criteris per a l'assignació dels PIA (plans individuals d'atenció).

El barem BVD determina els criteris objectius per valorar el grau d'autonomia de les persones, amb vista a la capacitat per fer les tasques bàsiques de la vida diària, i també la necessitat de suport i supervisió sobre això per a persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental. La valoració té en compte els informes existents relatius a la salut de la persona i a l'entorn en què es desen-

21. Generalitat de Catalunya. *Què és i com es reconeix la situació de dependència*

volupa. És un instrument de valoració que inclou instruccions d'aplicació, i un protocol amb els procediments i les tècniques.

Les problemàtiques que valora el BVD²² estan descrites en funció dels problemes que la persona pot tenir respecte del següent:

- menjar i beure
- higiene personal relacionada amb la micció i defecació
- rentar-se
- altres atencions corporals
- vestir-se
- manteniment de la salut
- canviar i mantenir la posició del cos
- desplaçar-se dins de la llar
- desplaçar-se fora de la llar
- tasques domèstiques
- prendre decisions

Des de la perspectiva de les problemàtiques, en el mòdul 3 analitzarem els diferents instruments de valoració que, validats científicament, ens permeten definir els nivells de problemàtica i necessitat de la persona.

Ens cal, però, fer una reflexió sobre la definició dels serveis des de les problemàtiques i necessitats. En general, la majoria d'instruments estan dirigits a valorar la no-capacitat, la problemàtica i la dificultat. Tota valoració del nivell de dificultat comporta, però, la definició d'un nivell de potencialitat, capacitat. Només des de la perspectiva de valorar el grau d'afectació i les capacitats preservades en la persona, podem potenciar processos d'oportunitat, estimulació, millora de l'autoestima, etc.

22. Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.



Extret del blog de Juan Serrano: Desde mi barricada

Resulta que la persona, a la maleta, no solament hi porta problemes. Sovint hi podem trobar un rerefons, un espai privat ple de moltes altres perspectives relacionades amb la seva pròpia vida.

Què trobarem al rerefons? Segurament que a poc a poc anirem descobrint en la persona un seguit d'elements personals que en formen part.

Experiències, pors, il·lusions, interessos, costums, manies, els seus llocs estimats, preocupacions, habilitats, destreses, aficions, gustos, amors, desamors, fotos, records, plors, alegries, cançons, olors... Al cap i a la fi, una vida *dins la maleta*.

Hem de veure la persona des d'una altra mirada, des de la perspectiva del que és, del que pot ser i no des del problema social que justifica la nostra intervenció socioeducativa.

Us proposo la breu recensió del llibre *No ser una silla*,²³ escrit per cinc persones greument discapacitades, que és una lliçó de vida i un repte per desenvolupar processos d'acompanyament personal des les potencialitats personals.

23. Autors: Armando de Ponga, Pedro Egea, Conchita Navarro, Juan J. Ochandorena, Carlos Recalde Editorial: Nafarroa, Txalaparta: 1996

La autocrítica es un ejercicio tan recomendable como poco practicado en general. Ese no es el caso de los autores, cinco grandes discapacitados residentes en un centro de Navarra. Así, reconocen que al encerrarse en su propio mundo interior son ellos mismos los que a veces se automarginan, o que es más cómodo y seguro moverse entre minusválidos que entre válidos, o incluso que entre los grandes discapacitados también existe la insolidaridad y la indiferencia hacia el otro. Por todo ello, por ese severo autoexamen, es tan válida la exigencia que nos hacen a los demás. Y así proclaman que son personas como otras porque son “algo más que una enfermedad”; que se les debe ayudar a desarrollar las capacidades que les restan por insignificantes que parezcan; que al igual que ellos han de adaptarse y “amigarse” con el propio deterioro, también lo debe de hacer el entorno; que la atención que se les dispensa debe de ser cualificada y con tecnología avanzada a la par que afectuosa. Además, esbozan cómo es el día a día en la institución en la que residen y aspectos sobre su propia biografía.

“Las personas son algo más que una enfermedad”; “desarrollar las capacidades por insignificantes que parezcan” són frases d’un valor molt alt, que donen a entendre que, més enllà de la maleta de problemes, hi ha un cove ben gran de potencialitats personals, irrepetibles, que configuren la identitat i el valor de cada persona i possibiliten espais d’autodeterminació i d’autoestima. Hem d’estar, doncs, amatents no a la maleta de problemes sinó a la possibilitat de descobrir capacitats.

2.2. Descubrint capacitats ²⁴

AMICA, una entitat de Cantàbria, defineix la seva tasca com la del camí constant de descobrir capacitats. Tomàs Castillo ens planteja deu idees bàsiques per seguir descobrint les capacitats personals. Aquestes deu idees força es podrien resumir de la manera següent. Per tal de descobrir capacitats hem de ser conscients que:

- La persona és l’eix i la protagonista del seu projecte personal

La persona és el centre de totes les accions, tot un projecte en si mateixa, i això implica que cada persona faci alguna cosa diferent, perquè cadascuna té les seves pròpies aspiracions i il·lusions. Cada ésser té dret a un projecte personal, a omplir la seva vida amb metes, perquè viure és avançar. És la forma de ser protagonistes de la nostra vida, també quan la discapacitat es fa present.

24. 25 años descubriendo capacidades, principios y valores que unen voluntades AMICA

- Donar suport en cada etapa de la vida.

Les persones amb discapacitat necessiten diferents tipus de suports segons les necessitats que planteja la infància, la joventut, l'edat adulta i la vellesa. Cal trobar solucions per a cada etapa. A més, la discapacitat es manifestarà en un o altre moment de la vida de tots nosaltres. No cal fixar límits, sinó posar els mitjans, aportar les oportunitats que cada persona necessita per mostrar les capacitats reals que com a éssers humans tenim.

- Descobrir la individualitat i la persona

Cada persona és diferent, única, singular, irrepètible. Les persones no s'han de classificar per les seves discapacitats, perquè, en primer lloc, tenen les seves característiques particulars, i després, presenten una discapacitat. Primer és persona, amb les seves característiques, i després té les seves limitacions. A més, les persones no són iguals en discapacitats similars. Cada una viu la discapacitat de manera diferent.

- Dignificació de la persona com a portadora de drets.

Dignificar implica reconèixer els drets de la persona, però sobretot potenciar totes les seves capacitats, la seva autonomia, ja que la consideració social també està determinada per la possibilitat de valer-nos per nosaltres mateixos. És clau desenvolupar les vàlues personals per demostrar totes les possibilitats individuals. Totes les persones tenim drets i hem d'aprendre a exercir-los amb responsabilitats en la comunitat.

- De la "normalització" a la igualtat d'oportunitats.

No es tracta de normalitzar la discapacitat com s'ha pensat durant anys, sinó d'aportar una real igualtat d'oportunitats, acceptant cada persona com és, sense considerar-la "normal" o "anormal". Tots som l'expressió de la diversitat humana, més que d'una pretesa normalitat. La persona amb discapacitat té els mateixos drets que la resta. Per fer-los efectius, ha de desenvolupar les mateixes activitats que les altres persones, la comunitat, el seu barri, el seu col·legi, la seva feina..., amb els suports necessaris. Cal exercir els drets de ciutadania per aconseguir la igualtat.

- Intervenció comunitària evitant la institucionalització

Implica donar suport a la persona en la seva vida a la comunitat, i evitar institucionalització, trencar la dinàmica per la qual el destí de moltes persones són els centres residencials, d'educació especial, apartades de vegades de les seves famílies. Ningú no es vol sentir desarrelat del seu barri o el seu poble

sentir-s'hi estrany. Tots volem una llar, viure en la comunitat, amb els altres i com els altres.

- Apropament dels serveis a les persones

Implica substituir el vell esquema que les persones han d'acudir a centres especialitzats on tracten millor "el seu problema", per un altre en què són els professionals i els suports que necessiten els que s'acosten a elles, a les seves escoles, als seus barris, als centres de treball, a les llars...

- Gestió compartida entre familiars, professionals i usuaris

Els professionals tenen la tasca de buscar noves solucions per a les persones, les famílies, defensar la qualitat, i les persones usuàries participar activament pel que fa a la seva vida. Treballant junts podem aconseguir els canvis que necessitem.

- Caràcter emprenedor?

Per assolir metes sovint s'ha d'arriscar, posar una dosi de valentia, confiar en les persones i en el futur.

- Crear aliances per compartir coneixements ...

Per aprendre i avançar en el descobriment de les capacitats és imprescindible compartir coneixements amb altres organitzacions i difondre les experiències, perquè en altres llocs les persones amb discapacitat també se'n puguin beneficiar.

Aquestes perspectives ens han de permetre desenvolupar processos de donar valor a les capacitats de les persones i no solament veure *el que no pot fer*. Descobrir capacitats és la possibilitat de poder treballar amb la presa de decisions, amb objectius de les persones i no dels professionals i més abocats a la realitat de la persona, que a la realitat definida i validada per instruments de valoració que, com a repte, hem de saber veure també des de la perspectiva de les potencialitats. Sense capacitats no hi futur per a la persona. No els hem de manllevar les capacitats preservades, per insignificants que siguin.

2.3. Capacitats preservades i capacitats afectades

Arribats a aquest punt hem de ser conscients que tota capacitat afectada preveu nivells de preservació d'aquesta. És de vital importància, ja que només podrem desenvolupar processos d'autodeterminació i desenvolupament personal.

L'afectació de les capacitats ens definirà sobre quin és el nivell de manca de capacitat i/o competència personal; per tant, ens permetrà definir en què hem de prestar serveis, de què ens hem de fer càrrec, i en què hem de potenciar estimular que la persona pugui continuar sent i fent.

Souren & Fransen (1994)²⁵ plantegen l'*schema limit*, és a dir, una proposta per poder definir fins on haurem d'actuar (fer-nos-en càrrec) i valorar les possibilitats reals de la persona. Aquest esquema, que S&F plantegen per a persones amb la malaltia d'Alzheimer, és un model bàsic, que es pot treballar des altres situacions de discapacitat, etc. Es tracta d'un procés dinàmic, canviant en el temps, que és diferent en situacions d'aprenentatge o desaprenentatge, en situacions en què la persona encara pot anar adquirint capacitats, habilitats, etc. que amb el temps es poden anar perdent.

Si prestem atencions a les persones, fins i tot en allò que encara són capaces de fer, ens estem sobrepasant de l'atenció estrictament necessària i les estem empobrint, substituint activitats que les podrien fer més autònomes, i per tant podem acabar fabricant dependència.

Sovint en molts centres s'han plantejat les atencions com a productes de consum en què la participació de les persones és quasi una proposta d'oferta-demanda que va molt més enllà de les atencions reals que la persona necessita i que, al contrari, manlleua els estímuls necessaris perquè la persona pugui ser autònoma en tasques quotidianes. Per tant, és important valorar el grau d'afectació i quines són les capacitats preservades de les persones.

Les capacitats preservades ens permeten donar sentit a les propostes d'activitat que proposarem a la persona. Són els actius reals de la persona usuària, les oportunitats per continuar fent, lluitant i essent: "les debe ayudar a desarrollar las capacidades que les restan por insignificantes que parezcan"; com deien els autors de *No ser una silla*. Només treballant des de les capacitats preservades podrem treballar el projecte de vida de la persona, amb la persona i des de la persona. Treballar des de les capacitats preservades ens permet:

25. *Broken Connections: Alzheimer's Disease*. Editat per Fransen Emile. Alkmar (Holanda).

- Reconèixer les capacitats de la persona.
- Fer evidents les oportunitats de desenvolupament personal.
- Creure en les possibilitats de la persona.
- Treballar el reforç positiu en l'assoliment de capacitats, habilitats, destreses possibles.
- Potenciar processos de millora de l'autoestima personal.
- Potenciar processos de més autodeterminació.
- Potenciar el desenvolupament personal.

Però, per tal de potenciar les capacitats personals, hem de treballar-ne el mapeig. Mapejar les capacitats personals vol dir valorar les capacitats de la persona avaluant el grau de preservació de les capacitats, i el seu nivell d'afectació.

Tota avaluació de capacitats comporta el fet de valorar el nivell de capacitat personal. Sovint la valoració està definida per avaluar els nivells de discapacitat, el que la persona no és capaç de fer. Els instruments d'avaluació se centren a avaluar la pèrdua, però tota pèrdua ens porta a definir graus de preservació. Desenvolupar processos d'acompanyament i suport personal només es possible si ens plantegem els graus de preservació de les capacitats. En els processos de pèrdua, l'estimulació s'ha d'entendre a partir de les capacitats mantingudes. Si a una persona que va perdent capacitats li estimulem les capacitats que ja no té, l'estem enfrontant al fracàs i a la baixa autoestima; per tant, ens hem de centrar en les capacitats mantingudes i el grau de manteniment per tal de potenciar que la persona pugui mantenir o alentir la pèrdua progressiva de capacitats. Estimular capacitats que encara pot aprendre, per exemple en els processos d'aprenentatge i/o de desenvolupament personal, o en processos de rehabilitació, és una altra manera de poder treballar l'estimulació. Potenciar l'estimulació de les capacitats susceptibles de ser rehabilitades o que permeten processos de desenvolupament personal també comporta ser conscient del grau de preservació i d'habilitat de cada fase del procés evolutiu de creixement o de pèrdua. Per tant, conèixer quin és el mapa de capacitats preservades, del seu grau d'afectació i del potencial de creixement que aquestes poden tenir és un exercici no solament necessari sinó imprescindible per poder potenciar els processos de suport i definir les necessitats d'atenció en les capacitats que la persona ha perdut o que encara no ha après en el seu procés de desenvolupament humà.

Podríem classificar les capacitats en les àrees següents:

- Capacitats cognitives
- Capacitats funcionals
- Capacitats emocionals
- Capacitats psicosocials
- Capacitats motores

Per estudiar aquests conceptes, proposem analitzar la classificació i conceptualització que el doctor Jordi Peña fa en els llibres del Projecte “Activem la ment”.²⁶

2.4. El concepte de capacitat

Podem entendre per capacitat la qualitat i l'aptitud que permet algú desenvolupar de forma adequada amb suficiència i amb talent. Ser capaç vol dir tenir els coneixements i les estratègies necessaris per dur a terme accions amb una lògica i amb una finalitat concretes.

2.4.1. Capacitats cognitives

El concepte de *cognició* (prové del llatí *cognoscere*, ‘conèixer’) fa referència a les capacitats que tenim les persones per percebre i processar els coneixements i la informació que dia a dia anem acumulant. La cognició esta relacionada amb els processos mentals basats en la percepció, el raonament, la capacitat d'abstraure, d'ordenar, de classificar i d'expressar amb una lògica raonada.

Les capacitats cognitives són capacitats mentals generals, que inclouen el raonament, la planificació, la resolució de problemes, el pensament abstracte, la comprensió d'idees complexes, l'aprenentatge ràpid i l'aprenentatge de l'experiència, l'expressió.

26. Activem la ment” és un projecte creat i desenvolupat per la Fundació “la Caixa” en el camp de la malaltia d'Alzheimer, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels malalts d'Alzheimer i dels seus familiars i cuidadors. El projecte ofereix un conjunt de materials teòrics i pràctics, presentats en un buc de tres calaixos i sis llibres, que informen sobre la malaltia i n'ofereixen diverses aproximacions. S'hi pot trobar informació sobre les causes de la malaltia, les fases de desenvolupament o els mètodes de diagnosi, consells sobre com intervenir en els problemes psicològics dels malalts o de com ajudar-los a mantenir la seva autonomia i activitats pràctiques que permeten fer nombroses tasques de caràcter terapèutic. http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflic/wpr0pres.nsf/wurl/alream800pnd_cat%5EOpenDocument/index.html

Entre les capacitats cognitives que es treballen en els processos de suport i atenció, hi destacarem les més importants i les que ens permetran definir processos d'estimulació centrats en el suport i l'acompanyament.

Gnòsies

Treballar les gnòsies rau en la capacitat de percebre informació per mitjà dels sentits i reconèixer i/o associar aquesta informació a fets, llocs, situacions. Les gnòsies són, per tant, el fet de percebre i de reconèixer i es fonamenten en la memòria. Sense memòria no seriem capaços d'associar la informació sensorial que rebem amb records, fets, persones, etc., als quals associem la informació rebuda.

Un exemple clar de gnòsies es dona quan miren una fotografia. Si en aquella fotografia percebem la imatge d'una persona o d'un lloc conegut, seguidament associem aquella cara amb la persona coneguda o aquell edifici amb l'experiència vital que en tenim. Per tant, es donen les dues característiques: percebre i reconèixer.

De gnòsies n'hi ha de diversos tipus:

- Gnòsies visuals: percebem mitjançant la vista un estímul que associem a una informació personal. (persones, llocs, la portada d'un llibre, etc.). Mitjançant les gnòsies visuals podem conèixer moltes informacions del nostre entorn; podem classificar la informació, associar-la.

- Gnòsies auditives: percebem sons, músiques, sorolls que podem associar a informació. Exemples de gnòsies auditives són músiques conegudes de la pròpia vida personal, que podem associar a etapes de la nostra vida. Les gnòsies auditives ens permeten percebre i reconèixer sons que ens donen informació sobre quin moment del dia es produeix aquell so (el despertador, el camió de la brossa, el cant dels ocells a l'albada o al capvespre, o el veí que puja la persiana de la botiga, a primera hora del matí).

- Gnòsies tàctils: mitjançant la percepció tàctil podem reconèixer textures diferents de diversos materials, reconèixer formes, reconèixer qualitats que ens porten a saber si allò que percebem és aspre, llis, etc. Mitjançant la memòria tàctil podem distingir un jersei d'un altre, les faccions de la cara d'una persona coneguda, etc.

- Gnòsies olfactives: De vegades parlem de l'olor de terra mullada després d'haver plogut o fem esment d'olor de gespa tallada... Tots tenim emmagatzemades olors que formen part de la nostra història personal: l'olor de casa

l'àvia, l'olor del forn de pa quan al matí sortim al carrer, l'olor a cafè, etc. En tots aquests casos estem desenvolupant les gnòsies olfactives que ens permeten percebre i reconèixer olors associades a fets de la vida.

- Gnòsies gustatives: Algun cop hem jugat a endevinar gustos de coses amb els ulls tancats i hem estat capaços d'associar gustos amb menjars. En aquest cas, com en el cas dels enòlegs, posem en joc les gnòsies gustatives que ens permeten associar gustos a sensacions. Un enòleg, en tastar vins, és capaç de reconèixer mitjançant gnòsies olfactives i gustatives moltes de les característiques del vi que està tastant.

El trastorn de les gnòsies és l'agnòsia o interrupció en la capacitat per reconèixer estímuls prèviament apresos o d'aprendre'n de nous sense que hi hagi un trastorn en la percepció

Pràxies

La pràxia és la capacitat cognitiva de concebre els moviments intencionals voluntaris per poder executar accions, gestos, dur a terme una acció de manera intencionada fent servir les habilitats motores. Les pràxies ens permeten executar accions pensant els gestos i les seqüències de moviment per dur-los a terme.

Un exemple clar de pràxies és la pràxia del vestir. Per vestir-nos sabem quins gestos hem de fer tant per posar-nos una samarreta, uns mitjons o unes sabates com qualsevol peça de roba.

També podem trobar diversos tipus de pràxies:

- Pràxies constructives: capacitat de concebre els moviments intencionals segons un model. Per exemple en la còpia d'un model (dibuix) de dues i tres dimensions o per construir quelcom seguint els passos definits per un model.

- Pràxies ideatòries: és la capacitat de les seqüències gestuals i/o en la utilització real dels objectes. Per exemple: treure bé un llumí de la caixa i encendre'l. Una apràxia ideatòria seria voler encendre el llumí pel costat oposat

- Pràxies ideomotors: és la capacitat d'executar el gest simple sigui per ordre o per imitació (per exemple, saber saludar fent adéu, saber imitar que agafes una pinta i et pentines, imitar la utilització d'un raspall de dents, etc.).

- Pràxia del vestir: la capacitat per vestir-se, per col·locar les peces de roba respecte de les parts del cos corresponents. El trastorn de les pràxies s'anomena apràxia o alteració del control voluntari dels moviments intencionals.

Llenguatge

Funció cognitiva humana que ens permet comunicar-nos amb les altres persones mitjançant un sistema o codi de signes interpretables i que s'adquireix al llarg d'un aprenentatge. El llenguatge permet la comunicació tant oral com escrita i es basa en unes normes pròpies de cada llengua en què a partir d'una normativització som capaços de construir conceptes simples o complexos.

El llenguatge preveu diverses tasques:

- El llenguatge oral: és la funció cognitiva que ens permet expressar des de la conversa, la denominació mitjançant la producció del llenguatge des de la capacitat fonatòria. El llenguatge oral ens permet desenvolupar capacitats narratives en la conversa, capacitats narratives per descriure coses i anomenar-les, i alhora permet comprendre el que els altres expressen.
- El llenguatge escrit: el llenguatge també té una expressió escrita que encara és més complexa que la construcció verbal, ja que estableix algunes normes ortogràfiques, morfològiques, sintàctiques, etc. El llenguatge escrit persegueix les mateixes funcions d'expressió, si bé, a més, genera models de llenguatge adaptats a cada sector de coneixement.

Els trastorns del llenguatge s'anomenen afàsies, que expressen que la persona es queda sense paraula. Una afàsia és una afectació en la capacitat de produir i/o de comprendre el llenguatge, malgrat la persistència d'un grau suficient d'intel·ligència i la integritat de les vies motores o sensorials i dels òrgans de la fonació o de l'audició, a causa d'una lesió cerebral.

L'afàsia motora o expressiva es presenta com una alteració que limita el llenguatge en la seva expressió, mantenint la capacitat de comprensió. L'articulació es fa dificultosa; la gramàtica, pobre, i les frases, de tipus telegràfic. A més, poden aparèixer dificultats en l'escriptura, hemiplegies i paràlisi facial.

L'afàsia sensorial o sensitiva es manifesta per la pèrdua de la comprensió del llenguatge parlat i/o escrit. La persona pot parlar, però no coordina les paraules o els sons, sent però no entén, veu les lletres però no és capaç de llegir i escriure. Les paraules perden la seva significació simbòlica, sense l'existència de cap trastorn motor, ni en la veu, com tampoc en l'articulació del llenguatge.

En el cas del llenguatge escrit, trobem trastorns en la grafia (agrafia) i en la lectura (alèxia).

Capacitat d'emetre judicis

La capacitat d'emetre judici també la podem anomenar raonament o el que és el mateix: la facultat humana que permet resoldre problemes. El raonament es correspon amb l'activitat verbal d'argumentar. En altres paraules, un argument és l'expressió verbal d'un raonament.

Trobem dos tipus de raonament:

- El raonament lògic, que fa us de la lògica i l'argumentació per passar d'uns conceptes a altres sempre partint dels conceptes que per a nosaltres són significatius; per tant, per arribar a deduir o a intuir coses a partir de coneixements ja adquirits i que ens permeten construir nous conceptes. Es basa en els raonaments deductiu i inductiu.

- El raonament abstracte, que és el procés mental que només té existència pròpia en la ment i que no manté una relació d'identitat amb allò sensorialment intuït d'on procedeix. S'oposa al que és concret, que es refereix a un objecte que es descriu tal com és captat en la intuïció sensible. En general, doncs, el que s'anomena abstracte és tota noció que es considera separatament de les representacions en què és donada. L'abstracció és una manera de definir l'imaginari propi de la persona des de la perspectiva individual.

El càlcul

El càlcul és la capacitat cognitiva de resoldre problemes a partir del desenvolupament d'operacions matemàtiques, i comporta coneixements acadèmics de funcionament de les operacions que es poden desenvolupar. El càlcul s'aprèn des de la perspectiva del raonament lògic i en la vida quotidiana serveix per a una gran quantitat de situacions específiques.

El trastorn de la capacitat cognitiva de calcular s'anomena acalculia o pèrdua de capacitat per fer operacions matemàtiques senzilles

L'atenció

L'atenció o concentració és la capacitat cognitiva de centrar les capacitats d'observació de determinats estímuls, destinant més recursos cognitius a la seva elaboració. Inclou una sèrie de fenòmens que es donen de manera simultània en el cervell.

L'atenció dóna un significat al que percebem i ordena la informació provinent dels sentits jeràrquicament, de manera que la ment la pugui elaborar.

L'atenció pot ser d'alerta, mitjançant la qual estem en una seqüència molt intensa i constant de centrar les nostres capacitats en funció d'estar en situació constant de vigilància davant de l'aparició de possibles perills o manca de control.

També trobem diverses tipologies d'atenció com a procés cognitiu:

- Atenció focalitzada: es pot respondre discretament a l'estímul físic extern (per exemple, girar el cap en sentir un soroll).
- Atenció sostinguda: es pot mantenir la concentració en una activitat perllongada (per exemple, escoltar una entrevista).
- Atenció selectiva: es pot seleccionar un element de la resta i ignorar les distraccions (per exemple, memoritzar).
- Atenció alternant: es pot canviar la focalització segons els requeriments d'una tasca (per exemple, endreçar una habitació).
- Atenció dividida: es pot respondre de manera adequada a diverses tasques simultànies (per exemple, atendre simultàniament diverses situacions en la nostra feina).

Orientació

L'orientació a espai, temps i persona, entesa com el coneixement que la persona usuària té de l'entorn espacial i temporal en què viu, constitueix un concepte heterogeni relacionat amb capacitats cognitives com l'atenció i vigilància, la memòria recent, el coneixement autobiogràfic i la projecció en el futur. L'orientació ens permet conèixer i controlar el que fem en moments diferents del dia i els llocs on ho fem.

L'orientació en l'espai és la capacitat cognitiva de conèixer i controlar en quins espais es desenvolupen les activitats, saber com dirigir-se a un lloc. Orientar-se en l'espai vol dir memoritzar quina és la seqüència per arribar-hi, saber com s'hi arriba; per tant, dominar l'entorn espai i tanmateix saber associar per a què serveix cada entorn espai. Ens permet conèixer on som, quina és la nostra ubicació, etc.

L'orientació en el temps ens permet conèixer en quin moment d'una seqüència temporal ens trobem. L'orientació temporal ens permet saber en quin moment del dia ens trobem i evocar coses de temps anteriors; per tant, ens permet orientar-nos en l'actualitat i en el passat, i alhora ens permet situar-nos en el moment del dia en què ens trobem.

L'orientació en la persona ens permet dominar i tenir sota control les consideracions que fan referència a la vida personal (saber on visc, saber com arribar-hi, saber qui són els meus pares, saber qui són els meus fills, i tenir presents els meus llocs de vida i la memòria remota personal, configuren l'orientació en la persona).

La memòria

La memòria és la més important de les capacitats cognitives de la persona. Sense memòria no es donarien cap de les altres capacitats cognitives. Les gnòsies (capacitat de percebre i reconèixer) no serien possibles sense memòria. Només podem reconèixer si abans hem conegut, memoritzat, classificat. De la mateixa manera, ni les pràxies, ni la capacitat d'atenció ni l'orientació serien possibles; per tant, la memòria és "el pal de palla" de les capacitats cognitives.

Sovint ens podem preguntar si la memòria és un fet del passat, del present o del futur. Quan ens fem aquesta pregunta, la primera intuïció ens porta cap al passat; de fet, recordem coses del passat, per tant sembla ser que majoritàriament és així. Tot i això, recuperem la informació en el temps present, i arxivem coses en la nostra memòria per recordar-les demà o en un futur. Som, doncs, davant la capacitat més important de la perspectiva cognitiva, sense memòria no hi ha persona.

La memòria pot ser:

- Memòria remota, que ve donada pel fet de poder recollir l'experiència i els esdeveniments passats en la vida, relacionada amb funcions centrals de la personalitat, com ara l'afectivitat i el pensament, a més d'estar influïda per factors emocionals i psicològics. Les persones grans solen recordar més la memòria remota, que acaba sent la més significativa, la que engloba els aspectes d'identitat personal i d'identificació o sentiment de pertinença a altres grups. Aquesta és la memòria que més perdura en el temps. Som capaços de recordar coses de fa molts anys i tenir-les emmagatzemades a la memòria, és la més significativa de totes.

- Memòria recent es refereix a la memòria d'allò que ha passat o que s'ha presentat en un temps concret no gaire llunyà, com unes hores o uns quants dies abans. Sovint la memòria recent ens permet treballar la informació fent ús dels coneixements en un marc temporal, després del qual sovint ens oblidem de la informació gestionada.

- Memòria immediata, que és capaç de retenir de les informacions emmagatzemades durant un temps breu, previ a l'instant de referència, recordar el que a vegades persones amb demència no són capaces de recordar, com ara si han esmorzat, què han esmorzat, etc. Com podem veure, és la memòria menys significativa de totes, la que no guarda elements importants relatius a la identitat personal o a la identificació i socialització de la persona. És la primera que es veu afectada en trastorns de la memòria. Es relaciona amb les funcions de percepció, atenció i consciència.

- Memòria personal és la memòria que ens permet recordar tot allò que forma part del propi món personal (el nom dels pares, dels fills, el lloc on es viu, el dia del naixement, etc.). És el nucli central de la identitat personal. Si mantenim la memòria personal, som capaços de tenir encara un projecte vital.

- Memòria impersonal. Es dóna quan som capaços de recordar fets que han ocorregut però que no formen part de l'ideari personal, sinó d'un ideari col·lectiu, o senzillament de fets que ens han passat i que s'han arxivat en la nostra ment sense tenir una significació personal rellevant.

Per apropar-nos a les definicions de memòria de curt i llarg termini, esmentarem les definicions que sobre això es fan de manera clara i concisa en el diccionari web Filoxarxa.²⁷

- Memòria de treball o de curt termini està relacionada amb la memòria immediata, en què, entre el moment de percepció originari i el de reproducció o record, només transcorren uns quants segons. També se sol conèixer com a memòria operativa, en la qual l'individu utilitza la informació a partir de la qual està interactuant amb l'ambient.

- Memòria a llarg termini és el magatzem o base de dades dels records viscuts, coneixement sobre el món, imatges, conceptes, formes d'actuar, etc. Obté les dades a partir de la memòria a curt termini. Dintre de la memòria a llarg termini es pot distingir entre:

- La memòria declarativa és aquella en què s'emmagatzema informació sobre fets i dades a les quals ens podem referir per mitjà d'una oració declarativa. Se sol distingir també entre la memòria episòdica (que fa referència a una determinada situació viscuda en un "episodi") i la memòria semàntica (que permet tenir coneixement del significat d'una paraula o d'una frase).

27. Diccionari de Filosofia Filoxarxa: <http://www.pensament.com/filoxarxa/filoxarxa/gen-4n8h.htm>

- La memòria procedimental, que també es coneix com a memòria implícita i que serveix per emmagatzemar informació sobre procediments i estratègies que permeten interactuar amb el medi ambient, però que es posa en marxa de manera automàtica o inconscient, i que és pràcticament impossible de ser verbalitzada. Es refereix, doncs, a les habilitats, els ritmes, les emocions i els procediments. Quan aprenem a esquiar o a anar en bicicleta, emmagatzemen els ritmes, els procediments i les habilitats que ens permeten dur a terme aquesta activitat.

Com podem observar, la memòria és al bell mig de les capacitats cognitives i per tant influencia el desenvolupament d'altres capacitats, com les funcionals i emocionals. Sense memòria no existim. Sense records, perdem tota identitat personal i no sabem controlar les gnòsies, les pràxies i les altres capacitats cognitives.

2.4.2. Capacitats funcionals

Per definir les capacitats funcionals, farem ús de les definicions que el doctor Peña Casanova utilitza en el material desenvolupat en el projecte "Activem la ment".²⁸

L'autor, citant Baztan (1994)²⁹ i col·laboradors, ens defineix les activitats de la vida diària com el "conjunt de conductes que una persona du a terme amb freqüència gairebé quotidiana per viure de manera autònoma i integrada en el seu entorn i per assumir el seu rol social en aquest entorn".

Com podem veure, ens defineixen les activitats de la vida diària (AVD) com un conjunt de conductes que fem diàriament en forma d'habilitats per viure amb la màxima autonomia, integrats en el nostre entorn social i interaccionant-hi des d'una manera de fer "social". Aquesta definició ens porta a evidenciar que les activitats funcionals de la vida diària es fonamenten en les capacitats cognitives. Per interaccionar necessitem fer ús del llenguatge i treballar des de la perspectiva de reconèixer persones i de saber desenvolupar els gestos executius. La funcionalitat ens trasllada a la capacitat de fer ús de les nostres capacitats per poder desenvolupar "funcionalment" les activitats quotidianes

28. Programa Alzheimer. Fundació "la Caixa". "Activem la ment" http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/alream800pnd_cat%5EOpen Document /index.html

29. Baztan i altres (1994). *Escalas de actividades de la vida diaria. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pàg. 137-164) Barcelona, Editorial Prous.

que ens permeten, primerament, viure, i després, viure exercint rols socials en un àmbit comunitari.

Tipologia d'activitats funcionals de la vida diària:

El mateix autor ens defineix diverses tipologies d'activitats de la vida diària (AVD), entre les quals trobem definides les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD); les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), i les activitats avançades de la vida diària (AAVD).

Les capacitats per a les activitats bàsiques de la vida diària

“Són el conjunt d'activitats primàries de persona encaminades a tenir cura d'un mateix i a moure's que la doten d'autonomia i independència elementals i li permeten viure sense l'ajut continu d'altres persones”. Talment com indica Peña Casanova, són les activitats d'autocura. Podem enumerar activitats com:

- Alimentar-se
- Vestir-se
- Desplaçar-se
- Anar al vàter (continències)
- Rentar-se
- Descans

Sense aquestes activitats no seria possible viure, ja que si no ingerim aliments, morim d'inanició; si no ens rentem, poden aparèixer malalties greus per a la salut, etc. Aquestes activitats les duem a terme com a persones o, en tot cas, si no en som capaços, hi ha persones, que, en tenir cura de nosaltres, fan que aquestes activitats siguin ateses.

Un nadó no té les capacitats per dur a terme les seves activitats de la vida diària, però la persona que en té cura l'alimenta, el renta, el vesteix, en té cura en la seva incontinència, etc. Una persona gran amb demència o en estat terminal, tot i haver estat competent en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), pot necessitar que algú se'n faci càrrec. Per tant, les ABVD les desenvolupem diàriament i les podem dur a terme personalment o ens les proveeix la persona que té cura de nosaltres.

Les ABVD són les primeres activitats que la persona aprèn. Un infant aprèn a menjar, després a vestir-se i a desplaçar-se i, amb el temps, aprèn a tenir control dels esfínters. Per tant, les activitats bàsiques, com indica el seu nom, són les activitats essencials per viure.

Les capacitats per a les activitats instrumentals de la vida diària

Són les activitats de la vida diària que “permeten a la persona adaptar-se a l’entorn i mantenir autonomia en la comunitat”. Lawton i Brody³⁰ ens defineixen diverses activitats instrumentals. Valoren vuit ítems (capacitat per utilitzar el telèfon, per anar a comprar, preparar el menjar, tenir cura de la casa, rentar la roba, usar mitjans de transport, ser responsable respecte de la medicació i de l’administració de la seva economia) i els assigna un valor numèric 1 (independent) o 0 (dependent). La puntuació final és la suma del valor de totes les respostes. Oscil·la entre 0 (màxima dependència) i 8 (independència total).

Com podem comprovar, fa ús de les habilitats en funció de les capacitats que permeten utilitzar objectes per viure. Una persona amb dificultats funcionals instrumentals (tetraplegia) podria viure, ja que aquestes activitats instrumentals podrien ser desenvolupades per la persona que en tingui cura. Les activitats instrumentals són la baula essencial del desenvolupament humà. En persones amb diversitat funcional, les podem substituir en les seves activitats funcionals o podem potenciar que, a partir de les seves capacitats, la persona les pugui desenvolupar efectivament. Com podem veure, és bàsic treballar les activitats instrumentals de la vida diària, ja que l’autonomia i l’autodeterminació personal passen per poder treballar aquestes capacitats.

Si a una persona gran sense problemes d’autonomia, en entrar a un centre, li diem que ja no caldrà que faci res, que no cal que cuini, no cal que es faci l’habitació, no cal que vagi a comprar, etc., estarem fabricant dependència. Treballar les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) és fomentar l’autonomia personal.

Un infant, després d’haver après a fer ús de les ABVD, comença a aprendre les activitats instrumentals: menjar amb estris, parar la taula, fer una truita, etc.

Les activitats instrumentals ens permeten passar clarament dels processos d’atenció als processos de suport, per tal que les persones puguin desenvolupar les seves capacitats i tinguin l’oportunitat de ser més autònomes.

En l’actualitat ha aparegut una altra escala de valoració d’activitats instrumentals de la vida diària: l’escala Bayer ADL, que analitzarem en el tercer apartat d’aquest document. L’escala Bayer ADL consta de 25 ítems valorats a partir de la metodologia Likert sobre diverses activitats diàries. Està més actualitzada que l’escala Lawton i Brody.

30. Escala de Lawton i Brody (1969) per a les activitats instrumentals de la vida diària, mesura la capacitat.

Capacitats per a les activitats avançades de la vida diària

Encara citant el doctor Peña Casanova, podem definir les activitats avançades de la vida diària (AAVD) com “un conjunt d’activitats especialment complexes i elaborades que tenen a veure amb el control del medi físic i de l’entorn social, i que permeten a l’individu exercir un rol social, mantenir una bona salut mental i gaudir de la qualitat de vida”. Són activitats avançades fer esport, dur a terme i planificar exercicis intensos, l’ocupació laboral, les aficions, els viatges, la participació social, etc

Les activitats avançades comporten el desenvolupament d’habilitats socials, que podríem definir com aquelles maneres de fer o de comportar-se que serveixen per afavorir les relacions interpersonals. La majoria de les vegades són verbals, ja que utilitzem el llenguatge oral i/o escrit per comunicar-nos, però també poden ser no verbals, ja que, sovint, ens comuniquem amb el llenguatge corporal (els gestos, la mirada...). Així doncs, són habilitats socials les conductes que ens permeten la interacció i el fet d’assumir rols socials, com ara saber escoltar, saber demanar un favor, saber donar les gràcies, saber elogiar el que està ben fet, saber disculpar-se per alguna cosa mal feta, saber presentar una queixa, saber posar-se d’acord amb qui s’està en desacord, saber expressar els sentiments, saber rebre una crítica, entre altres.

Les AAVD són les darreres capacitats funcionals que s’aprenen i, en processos de deteriorament, són les primeres que es perden.

Per tant, les activitats funcionals ens permeten posar en joc les capacitats cognitives i emocionals per poder viure exercint rols socials i fent ús instrumental dels estris i elements que necessitem per viure.

Tanmateix, s’aprenen en una seqüència d’aprenentatge que ens permet ser hàbils de primer en les activitats bàsiques de la vida diària; després en l’ús d’instruments, objectes i estris necessaris per planificar la nostra vida diària, i finalment a desenvolupar conductes que ens permeten exercir el rol social integrats en una societat amb uns referents socioculturals propis. Aquesta seqüència d’aprenentatge s’inverteix quan hi ha un procés de deteriorament; primerament, es perden les capacitats per fer activitats avançades de la vida diària, i després es perden les activitats instrumentals, i finalment es conserven o es perden les activitats bàsiques.

2.4.3. Capacitats motores

Entenem per capacitats motores els factors en què es fonamenten les accions motrius o actes motors que es porten a terme de manera natural i que constitueixen la base de suport de la resta d'accions motrius que la persona utilitza per viure. Dins de les capacitats motores, hi trobem diverses tipologies.

Les capacitats condicionals, que es fonamenten en el potencial metabòlic i mecànic del múscul i estructures annexes (ossos, lligaments, articulacions...); amb aquestes, podem mesurar la tonicitat, la força, la capacitat motora en si, és a dir, la possibilitat mecànica de dur a terme accions. Hi ha instruments que ens permeten avaluar la tonicitat, la força per poder deambular, etc.

Les capacitats coordinatives o perceptivomotores, que inclouen les capacitats que requereixen dur a terme processos d'elaboració sensorial més o menys complexos i que depenen, en gran manera, del grau de maduració i participació del sistema nerviós. L'equilibri és l'element bàsic que cal treballar en aquest cas, per la seva implicació en la major part de les tasques quotidianes.

2.4.4. Capacitats emocionals

A més de tenir en compte les capacitats de fer ús dels sentits (capacitat sensorial que, de fet, utilitzem des de la perspectiva de les gnòsies i la memòria), ens queda abordar les capacitats emocionals i psicosocials de les persones en el seu propi projecte de vida.

Què són les emocions?³¹

L'emoció, en la seva definició més general, és un estat mental que sorgeix en el sistema nerviós de manera espontània i que provoca una resposta psicològica positiva o negativa. És un impuls involuntari originat com a resposta als estímuls de l'ambient, que indueix sentiments i que desencadena conductes de reacció automàtica. Les emocions estan relacionades amb la presa de decisions i serveixen per establir la nostra posició respecte del nostre entorn.

Les persones som sistemes oberts i ens anem construint dia a dia. Com a persones, som capaços de percebre el que passa al nostre entorn. La percepció

31. Font Wikipedia: <http://ca.wikipedia.org/wiki/Emoci%C3%B3>

del que ens envolta la processem a partir de les gnòsies i de les capacitats cognitives. Tot el que percebem ens fa sentir tristesa o alegria, o bé ens enfadem o ens posem nerviosos. Tots hem passat per alguna situació en què algú de la família o de l'entorn ha tingut alguna malaltia greu. El primer que ens ve al cap és una sensació de dolor, no físic sinó emocional, el dol. Al contrari, si algú proper ha aconseguit aprovar un examen o assolir els objectius que pretenia, ens alegrem dels seus èxits. Tornen a sortir els sentiments. La persona a partir del que percep, sent.

Mañós (1998), a la revista *Educació Social* núm. 10, ens planteja aquesta visió de les capacitats que tenim des dels sentiments:³²

Els sentiments ens porten a viure emocionalment les problemàtiques sense haver-nos aturat a pensar en la reacció que tenim o si la nostra forma d'actuar és la més adequada. La persona que necessita ajuda després de percebre la realitat sent, llegeix emocionalment els problemes que li dificulten una vivència subjectiva positiva. El sentiment pot ser definit com una experiència subjectiva que acompanya una emoció.

Els nostres estats d'ànim ens porten a definir estratègies d'acció, a plantejar formes d'actuar amb uns criteris i unes finalitats específics. Per tant, ordenem els nostres arguments, actuem per sentit de responsabilitat, segons criteris personals; al cap i a la fi, argumentem les nostres accions des del raonament. La persona també raona el que fa i a partir de la seva manera de fer busca donar resposta a les seves necessitats. La persona raona.

Mañós (2001) ens descriu el pas de la manera següent:

El pensament, el fet de pensar i raonar esdevé el pas següent. Diverses funcions complexes estan incloses en el concepte de pensament, el raonament, el judici, la planificació, l'estructuració, en són algunes. La persona pensa, raona la situació en que es troba i, alhora, és capaç de reconèixer i valorar les reaccions emotives, i si s'escau modificar-les per a un millor afrontament dels problemes personals.

Tots actuem per interessos, tenim motivacions, tenim centres d'interès. La motivació és el que ens fa posar en marxa, és el motor. El que ens motiva ens fa posar en moviment i actuar.

32. Mañós, Quico. "La relació d'ajuda com a tècnica interactiva". (1998)

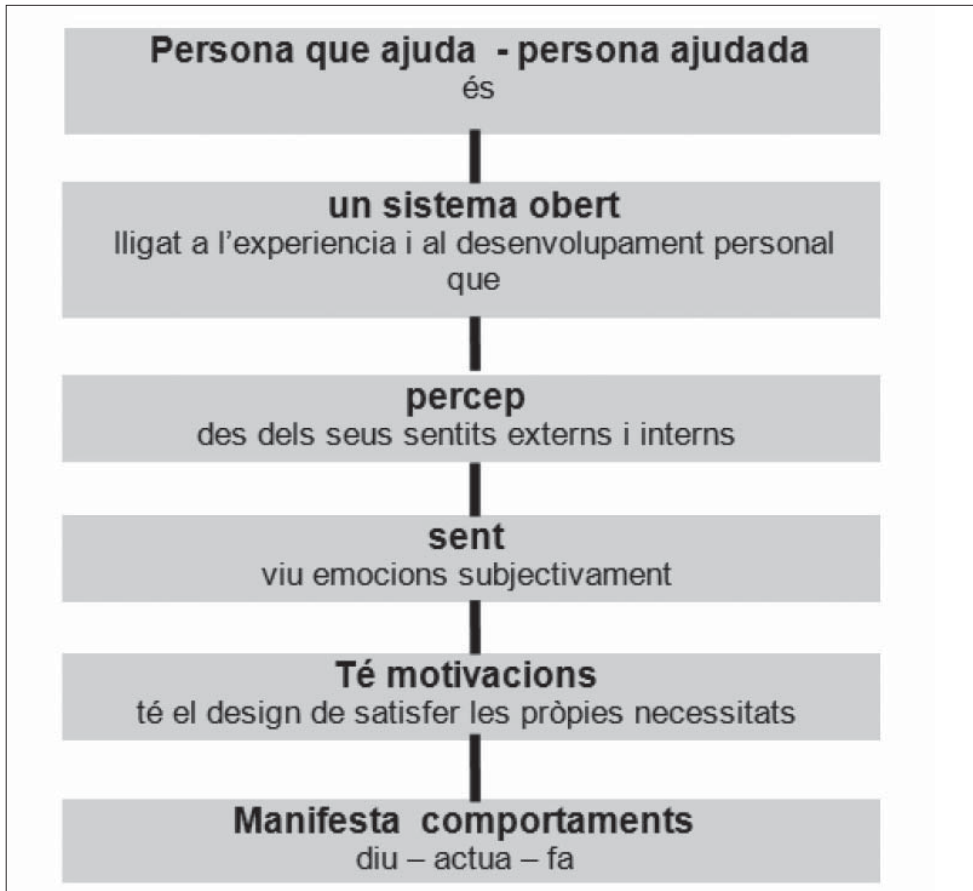
Un altre component important són les motivacions personals que vénen determinades per les necessitats, els valors, les intencions pròpies de l'individu. La motivació vindria determinada pel desig de satisfer les necessitats personals. És al desig on s'amaga el motor motivacional que fa que la persona desenvolupi els mecanismes necessaris per donar resposta a les situacions problemàtiques que viu (Mañós, 1998).

En darrer terme, les persones actuem. Ens comportem com a conseqüència de tot l'anterior. Sovint només som capaços de veure els comportaments sense tenir en compte que aquests no són altra cosa que la visibilització de les nostres percepcions, sentiments, raonaments i motivacions.

Vegem que ens diu Mañós (1998) respecte d'això:

Finalment, la persona actua, diu, fa, manifesta comportaments. El comportament és fruit de tot el procés esmentat. Hom no pot valorar els comportaments de la persona sense conèixer-la en la seva globalitat, sense tenir informació sobre el que la persona sent o pensa, o sense conèixer les intencions i desitjos que la porten a actuar d'una determinada manera.

Vegem el quadre següent coma esquema de la persona com a sistema obert a partir de les seves capacitats emocionals:



Font: Revista *Educació Social*, núm. 10

És des d'aquesta perspectiva que les persones com capaces de posar en joc les capacitats emocionals que ens porten a desenvolupar estratègies emocionals centrades a sentir seguretat, a sentir que el que fem ens realitza com a persones o, al contrari, ens entristeix.

Les capacitats emocionals ens porten a donar valor a les nostres aficions, a les relacions amb la família i amb l'entorn sociocultural i comunitari més proper, que ens permet treballar la història compartida i el sentiment de pertinença. Per tant, la persona també, des de la seva perspectiva social, posa en joc les capacitats emocionals i relacionals.

Les capacitats emotives fan que la persona usuària sigui capaç de donar valor a les relacions psicosocials, a les relacions amb la família, a la participació

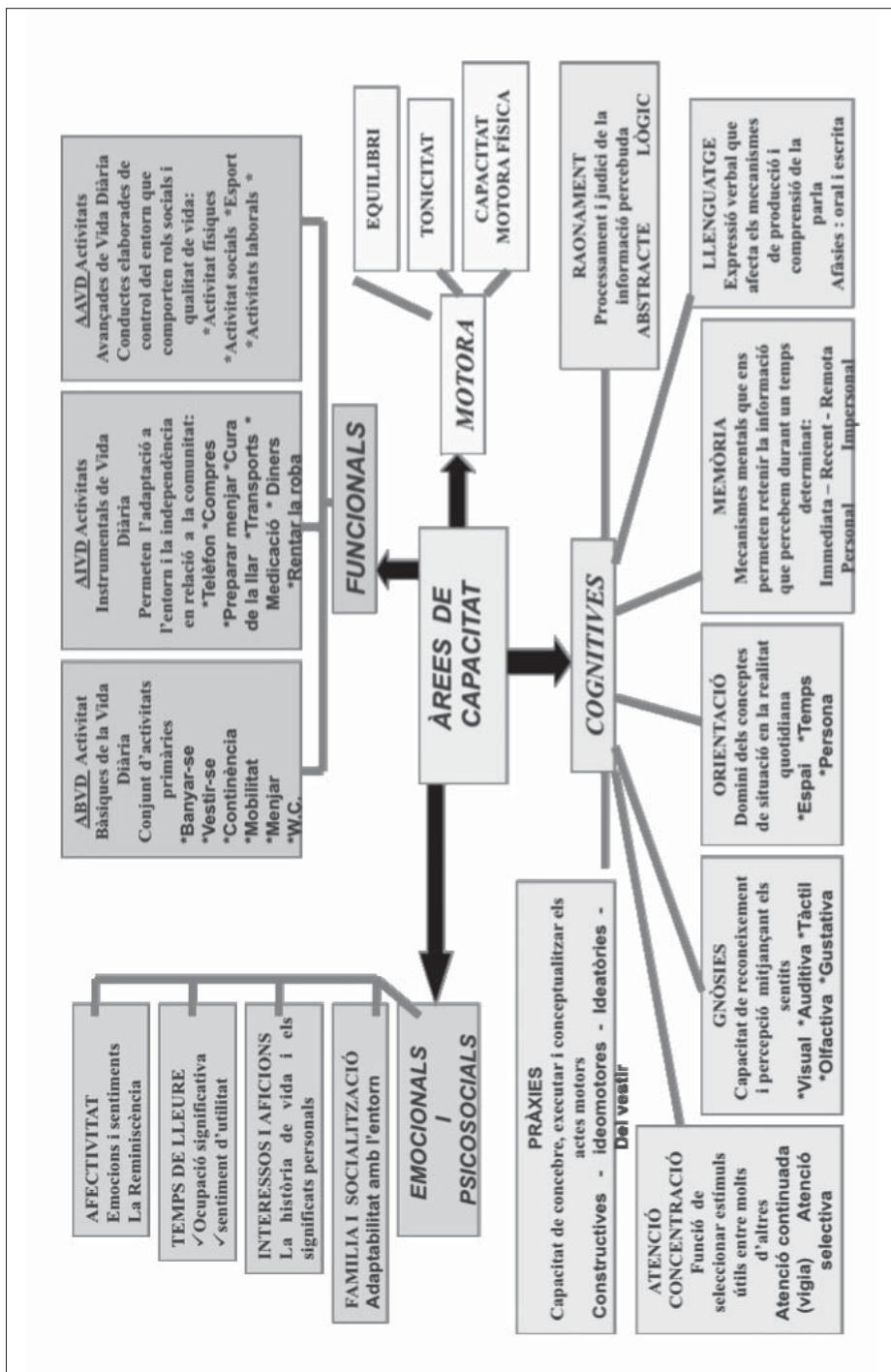
en la construcció comunitària des d'una perspectiva de l'autorealització personal i de la capacitat de desenvolupament interdependent amb els altres.

Interdependència

Tal com hem esmentat en el mòdul 1, aquesta construcció social es fonamenta en la interdependència. Val la pena insistir-hi. Quan algú diu de forma orgullosa “jo m’he construït a mi mateix”, està obviant i menystenint tot allò que altres persones han aportat en el seu creixement personal. L'autonomia personal només es pot entendre des de la interdependència. Hem de ser conscients que per construir-nos com a persones hem d'aprendre a dependre dels altres, ja que en la vida quotidiana estem constantment a redós de les altres persones. El doctor Josep Maria Terricabres explicava en una conferència que un jove se li va presentar dient-li que era molt bo, que s'havia fet a ell mateix malgrat les dificultats que havia tingut en la vida. Ell li va respondre: “Es nota que estàs a mig fer!!!”. Si no som capaços de reconèixer les dependències que tenim en relació amb els altres per viure en societat, no estarem posant en joc les capacitats emocionals i psicosocials que tenim i ens construïm al nostre voltant una enganyosa autarquia personal que no permet desenvolupar un creixement educatiu.

2.5. El mapa de capacitats

El mapa de capacitats personals és el que hem de conèixer en cada persona per poder argumentar els processos d'acompanyament i suport o justificar el nivell d'atenció i intervenció necessari. Només si coneixem les capacitats preservades i el seu grau d'afectació podrem plantejar propostes amb sentit, que ens permetin donar elements per tal que la persona es continuï construint en el seu procés d'autodeterminació. A continuació, mostrem l'esquema del mapa de capacitats:



Font: elaboració pròpia.

Hem de pensar que un mapa ens dóna les coordenades per poder seguir un camí per arribar d'un lloc a un altre. Els mapes personals de capacitat ens permeten conèixer els camins de capacitat que la persona té encara i, per tant, fonamentar amb sentit els processos d'acompanyament.

Un company de professió em deia que les persones som com muntanyes. Cada un de nosaltres té el seu mapa de potencialitats, de dificultats, etc. En aquest mapa trobem camins planers i senders costeruts al costat de grans timbes personals. El que és important és conèixer els camins i saber que tenim el mapa que ens permet acompanyar processos personals. Segurament hi haurà dies en què la persona estarà ennuvolada i per molt que vulguem arribar a ella pels camins del seu mapa no podrem, ja que el món emocional sovint ens posarà pals a les rodes. Altres dies, però, els que estarem ennuvolats serem nosaltres, o potser ens haurem posat un calçat inadequat. El que és segur és que tant si podem assolir el cim com si no, en el camí trobarem uns paisatges personals preciosos.

2.6. La brúixola de l'acompanyament

En la nostra motxilla, però, no hi pot faltar la brúixola de l'acompanyament. En la brúixola trobem els quatre punts cardinals: N (nord), O (oest), S (sud) i E (est). Si posem junts els quatre punts, hi apareix la paraula NO SÉ. Sovint no sabem com abordar els processos d'acompanyament personal. Tanmateix, cal donar valor al mapa personal i saber trobar la brúixola que doni coherència al que fem.

En la brúixola

- El nord són les *necessitats*, l'oest són els *objectius* i l'est són les *estratègies*.

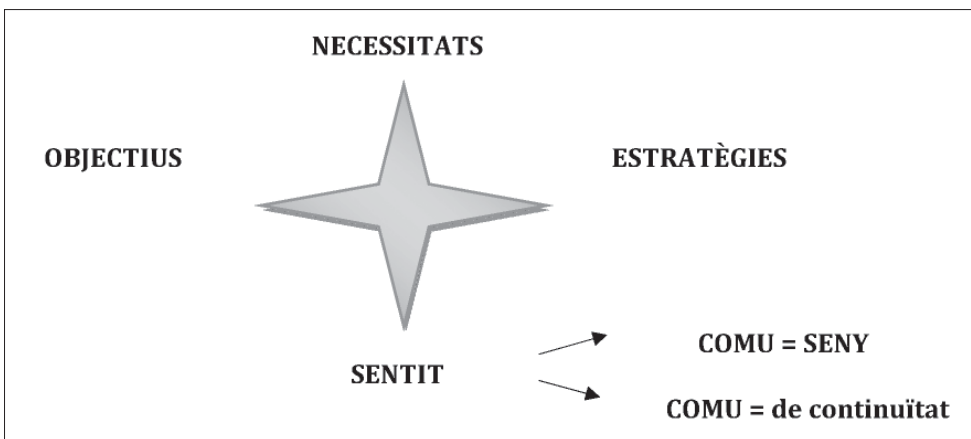
Aquests tres són instruments professionals. Sovint som capaços de definir necessitats i objectius. El que ens hem de preguntar és de qui són aquests objectius. Són necessitats i objectius dels professionals? Són necessitats i objectius de la persona? Hem atribuït els objectius a la persona? Si els objectius i les necessitats són definides pel professional, és molt possible que la brúixola estigui descompensada, marqui erròniament cada punt de referència i no aconseguim el que perseguíem, i fins i tot pot ser que "ens cremem".

Les estratègies sovint són planificacions tècniques que desenvolupem per assolir els objectius plantejats. Cal que les estratègies també siguin de les per-

sones usuàries, ja que si només ens centrem en les propostes que nosaltres puguem desenvolupar és molt possible que generem dependència de les nostres propostes i que no estiguem donant raó a les estratègies personals.

Aquest tres elements no tenen cap eficàcia si no hi donem sentit. El sud és el *sentit*. Cal que objectius, necessitats i estratègies tinguin *sentit* per a la persona. El sentit és una funció intel·lectual que unifica tots els altres sentits; com a tal, permet discriminar i comparar, percebre i ordenar sensacions; constitueix, doncs, l'eina que fa possible fonamentar la consciència i respondre els perquè a la vivència personal.

El sentit ha de ser *sentit comú*, que és una sana capacitat mental que es construeix des d'una acurada percepció, apreciació, captinença i actuació, i quan és un equip qui fa un procés d'acompanyament, ha de plantejar la seva tasca des d'un abordatge interdisciplinari, coherent, des d'un sentit comú que sigui capaç de donar continuïtat al propi procés de la persona.



Activitat 3

Analitzeu quines capacitats us permeten estimular cada una d'aquestes activitats. Justifiqueu-ho en el quadre següent: (mòdul 2)

Activitat 1

Proposta 1. Manualitats amb collarets de macarrons.

<http://crearmanualitats.blogspot.com.es/2009/05/collarets-de-pasta.html>

Proposta 2. Caixes d'història de vida

<http://www.memoriagentgran.cat/Mataro/Caixas-de-vida-personal/>

Proposta	Objectius que s'han d'assolir	Àrea de capacitat	Capacitats estimulades	Sentit de l'activitat
Proposta 1				
Proposta 2				

Capítol III

De la valoració a la planificació. Eines de treball

Planificar és l'acció consistent en utilitzar un conjunt de procediments a través dels quals s'introdueix una major racionalitat i organització en un conjunt d'activitats i accions articulades entre elles.

Ezequiel Ander-Egg

Introducció al mòdul

L'avaluació, més que un fenomen tècnic és un fenomen ètic. El més decisiu és discernir quins valors potencia i quins valors ataca. En aquest mòdul, des de la perspectiva del principi ètic bàsic de l'autonomia personal, ens plantejem el fet de poder apropar a l'alumnat instruments d'avaluació de les situacions de dependència. Hem d'avaluar les situacions des de diverses perspectives que ens permetin fer un abordatge de les situacions des de la diversitat de condicionants.

Hem d'avaluar per conèixer la realitat. El fet de conèixer la realitat ens permetrà planificar processos d'acompanyament, suport, atenció o intervenció. La valoració sistematitzada, validada, ens permet definir perfils de necessitat i alhora plantejar eines de planificació des de la interdisciplinarietat de l'equip.

La valoració es pot desenvolupar per àrees de coneixement i capacitat (la perspectiva de la cognició, de les emocions, de la capacitat funcional de viure en societat, des de les habilitats socials, des de l'àmbit sensitiu). Tots aquests vessants ens donen raó de les potencialitats que té l'avaluació, que té la seva veritable dimensió quan aquesta avaluació depèn del fet que es puguin oferir oportunitats a la persona en el seu procés de desenvolupament i no està al servei de la intervenció de cada disciplina professional.

Hi ha el perill que l'avaluació sigui una eina pròpia de cada professional. Aquesta realitat ens portaria a l'esquarterament de la persona en territoris professionals, o bé pot ser una eina comuna d'un equip, que treballa perquè aquesta es tradueixi en una forma de sistematitzar oportunitats per al desenvolupament de l'autonomia personal.

En aquest mòdul farem un recorregut pels principals instruments validats d'avaluació segons les àrees de coneixement, que configuren un apropament a

L'objectivació de les capacitats, les necessitats i els problemes que poden incidir en la qualitat de vida i el procés personal de les persones usuàries. Seguidament, també farem incidència clara en els instruments validats interdisciplinaris que permeten sistematitzar necessitats, prioritats i accions; al cap i a la fi, desenvolupar projectes que incideixen clarament en el desenvolupament de processos d'acompanyament des de la complementarietat que proporciona el treball en equip interdisciplinari, incloent-hi també la persona en el procés.



3. De la valoració a la planificació. Eines de treball

3.1. Avaluar per conèixer – conèixer per acompanyar

Dur a terme processos d'acompanyament en els àmbits de la dependència, de l'atenció sociosanitària, de la discapacitat i en altres àmbits comporta primerament conèixer. Tal com Leturia i altres (2001)³³ defineixen en el seu llibre, és molt important conèixer quines són les necessitats, els problemes, les capacitats i les potencialitats de les persones, i per tal de conèixer-los cal tenir elements per a l'observació i per a la valoració. En aquest mòdul ens plantejarem diverses formes de valorar.

És important conèixer per intervenir (acompanyar), però per tal de conèixer cal valorar. Un primer pas serà el d'esbrinar quines tipologies de valoració tenim a l'abast, per a què serveixen. Des d'aquesta perspectiva les tipologies de valoració poden ser desenvolupades des de tècniques diverses i d'instruments de valoració capaços d'objectivar les situacions que es puguin donar en els processos d'atenció i suport.

El procediment de valoració consisteix a recollir la informació relativa a cada una de les àrees de capacitat a partir d'un instrument definit des de criteris objectius. Aquests procediments ens han de permetre la presa de decisions oportuna, si és possible incloent-hi la persona usuària i el seu entorn social i familiar. És important, doncs, conèixer els criteris d'objectivació que es plantegen en cada instrument. Els instruments de valoració han de ser de fàcil administració, han de donar dades rellevants i útils, han de discriminar nivells de funcionament, han de poder donar un diagnòstic i permetre el fet d'establir plans personalitzats de suport i/o d'atenció.

La valoració es pot fer de diverses maneres. Podem utilitzar l'entrevista amb la persona, desenvolupar metodologies d'observació, i alhora fer ús d'instruments validats per definir els graus de capacitat i necessitat personals.

3.1.a. Tipologies metodològiques de valoració

En els processos de valoració trobem diverses tipologies de tècniques i instruments:

1. L'entrevista

33. Leturia i altres (2001). "La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer conocer para intervenir"

L'entrevista, que té la finalitat d'observar i d'analitzar les conductes de la persona usuària per tal de poder integrar després la informació rebuda als processos de tractament, etc. En una entrevista acostumen a definir diversos moments d'interacció, en què perseguim unes finalitats contrastades:

- a) Identificar problemes.
- b) Observar i diagnosticar situacions específiques.
- c) Fer evidents els estímuls i les respostes a aquests i poder avaluar-ne aspectes de causa, de conseqüència, d'intensitat i de freqüència.
- d) Avaluar els antecedents i els condicionants de les formes de comportament de les persones.

La informació recollida en les entrevistes ha de ser concreta i integrable en el procés d'acompanyament.

L'entrevista és un dels principals instruments de recollida d'informació i acostuma a ser la porta d'entrada del procés de valoració de la persona. Fins i tot en alguns casos, instruments validats d'observació es passen en el decurs d'una entrevista.

Tipus d'entrevista

Trobarem entrevistes de diverses tipologies segons la finalitat que persegueixin: de diagnòstic, d'avaluació, de selecció, de planificació, de consell, etc. Tanmateix, trobarem entrevistes en formats diversos:

- a) No estructurades, en què, a criteri de l'entrevistador, es defineixen en el decurs de l'entrevista les àrees d'exploració. Permeten que la persona entrevistada configuri els camps temàtics de l'entrevista.
- b) Semiestructurades, en què observem àrees establertes amb anterioritat, encara que la forma de plantejar les qüestions queda a criteri de l'entrevistador.
- c) Estructurades, en què totes les variants (àrees i camps temàtics) estan definides.

Estructuració de les entrevistes

L'entrevista preveu diverses fases com a procés que hem de tenir en compte per tal de poder donar respostes adequades a les expectatives de la persona i alhora assolir el grau de valoració que perseguim.

a) La fase d'acollida, en què hem de vetllar per tal que la persona valorada se senti acollida físicament i psicològicament. Hem de pensar com definim un clima relaxat en el moment de valorar la persona si ho fem mitjançant l'entrevista. És un bon moment per definir el marc de valoració, veure si l'entorn i el clima que li donem incideixen o condicionen en la valoració.

b) La fase d'exploració, en què treballarem amb els criteris d'observació que volem valorar i utilitzarem tècniques directives i no directives.

c) La fase d'intercanvi. Un cop acabada l'exploració segons els criteris i indicadors que volem valorar, cal donar temps a un moment d'intercanvi que permeti donar normalitat.

d) La fase de tancament, en què hem de poder oferir un espai de finalització potenciant les relacions positives i valorant l'estona que hem pogut compartir amb la persona per tal de poder definir després les perspectives d'ajuda.

2. L'observació

L'observació és un mètode natural, que preveu diverses estratègies, com l'observació externa, l'observació participant, que sempre ha d'estar definida amb uns criteris específics, en què ens hem de preguntar "què observem".

Els instruments de valoració que ara presentarem sovint es plantegen des de l'observació.

Però, què significa observar?

Observar implica un exercici de voluntat i una intencionalitat dirigida a fi de coneixement; en aquest cas, les tipologies de capacitats preservades o mantingudes en la persona per tal de viure amb màxima autonomia les situacions de la vida quotidiana. Quan l'observació es defineix com una forma de recollir informació de manera sistemàtica, vàlida i fiable, assumim que la intencionalitat és científica. Parlem, llavors, de mètode i tècnica. En la valoració de capacitats utilitzarem els mètodes d'observació sobre criteris validats científicament que ens porten a utilitzar instruments validats en relació amb les àrees esmentades en l'apartat de les capacitats.

Tipologies d'observació

L'observació participant és una tècnica d'observació utilitzada en les ciències socials, en què l'observador comparteix amb les persones amb qui treballa

el seu context, la seva experiència i la seva vida quotidiana, per conèixer directament la informació que aquestes tenen sobre la seva pròpia realitat.

Durant el procés d'observació, per recollir informació podem utilitzar tècniques com l'entrevista, l'enquesta, el diari de camp o un quadern de notes en què s'escriuen les impressions del que s'ha observat, per organitzar-les posteriorment amb uns criteris sistematitzats.

L'observació no participant. Es tracta d'una observació amb propòsits definits. Utilitzem aquest mètode per obtenir informació i dades sense participar-hi directament, anotant les consideracions segons un patró de criteris definit.

3. Mecanismes d'avaluació validats

Els instruments de valoració que s'utilitzen en els àmbits de suport i d'atenció poden ser validats o no. L'ús d'instruments d'observació validats, com ara les escales que presentarem tot seguit, són una eina que permet l'objectivació de les situacions de vida reals i alhora conviuen amb les altres metodologies d'observació que hem vist anteriorment.

Què és un instrument validat?

La validació d'un instrument es fonamenta en dos aspectes clau: la validesa i la fiabilitat:

- a) Validesa: consisteix a demostrar que realment s'està mesurant allò que es vol mesurar. La validesa pot ser de tres tipus:
- b) Validesa de contingut: Es diu que una prova compleix les condicions de validesa de contingut si constitueix una mostra adequada i representativa dels continguts i l'abast de la dimensió que es vol avaluar. Es fonamenta en el criteri de l'expertesa.
- c) Validesa de criteri: es refereix al grau d'eficàcia amb què es pot predir o pronosticar una variable d'interès (criteri) a partir de les puntuacions que s'obtenen en les proves o els tests passats a la persona. Fa necessari un procés de valoració que ens permeti veure que el funcionament de l'instrument funciona sempre amb la mateixa eficàcia i que no està sotmès a condicionants externs.
- d) Validesa de constructe: Segons Messick (1980, pàg. 1015), «la validesa de constructe és el concepte unificador que integra les consideracions de validesa de contingut i de criteri en un marc comú per provar hipòtesis teòri-

cament rellevants». Així mateix, Cronbach (1984, pàg. 126) refereix que «la meta final de la validació és l'explicació i comprensió, i per tant, això ens porta a considerar que tota validació és validació de constructe».³⁴

e) Fiabilitat: Podem entendre la fiabilitat com la capacitat d'obtenir resultats similars en mesures successives del mateix fenomen. Això vol dir que, quan s'apliqui diverses vegades un instrument de mesura (per exemple, un test a una persona diverses vegades), els resultats obtinguts seran semblants, la qual cosa implica una alta fiabilitat de l'instrument utilitzat.

Els instruments que ara abordarem poden ser treballats, o bé des de la tècnica de l'entrevista, o bé des de la metodologia de l'observació, o bé com a instruments validats científicament, mesurant les àrees de capacitat personals.

En presentar cada instrument, indicarem quina metodologia és apropiada (entrevista – observació participant – no participant), i si es tracta d'un instrument validat o no.

3.2. Correlació entre àrees de capacitat i instruments de valoració. Els moments de la planificació

Leturia i altres (2001) ens diuen que s'ha de plantejar “un model de valoració integral i interdisciplinària que abrasi els aspectes de salut física, àrees funcionals, cognitives, socials i conductuals”. Com podem veure, aquesta tipologia de valoració respon de manera calcada a la tipologia d'àrees de capacitat definides en el mòdul segon. És per aquest motiu que farem un apropament als instruments de valoració de capacitats des d'aquesta perspectiva de la correlació entre àrees de capacitat i àrees de valoració.

3.2.1. L'avaluació unidimensional validada

Ens referim a avaluació unidimensional quan l'instrument de valoració avalua només una àrea de capacitat específica; per tant, una dimensió específica de les capacitats personals. Sovint la valoració unidimensional comporta instruments d'avaluació específics d'una professió. Un exemple clar estaria amb els instruments de mesura de l'equilibri i la capacitat motora per a la deambulació; aquests instruments els ha de passar un professional de la fisioteràpia i en cap cas un professional de l'educació social seria competent per passar-los.

34. Pérez-Gil, José Antonio; Chacón Moscoso, Salvador; Moreno Rodríguez, Rafael (2000). “Validez de constructo: El uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez”

Des d'aquesta perspectiva, veiem que hi ha diverses àrees de capacitat que han de ser avaluades tant en l'àmbit de les persones grans amb dependència com en l'àmbit de les persones amb diversitat funcional, una malaltia crònica, trastorns de salut mental, etc.

Tot seguit analitzarem els principals instruments de valoració unidimensionals que ens permeten desenvolupar un apropament a les capacitats preservades, al grau d'afectació d'aquestes i, per tant, la definició de necessitats de suport i recolzament, i al grau d'intensitat de les prestacions d'atenció necessàries per assolir els nivells de qualitat de vida òptims en la persona.

a) Avaluació cognitiva

Les funcions cognitives, tal com hem vist en el segon mòdul, són les que ens permeten rebre informació del nostre entorn, processar-la, memoritzar-la i disposar-ne per a la seva utilització posterior en la vida quotidiana. Com ja hem vist, les funcions principals són la percepció (gnòsies), l'atenció, la concentració, l'orientació, el càlcul, el raonament, el llenguatge i la conceptualització de les pràxies. La valoració de les funcions cognitives es desenvolupa mitjançant una sèrie de proves neuropsicològiques que poden ser de diverses tipologies: test breus (breus, senzills però de poca concreció), bateries completes (permeten valorar intensivament les àrees de capacitat cognitiva) i proves específiques (proves de rendiment específic de cada àrea). Cada un d'aquests instruments té els seus avantatges i els seus inconvenients i, a més, estan subjectes a una preparació per part de l'avaluador.

Vegem un resum de diversos test de valoració cognitiva amb els seus avantatges i inconvenients:

Tipus de proves	Avantatges	Inconvenients
Test breus	<ul style="list-style-type: none"> - Ràpidesa i senzillesa en l'aplicació - Puntuació global - Ús estès, que permet la comunicació entre professionals - De fàcil interpretació 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaluació poc profunda de cada una de les funcions cognitives - Poca exactitud en la valoració de casos concrets
Bateries estandarditzades	<ul style="list-style-type: none"> - Avaluació més profunda de les àrees cognitives - Puntuació global relacionada amb l'edat en alguna d'elles - Duració no extensa - Garanties psicomètriques 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitat d'avaluadors preparats - No sol ser útil en dèficits d'àrees concretes - De protocols rígids - No adaptable al nivell cultural

Proves especialitzades	Permet valorar específicament cada àrea en cada cas Permet l'adaptació i la profundització oportunes Permet adaptar diferents nivells educatius, dèficits sensorials i motors	Requereix formació molt especialitzada de l'avaluador tant en l'aplicació com en la interpretació de resultats Necessita més temps
------------------------	---	---

Font: Leturia i altres (2001). "Evaluar para conocer, conocer para intervenir" (pàg. 75).

Us presentem alguns tests, els més utilitzats en la valoració i planificació, adjuntant-ne el PDF corresponent, sempre que sigui possible. Tanmateix, us hi adjuntem pàgines web de cada instrument perquè pugueu obtenir-ne més informació.

- Mini Mental State Examination (Folstein i altres, 1975) és un test breu d'*screening* (projecció), per tant generalista. Es passa en format d'entrevista directiva i l'avaluador utilitza l'observació no participant. No conté proves específiques.

És una escala breu d'aplicació directa, senzilla, que valora l'estat cognitiu de diverses àrees cognitives (orientació, memòria immediata, fixació de l'atenció, càlcul, producció i repetició del llenguatge, lectura, habilitat visual i espacial i pràxies. Hi ha l'adaptació validada a l'Estat espanyol, que és Miniexamen cognoscitivo (Lobo i altres, 1979). Té una puntuació de 35 i el rang se situa en 23/24 per a persones grans i en 27/28 per a persones més joves.

És sotmès a variables socioculturals, educatives, que en poden condicionar la valoració.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

<http://centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/test-minimental/gmx-niv54-con136.htm>

- Test del dibuix del rellotge – *Clock drawing test* (CDT). Thalman i altres (1996), adaptat a l'Estat espanyol per Cacho (1999).

Aquesta és una prova simple, especialitzada, ja que explora amb més profunditat àrees que pot utilitzar com una part d'una prova neurològica o com un cribratge, una eina per a la malaltia d'Alzheimer i altres tipus de demència. Tot i així és extrapolable a altres situacions.

A la persona sotmesa a la prova se li demana:

- Que dibuixi un rellotge

- Que hi posi tots els números
- Que posi les busques a les onze i deu

Sistema de puntuació per a la prova de dibuix del rellotge (CDT):

Hi ha un nombre de sistemes de puntuació per a aquesta prova. El sistema de puntuació de la malaltia d'Alzheimer cooperativa es basa en una puntuació de cinc punts.

- 1 punt pel cercle del rellotge.
- 1 punt per tots els nombres que estan en l'ordre correcte.
- 1 punt pels nombres que estan en l'ordre especial adequat.
- 1 punt per les dues manetes del rellotge.
- 1 punt per l'hora correcta.
- Una puntuació normal és de quatre o cinc punts.

La prova pot proporcionar enormes quantitats d'informació sobre el funcionament cognitiu general i d'adaptació, com la memòria, la manera com les persones són capaces de processar la informació i la visió. Un dibuix del rellotge normal gairebé sempre prediu que les habilitats cognitives d'una persona són dins els límits normals.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

http://translate.google.es/translate?hl=ca&langpair=en|ca&u=http://alzheimers.about.com/od/diagnosisissues/a/clock_test.htm

- Test cognitiu de Pfeiffer (*short portable mental status questionnaire*). (Pfeiffer, 1975).

És un test que valora les funcions cognitives següents: memòria, orientació i capacitat d'executar tasques seriadades aritmètiques. Consta de 10 ítems. Aquesta prova utilitza una puntuació per errors comesos i permet un factor de correcció segons el nivell cultural de la persona examinada. Puntuació: 0-2 errors, normal. 3-4 errors, deteriorament cognitiu lleu. 5-7 errors, deteriorament cognitiu moderat. 8-10 errors, deteriorament cognitiu important. Només és útil com a eina de cribratge, no serveix per monitoritzar la progressió del deteriorament cognitiu. Valora les funcions cognitives bàsiques d'orientació, memòria, atenció, etc. S'utilitza com a primer test de cribratge del deteriorament cognitiu i es planteja en format d'entrevista directiva.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

Instruments d'avaluació neuropsicològica en l'àmbit de les funcions cognitives. Aquests instruments són d'aplicació complexa i demanen una preparació específica i especialitzada per part de l'avaluador. No són instruments que siguin d'ús lliure, sinó que només es poden aconseguir pagant una llicència per fer-ne ús i demostrant la capacitat professional per utilitzar-los. Farem esment de dues bateries d'exploració completa que poden ser adaptades a diverses situacions:

- El CAMDEX-R (Cambridge Examination per a trastorns mentals per a persones grans) pretén donar una visió globalitzadora. És un instrument estandaritzat, desenvolupat per Roth i altres el 1986. S'adreça principalment al diagnòstic de la demència, cobreix diagnòstics de deteriorament en persones amb discapacitat intel·lectual (CAMDEX-DS) i s'hi adapta. Permet diagnosticar les demències, valorar la intensitat del deteriorament cognitiu i registrar la capacitat d'adaptació de la persona al seu deteriorament.

- El Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) conté una bateria cognitiva pròpia. El temps d'administració és de 90 minuts aproximadament i permet obtenir informació diversificada.

<http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.04.03.1.-instrumentos-diagnosticos-en-la-valoracion-de-las-demencias.html>

També trobem escales de valoració que a partir de l'observació del professional situa o mapifica la persona avaluada en un nivell de situació de deteriorament. Sovint aquestes escales defineixen pèrdues de capacitat segons àrees específiques, en fan un estadiatge i, a partir de l'observació amb criteris i indicadors objectius, situen la persona en un estadi evolutiu de les dificultats que es volen descriure:

- GDS Reisberg, escala de deteriorament global (Reisberg, 1982), que divideix el procés de la malaltia en set etapes basades en la quantitat de deteriorament cognitiu en cada fase de la malaltia. El GDS és el més rellevant per a la gent que té Alzheimer, encara que pot ser utilitzada en altres situacions.

És una escala fàcil de realitzar i que resulta molt orientativa de l'estat del pacient. Se n'ha demostrat la validesa i fiabilitat. Ha acreditat el seu valor de pronòstic.

A partir de dades observacionals durant l'entrevista o sobre la base de qüestions plantejades al mateix malalt i, segons la gravetat, al cuidador, s'estableixen

set estadis possibles, que van des de la normalitat (GDS-I) fins al deteriorament cognitiu molt greu (GDS-7): 1 = normal, 2 = deteriorament molt lleu; 3 = deteriorament lleu; 4 = deteriorament moderat; 5 = deteriorament moderadament sever; 6 = deteriorament sever; 7 = deteriorament molt sever.

L'escala defineix cada estadi en termes operacionals i sobre la base d'un deteriorament suposadament homogeni. No obstant això, atès que la seqüència d'aparició dels símptomes és sovint variable, s'ha argumentat que la inclusió d'un pacient en un estadi d'acord amb un criteri rígid podria produir errors; però es tracta d'una de les escales més completes, simples i útils per a l'estimació de la severitat de la demència.

<http://www.dementiacarecentral.com/node/1064>

<http://www.hipocampo.org/reisberg.asp>

- L'escala de classificació de la demència clínica (CDR). Aquest és el sistema de classificació més usat en les investigacions de la demència. Aquí, la persona amb la demència sospitada és avaluada per un metge en sis àrees: la memòria, l'orientació, el judici i l'habilitat de resoldre problemes, els esdeveniments de la comunitat, la llar i els passatemps / les aficions, i la cura personal. Després de la valoració s'assigna una de les cinc fases possibles.

<http://www.dementiacarecentral.com/node/1064>

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

En altres àmbits de valoració de capacitat cognitiva, s'utilitzen els test psicotècnics, les mesures de coeficient intel·lectual i l'adaptació de mesures utilitzades en els test d'intel·ligència adaptats a les persones amb discapacitat intel·lectual o síndrome de Down.

Vegem com el Grup d'Investigació en Educació Especial glosa com s'entén la discapacitat intel·lectual segons l'AAIDD.³⁵ L'Associació Americana de Discapacitat Intel·lectual (AAIDD) va revisar l'any 2002 la seva definició de discapacitat intel·lectual, en el que es coneix com a "sistema 2002". Aquesta nova definició és la més utilitzada arreu del món. Segons l'AAIDD:

La discapacitat intel·lectual és una discapacitat que es caracteritza per limitacions significatives en el funcionament intel·lectual i en la conducta adaptativa, tal com es manifesta en les habilitats conceptuals, socials i pràctiques. Té repercussions en la interacció de la persona amb el seu entorn, i els resultats d'aquesta interacció en relació amb la independència, les relacions, les contribucions a la societat, la participació en l'escola i en la comunitat, i el benestar personal.

35. AAIDD (Associació Americana de Discapacitat Intel·lectual).

Pel que fa a la mesura del quocient intel·lectual diu:

Encara que no és un sistema perfecte, la intel·ligència es mesura mitjançant puntuacions de quocient d'intel·ligència (QI) que s'obtenen de tests estandaritzats aplicats per un professional preparat. Pel que fa al criteri intel·lectual per al diagnòstic del retard mental, es considera que aquests existeix si un individu obté un QI d'aproximadament 70 o inferior. Cal recordar, tanmateix, que el QI és només un aspecte en la determinació de la discapacitat intel·lectual. Les limitacions significatives en la conducta adaptativa i l'evidència que la discapacitat és present des d'abans dels 18 anys són dos elements crítics en la determinació de la discapacitat intel·lectual.

Això ens permet definir que la valoració cognitiva de les persones amb discapacitat es planteja des d'instruments genèrics, socialment admesos i que comporten també el desenvolupament de valoracions específiques o bateries neuropsicològiques que en molts casos poden ser gran utilitat.

b) **Avaluació funcional**

Entendrem per avaluació funcional la que es fa sobre les activitats de la vida diària. Les AVD són necessàries per tenir cura d'un mateix, per viure en un entorn i comporten un element bàsic en el benestar personal.

Els instruments d'avaluació funcional valoren les capacitats en relació amb les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i les activitats avançades de la vida diària (AAVD).³⁶

Presentarem diverses escales específiques, que són les més utilitzades en aquests àmbits de dependència i suport. Pel que fa a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), els índexs de Barthel i de Katz són dues eines que s'utilitzen quotidianament en diversos serveis. Pel que fa a les activitats instrumentals, presentarem l'índex de Lawthon i Brody, i l'instrument per a activitats de la vida diària Bayer ADL, que ha estat treballat els darrers anys. Pel que fa a les activitats avançades, farem referència a programes d'habilitats socials adaptades, entre els quals podem donar valor als programes d'habilitats alternatives que es treballaran en el mòdul 5.

- Índex de Barthel (1965). Dissenyat el 1955 per Mahoney i Barthel per mesurar l'evolució de persones amb processos neuromusculars i musculoesquelètics en un hospital per a malalts crònics de Maryland i publicat deu anys

36. Vegeu la classificació del mòdul 2.

després (1965). Aquest índex consta de deu paràmetres que mesuren les ABVD. Valora la capacitat d'una persona per fer de forma dependent o independent deu activitats bàsiques de la vida diària, com ara menjar, banyar-se, vestir-se, arreglar-se, deposició, micció, anar al lavabo, traslladar-se de la butaca al llit, deambulació i escales. I els assigna una puntuació (0, 5, 10, 15) en funció del temps emprat en la seva realització i la necessitat d'ajuda per fer-la. Se n'obté una puntuació final que varia de 0 a 100. La puntuació total de màxima independència és de 100 i la de màxima dependència de 0.

Grau de dependència segons la puntuació de l'escala:

- Independent: 100 (95 en cadira de rodes)
- Dependent lleu: 91-99
- Dependent moderat: 61-90
- Dependent greu: 21-60
- Dependent total: 0-20

Al principi, l'índex de Barthel es va avaluar mitjançant l'observació directa. Avui en dia s'ha generalitzat l'obtenció verbal d'informació directament de l'individu o del seu cuidador principal. Tots dos mètodes ofereixen una fiabilitat similar. És fàcil d'aplicar, d'aprendre i d'interpretar per qualsevol membre de l'equip amb un temps mitjà requerit de cinc minuts.

Avui en dia és un dels instruments de mesura de les ABVD més utilitzat internacionalment, sobretot en pacients amb malaltia cerebrovascular aguda, i pels autors britànics. A Espanya, és l'escala de valoració funcional més utilitzada.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>

- Índex de Katz (1958). Creat l'any 1958 per un equip multidisciplinari dirigit per S. Katz i format per infermeres, metges, assistents socials, terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes de The Benjamin Rose Hospital (un hospital geriàtric i de malalts crònics de Cleveland, Ohio) per delimitar la dependència en fractures de maluc, demostra una base teòrica per a l'índex en descriure una similitud entre els patrons de pèrdua i recuperació de les funcions proposades en l'índex amb el desenvolupament del nen. Encara que va ser dissenyat com un índex de rehabilitació, s'ha emprat en la valoració de moltes malalties.

Valora sis funcions bàsiques (bany, vestit, ús del vàter, mobilitat, continència d'esfínters i alimentació), en termes de dependència o d'independència, agru-

pant posteriorment en un sol índex resum. El concepte d'independència en aquest índex és diferent del d'altres escales. Es considera independent una persona que no necessita ajuda o que utilitza ajuda mecànica i dependent la que necessita l'ajuda d'una altra persona, incloent-hi la mera supervisió de l'activitat. Si una persona no vol fer una activitat o no la fa, es considera dependent encara que en teoria pugui fer-la. Es basa en l'estat actual de la persona i no en la capacitat de fer les activitats.

Inicialment es basava en l'observació directa del pacient pel personal sanitari durant les dues setmanes prèvies a l'avaluació. Actualment s'accepta la seva mesura mitjançant l'interrogatori directe del pacient o dels seus cuidadors.

Les funcions que valora tenen caràcter jeràrquic, de manera que la capacitat de fer una funció implica la capacitat de fer altres de menor rang jeràrquic. Això confereix una sèrie d'avantatges, com la senzillesa en la realització, evitant qüestionaris complexos; la comoditat per al pacient, i facilitat a l'hora de comunicar informació.

En l'índex de Katz la dependència segueix un ordre establert i la recuperació de la independència es fa de forma ordenada i inversa (seguint la progressió funcional del desenvolupament d'un nen). Així, de primer es recupera la capacitat per menjar i la continència d'esfínters; després la d'aixecar-se del llit i anar al lavabo, i finalment la de vestir-se i banyar-se. La pèrdua de capacitat de menjar s'associa gairebé sempre a la incapacitat per a les altres activitats. Tot això no es compleix en un 5% dels casos. És un índex fàcil de dur a terme i consumeix poc temps.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>

- Escala de Lawton i Brody (1972). És un instrument dissenyat específicament per tenir elements de valoració de les activitats de la vida diària en què s'han de fer servir objectes o instruments per al seu funcionament social. Consta de vuit ítems: capacitat de fer ús del telèfon, anar a comprar, preparar menjar, tenir cura de la casa, rentar la roba, fer ús de mitjans de transport, responsabilitat en la medicació, i maneig de diners. La valoració global és sobre 8 (màxima independència) i 0 (màxima dependència). Cada àrea es valora en els seus ítems objectius sobre 1 (independència) o 0 (dependència).

És instrument fàcil de passar, ja que el pot passar qualsevol persona de l'equip que hagi rebut ensinistrament per fer-ho.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

<http://terapeuta-info.blogspot.com.es/2008/11/escala-de-lawton-y-brody.html>

• Bayer-ADL (1990). A causa de la manca d'instruments ADL (Activities of Daily Living), sensibles als canvis en les primeres fases de demència, el 1990 es va crear un projecte internacional amb el suport de Bayer AG, amb l'objectiu de desenvolupar una escala pràctica d'ADL que es pogués utilitzar internacionalment per documentar les millores provocades per la intervenció terapèutica en pacients amb demència de lleu a moderada. L'escala permet avaluar els beneficis terapèutics reflectits en les millores de la seva capacitat per dur a terme les activitats diàries; així mateix, permet identificar els canvis en la competència per fer les activitats diàries molt abans que els canvis patològics en la memòria i la capacitat cognitiva siguin evidents. Les seves característiques psicomètriques demostren una concordança elevada amb instruments clínics (GDS, CGI) i cognitius (MMSE). Els índexs són extrapolables a altres situacions de discapacitat.

L'escala Bayer-ADL (B-ADL) conté 25 preguntes amb una escala de tipus Likert de 10 punts, en la qual una puntuació d'1 indica que la dificultat mai no es presenta, i una puntuació de 10, que la dificultat sempre es presenta. Recentment, l'escala s'ha traduït i s'ha validat a Espanya, encara que és pendent de publicació. Amplia les activitats instrumentals, fet que comporta que sigui una eina més completa que el Lawton. A més de les activitats previstes en el Lawton i Brody, avalua ítems com ara participar en converses, prendre un encàrrec, concentrar-se en el que es llegeix, continuar fent el que es feia després d'interrupcions, desenvolupar-se en situacions no familiars, desenvolupar tasques sota pressió, etc.

c) **Avaluació social**

Les escales de funcionament social es refereixen a les activitats de les relacions i habilitats socials que tenen les persones. Aquestes habilitats socials són les conductes apreses que utilitzem en les relacions interpersonals, els comportaments que són eficaços a l'hora d'interaccionar amb altres persones o el conjunt de conductes que ens permeten expressar opinions o sentiments de manera adequada en contextos interpersonals. Des d'aquesta perspectiva la valoració social pot ser de diferents nivells. En el nivell comunitari, es valoren el nivell d'integració i de sentiment de pertinença a un sistema social de referència. En el nivell personal, es tracta de valorar el sentiment de pertinença a nuclis petits de suport, entre persones que tenen vincles més estrets i amb sentit de reciprocitat.

Leturia i altres (2001) expressen que el suport social és el conjunt de relacions interpersonals que impliquen afecte, ajuda emocional, sentir-se estimat, poder tenir intimitat, ajudes funcionals, i disposar de la informació suficient per tal de sentir-se afirmat personalment en el marc d'una relació interpersonal.

Mesurar el suport social té les seves dificultats, ja que cada cultura preveu models diferencials de relació. El tracte personal no és igual a Andalusia, amb unes connotacions socioculturals específiques, que a Suïssa. Posar-se d'acord en els conceptes i els ítems fa que no es puguin plantejar eines universals. Tot i així es poden inferir diverses propostes específiques d'indicadors a observar per avaluar les relacions socials de la persona.

- OARS Social Resource Scale Duke University (1978). L'escala de recursos socials està compresa en una bateria més àmplia, que mesura el funcionament social i explora aspectes estructurals, com les relacions amb la família, les amistats, les visites. També valora la percepció de suport. S'administra en format entrevista adaptant les preguntes als contextos. A partir de les respostes, podem avaluar els recursos socials com a recursos excel·lents, bons recursos, incapacitat lleu de relació, incapacitat moderada, incapacitat greu i incapacitat social total.

- Recursos socials excel·lents o bons: les relacions socials són molt satisfactòries i extenses; almenys una persona estaria disposada a tenir-ne cura i podria tenir cura per un temps indefinit o almenys durant sis setmanes.

- Recursos socials mitjanament deteriorats (lleus i moderats): les relacions socials no són satisfactòries, té poca família i pocs amics, però almenys hi ha una persona en qui pot confiar i que se'n podria ocupar com a mínim durant sis setmanes.

- Recursos socials molt deteriorats: les relacions socials no són satisfactòries, té poca família i pocs amics i només podria trobar ajuda ocasionalment.

- Sense xarxa de recursos socials: les relacions socials no són satisfactòries, té molt poca família o amics i no hi ha ningú que estigui disposat a ajudar-lo o que el pugui ajudar, ni tan sols ocasionalment.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

Un altre instrument és l'escala de valoració social de la dependència. L'escala de valoració social de la dependència (EVSD) recull de forma protocol·litzada informació sobre la persona des del punt de vista socioeconòmic, l'entorn relacional, l'hàbitat, els sistemes de suport formal i informal involucrats en la seva atenció i, entre aquests, la identificació de la persona o de les persones compromeses en la seva cura.

La seva finalitat és l'avaluació diagnòstica de les conseqüències del dèficit o deteriorament (clínic i funcional) dins de l'entorn personal i social, d'una banda, i la decisió del tractament (model d'intervenció, assignació de recursos socio-sanitaris...), de l'altra. La seva utilitat, sense detriment d'aquella altra que resulta significativa en supòsits o situacions concretes, rau en la valoració sistematitzada de les àrees que resulten de més interès i transcendència a l'hora d'establir les bases de la intervenció professional. L'escala va ser dissenyada per formar part integrant de la valoració integral de la persona dependent.

<http://www.scribd.com/doc/2623860/Escala-de-Valoracion-Social-de-la-Dependencia>

d) **Avaluació emocional**

Pel que fa a l'avaluació emocional, es plantegen alguns ítems de valoració relacionats amb l'afecte. I fan referència a patrons observables d'estats emocionals. Aquests instruments valoren estats subjectius, de personalitat i de comportaments relacionats amb els estats anímics de les persones. Els trastorns dels estats d'ànim estan sovint definits en el DSM IV; no obstant això, hi ha eines de valoració que ens permeten apropar-nos a les perspectives de la depressió, de l'ansietat, etc.

- Escala d'ansietat i depressió de Goldberg (EADAC): és una escala molt senzilla d'usar i de gran eficàcia en la detecció de trastorns de depressió i/o ansietat. A més, constitueix un instrument d'avaluació de la severitat i l'evolució d'aquests trastorns. També es pot utilitzar com una guia per a l'entrevista.

S'adreça a la població general. Es tracta d'un qüestionari amb dues subescales: una per a la detecció de l'ansietat, i l'altra per a la detecció de la depressió. La probabilitat de patir un trastorn és més gran com més gran és el nombre de respostes positives. Els símptomes continguts en les escales estan referits als 15 dies previs a la consulta. Tots els ítems tenen la mateixa puntuació. Segueixen un ordre de gravetat creixent. Els últims ítems de cada escala apareixen en els pacients amb trastorns més severos.

<http://www.apfem.com/articulodelmes/10-06-Junio/escalas%20de%20depression%20y%20ansiedad%20en%20A.P.pdf>

- Escala de Hamilton per a la depressió (HDRS)

L'HDRS és la que més s'utilitza per avaluar la depressió, i es considera l'escala patró de totes les escales del seu tipus. No és una escala diagnòstica; per tant, el seu ús ha de ser posterior al diagnòstic de depressió. Ofereix una mesura quantitativa de la intensitat del trastorn i també pot ser utilitzada per avaluar

l'efectivitat del tractament. S'administra després d'una entrevista. La prova consta de 17 ítems. Una puntuació igual o superior a 25 correspon a una depressió greu. Una puntuació entre 7 i 17 correspon a una depressió moderada. Valors inferiors són indicatius de l'absència o remissió del trastorn.

S'avaluen ítems com l'humor deprimit, la culpabilitat, l'insomni, el suïcidi, l'agitació, l'ansietat, els símptomes somàtics, etc.

<http://www.apfem.com/articulodelmes/10-06-Junio/escalas%20de%20depression%20y%20ansiedad%20en%20A.P.pdf>

• Escala de Hamilton per a l'ansietat (HARS). La HARS examina i quantifica la intensitat de la simptomatologia ansiosa. Avalua categories de símptomes, tant psíquics com somàtics. Consta de 14 ítems. És sensible a les variacions a través del temps o després de rebre tractament; per tant, podem usar-la en estudis de seguiment. Han de puntuar tots els ítems d'acord amb els criteris següents:

- 0 Absent.
- 1 Intensitat lleugera.
- 2 Intensitat mitjana.
- 3 Intensitat elevada.
- 4 Intensitat màxima (invalidant).

<http://www.apfem.com/articulodelmes/10-06-Junio/escalas%20de%20depression%20y%20ansiedad%20en%20A.P.pdf>

Altres escales interessants en aquest apartat serien l'escala Montgomery i Yesavage.

<http://www.apfem.com/articulodelmes/10-06-Junio/escalas%20de%20depression%20y%20ansiedad%20en%20A.P.pdf>

e) **Avaluació motora**

Pel que fa a l'avaluació motora, plantejarem l'escala Tinetti, que permet avaluar l'equilibri i la marxa a partir de la valoració de les capacitats motores en la persona. Aquesta escala va lligada a les escales de valoració funcional, ja que incideix clarament en el seu desenvolupament.

L'escala de Tinetti és l'instrument més utilitzat per valorar la mobilitat d'un individu a través de la marxa i l'equilibri. La seva principal finalitat és la prevenció de caigudes. Permet valorar l'equilibri estàtic i el dinàmic. Es puntuen segons tres valors: normal, adaptat i anormal.

L'escala de Tinetti consta de dues parts: la primera avalua l'equilibri assegut, les funcions d'aixecar-se i de seure, i l'equilibri dempeus. S'utilitzen 9 ítems amb una puntuació que passa pels nivells 0 (normal), 1 (adaptat) i 2 (normal). La suma total de la puntuació dels paràmetres màxima és de 16.

La segona part avalua la qualitat de la marxa. S'utilitzen 7 ítems amb una puntuació de 0 a 2. La suma total de la puntuació màxima dels paràmetres és de 12. La puntuació total del test de Tinetti és la suma de la part de l'equilibri i la part de la marxa i la puntuació màxima de 28.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

3.2.2. Instruments validats multidimensionals

D'altra banda, hem de donar valor als instruments multidimensionals que fan la valoració de més d'una dimensió o àrea. Aquesta multidimensionalitat ens porta a la perspectiva de valorar de manera multidimensional àrees diferents, o bé a desenvolupar instruments d'avaluació que permetin definir un diagnòstic integral des del consens dels professionals.

3.2.2.1. Instruments de valoració multidimensionals que valoren i combinen més d'una àrea de capacitat. Presentarem com a exemple el FAST de Reisberg i l'escala Blessed de demència.

- Escala de demència de Blessed (BDS). Va ser dissenyada per establir una correlació anatomicofuncional entre una escala i les lesions cerebrals objectivables en malalts d'Alzheimer. Aquesta prova no solament valora el deteriorament de tipus cognitiu, sinó que aporta, en una de les subescales, una avaluació conductual.

Consta de dues parts: una entrevista efectuada al cuidador o familiar, interrogant sobre la capacitat del pacient per desenvolupar-se en la quotidianitat del dia a dia, i una altra, l'*Information-Memory-Concentration-Test*, que s'administra mitjançant una entrevista al pacient i mesura els mateixos aspectes que el minixamen cognoscitiu. El test cognitiu valora, mitjançant 28 ítems, orientació-informació, memòria i concentració-atenció, amb una puntuació màxima de 37 i un punt de tall inferior o igual a 32.

La subescala de valoració funcional o *Dementia Rating Scale* consta de 22 ítems dividits en tres apartats: canvis en l'execució de les activitats diàries, d'hàbits i de personalitat, interès i conducta. La seva puntuació màxima és de 28 punts, i el punt de tall se situa a partir de 9. Una puntuació de 4 o més es

pot interpretar com una sospita de demència, mentre que puntuacions de més de 15 indiquen una demència de moderada a greu.

És un instrument senzill i relativament ràpid d'administrar, i no requereix més de mitja hora, posseeix una elevada sensibilitat (88%) i especificitat (94%), tot i posseir un apartat que es pot veure afectat per característiques de la personalitat i hàbits de comportament previs al deteriorament.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

- FAST de Reisberg planteja una valoració dels 7 estadis de deteriorament cognitiu definits en el GDS de Reisberg de forma combinada i correlativa amb les pèrdues de capacitats funcionals que pot tenir la persona amb deteriorament cognitiu. L'escala de FAST és una escala funcional dissenyada per avaluar els pacients en les etapes més moderades-greus de demència.

Preveu les propostes d'interrelació següents:

Estadificació valoració funcional (FAST)
1 Cap dificultat, ja sigui subjectiva o objectiva.
2 Es queixa de l'oblit de la ubicació dels objectes. Dificultats subjectives de treball.
3 Disminució del funcionament laboral evident per als seus companys de treball. Dificultat per viatjar a nous llocs. Disminució de la capacitat d'organització. *
4 Disminució de la capacitat per fer tasques complexes, per exemple la planificació del sopar per als con-vidats, el maneig personal de les finances (per exemple, oblidar-se de pagar les factures), màrqueting difi-cultat, etc.*
5 Requereix ajuda per triar la roba apropiada per utilitzar durant el dia, l'estació o l'ocasió, per exemple, el pacient pot usar la mateixa roba en diverses ocasions, tret supervisats. *
6 (A) Posar-se la roba incorrectament sense ajuda o cuinar (per exemple, es pot posar la roba de carrer en comptes de la roba de nit, o posar les sabates als peus equivocats, o presenta dificultat per cordar-se els botons), de tant en tant o amb més freqüència les últimes setmanes.*
(B) No és pot banyar correctament (per exemple, presenta dificultats per adaptar adequadament la tem-peratura de l'aigua), de tant en tant o més sovint les últimes setmanes.*
(C) Incapacitat per manejar la mecànica d'anar al bany (per exemple, s'oblida de tirar la cadena, no neteja correctament el vàter o no disposa de paper higiènic), de tant en tant o més sovint les últimes setmanes.*
(D) La incontinença urinària (de tant en tant o més sovint les últimes setmanes).*
(E) La incontinença fecal (de tant en tant o més sovint les últimes setmanes).*
7 (A) Capacitat de parlar limitada. Són intel·ligibles aproximadament una mitja dotzena de diferents paraules o menys, en el curs d'una dia mitjà o d'una entrevista intensiva.

(B) Capacitat de parla limitada a l'ús d'una paraula intel•ligible només en un dia o mitjà en el curs d'una entrevista intensiva (la persona pot repetir la paraula una vegada i una altra).
(C) Ha perdut la capacitat ambulatoria (no pot caminar sense assistència personal).
(D) No pot seure sense ajuda (per exemple, la persona cau si no hi ha suports laterals [d'armes] al cadira).
(E) Pèrdua de la capacitat de somriure.
(F) Pèrdua de la capacitat per sostenir el cap de manera independent.

Font: "Activem la ment". Fundació "la Caixa". Llibre 1, pàgina 28.

Les valoracions multidimensionals faciliten la correlació entre símptomes de valoració de diverses àrees.

<http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

3.2.2.2. Genèrics: El CMBD i els Plans d'Individuals d'Atenció

D'altra banda, també trobem instruments de valoració multidimensional que ens permeten desenvolupar la planificació de les propostes d'estimulació des del treball en equip. Aquests instruments es basen en la perspectiva de definir plans d'atenció o suport des de la individualització de les persones usuàries. Tothom coneix els instruments individualitzats que trobem en el nostre àmbit d'acompanyament social. Instruments que responen a una nomenclatura específica:

- a. El PIA o (PIAI) és definit per la generalitat, com el pla individualitzat d'atenció integral (PIAI). Individualitzat i personalitzat per a cadascun dels residents, elaborat de manera interdisciplinària i participat pel mateix resident i/o la seva família, constitueix l'element bàsic de les intervencions assistencials del centre.³⁷
- b. Pla individual d'inserció i reinserció social i laboral (PIR), que pot comprendre l'aplicació coordinada de totes o algunes de les accions següents.
- c. Pla terapèutic individualitzat (PTI). L'objectiu general del PTI és facilitar la reinserció social i, si és possible, laboral de les persones amb TMS.

Tots aquests instruments només són possibles si es donen dins la perspectiva de la valoració multidimensional en què els components de l'equip, partint

37. Model d'atenció residencial definit entre el Departament de Benestar Social i les entitats patronals del sector a la tauïlla tècnica.

d'instruments de valoració específics, desenvolupen un instrument de valoració comú que ha de compartir indicadors de valoració, definició d'objectius comuns, plantejament d'estratègies comunes per assolir-los i un procés de revisió constant i continuat en el temps.

Són instruments que comporten una perspectiva global de la situació i problemàtica del pacient. Les mesures multidimensionals serveixen per a diversos propòsits: la visió immediata, l'evolució en diversos aspectes. Aquests criteris comporten que els ítems de valoració recullin una síntesi del que és més rellevant i que incideix en la valoració globalitzada de la persona. És per aquest motiu que s'utilitzen elements propis dels instruments de mesura de la salut física, mental i social en un mateix instrument multidimensional.

Us plantegem dos exemples d'instruments genèrics de valoració multidimensional que es basen en la interdisciplinarietat: el CMBD, per a persones amb dependència, i l'ICAP-CALS, per a persones amb discapacitat.

El CMBD és un instrument que configura el conjunt mínim bàsic de dades. En l'àmbit hospitalari i sociosanitari és una eina que permet definir registres d'informació comuns i el trobaríem definit des de diverses perspectives.

1) El criteri mínim bàsic de dades (CMBD).

El CMBD és un instrument de valoració capaç de descriure aspectes físics, psíquics (mentals) i sociorelacionals, amb descripcions de valors clares i senzilles representables gràficament i visualment.

El CMBD permet la polivalència per a l'assistència i la gestió; però ens interessen només els aspectes d'utilització assistencial que es basen en l'estudi i l'anàlisi de diversos instruments de valoració de dependències, i la revisió realitzada per Gerda Fillenbaum, l'any 1984, per a l'OMS, dels nivells de dependència del CIDDM (Codi internacional de deficiències, discapacitats i minusvalideses).

El CMBD proposa cinc subapartats relatius als criteris següents:

- Activitats de la vida diària, en què les variables proposades són vestir-se, higiene, banyar-se, dutxar-se, alimentar-se, incontinència urinària, incontinència anal, son i repòs.
- Mobilitat, en què les variables estan determinades per la mobilitat i són sedestació, ús del vàter, caminar sol, caminar però amb ajudes tècniques, cadira de rodes, llit.
- Funcions cognitives, amb variables com el llenguatge, la comprensió, l'orientació en el temps, l'orientació en l'espai, el treball amb la memòria, la idea de la percepció i la de l'atenció.

- Les funcions sensorials, amb les variables de visió i audició.
- La relació social, que valora la capacitat d'interès respecte de l'activitat, la relació i la integració, la formulació d'idees, l'estat d'ànim, la família.

Aquests ítems contenen cinc valors cada un, ordenats per graus, de la màxima autonomia (1) al màxim grau de dependència (5). A cada número de la seqüència 1-5 s'associa un color. La correspondència entre colors i nivells és la següent: la valoració de cada variable es desenvolupa des dels instruments de valoració validats.

Màxima autonomia: 1=Blanc / 2=verd / 3=blau / 4=groc / 5=vermell: Nivells de dependència

REGISTRO DE SITUACIÓ I OBJECTIUS Exemple																
NOMBRE _____ N° HISTORIA _____ HAB. _____ CAMA _____ INGRESO ____/____/_____ DIAGNÓSTICOS 1 _____ 2 _____																
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA				MOVILIDAD				FUNCIONES COGNITIVAS				SENTIDOS				
Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo		
VESTIIRSE	<input type="radio"/>		EXTERIOR	<input checked="" type="radio"/>		LENGUAGE	<input type="radio"/>		VISIÓN	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>			
HIGIENE/	<input checked="" type="radio"/>		SEDESTACIÓN	<input type="radio"/>		COMPENSIÓN	<input checked="" type="radio"/>		AUDICIÓN	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>			
BAÑARSE/	<input type="radio"/>		USO DEL W.C.	<input type="radio"/>		OR. TEMPORAL	<input type="radio"/>		RELACIÓ SOCIAL							
ALIMENTACIÓ	<input checked="" type="radio"/>		ANDAR SOLO	<input checked="" type="radio"/>		OR. ESPACIAL	<input type="radio"/>		INTERÉS HACIA LA ACTIVIDAD	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
INCONTINENCIA URINARIA	<input checked="" type="radio"/>		Caminar con Ay. Tec	<input type="radio"/>		MEMORIA	<input checked="" type="radio"/>		RELACIÓ/ INTEGRACIÓ	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>			
INCONTINENCIA FECAL	<input type="radio"/>		SILLA DE RUEDAS	<input type="radio"/>		PERCEPCIÓN	<input type="radio"/>		FORMULACIÓ DE IDEAS	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
SUEÑO	<input checked="" type="radio"/>		CAMA	<input type="radio"/>		ATENCIÓN	<input type="radio"/>		ESTADO DE ÁNIMO	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
CODIGO COLORES												1 = BLANCO	2 = VERDE	3 = AZUL	4 = AMARILLO.	5 = ROJO

ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA			
ALIMENTAR-SE	BANYAR-SE/	REPÓS Y SON	
1 Pot menjar autònomament sense necessitat d'ajuda, encara que precisi d'algun equip especial, pot manejar sense dificultat	1 Capaç de respondre a les seves necessitats (amb o sense adaptacions).	1 Dorm bé	
2 Puede menjar sol però necessita ser guiat o estimulat per a alimentar-se	2 Precisa de petites ajudes, estimulació o supervisió intermitent.	2 Perturbat a vegades, insomni freqüent.	
3 Precisa supervisió continua, ser guiat o reeducat	3 Precisa supervisió continua, reeducació.	3 Precisa somnífers habitualment.	
4 Se li ha donat el menjar	4 Col.labora en el banyo/ducha encara que ha de ser ajudat en quasi tot	4 Presa sistemàtica de somnífers.	
5 Nutrició per sonda nasogàstrica	5 Requereix supervisió continua. No col.labora. No pot col·laborar.	5 Insomni malgrat està medicat.	
VESTIR-SE	HIGIENE/		
1 Es vesteix completament sol o sense ajuda.	1 Es preocupa i pot ocupar-se de la seva higiene.		
2 Precisa de petites ajudes sense necessitat d'estar permanentment present.	2 Necessita petites ajudes, estimulació o supervisió intermitent motivació.		
3 Precisa d'algui que el guiï o ajudi mentre es vesteix. Col.labora en el vestir-se encara que ha de ser ajudat en quasi tot	3 Precisa supervisió continua o reeducació.		
4 Ha de ser vestit i ser ajudat en quasi tot	4 Requereix ajuda completa i presència constant para la realització de la seva condició		
5 No es capaç de fer cap acció per vestir-se	5 S.C.E.: No pot fer res		
INCONTINÈNCIA URINÀRIA	INCONTINÈNCIA INTESTINAL		
1 Control total de la micció.	1 Control total de la continència o pèrdues molt ocasionals.		
2 Incontinència nocturna o 1-3 cops/setmana diurna.	2 Perd el control freqüentment o presenta estrenyiments periòdics.		
3 Incontinent total dia i nit.	3 Perd el control habitualment o no controla.		
4 Con sondatge urinaris intermitent i/o transitori.	4 Ostomia amb pacient totalment dependent .		
5 Sondatge vessical permanent.	5 S.C.E.: fecalomes, infecció de ostomia, etc.		

MOBILITAT / DESPLAÇAMENT					
LLIT (entrar/sortir)		SEDESTACIÓ		EXTERIOR	
1	Pot llevar-se i enlitar-se autònomament encara que precisi d'algun equip especial.	1	Pot aixecar-se i seure autònomament .	1	Es totalment autònom i pot salvar qualsevol barrera arquitectònica
2	Precisa petites ajudes, estimulació o supervisió.	2	Precisa petites ajudes, estimulació o supervisió.	2	Es autònom però no pot salvar certes barres com escales o pendents molt perllongades.
3	Col.labora en l'acció però hem d'ajudar-lo quasi totalment.	3	Col.labora en l'acció però hem d'ajudar-lo quasi totalment.	3	Pot sortir si va en grup o per trajectes molt estandaritzats
4	Se l'ha de llevar i enlitar.	4	Se l'ha d'aixecar i seure	4	Só pot sotir si va acompanyat o d'algu que l'ajudi
5	Enlitar	5	S.C.E.: No admet la sedestació	5	No pot sortir
CAMINAR SOL		CAMINAR AMB AJUDES			
1	Deambula autònomament sense cap ajuda.	1	Deambula: bastó; caminador, però es autònom.		
2	Deambula autònomament amb dificultat, requereix ser guiat i supervisat.	2	Deambula: bastó/caminador, però amb dificultat per a superar barres arquitectòniques.		
3	Precisa supervisió continua i ajuda parcial, encara que colabora.	3	Deambula: bastó/caminador, però precisa ajuda ocasional i supervisió constant.		
4	Ha de ser ajudada totalment.	4	Precisa ajuda constant.		
5	No admet bipedestació o marxa	5	No admet bipedestació		
CADIRA DE RODES		ÚS DEL W.C.			
1	Es desplaça autònomament sense ninguna ajuda.	1	Utilitza correctament el W.C.		
2	Es desplaça autònomament amb ajuda ocasional per a superar barres arquitectòniques.	2	Precisa petites ajudes, estimulació o supervisió.		
3	Precisa ser ajudat ocasionalment amb supervisió continua.	3	Col.labora en l'acció però ha de ser ajudada quasi totalment.		
4	No pot desplaçar-se por sí smateix.	4	No pot utilitzar un W.C.		
5	S.C.E.: No admet sedestació	5	No procedeix		

RELACIÓ SOCIAL					
INTERÈS CAP A L'ACTIVIDAD		RELACIÓ/INTEGRACIÓ		FAMÍLIA	
1	S'interessa per diferents tipus d'activitats.	1	Es relaciona correctament amb els altres, és tolerante, té iniciativa.	1	Implicació i recolzament familiar bo.
2	Coopera de forma passiva, amb poca iniciativa, a vegades s'absenta o s'adorm.	2	Intenta establir contactes amb els demés, amb certa timidesa.	2	Escassa implicació, recolzament acceptable.
3	Precisa ser estimulat, sovint sense iniciativa.	3	Participa en las activitats grupals amb dificultat	3	Nul.la implicación familiar, escàs recolzament.
4	Participa en molt poques ocasions, malgrat rebí estimulació per a fer-ho.	4	No s' integra en els grups si no és especifica i constantment estimulat.	4	Nul.la implicació familiar, nul.la implicació institucional.
5	No vol o no pot participar en ningun tipus d'actividad o no es valorable.	5	No es relaciona; pot ser agressiu.	5	Sense familia o abandonat per aquesta/dependència institucional
FORMULACIÓ DE IDEES		ESTAT D'ÀNIM			
1	Capacitat d'ideació adequada (elabora normalment el seu pensament).	1	Presenta humor estable.		
2	Elabora les seves idees de forma irregular; és lent o molt accelerat.	2	Algunes vegades es mostra inestable.		
3	A vegades es queda en blanc, fuga d'idees.	3	Alteració de l'ànim, depressió, inquietut, freqüents.		
4	Elabora idees amb una gran dificultat.	4	Alteració de l'ànim, irritabilitat, violència, agressivitat constants.		
5	Ideació extraña, deliri, incoherència o no es valorable.	5	No procedeix		
SENTITS					
VISIÓ		AUDICIÓ			
1	Veü bé amb o sense ulleres,	1	Sent bé inclós en grups (amb o sense prótesis)		
2	No veü bé, encara que porti ulleres o altres correccions	2	Sent bé en en converses si no hi ha excessiu soroll, porti prótesis o no.		
3	Es capaç de distingir figures i objectes, però ensopega amb obstacles	3	No sent bé malgrat porti prótesis o soalment senset bé quana se liparala molt de prop o molt fort		
4	Identifica il.luminacions pero no distingeix figures, etc.	4	Gairebé no li sent, només quan se li parla frontalment o a crits		
5	Cec	5	Sord completament.		

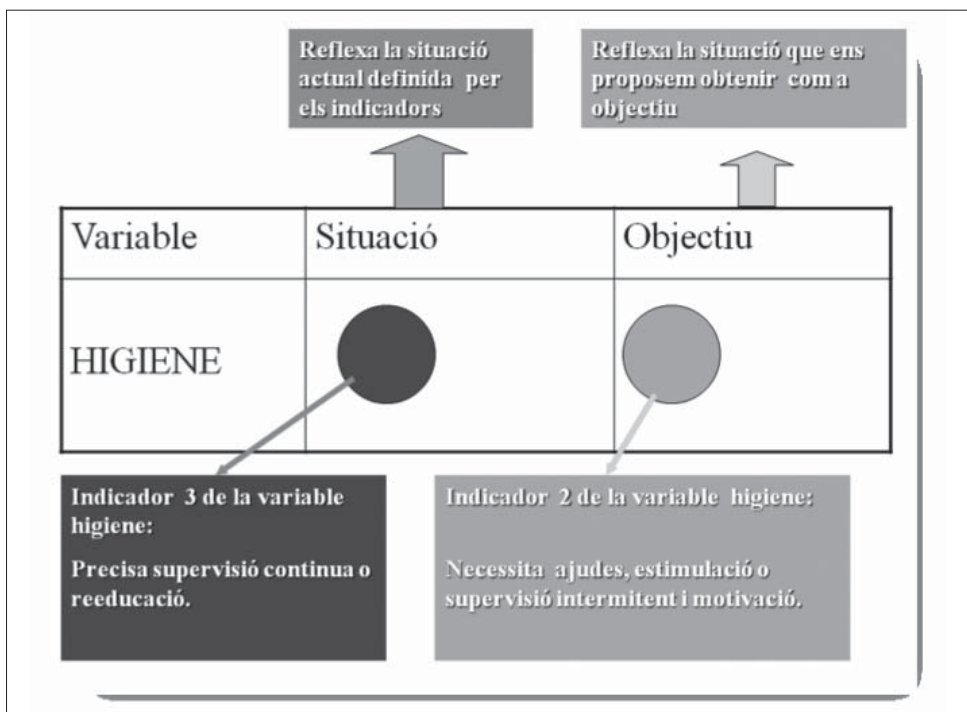
Cada variable ens permet marcar quina és la situació actual i definir l'objectiu que volem assolir, que pot ser de millora o de manteniment. Aquesta forma de valorar i definir objectius ens permet projectar estratègies i formes de definir un pla d'acció.

La valoració de les situacions ens permetria valorar fàcilment i de manera visual la situació d'una persona.

REGISTRO DE SITUACIÓN I OBJECTIUS Exemple																	
NOMBRE _____ HAB. _____ CAMA _____ Nº HISTORIA _____ INGRESO ____/____/_____ DIAGNÓSTICOS 1 _____ 2 _____																	
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			MOVILIDAD			FUNCIONES COGNITIVAS			SENTIDOS								
Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo	Variable	Situación	Objetivo						
VESTISE	<input type="radio"/>		EXTERIOR	<input checked="" type="radio"/>		LENGUAJE	<input type="radio"/>		VISION	<input checked="" type="radio"/>							
HIGIENE/	<input checked="" type="radio"/>		SEDESTACIÓN	<input type="radio"/>		COMPRENSIÓN	<input checked="" type="radio"/>		AUDICIÓN	<input checked="" type="radio"/>							
BAÑARSE/	<input type="radio"/>		USO DEL WC.	<input type="radio"/>		OR. TEMPORAL	<input type="radio"/>		RELACION SOCIAL								
ALIMENTACIÓN	<input checked="" type="radio"/>		ANDAR SOLO	<input checked="" type="radio"/>		OR. ESPACIAL	<input type="radio"/>					INTERÉS HACIA LA ACTIVIDAD	<input type="radio"/>				
INCONTINENCIA URINARIA	<input checked="" type="radio"/>		Caminar con Ay. Tec	<input type="radio"/>		MEMORIA	<input checked="" type="radio"/>		RELACIÓN/ INTEGRACIÓN	<input checked="" type="radio"/>							
INCONTINENCIA FECAL	<input type="radio"/>		SILLA DE RUEDAS	<input type="radio"/>		PERCEPCIÓN	<input type="radio"/>		FORMULACIÓN DE IDEAS	<input type="radio"/>							
SUEÑO	<input checked="" type="radio"/>		CAMA	<input type="radio"/>		ATENCIÓN	<input type="radio"/>		ESTADO DE ANIMO	<input type="radio"/>							
CODIGO COLORES																	
			1 = BLANCO			2 = VERDE			3 = AZUL			4 = AMARILLO			5 = ROJO		

Com podem deduir en aquesta valoració, podem veure fàcilment que aquesta persona té grans dificultats físiques (groc-vermell) i una autonomia moral i cognitiva alta. Podríem dir, doncs, que és una persona amb discapacitat física elevada.

El pas següent és definir objectius, que se situen a la casella dels objectius relacionats amb la situació descrita per a cada variable. Vegeu l'esquema següent:

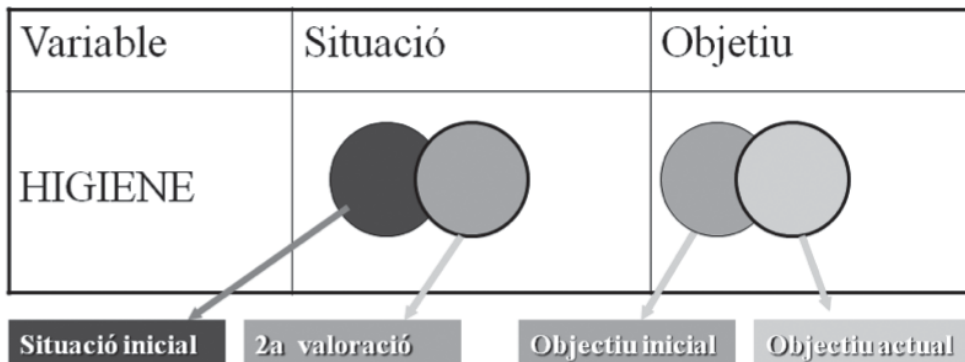


D'altra banda, es desenvolupa un full de planificació on s'anoten els objectius principals i les estratègies a seguir; també les responsabilitats pertinents a cada persona de l'equip, així com les activitats que es poden proposar.

Quadre de tasques

Objectius	Accions	Encàrrec- tasques	Avaluació
Entrenar les praxiès en higiene	Desenvolupar un programa de A.T. higiene	Terapeuta Ocupacional	Resultats al cap d'un més
Entrenar les praxiès en higiene	Seqüència d'activitat Higiene cada matí	Auxiliar a diari treballant la seqüència	Avaluar ABVD
Motivar	Reforç positiu al Programa	Auxiliar de referència e enfermera (a diari)	Avaluar grau de satisfacció
Motivar	Reforç positiu al Programa	Família i TS	Cada dia de visita - entrevista

Finalment, podem potenciar i avaluar el grau d'assoliment dels objectius i la planificació de nous reptes.



Una bateria d'instruments multidimensionals d'interès és en l'àmbit de la discapacitat: l'ICAP el CALS i ALSC. L'ICAP és un instrument que treballa les conductes adaptatives en l'àmbit de la discapacitat. Per tal de definir possibles conductes adaptatives, cal desenvolupar un procés d'avaluació que valori la diversitat de situacions des de les capacitats personals. L'ICAP, inventari per a la planificació de serveis i programació individual, és un instrument vàlid per

al seu desenvolupament. Per fer l'avaluació de la conducta i de les habilitats adaptatives, és gairebé impossible trobar un instrument que faci avaluacions normatives i segons els criteris de cada situació de discapacitat, a més connectant aquestes amb el disseny de programes individualitzats. Els professionals escullen una bateria d'instruments que empren en diferents moments del procés de valoració. La dificultat rau en el fet que els diversos instruments de valoració poden tenir algunes incoherències internes entre si en ser aplicades. L'ICAP neix amb la intenció de definir un instrument que permeti avaluar des de la perspectiva de l'aprenentatge i la definició de solucions aquesta situació.

Delfín Montero (1999)³⁸ ens defineix els tres instruments de la manera següent: "El sistema el componen tres instruments. Primer, l'ICAP – Inventari per a la planificació de serveis i programació individual (Bruininks i altres, 1986; Montero, 1996), una eina que entre altres coses permet realitzar avaluacions normatives de la conducta adaptativa i dels problemes de conducta. Segon, el CALS – Inventari de destreses adaptatives (Morreau Bruininks, 1991), que facilita avaluacions criterials. I, tercer, l'ALSC – Currículum de destreses adaptatives (Bruininks, Morreau, Gilman i Anderson, 1991) que fa un gran nombre de suggeriments per al disseny de programes i la intervenció. L'ICAP, el CALS i l'ALSC són tres eines conceptualment i estadísticament interconnectades.

És evident que la multidimensionalitat és un dels criteris que permet desenvolupar un procés d'avaluació continuada des de diverses dimensions de la persona. Montero ens defineix l'ICAP, "En essència, l'ICAP es compon d'un registre sistemàtic de dades rellevants sobre la persona atesa per un servei i de dos instruments normatius de mesura, un de conducta adaptativa i l'altre de problemes de conducta. L'ICAP és aplicable a persones de totes les edats i fonamentalment està pensat per ser utilitzat en persones amb discapacitats, encara que pot admetre un ús amb un altre tipus de poblacions, que de vegades s'exclouen de la categoria anterior, per exemple amb menors amb problemàtiques de marginació, gent gran, persones amb problemes de salut mental, etc.

Veiem, doncs, la definició com a registre sistemàtic que contempla dades personals (de diagnòstic, estat de salut, visió, etc.) i alhora l'ús d'instruments de mesura normalitzats que preveuen la utilització de tests de conducta adaptativa per mesurar destreses bàsiques per desenvolupar-se amb independència en el propi entorn de vida. Preveu quatre tipus d'escales: destreses socials i comunicatives, habilitats de la vida personal (AVD), destreses de vida a la co-

38. El sistema valoración – enseñanza - evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS y ALSCL. Ponència presentada a les III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad dentro del Simposio "Retos en la respuesta al retraso mental en la vida adulta: Formación, oportunidad-des y calidad de vida", Salamanca, 19 de març de 1999.

munitat (AIVD) i destreses motores (tant fines com gruixudes). Com podem deduir, aquesta valoració també es correlaciona amb les àrees de capacitat definides en el mòdul 2. L'ICAP és una prova relativament senzilla i ràpida (uns 20 minuts). Qualsevol professional pot emplenar l'ICAP (professors, educadors, treballadors socials, psicòlegs, etc.).

http://cefire.edu.gva.es/pluginfile.php/295169/mod_resource/content/1/ICAP%20CUADERNILLO%20APLICACI%C3%93N%20.pdf

Veurem ara la definició que Montero (1999) fa del CALS (inventari de destreses adaptatives): “El CALS (Checklist of Adaptive Living Skills, Morreau i Bruininks, 1991) complementa els usos de l'ICAP. El CALS és un instrument criterial compost de 814 destreses adaptatives, destinades a oferir una detallada avaluació de les habilitats necessàries perquè adults i nens, amb i sense discapacitats, es desenvolupin de forma autònoma en molt variats escenaris: educatius, residencials, laborals, la pròpia llar i altres entorns comunitaris.” Es desenvolupa un inventari de 814 destreses adaptatives que poden ser avaluades en quatre grans àrees: destreses de la vida personal, destreses de vida a la llar, destreses de vida a la comunitat i destreses laborals. Aquestes quatre grans àrees (els ítems estan disposats segons dificultat creixent) inclouen 24 mòduls de destreses.

Les valoracions definides en el CALS es transformen en propostes d'aprenentatge curricular en l'instrument ALSC currículum de destreses adaptatives, definint estratègies per al desenvolupament de processos d'autodeterminació.

Tabla 1. Estructura y contenido del calcs-Inventario de destrezas adaptativas y del Alsc-currículum de destrezas adaptativas

Areas	Módulos de Destrezas	Número de Elementos	
		(CALC) Unidades Enseñanza	(ALSC)
1.0 Destrezas de la Vida Personal	1.1 Socialización		33
	1.2 Comida		45
	1.3 Higiene y Presencia	33	
	1.4 Uso del Retrete		16
	1.5 Vestido		51
	1.6 Cuidado de la Salud	46	
	1.7 Sexualidad		18
2.0 Destrezas de la Vida en el Hogar	2.1 Cuidado de la Ropa	27	
	2.2 Planificación y Preparación de Comida	61	
	2.3 Limpieza y Organización del Hogar		47
	2.4 Mantenimiento del Hogar		26
3.0 Destrezas de la Vida en la Comunidad	2.5 Seguridad en el Hogar	44	
	2.6 Ocio en el Hogar		19
	3.1 Interacción Social		44
	3.2 Movilidad y Viajes		35
	3.3 Organización del Tiempo		23
	3.4 Manejo y Admón. del Dinero. Compras	55	
	3.5 Seguridad en la Comunidad	30	
3.6 Ocio Comunitario		20	
3.7 Participación en la Comunidad	56		
4.0 Destrezas Laborales	4.1 Búsqueda de Empleo	16	
	4.2 Conducta y Actitud ante el Empleo		30
	4.3 Relación con los Empleados	25	
	4.4 Seguridad en el Trabajo		14
Total			814

Font: Delfín Montero (1999)

3.2.3. Instruments d'observació en la vida quotidiana

3.2.3.1. Diari professional de camp

Un diari professional de camp és un registre d'esdeveniments, situacions, observacions del que passa en el nostre entorn professional. Amb el diari podem recollir informació amb diversos propòsits, com ara sistematitzar l'experiència, generar una visió objectiva a partir d'uns criteris d'observació de la realitat social, examinar de forma periòdica les pròpies suposicions i creences i avaluar els resultats de les accions i estratègies que estem desenvolupant.

En un diari de camp poden haver diverses formes de recollir la informació, com ara anotacions, mapes conceptuals, esquemes, reculls específics de frases dites pels usuaris, etc. És recomanable deixar sempre un espai per extreure'n les conclusions que ens permetin, amb posterioritat, fer una interpretació el màxim d'objectiva possible.

Un diari de camp persegueix algunes finalitats:

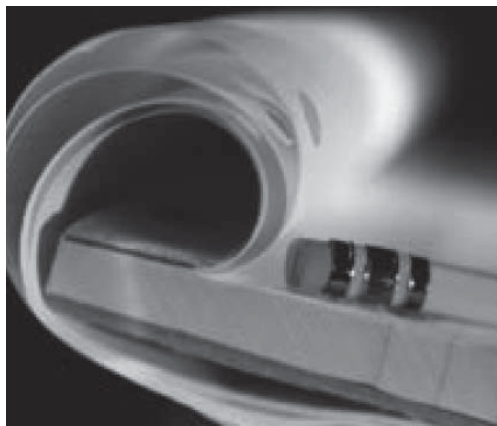
- Convertir-se en un document per al desenvolupament professional, que prevegi la capacitat de definir de manera objectiva el que s'observa i alhora poder fer-hi la reflexió professional adequada descrivint experiències des de l'òptica professional i poder reflexionar sobre aquestes.

- És una eina d'enregistrament del que s'ha desenvolupat; per tant, ens permet registrar accions, converses, fets que són objecte d'estudi i alhora, a partir de les dades enregistrades, elaborar informes i documents.

Un diari de camp ha de tenir un model estructural i estructurat, que ha de preveure les característiques comunes següents:

- a. Dades de recollida (dia, mes, any, horari).
- b. Activitats que hem desenvolupat, entrevistes, observacions, reunions, realització d'informes, gestions, etc.).
- c. Reflexions sobre el que fem, anotant les intuïcions i els elements que ens hagin cridat l'atenció.

El diari és una altra eina d'observació i valoració que ens permet un bona aproximació a la realitat que estem observant i avaluant.



Activitat 4 (mòdul 3)

Analitzeu els instruments de valoració següents, segons aquests criteris:

Instrument	Tipologia (unidimensional - multidimensional - observació)	Àrea d'avaluació (cognitiva - funcional - etc)	Que avalua específicament	Quina informació aporta en un PAI
Barthel				
Pfeiffer				
Tinetti				
Yesavague				
FAST de Reisberg				
CMBD				

3.2.4. Instruments de planificació**3.2.4.1. El treball en equip interdisciplinari (de la parcialització a la complementarietat)**

a) El treball en equip interdisciplinari (de la parcialització a la complementarietat). El treball en equip és una eina interdisciplinària necessària per poder desenvolupar una valoració i planificació adequades. La valoració en equip ens demana una voluntat d'aquest per poder definir processos d'acompanyament des de les necessitats de les persones i no solament des de la perspectiva i les necessitats dels professionals. La no-visió de les interdependències professionals i amb les persones usuàries, per part dels professionals que formen part d'un equip, ens poden portar sovint a la competència i competitivitat entre professions per tal de defensar el nostre espai professional.

Quan es dona aquest fet, ens apropem a una parcialització excessiva de la persona usuària en territoris professionals per tal de justificar el rol de professió en un àmbit de suport. S'arriba a esquarterar la persona en espais de professió, més que no pas a acompanyar-la en el seu projecte de vida personal.

La complementarietat professional rau en la necessitat de cooperar amb les altres professions per tal de donar una resposta adequada, no als objectius i a les expectatives de la professió, sinó als objectius i a les expectatives de la persona usuària. El treball en equip passa per despatrimonialitzar la "intervenció" professional des d'una visió interdisciplinària.

Podem entendre el treball interdisciplinari com un *espai de discussió* basat en el *diàleg*, en què la valoració integral i les accions de planificació són treballades des d'una perspectiva comuna i definint, des de l'equip, l'encàrrec a cada professional per tal d'assolir els objectius que cens haguem marcat, si és possible amb la mateixa persona usuària. Sense aquesta perspectiva d'equip, l'acompanyament no és possible, ni ètic.

Com s'evidencia, per tal d'assolir la finalitat de donar a la persona una atenció integral, personalitzada i de qualitat, és important que els professionals de les diferents disciplines treballin en un equip interdisciplinari. Les activitats de l'equip interdisciplinari es basen en la comunicació, amb l'aportació d'informació i d'opinions dels diferents professionals orientades a un objectiu comú, per tal d'oferir processos d'acompanyament integral i individualitzat, amb actuacions diferenciades i prioritzades d'acord amb les necessitats de les persones ateses.

Això implica per als professionals col·laboració, suport mutu, interrelació i participació en activitats conjuntes per aconseguir els objectius proposats, sense deixar d'assumir la responsabilitat pròpia de la professió, i la utilització d'unes tècniques i uns instruments d'avaluació comuns a totes les disciplines per poder partir d'un llenguatge comú.

Com a equip, ens hem de preguntar:

Què fem?

Els objectius de treball de l'equip interdisciplinari poden ser:

- Suport integral i individualitzat (adequació a les característiques de les persones i no en funció de les tasques habituals de cada disciplina).
- Seguiment de l'estat de la persona i adaptació continuada dels processos, segons les necessitats.
- Avaluació dels resultats.
- Unificació dels criteris per evitar la variabilitat en la pràctica.
- Coneixement mutu del treball de cada professional, per potenciar el treball en equip.

A més, l'equip pot establir línies d'actuació en els camps de la formació, la investigació, la informació i l'educació.

3.2.4.2. Dels plans d'atenció individualitzats - PAI als Plans personalitzats de recolzament o suport - PPA

En l'apartat dels instruments multidimensionals d'aquest mòdul fem referència als instruments individualitzats. El repte actual és passar de la planificació individualitzada a la personalització.

El PAI, en termes generals, pot ser definit des de l'estructuració següent: un programa individualitzat en els processos bàsics d'acollida, estada i comiat des d'un abordatge interdisciplinari. Es desenvolupa durant les primeres setmanes d'estada als centres o serveis. Els professionals observen l'evolució de l'usuari i el seu grau d'autonomia per a les accions de la vida quotidiana. Es realitza una valoració inicial de cada apartat durant la primera quinzena després de l'ingrés, amb el suport d'instruments de mesura.

S'obre un expedient personal amb les dades recopilades, en què consten:

- Dades personals.
- Nom i adreça de la família de referència (representant legal en cas d'incapacitació).
- Nom i adreça dels especialistes de referència (si escau).
- Calendari de visites mèdiques (si escau).
- Fotocòpia de la documentació d'assistència sanitària (pública o privada)
- Medicació habitual actualitzada.
- Contracte assistencial.
- Professional de referència.
- Altres elements.

El PAI conté informació sobre antecedents personals, familiars i socials de la persona: nivell d'estudis, tasques laborals que ha dut a terme, llocs on ha viscut, creences religioses, etc., i també centre o lloc de procedència i motiu de l'ingrés al servei.

En la redacció de l'informe s'ha d'assenyalar l'estat físic i psíquic que s'hagi percebut de l'usuari en aquests contactes previs, i també s'ha de valorar la seva capacitat per fer les tasques diàries. Seguidament cada professional realitza el procés de valoració a partir dels instruments de valoració de cada àrea, utilitzant els instruments validats de valoració de l'AVD i de l'estat cognitiu, social, etc.

Partint d'aquestes pautes de valoració, cada professional plantejarà objectius propis que el PAI ha de desenvolupar. Es considera que el PAI és correcte quan es realitza durant els primers 30 dies de servei i que conté la valoració de les àrees rellevants d'atenció (socials, funcionals i clíniques), els objectius i les activitats.

El PAI és un instrument que permet unificar la informació dels diferents professionals i proposar els objectius de treball individualitzat. Aquest pla d'atenció individualitzat es revisa anualment, i sempre que canvia la situació de la persona usuària, per tal d'establir una estructura organitzativa i operativa, compartint responsabilitats amb l'usuari i/o la família, oferint suport i establint estratègies conjuntes per assolir els objectius marcats. Ens permet aconseguir una atenció integral i personalitzada, permet reflectir, objectivar i plasmar de forma concreta les activitats per tal de prevenir, mantenir i/o millorar les necessitats detectades.

El PAI defineix els objectius socials, assistencials, terapèutics i rehabilitadors adequats a cada procés, i també l'assignació dels responsables de les actuacions, i comporta que les activitats de l'equip interdisciplinari es basin en la comunicació, amb l'aportació d'informació i d'opinions dels diferents professionals orientades a un objectiu comú: oferir processos d'acompanyament integrals i individualitzats, amb actuacions diferenciades i prioritzades d'acord amb les necessitats de la persona.

El PAI consta de les parts següents:

- a) Dades personals
- b) Dades socials
- c) Dades jurídiques
- d) Valoració social
- e) Programa de socialització
- f) Programa de promoció de l'autonomia
- g) Valoració mèdica i psiquiàtrica
- h) Valoració d'infermeria
- i) Valoració psicològica
- j) Valoració funcional
- k) Implicació familiar (valoració social, psicològica, educadora)
- l) Programa de treball que definirà els objectius i les activitats que es duran a terme

Es defineixen els objectius prioritaris en equip per a la seva adaptació. I preveu aspectes tan necessaris com els de treballar el PAI amb la família i la persona usuària desenvolupant les modificacions oportunes a aquest des de la potenciació de la presa de decisions, i un pla d'acció en què l'usuari i la família prenguin les seves responsabilitats.

3.2.4.3. El model de planificació des dels suports i els recursos personals. ELS PLANS PERSONALITZATS DE SUPORT (PPA)

El Govern asturià, en el document *De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración*³⁹ ens planteja un model de pla personalitzat de suport fonamentat en models teòrics de recollida.

Aquest document ens defineix el PPS com:

“Els plans personalitzats de suport són protocols individuals en què es recullen les diferents fases del procés individualitzat d'intervenció —disseny inicial, seguiments i revisions—, i es constitueix en una eina de treball bàsic per desenvolupar des d'aquest recurs una intervenció singularitzada dirigida a potenciar la independència i la integració social de cada persona.”

És important donar valor als objectius que persegueixen els PPS, ja que estan pensats per afavorir la independència i la integració social de cada persona. Aquest és potser el tret diferencial dels plans individualitzats, que comporten una visió de prestació d'atenció, mentre que els plans de suport es fonamenten en la definició de processos d'autodeterminació.

Segons el Govern asturià, l'elaboració de cada pla personalitzat de suport consta de les fases següents:⁴⁰

- Valoració inicial. La valoració individual inicial de la persona i el seu entorn es dirigeix a detectar les necessitats prioritàries i a proposar les línies generals d'intervenció que s'han de seguir per fomentar la integració social de la persona amb discapacitat. Cada nou usuari ha de disposar d'una valoració inicial prèvia, recollida en un protocol individual de valoració i orientació que conte aspectes tan importants com les característiques personals: funcionals, cognitives, aptitudinals, relacionals i d'actitud; es àrees principals objecte d'acompanyament i els programes els que s'han fonamentar pla personalitzat de suport des dels recursos específics. També preveu les pautes i els suports necessaris per afavorir la integració de la persona en els diferents contextos.

- Disseny del pla personalitzat de suport. Hem de complementar aquesta valoració inicial concretant quins són els programes del servei i la seva corresponent temporalització, en què es proposa que participi la persona. Caldrà definir les pautes personalitzades i els suports necessaris en els diferents contextos en què es desenvolupa la persona. Es fa necessària una figura professional de

39. *De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración*. Gobierno de Asturias (2002)

40. *Op. Cit.*

responsable del seguiment del pla personalitzat, i també la forma de seguiment i avaluació del pla personalitzat de suport.

- Un tercer pas és el consens del pla personalitzat de suport amb l'usuari. Aquest pla ha de ser consensuat amb la persona, que hi participa des del primer moment.

- Un altre pas és la informació i coordinació amb la família. La família ha de ser informada del PPS amb l'objectiu de propiciar formes de col·laboració per tal d'aconseguir actuacions complementàries i coordinades.

- Fruit dels acords presos amb, anterioritat es dóna el desenvolupament dels processos d'acompanyament que es fa un cop consensuat el PPA i es plategen la incorporació i les mesures de seguiment adients.

- Finalment, es defineix l'estratègia de seguiment i revisió del pla personalitzat de suport. Aquest seguiment ha de ser continuat i, com a mínim, s'ha de fer una revisió anual.

Podeu consultar una proposta de pla personalitzat de suport en l'enllaç següent:

http://tematico.asturias.es/websociales/documentos/de_los_centros_occupacionales_hacia_los_centros_de_apoyo_a_la_integracion.pdf
(pàg. 171-183).

Els PPS es fonamenten en les àrees de suport a la persona que van ser definides per l'AAMR⁴¹ i introduïdes per M. A. Verdugo, i que reproduïm literalment en les pàgines següents:

Els PPS es basen a desenvolupar processos d'autodeterminació des del treball de les àrees d'habilitats adaptatives. Aquestes són:

- *Comunicació*: Inclou habilitats com la capacitat de comprendre i d'expressar informació a través de conductes simbòliques (paraula parlada, paraula escrita/ortogràfica, símbols gràfics, llenguatge signat, sistema dactilològic) o conductes no simbòliques (expressió facial, moviment corporal, tocar, gestos). Exemples com comprendre i/o acceptar una petició, una emoció, una felicitació, un comentari, una protesta o una negativa.

- *Cura personal*: Habilitats relacionades amb la neteja, el menjar, el vestit, la higiene i l'aparença personals.

41. AAMR (Associació Americana de Retard Mental). Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad (Verdugo, 2003).

- *Habilitats de vida a la llar*: Relacionades amb el funcionament dins de la llar, que inclouen la cura de la roba, tasques de la llar, manteniment adequat, preparació d'àpats, planificació i pressupost de la compra, seguretat a la llar i planificació diària.

- *Habilitats socials*: Relacionades amb intercanvis socials amb altres persones, incloent-hi iniciar, mantenir i finalitzar una interacció amb altres; comprendre, respondre als indicis situacionals pertinents; reconèixer sentiments, regular la pròpia conducta, ajudar els altres, fer i mantenir amistats i amor; respondre a les demandes dels altres; adequar la conducta a les lleis; violar normes i lleis; mostrar un comportament sociosexual adequat.

- *Utilització de la comunitat*: Habilitats relacionades amb la utilització adequada dels recursos de la comunitat, que inclouen el transport o comprar en botigues i en grans magatzems i supermercats, i també habilitats associades, que inclouen el comportament en la comunitat, la comunicació de preferències i necessitats, interacció social i aplicació d'habilitats acadèmiques funcionals.

- *Autoregulació*: Habilitats relacionades amb triar, aprendre i seguir un horari; iniciar activitats adequades a la situació, les condicions, els horaris i els interessos personals; acabar les tasques necessàries o exigides, trobar ajuda quan ho necessitis, resoldre problemes en situacions familiars i noves, i demostrar una assertivitat adequada i habilitats d'autodefensa.

- *Salut i seguretat*: Habilitats relacionades amb el manteniment de la pròpia salut i alimentació, dinar, reconèixer quan s'està malalt, tractament i prevenció; primers auxilis, sexualitat, estat físic; consideracions bàsiques sobre seguretat (seguir les regles o lleis, utilitzar el cinturó de seguretat, creuar adequadament els carrers; interactuar amb desconeguts, demanar ajuda); revisions mèdiques i dentals regulars, i hàbits personals. Habilitats associades, que inclouen protegir-se de conductes criminals, utilitzar una conducta adequada en la comunitat, comunicar preferències i necessitats, participar en interaccions socials i aplicar habilitats acadèmiques funcionals.

- *Habilitats acadèmiques funcionals*: Habilitats cognitives i habilitats relacionades amb aprenentatges escolars, que també tenen una aplicació directa en la vida personal (escriptura, lectura, utilització pràctica dels conceptes matemàtics bàsics, conceptes bàsics de ciències en la mesura que aquests es relacionen amb el coneixement de l'entorn físic i la pròpia salut i sexualitat; geografia i estudis socials). És important destacar que aquesta àrea no se centra a aconseguir uns determinats nivells acadèmics, sinó més aviat a adquirir habilitats acadèmiques funcionals en termes de vida independent.

- *Oci*: Fa referència al desenvolupament d'interessos variats d'oci i recreatius (entreteniment individual i altres) que reflecteixin les preferències i les

eleccions personals i, si l'activitat es fa en públic, l'adaptació a les normes relacionades amb l'edat i la cultura. Inclou habilitats relacionades amb triar i seguir els interessos propis, utilitzar i gaudir de les possibilitats d'oci a la llar i la comunitat sol i amb altres, jugar socialment amb altres, finalitzar o rebutjar activitats d'oci i recreatives, ampliar la durada de la participació i augmentar el repertori d'interessos, amb coneixements i habilitats associats, que inclouen comportar-se adequadament en llocs d'oci i temps lliure, comunicar preferències i necessitats, i participar de la interacció social.

- *Treball*: Habilitats relacionades amb el fet de tenir una feina o feines a temps complet o parcial en la comunitat, en el sentit de mostrar habilitats laborals específiques, conducta social apropiada i habilitats relacionades amb el treball (finalitzar tasques; conèixer els horaris; habilitats per buscar ajuda, rebre crítiques i millorar destreses; servir els diners, localitzar recursos financers, i aplicar altres habilitats acadèmiques funcionals, i també habilitats relacionades amb el fet d'anar i tornar de la feina, preparar-se per treballar, mostrar control personal mentre s'és a la feina, interactuar amb els companys).

Com podem veure, els plans personalitzats de suport persegueixen la planificació des de la persona i en un procés d'empoderament. Cal, doncs, treballar de manera complementària els plans d'atenció individual i els plans personalitzats de suport per potenciar processos d'autonomia personal.

Activitat 5 (mòdul 3)

Analitza les similituds i diferències entre un PAI (pla d'atenció individual) i un PPR (pla personalitzat de recolzament)

Defineix els criteris de diferenciació en relació amb indicadors com:

- Participació de l'usuari i la família en el pla.
- Qui defineix els objectius.
- Qui desenvolupa les accions.
- Quina informació necessitem.
- Altres...

Capítol IV

Planificació centrada en la persona vs. planificació centrada en el sistema

L'instrument i qui el toca són una mateixa cosa, al servei de la música.

Narciso Yepes

Introducció mòdul 4

En aquest mòdul el plantejarem a partir de documents dels autors d'alguns dels conceptes dels models que fonamenten la perspectiva de l'acompanyament i el suport per davant de les propostes d'intervenció i atenció.

Primerament ens centrarem en diversos apropaments desenvolupats al voltant del concepte de planificació centrada en la persona (PCP). Tant des de les aportacions que es fan des de FEAPS en relació amb el model com des de les seves bases conceptuals i teòriques i les propostes d'aplicació que se'ns plantegen des de la perspectiva de la discapacitat intel·lectual.

Seguidament en endinsarem en els continguts del Dementia Care Mapping (DCM), desenvolupat per la Universitat de Bradford i treballat a l'Estat espanyol per Alzheimer Catalunya, i que planteja la mapificació i la planificació centrades en la persona aplicada a demències a partir d'una metodologia científicament validada. En darrer terme, analitzarem les propostes del model d'atenció geriàtrica centrada en la persona, desenvolupada per INGEMA – Matia Fundazioa (País Basc) i la seva autora Teresa Martínez, en un model aplicat a l'àmbit de la geriatria.

En segon lloc, també ens apropiem a la planificació centrada en la qualitat del sistema (PCS) i analitzarem les aportacions que es fan des de sistemes de gestió de la qualitat (ISO – EFQM – Joint Commission).

La tercera part d'aquest mòdul ens portarà a fer una lectura de la complementarietat entre la PCP i la PCS, avaluant la interrelació entre totes dues i la perspectiva de la necessitat que la planificació del sistema estigui plantejada en funció d'assolir els reptes de la planificació centrada en la persona i no a l'inrevés.

Per tal que aquests plantejaments siguin possibles, ens basarem en la definició de models de qualitat de vida i de dimensions que ens permeten conceptualitzar i definir què entenem avui per qualitat de vida percebuda per la persona, que està incidint de manera clara i concisa en els models d'acompanyament i autorealització.



4. Mòdul 4 . Planificació centrada vs. planificació centrada en el sistema

4.1. Planificació centrada en la persona

Tal com hem dit en la introducció del mòdul, analitzarem diversos apromaments al constructe de la planificació centrada en la persona proposant-vos una lectura guiada dels aspectes essencials de cada un dels models que tot seguit us presentem.

4.1.1. Model FEAPS⁴²

Primerament analitzarem el model de planificació centrada en la persona, que es defineix en el si de FEAPS. López Fraguas i altres (2004)⁴³ ens plantegen els conceptes bàsics de la PCP:

La expresión “Planificación Centrada en la Persona” remite a dos significados distintos en relación al término Persona: por una parte, como hemos señalado, se refiere a una metodología de planificación individualizada que se realiza desde el punto de vista de la persona cuya vida ayudamos a planificar, desde sus intereses, sus sueños, sus puntos de vista, su libertad... Pero, por otra parte, hace alusión a la idea de que en lo que nos hemos de centrar es en el ser persona. En este último sentido, la PCP es un tipo de apoyo cuya función es el desarrollo de la persona en cuanto persona, con otras palabras, es la herramienta imprescindible para ayudar a vivir una vida humana plena, en el sentido de una vida en la que no falte ninguna de las dimensiones esenciales de ser humano. Tal y como apunta Sennett, R. (2003), la Planificación Centrada en la Persona ayuda a evitar que la gente se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en una mera espectadora de sus necesidades y en consumidores del cuidado que se les dispensa. Además pone las condiciones para evitar que las personas sientan la particular falta de respeto que consiste en no ser vistos, en no ser tenidos en cuenta como auténticos seres humanos.

42. FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).

43. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión des de la pràctica”. *Siglo Cero* (vol 35, núm. 210, 2004)

En un primer moment, ens dóna la perspectiva de dos significats de persona. D'una banda, la persona com a element important d'un procés metodològic de planificació de processos d'acompanyament i de suport, i de l'altra, ser persona. Des d'aquesta doble perspectiva, ens defineix la PCP com un tipus de suport que té per objectiu el desenvolupament de l'individu com a persona, tenint en compte les dimensions de qualitat de vida, per poder viure amb plenitud. L'objectiu és clar: la persona ha de ser protagonista del seu procés i no ha de ser tractada com a consumidora-cremadora de recursos. El model de FE-APS basa la PCP des dels conceptes de qualitat de vida, i de l'autodeterminació (conceptes que aprofundirem en el punt 4.4 d'aquest mòdul). Aquesta fonamentació ens porta a la definició de la PCP en els termes següents (López Fraguas i altres, 2004):

Què és la PCP? La planificació centrada en la persona és una barreja d'ideologia i d'estratègia, i alhora és una metodologia que facilita que la persona prengui decisions sobre la seva pròpia vida basant-se en la seva història, les seves capacitats i els seus desigs, per tal d'identificar les expectatives pròpies i empoderar-se en les seves accions. López Fraguas diu que la PCP té com a objectiu principal "que la persona amb discapacitat tingui l'oportunitat de formular plans i metes que tinguin sentit per a ella, en negociació amb les persones més importants en la seva vida". Partint de la confiança en les relacions socials i definint aspectes de col·laboració permanent amb el seu cercle de suport tant natural (membres de la família, amics...) com professional.

L'autora segueix indicant que la PCP "contribueix a garantir el respecte per la dignitat de la persona, imaginar i identificar visions de futur positives i possibles basades en com vol viure i possibilitar canvis immediats en el seu estil de vida". L'autora conclou que "Per complir la finalitat anteriorment exposada, la PCP ha de ser flexible (perquè tenir un pla no implica tenir una rutina immo-dificable), possibilitadora de suports, coordinada i participativa (entre la família, professionals i diferents agents de l'entorn)". Es fa evident que som davant d'un paradigma centrat en els suports i els recursos personals, fonamentat en l'autodeterminació personal i que ha de permetre un procés personalitzat centrat en la persona com a ésser, a més d'un constructe metodològic.

López Fraguas i altres (2004) ens planteja alguns requisits per potenciar la PCP en els serveis que dirigim a les persones. Vegem-ho:

"Elements necessaris per desenvolupar la PCP:

- Preparació (cal decidir en el si de l'organització el procés d'implantació, valorar amb la persona amb discapacitat i amb membres significatius per a ella per dur-la a terme, recollir dades...).

- Avaluació comprensiva amb la persona (necessitats, punts forts i dèbils). Acordar el pla (objectius, forma d'aconseguir-los, responsabilitats i compromís). El que vol dir *implantar* (fer els compromisos adquirits per cada integrant de l'equip de PCP).
- Seguiment i revisió (és imprescindible fer una valoració de tot el procés procés, i de la satisfacció i dels avenços aconseguits per la persona).
- Quant a la durada, cal assenyalar que la PCP pot durar tota la vida o estar vinculada a un objectiu concret: transició a ocupació ordinària, habitatge fora de la llar familiar..."

S'evidencia, doncs, la PCP com un instrument molt vàlid per poder treballar la personalització.

Finalment, els autors d'aquest article ens plantegen la comparació entre la PCP i el que anomenen planificació individual clàssica (PIC).

López Fraguas ens defineix el sistema PIC des de la consideració següent: "Fins fa poc temps, els objectius i plans per a les persones amb discapacitat establien des de la perspectiva del que els professionals i les famílies creien que era millor per a la persona. A més estaven, i encara avui estan, condicionats més per la disponibilitat de serveis, organització i recursos d'aquests, que per les preferències individuals". Ens mostra una realitat pensada més des dels serveis, des dels professionals i l'entorn proper i poc centrada en la persona, fet pel qual la planificació centrada en la persona significa un canvi en la manera de planificar el suport a les persones perquè tinguin una vida millor, garantint el seu dret a l'autodeterminació i a ser protagonistes de les seves vides. A més, proposa una utilització més gran dels recursos comunitaris i de les xarxes naturals de suport.

En el dit article els autors tracten d'il·lustrar l'evolució i el canvi que ha representat passar de la planificació individual clàssica a la planificació centrada en la persona, tenint en compte que la segona incorpora valors de la primera i que cap de les dues metodologies, en la pràctica, es donen en estat pur, sinó que hi ha aspectes que es complementen.

Evolució de la planificació individual clàssica a la planificació centrada en la persona		
	Planificació individual clàssica	Planificació centrada en la persona
Percepció de la persona	La persona participa però no decideix La persona percep serveis	Subjecte actiu que decideix i que és autor de la seva pròpia vida Client
Valors i creences	Aprenentatge continu Paternalisme de l'expert Assoliment de l'autonomia Predomini de la tècnica El problema està en la persona	Satisfacció vital Orientació i respecte a la persona Autodeterminació Interdependència Predomini de l'ètica El problema està en l'entorn
Presa de decisions	El tècnic o professional	La persona amb Discapacitat i el seu grup de recolzament
Coneixements	Tècniques educatives i rehabilitadores, psicopedagogia, medicina	Relacions humanes, comunicació, gestió d'oportunitats en a la comunitat Coneixement de camps diversos (legals, màrqueting, ètica.
Metodologia	Elaborat per professionals, individualment o en equips multidisciplinaris i plantejat des de la planificació d'objectius operatius	Coordinada, participativa, i democràtica a partir del debat i la discussió, la negociació i el consens, Treball en xarxa.
Avaluació	Quantitativa i centrada en les habilitats assolides per les persones	Quantitativa i qualitativa, centrada sobretot en la idoneïtat dels recolzaments prestats en el compliment dels compromisos adquirits
Limitació	Disponibilitat de serveis específics	Preferències individuals, disponibilitat dels recursos comunitaris
Model de referència	Pedagògic - rehabilitador	De Qualitat de vida

Font: López Fraguas (2004)

Analitzant el quadre que se'ns proposa, fem evident que la planificació centrada en la persona dóna més empoderament a l'usuari, mentre que la planificació individualitzada clàssica posa el pes en la decisió i el comandament dels processos d'atenció en el professional i la seva perspectiva tècnica. Conceptes com afrontament ètic, grup de suport, preferències individuals, interdependència, etc. estan en el camp semàntic de la PCP i es contraposen a conceptes com objectius operatius, disponibilitat de serveis, tècnica, expertesa. La planificació centrada en la persona treballada per entitats com FEAPS comporta el desenvolupament de processos de mapificació de preferències, de mapes relacionals de persones de referència i de suport, del mapa de llocs personals, del mapa d'història personal i, per què no, del mapa d'esperances i d'il·lusions, i també el mapa de les pors i de les preocupacions personals.

4.1.2. Model DCM (Dementia Care Mapping)

El Dementia Care Mapping (DCM) és una eina desenvolupada per Kitwood i Kathleen a finals dels anys vuitanta per tal de determinar la qualitat d'atenció que rebien les persones amb demència per tal d'introduir pràctiques assistencials d'atenció basada en la persona. El 1992 El Grup de Demències de la Universitat de Bradford va començar a formar persones per fer ús d'aquest mètode, estès a més de 15 països. A l'Estat espanyol és Alzheimer Catalunya qui ha signat un conveni de col·laboració amb la Universitat i és la representant a Espanya d'aquest programa. Dawn Brocker⁴⁴ (2006) a "Dementia Care Mapping. Visión y resumen de la bibliografía de investigación". Com podem comprovar, Brocker ens presenta el DCM com una eina d'observació.

El DCM és una eina validada, treballada des de la perspectiva universitària i preveu principis de la planificació centrada en la persona, si bé en un model diferent del que planteja FEAPS en la seva perspectiva de treball.

Alzheimer Catalunya fonamenta el model DCM des de la PCP, plantejant algunes consideracions conceptuals que tot seguit analitzarem.

44. Dawn Brocker és catedràtica d'investigació i pràctica en demència per la Universitat de Bradford.

Què és l'atenció centrada en la persona? (Alzheimer Catalunya)

¿Qué es Dementia Care Mapping?

Dementia Care Mapping (DCM) (Bradford Dementia Group, 1997, 2005) es una herramienta observacional empleada desde 1992 en centros oficiales de atención a la demencia, tanto como instrumento para desarrollar una práctica de cuidados centrados en la persona como herramienta en la investigación de la calidad de vida. Se desarrolló a partir del trabajo pionero del fallecido catedrático Tom Kitwood acerca de cuidados centrados en la persona. En su último, *dementia reconsidered* (Demencia reconsiderada), Kitwood describió el DCM como:

El terme *atenció centrada en la persona* sovint s'utilitza en relació amb els serveis d'assistència. Com passa amb altres conceptes que s'utilitzen amb freqüència, hi ha una forta tendència a interpretar-lo de maneres diferents segons les persones i els contextos. Arran de converses amb treballadors, investigadors, persones que pateixen la malaltia i els seus familiars, queda clar que el concepte d'atenció centrada en la persona no és fàcil de captar ni d'articular d'una manera clara. Per a alguns significa atenció individualitzada, per a altres és una base de valors. Alguns professionals ho veuen com un reguitzell de tècniques per treballar amb persones que pateixen demència, mentre que per a altres és una perspectiva fenomenològica i un mitjà de comunicació. La definició d'atenció centrada en la persona no és fàcil.

Segons Alzheimer Catalunya (AC)⁴⁵ els fonaments del DCM es basen en l'atenció centrada en la persona definida des de la demència. Plantegen que la PCP és considerada des de diverses perspectives, des de l'atenció individualitzada, des dels valors, com un conjunt de tècniques o com a perspectiva fenomenològica.

AC proposa la conceptualització de la PCP des de la perspectiva descrita per Brooker (2009).⁴⁶

45. http://www.alzheimercatalunya.org/agenda_detalles.php?age=7

46. Adaptado de la guía: *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*. Dawn Brooker y Claire Surr. Alzheimer Catalunya Fundación, 2009.

Primero hay que respetar y valorar al individuo como miembro de pleno derecho de la sociedad. Hay que ver las personas con demencia como ciudadanos con todos sus derechos y cortar de raíz toda práctica discriminatoria hacia los que sufren demencia.

La PCP segons Alzheimer Catalunya plantegen com a FEAPS que la persona (amb demència o amb discapacitat intel·lectual) són membres de ple dret en la societat i no han de patir discriminació.

Segundo, hay que elaborar un plan de atención individualizado en sintonía con las necesidades cambiantes de las personas, con nuevos elementos de compensación y de reafirmación a medida que las discapacidades cognitivas aumentan.

Plantegen l'elaboració d'un pla individualitzat en sintonia amb les necessitats canviants a partir de treballar la reafirmació i la compensació. En aquest apartat la PCP en discapacitats i en persones amb demència plantegen la definició de plans individualitzats (AC) o personalitzats (FEAPS), si bé la planificació centrada en la persona en discapacitats va més enllà de la individualització per tal de potenciar la personalització, tenint en compte que es planteja com a metodologia per treballar processos d'autodeterminació.

Tercero hay que llegar a comprender la perspectiva de la persona que sufre demencia ¿Qué sentido les da esa persona a su situación?

La PCP des d'Alzheimer Catalunya planteja que cal comprendre la realitat de les persones amb demència, pensant en el sentit que té la vida per a les persones en aquesta situació específica.

Cuarto hay que ofrecer una psicología social de apoyo a fin de ayudar a las personas con demencia a vivir una vida en la que perciban un relativo bienestar

Finalment, se'ns indica que cal oferir dinàmiques de psicologia social de suport.

Com podem valorar a partir d'aquestes quatre consideracions de Broker (2009), AC defineix la planificació centrada en la persona com el programa VIPS, ja que evidentment l'acrònim ens porta a considerar les persones amb demència com a Very Important Person S

V = Valora les persones amb demència

I = Tracta la persona com a Individu

P = des de la Perspectiva de la persona amb demència

S = des de la Psicologia Social de suport

Quina és la dinàmica de funcionament del DCM?

Al web d'Alzheimer Catalunya trobem les següents consideracions:

“El DCM és tant una eina com un procés. L'eina la componen les observacions i els marcs de codificació, és a dir, les observacions, intenses i detallades en temps real al llarg d'un nombre específic d'hores, de persones afectades de demència i allotjades en entorns assistencials especialitzats. El procés, d'altra banda, és l'ús del DCM com a directriu en el desenvolupament d'una pràctica assistencial centrada en les persones: l'acurada preparació dels equips de gestió i de personal, la presentació dels resultats del mapa i la planificació d'actuacions per part de l'equip de personal sobre la base d'aquests resultats.”

http://www.alzheimercatalunya.org/agenda_detalles.php?age=7

Se'ns descriu com una eina des dels marcs de planificació i codificació a través de processos d'observació intensiva en temps real i com a procés de canvi cultural en els equips de treball, ja que mapificar les necessitats de cures des de l'observació i planificant segons necessitats individuals comporta una manera diferent d'afrontar l'atenció assistencial.

En la definició del model la pròpia entitat ens planteja el següent procés de l'eina DCM:

“Durant una avaluació amb DCM, un observador (el mapador) fa un seguiment continu de cinc persones amb demència (els participants) al llarg d'un període de temps representatiu (p. ex. sis hores durant el període de matí-tarda). El mapa es duu a terme en les àrees comunitàries del centre assistencial. Al final de cada període de temps de cinc minuts (un interval temporal), s'usen dos tipus

de codis per registrar allò que li ha succeït a cada individu. El Codi de Categories Conductuals (BCC) descriu un dels 23 dominis diferents de la conducta del participant que es pot haver produït. Els BCC se subdivideixen en aquelles conductes que es considera que tenen un impacte positiu sobre el benestar i aquelles amb un impacte negatiu.”

http://www.alzheimercatalunya.org/agenda_detalles.php?age=7

Per tant, el DCM proposa una metodologia d’observació de cinc persones amb demència durant sis hores en intervals de cinc minuts i en àrees comunes dels serveis. Després de l’observació durant cinc minuts el mapador (observador) registra categories conductuals d’impacte positiu i d’impacte negatiu (23 categories descrites).

El mapador també valora altres aspectes relacionats amb els afectes i la implicació de la persona participant per tal poder valorar i definir nivells de benestar. AC ho descriu de la manera següent:

“El mapador també ha de prendre una decisió per a cada interval temporal, basada en els indicadors conductuals, sobre l’estat de relatiu afecte i d’implicació experimentat per la persona amb demència, és el que es denomina Valor d’Ànim-Implicació (ME). Amb els valors ME es calcula una mitjana per a tot el període observat per tal d’obtenir la puntuació de Benestar/Malestar (WIB). Aquesta puntuació ens proporciona un índex de benestar relatiu per a un període de temps específic, per a un individu o per a un grup.”

http://www.alzheimercatalunya.org/agenda_detalles.php?age=7

En darrer terme es plantegen i mapifiquen els detractors personals i els potenciadors personal; es mapifiquen així les conductes del personal que potencien conductes positives i/o negatives.

“Els detractors personals (PD) i els potenciadors personals (PE) es registren cada vegada que es produeixen. Els Detractors Personals són conductes del personal que podrien resultar perjudicials per a la persona amb demència; es classifiquen i es codifiquen en funció del seu tipus i la seva severitat. Els Potenciadors Personals són conductes del personal considerades com a positives per a preservar la persona, es descriuen i es codifiquen en funció del tipus i el grau en què es considera que poden potenciar la persona.”

http://www.alzheimercatalunya.org/agenda_detalles.php?age=7

4.1.3. Model d'atenció geriàtrica centrada en la persona

Una altra perspectiva de la PCP ens ve donada pel que s'ha desenvolupat des de la perspectiva geriàtrica més enllà del treball amb persones amb demència. El treball desenvolupat per Maria Teresa Martínez (2011)⁴⁷ i INGEMA⁴⁸ (*La atención gerontològica centrada en la persona*, 2011)⁴⁹ ens planteja un nou apropament de la PCP des de l'àmbit de la geriatria (a partir d'ara l'anomenarem AGCP).

El primer concepte que ens defineix l'autora en relació amb l'AGCP és el concepte de dignitat. Dignitat inherent al concepte mateix de persona i que es fonamenta en el respecte. Martínez (2011) ho expressa d'aquesta manera: "L'atenció gerontològica centrada en la persona és un model d'atenció que assumeix, com a punt de partida, que la gent gran, com a éssers humans que són, mereixen ser tractats amb la mateixa consideració i el mateix respecte que qualsevol altra, des del reconeixement que totes les persones tenim la mateixa dignitat". Som, doncs, davant una definició de model que, igual que el DCM i la PCP, planteja la perspectiva de ciutadania i igualtat, i per tant de no-discriminació que es fonamenta en el concepte de dignitat personal.

Martínez (2011) basa l'AGCP des de dos conceptes importants, com són l'autonomia i la independència: "Respecte de l'atenció professional a les persones en situació de fragilitat o dependència, el tracte digne implica buscar la conjunció de les dues dimensions de la capacitat personal: l'autonomia i la independència". Totes dues configuren el tracte digne.

L'autonomia la defineix com el dret i la capacitat de controlar la pròpia vida, i per tant com a terme oposat a heteronomia. La independència com a desenvolupament en la vida quotidiana, i per tant com a terme oposat a dependència.

Tanmateix, i abans de definir l'AGCP, ens planteja què vol dir tracte digne:

47. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Complutense de Madrid. Diplomada en Gerontologia Social per la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia. Ha ocupat diversos càrrecs de responsabilitat a la Conselleria de Benestar Social del Govern del Principat d'Astúries. Durant 8 anys va ser cap de l'Àrea de Planificació i Programació, en l'àrea de gent gran i discapacitat. Ha estat directora general de Planificació i Qualitat de la Conselleria de benestar Social del Principat d'Astúries durant els anys 2007 i 2008. En l'actualitat exerceix de psicòloga a la Unitat de Recursos de Persones Grans de la Conselleria de Benestar Social i Habitatge del Govern del Principat d'Astúries.

48. Fundación Ingema, Grupo Matia. Polo Matia. Fundación Matia. Matiainnova.

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

“El tracte digne en l’atenció a la gent gran en situació de dependència es tradueix a buscar el màxim benefici terapèutic i la màxima independència i control de la vida quotidiana possibles, des del marc de l’atenció integral i de la qualitat de vida dels individus. I es concreta en aspectes de l’atenció quotidiana com:

- a) el benestar físic i emocional,
- b) el respecte i suport a les pròpies decisions i preferències en relació amb la vida quotidiana,
- c) la promoció de la independència des de la creació d’entorns físics i socials facilitadors,
- d) la protecció i garantia de la intimitat i la privacitat,
- e) la protecció de la pròpia identitat i la cura de la imatge personal,
- f) el foment de la inclusió social o
- g) el respecte a l’edat adulta.”

En aquesta definició trobem una declaració d’intencions que contempla dimensions de qualitat de vida en la persona definides per Schalock i Verdugo, i que abordarem al punt 4.4 d’aquest mòdul. No obstant això, l’AGCP planteja des de diversos condicionants com són l’entorn, el benestar físic i emocional, la presa de decisions, la intimitat i la privacitat i el fet d’estar inclòs en la societat. Com podem veure, la PCP i l’AGCP segueixen una mateixa perspectiva de model fonamentat en uns valors que han de permetre treballar la planificació centrada en la persona des de la perspectiva de la diversitat de situacions de fragilitat i vulnerabilitat social.

Martínez diu que la principal característica de l’AGCP és que qualsevol model que la treballi ha de reconèixer el paper central de la persona usuària en la seva atenció i, en conseqüència, ha de proposar estratègies perquè sigui ella mateixa qui realment exerceixi el control sobre els assumptes que l’afecten.

Finalment Martínez (2011) ens defineix l’AGCP amb el constructe conceptual següent:

“L’atenció gerontològica centrada en la persona pot ser definida com un enfocament de la intervenció, com una metodologia d’intervenció i, des d’una visió més àmplia, com un model d’atenció. L’Atenció Gerontològica Centrada en la Persona:

1. És un enfocament de l’atenció on la persona, des de la seva autodeterminació en relació a la seva qualitat de vida, és l’eix central de les intervencions professionals.

2. Com a metodologia, aporta un conjunt de tècniques i instruments que faciliten la intervenció personalitzada i orientada a la persona.
3. Com a model, partint del reconeixement de la dignitat de tot ésser humà, busca l'autodeterminació i la màxima independència possible de les persones grans en situació de fragilitat o dependència en el seu procés d'atenció, i així millorar la seva qualitat de vida i el seu benestar subjectiu."

Definides aquestes tres perspectives, l'autora opta per treballar l'AGCP com a model de treball, fet que fonamenta en quatre elements bàsics:

- a) Els principis rectors en referència a les persones, que orienten de forma genèrica els objectius dels processos d'acompanyament i els criteris tècnics.
- b) Les consideracions en què es concreten els principis rectors en relació amb els agents i contextos d'intervenció quotidiana.
- c) Les opcions metodològiques (estratègies, tècniques a instruments d'intervenció) d'acord amb els principis i consideracions).
- d) Les pautes i els continguts per a la bona praxi.

Estableix com a principis rectors:⁵⁰ la dignitat, la competència, l'autonomia, la participació, la integralitat, la independència, la individualitat, la inclusió social, el benestar i la continuïtat en l'atenció.

Estableix com a consideracions: l'atenció personalitzada des de l'autonomia i la independència; el que és privat, íntim i la confidencialitat; el que és propi, el que és significatiu, la quotidianitat.

Finalment, defineix els aspectes metodològics des de la perspectiva que proposa l'atenció gerontològica centrada en la persona, i que es fonamenta en praxis i mètodes capaços de potenciar processos d'acompanyament, que:

- "Demanen nous coneixements i competències professionals. Aporten una nova «manera de vida» en la pràctica professional, que requereix tant de competències professionals específiques i coneixements de cadascuna de les disciplines que intervenen en el procés d'intervenció gerontològica, com d'altres més transversals i comunes a tot l'equip que permetin a la persona usuària el màxim control possible del seu procés d'atenció i de la seva vida.
- Conformen un conjunt d'eines per fer-ne un ús flexible i sempre adaptat a cada persona. No proporciona una bateria estàndard per aplicar de manera sistemàtica a les persones usuàries. Es tracta d'un procés d'acompanyament o planificació continu i obert.

50. *Op. cit.* Pàg. 38-39

- Requereixen alta creativitat per part dels equips tècnics i els grups de suport creats. En moltes ocasions el més apropiat serà buscar idees i construir nous abordatges per arribar a implicar els participants. Els instruments que aquí es mostren són vies per aconseguir el reconeixement de la persona i la seva participació.

- Pretenen ser senzilles, operatives i properes. El seu principal objectiu és reconèixer i implicar la persona usuària i al grup. Per això és important que visualitzin bé el que volen mostrar i utilitzin un llenguatge comprensible allunyat de tecnicismes.

- No són instruments pensats per diagnosticar ni mesurar quantitativament els efectes de l'acompanyament, de manera que els requisits de fiabilitat i validesa perden importància. Això no és de cap manera incompatible amb la utilització d'altres que sí que requereixen el compliment d'aquestes condicions."

Com podem deduir, Martínez ens presenta una proposta propera a la definició desenvolupada per la PCP, que desglossa en diversos apartats metodològics que poden ser de gran utilitat en el desenvolupament de la tasca quotidiana en els serveis de geriatrica.

Primerament, ens proposa algunes idees per treballar l'autonomia i la independència des de l'aplicació del model, i reflexiona sobre si els entorns i la nostra manera de fer permeten el desenvolupament d'aquestes dues finalitats.

En un segon terme, emfatitza la importància de la intimitat, del dret a la intimitat, la confidencialitat, la importància de la gestió íntima de la informació, i de la imatge personal.

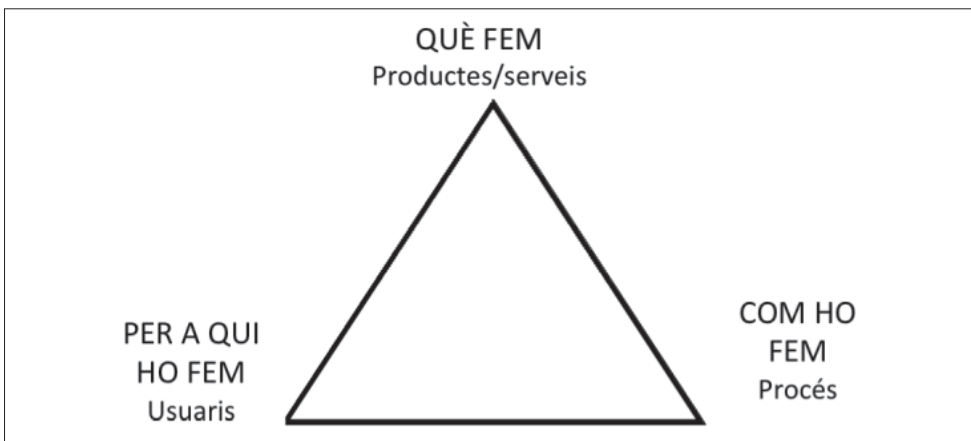
En un tercer apartat, ens planteja la idea de significativitat, la importància del que és significatiu. Ens proposa desenvolupar l'AGCP des de la construcció d'entorns significatius per a la persona.

Un quart punt bàsic és la inclusió de les famílies com a xarxa d'acompanyament i implicació. La planificació ha d'estar també centrada en la família i en la seva participació implicada i democràtica.

El darrer punt el dedica a la praxi de l'organització, que ha de passar de la planificació centrada en el sistema al fet que aquesta planificació estigui en funció de les necessitats de la persona i del desenvolupament d'entorns de vida que ofereixin qualitat personal.

4.2. Planificació centrada en el sistema. Models de qualitat en la gestió ISO – EFQM – Joint Commission

Podem definir la planificació centrada en el sistema (PCS) com el desenvolupament de sistemes de gestió de la qualitat: “Un sistema de gestió és un esquema general de processos i procediments que s’empren per garantir que l’organització realitza totes les tasques necessàries per assolir els seus objectius”. En la definició de qualitat hem de definir clarament què fem (és a dir, els productes o serveis que oferim), per a qui ho fem (persones externes i internes) i com ho fem (processos, protocols, accions), que ens permeten desenvolupar la nostra intervenció quotidiana des de la millora contínua.



Isabel Villanueva; Juan Sánchez; Óscar Pastor. Departament Sistemes Informàtics i Computació. Universitat Politècnica de València.

La PCS es fonamenta en el sistema de planificació individualitzada clàssica, definit ja per López Fraguas, i fixa un sistema individualitzat centrat en programes, protocols, registres i models de gestió que no tenen sentit si no és tan en funció de la qualitat de vida de la persona.

La planificació centrada en el sistema té els seus principis de qualitat, que es defineixen en els següents:

Quins són els principis de la qualitat?

- Organització enfocada a les persones o consecució de la plena satisfacció de les necessitats i expectatives de la persona (intern i extern).

- Lideratge que comporta un compromís total de la direcció i un lideratge actiu de tot l'equip.
- Compromís de tot el personal, que comporta la participació de tots els membres de l'organització i el foment del treball en equip.
- Enfocament a processos des de la identificació i gestió dels processos clau de l'organització, superant les barreres departamentals i estructurals.
- Enfocament del sistema cap a la gestió.
- Gestió de la millora contínua. Desenvolupament d'un procés de millora contínua en totes les activitats i els processos portats a terme a l'empresa (implantar la millora contínua té un principi però no un fi).
- Enfocament objectiu cap a la presa de decisions. Presa de decisions de gestió basada en dades i fets objectius, i domini del maneig de la informació.
- Involucració del proveïdor. Relacions mútuament beneficioses amb els proveïdors en el sistema de qualitat total de l'empresa, donat el paper fonamental d'aquest en la consecució de la qualitat en l'empresa.

La filosofia de la qualitat total proporciona una concepció global que fomenta la millora contínua en l'organització i la implicació de tots els seus membres, centrant-nos en la satisfacció tant de la persona interna com de l'externa. Podem definir aquesta filosofia de la manera següent:

1. Gestió (el cos directiu està totalment compromès)
2. de la qualitat (els requeriments de la persona són compresos i assumits exactament)
3. total (tot membre de l'organització està involucrat, fins i tot la persona i el proveïdor, quan això sigui possible).

Sistemes de qualitat i normes de qualitat. Des d'aquesta perspectiva apareixen sistemes de gestió de la qualitat fonamentats en el compliment de normes (que permeten normalitzar i assegurar qualitat) o en processos de desenvolupament d'experiències d'excel·lència. En l'actualitat es donen diversos models de gestió de la qualitat, com ara ISO, EFQM i Joint Commission.

Certificat ISO

Els certificats ISO 9001/2008 són un reconeixement que a l'entitat realment li interessa el resultat de la seva feina, i l'acceptació i satisfacció que aquest genera en la persona. Els certificats es concedeixen si es compleixen els requisits

determinats per la norma i la companyia de certificació. És garantia de qualitat. Temporalment, en principi cada any, les empreses es veuen sotmeses a una auditoria per part de l'empresa de certificació. En la qual se li exigeixen els més alts nivells d'honoradesa, serietat, fiabilitat i experiència. Aquesta auditoria exigeix una millora dels resultats respecte de l'auditoria anterior; per tant, és un requisit indispensable per renovar el certificat haver millorat la qualitat del servei. La norma ISO 9001 és una bona forma de millorar el resultat final de l'organització, sense incórrer en elevats costos mitjançant el control de l'acció interna sobre l'organització i components de l'entitat. Es basa en el cicle Deming, que és utilitzat entre altres coses per a la millora contínua de la qualitat dins de l'entitat. El cicle consisteix en una seqüència lògica de quatre passos repetits que s'han de dur a terme consecutivament.



Deming planteja un dels mètodes d'execució de millora continua en què nosaltres basarem el nostre treball. El cercle de Deming, també conegut com a cicle PDCA (Plan – Do – Check – Act), estableix unes etapes o fases que cal dur a terme per tal de fer una millora contínua de la qualitat.⁵¹

Planificar: és a dir, establir els objectius de millora, detallar els resultats esperats i identificar els punts de mesura.

Fer: aplicar solucions i documentar les accions realitzades.

Verificar: verificar els canvis que s'hagin fet i obtenir retroalimentació.

Actuar: és a dir, fer els ajustos necessaris, aplicar noves millores i documentar-les.

51. El cicle PDCA, també conegut com a “cercle de Deming o cercle de Gabo” (d'Edwards Deming), és una estratègia de millora contínua de la qualitat en quatre passos, basada en un concepte ideat per Walter A. Shewhart. També es denomina espiral de millora contínua. És molt utilitzat pels sistemes de gestió de qualitat (SGC).

Passos que cal seguir per implantar la ISO 9001 (PCS)

Identificar el persona i els requisits que concreten el servei per a aquesta. Per a això cal establir un nivell de qualitat mínim a partir d'estàndards, tenir processos de control eficaços, identificats, planificats i documentats, i desenvolupar un sistema de previsió d'errors: no conformitats, reclamacions, indicadors, accions correctores i preventives.

Altres elements són els de definir un pla de comunicació interna i un pla de formació en qualitat. La ISO s'implementa a partir de la definició d'indicadors de qualitat, amb propostes de mesura d'aquests i l'adaptació dels resultats en la consecució dels objectius.

La metodologia emprada en el procés d'implantació d'un sistema de gestió de qualitat ISO 9001 que es pot seguir consta de les etapes de treball:

- Pas 1. Diagnòstic inicial: identificar quins són els processos principals, analitzar quines són les polítiques de qualitat, establir quines són les necessitats de formació, analitzar la disponibilitat de recursos i definir indicadors.
- Pas 2. Establiment del pla de desenvolupament del sistema de gestió de qualitat: que demana elaborar un cronograma de treball, constituir l'organització necessària per dur a terme la implantació del sistema de gestió de qualitat definint tasques i responsabilitats.
- Pas 3. Elaboració de la documentació del sistema de gestió de qualitat: definint un manual de qualitat (amb la política i els objectius de qualitat) i el mapa de processos, amb les seves interrelacions, procediments del sistema de gestió de qualitat i normativa interna i externa.
- Pas 4. Implantació del sistema de gestió de qualitat: que es fonamenta a executar el que estableix el pla de desenvolupament, aplicar el que estableixen els procediments, revisar l'aparició de noves tasques. I el resultat d'aquesta fase serà la posada en marxa del sistema.
- Pas 5. Revisió i auditoria. Un cop posat en marxa el sistema de gestió de qualitat, se n'ha de fer el seguiment i l'avaluació. Això ens permetrà comprovar el grau de compliment real que tenim en l'organització de les polítiques i els procediments que hem establert, i introduir els ajustos i les modificacions necessaris per al seu funcionament correcte (retroalimentació del sistema).
- Pas 6. Certificació. Un cop tinguem el sistema de gestió de qualitat implantat en la nostra organització, podem optar, si ho considerem bo per a la nostra organització, per certificar-lo.

El model europeu d'excel·lència (EFQM)

El model europeu d'excel·lència (EFQM) va més enllà de la ISO i planteja criteris d'excel·lència que permeten involucrar de manera més implicada els usuaris i professionals en els processos de millora contínua. Consta de dues parts:

- Un conjunt de criteris d'excel·lència que inclouen totes les àrees del funcionament de l'organització.
- Un conjunt de regles per avaluar el comportament de l'organització en cada criteri.

Criteris d'excel·lència

Hi ha dos grups de criteris:

- Els agents facilitadors (criteris de l'1 al 5) són aspectes del sistema de gestió de l'organització. Són les causes dels resultats.
- Els resultats (criteris del 6 al 9) representen el que l'organització aconsegueix per a cada un dels seus actors (persones, empleats, societat i inversors).

Per a cada grup de criteris hi ha un conjunt de regles d'avaluació basades en l'anomenada "lògica REDER":

Criteris dels agents facilitadors (de l'1 al 5)

Aquest grup de criteris rep el nom d'*agents*. Representen el conjunt d'activitats de l'organització. Hi examinem sistemàticament tot el que l'organització fa i, sobretot, com ho fa i com ho gestiona.

Criteri de lideratge (1)

El lideratge es valora mitjançant quatre subcriteris:

1. Qui dirigeix treballa la missió, els valors i els principis.
2. Els líders s'hi impliquen, estimulen i asseguren el desenvolupament, la implementació i la millora contínua del seu sistema de gestió.

3. Els líders s'impliquen a atendre de la millor manera.
4. Els líders fomenten la motivació i qualificació del seu personal.

Criteri de política i estratègia (2)

1. La planificació a mitjà i a llarg termini té en compte la política i l'estratègia per donar una resposta eficient a les necessitats i expectatives.
2. La política i l'estratègia es basen en la informació derivada del coneixement, l'estudi i la mesura dels indicadors.
3. La política i l'estratègia es desenvolupen en coherència amb els valors i objectius de l'organització.
4. La política i l'estratègia són desplegades mitjançant un control dels processos clau.
5. La política i l'estratègia es comuniquen, es transmeten de la manera més apropiada, s'implanten i s'avaluen.

Criteri de personal (3)

El principal actiu de tota organització són les persones que la integren. L'empresa ha de facilitar el desenvolupament professional dels seus membres i ha de gestionar tota la informació relativa al nivell de satisfacció dels treballadors. Els cinc subcriteris que avaluen la gestió de personal són:

1. Els recursos humans estan planificats i gestionats sobre la base dels seus valors ètics.
2. El coneixement i les competències del personal estan identificats.
3. Les persones donen suport a un comportament creatiu i assumeixen responsabilitats per a la millora dels processos.
4. La comunicació entre les persones és eficaç i es realitza per mitjà de canals adequats.
5. Es reconeixen els èxits a les persones o als equips. Es fomenta la implicació.

Criteri d'aliances i recursos (4)

El nucli de la gestió. L'empresa ha de gestionar recursos materials, tecnològics i financers, capital intel·lectual, prestigi, cultura organitzacional, etc. Els cinc subcriteris que cal considerar són:

1. Aliances amb grups que comparteixen la línia, compartint la informació i creant valor a través dels coneixements.
2. Els recursos econòmics i financers es gestionen de manera eficient, s'avaluen les inversions i s'estudien els resultats.
3. Els materials, equips i edificis es gestionen per optimitzar-ne la utilització i conservació.
4. S'optimitza la tecnologia existent en el procés de millora.
5. La informació i el coneixement es recullen, s'estructuren, es gestionen i s'incrementen de manera compartida, propiciant la innovació i creativitat.

Criteri de processos (5)

La gestió adequada s'ha de basar fonamentalment en la seqüència d'accions que van afegint valor al servei, i no en les funcions que ocupen en l'organització. S'identifiquen els processos clau, es potencien i s'estableixen objectius de millora, i es desenvolupa un sistema de gestió orientat a la generació de valor en totes les etapes, assegurant que els productes i serveis compleixen els requisits establerts. També s'ha de verificar periòdicament l'efectivitat del sistema adoptat.

Criteris de resultat (criteris del 6 al 9)

Els resultats han de mostrar tendències positives, s'han de comparar favorablement amb els objectius propis i amb els resultats d'altres organitzacions, han d'estar causats pels enfocaments dels agents i incloure totes les àrees rellevants. Per millorar, cal conèixer de primer la situació actual, i per a això és útil tenir una guia que ens porti a examinar de manera sistemàtica tots els aspectes i "criteris" del funcionament de l'organització.

Criteri de resultats de les persones (8)

L'organització s'ha d'adreçar a satisfer les necessitats de les persones usuàries; per tant, oferirà un producte/servei de qualitat que es diferenciï tant com es pugui de la resta d'ofertes, proporcionant la informació prèvia necessària i fent un seguiment dels serveis associats que afegeixen valor i produeixen satisfacció, seguretat i garantia de salut. Els èxits assolits en les persones avaluen a través de l'opinió que tenen els persones i del rendiment de la imatge.

Criteri de resultats del personal (7)

Els èxits assolits per l'organització tenen una forta dependència amb la identificació de les persones amb les línies que segueix l'empresa. Els resultats seran satisfactoris si sintonitzen amb els seus valors, si hi ha motivació i comunicació fluida, si hi ha un clima de confiança i assumeixen responsabilitats, i si hi ha una preocupació per la seguretat i salut de les persones, a fi d'obtenir un clima de treball adequat.

Criteri de resultats en la societat (8)

Les entitats no són organitzacions independents, sinó que estan immerses en un entorn social en què ha de fomentar uns valors que estiguin en concordança amb el medi social i natural. A més de vetllar pel personal i les seves persones, també ha d'adquirir compromisos davant d'una gestió sostenible que no comprometi els recursos naturals, minimitzant l'impacte ambiental dels processos desenvolupats i donant suport al benestar de la comunitat.

Criteri de rendiment final de l'organització (9)

El sistema està orientat, tal com s'ha esmentat, cap als resultats, i són aspectes de gran interès identificar els resultats clau per a la consecució dels objectius amb els màxims rendiments, satisfent les expectatives creades i generant benefici a tots els nivells.

Atenció centrada en la persona: un antecedent, la Joint Commission

La Joint Commission, pel fet de ser un model que promou la millora de les organitzacions, té una destacada acceptació internacional i ha demostrat una gran rigorositat tècnica, tant en l'elaboració dels estàndards com en el procés d'avaluació de les organitzacions.

Objectius de la Joint Commission. El seu objectiu és confirmar el compliment d'uns estàndards que, consensuats internacionalment, es refereixen als aspectes que són essencials per prestar una assistència de qualitat a l'usuari sociosanitari en una organització segura, eficaç i ben gestionada. Plantegen:

Estàndards centrats en la persona:

- Accessibilitat i continuïtat de l'atenció
- Drets de la persona i de la seva família
- Avaluació de la persona
- Atenció i suport a la persona
- Educació de la persona i de la seva família.

Estàndards centrats en l'organització:

- Gestió i millora de la qualitat
- Prevenció i control de la infecció
- Òrgans de govern, lideratge i decisió
- Gestió i seguretat de les instal·lacions
- Formació i qualificació del personal
- Gestió de la informació

Estàndards de qualitat: estàndards centrats en la persona:

• Accessibilitat i continuïtat de l'atenció (ACA). Una organització ha de considerar l'atenció que es presta com a part d'un sistema integrat de serveis, de professionals i de nivells que configuren la continuïtat de l'atenció. L'objectiu és adaptar correctament les necessitats d'atenció de la persona als serveis, coordinar els serveis facilitats a la persona dins de l'organització i planificar l'alta i el seguiment. La conseqüència d'una continuïtat adequada de l'atenció és la millora dels resultats de salut i la utilització més eficient dels recursos disponibles.

• Drets de la persona i de la seva família (DPF). Cada persona és diferent i té les seves pròpies necessitats, caràcter, valors i creences. Les organitzacions treballen per establir una comunicació oberta i de confiança amb les persones, i entendre i protegir cada un dels valors culturals, psicosocials i espirituals de la persona. Els resultats de l'atenció a la persona milloren quan aquesta i, si cal, la seva família o els que prenen decisions en nom seu, participen en les decisions d'atenció i en els processos de manera que s'ajustin a les seves expectatives culturals.

• Avaluació de la persona (EDP). Un procés eficaç d'avaluació de la persona es basa en decisions cap a la necessitat de tractament la continuïtat. L'avaluació de la persona és un procés continu i dinàmic que té lloc en molts serveis. L'avaluació de la persona és adequada quan es tenen en compte l'estat de la per-

sona, la seva edat, les necessitats de salut i les seves preferències o peticions, fet que s'aconsegueix quan els diferents professionals treballen conjuntament.

- Atenció a la persona (AAP). El propòsit principal d'una organització és el suport i l'atenció a la persona. Facilitar la millor atenció i suport en un centre que doni suport i respongui a les necessitats específiques de cada persona requereix un nivell de planificació i coordinació elevat.

- Educació de la persona i de la seva família (EPF). L'educació de la persona i de la família ajuda a millorar la seva participació en l'atenció i també a prendre decisions informades. Una educació eficaç s'inicia amb l'avaluació de les necessitats d'aprenentatge de la persona i de la família. Aquesta avaluació determina no solament el que cal aprendre, sinó també la millor manera d'obtenir aquest aprenentatge.

Estàndards de gestió de l'organització:

- Gestió i millora de la qualitat (GMC). La gestió i millora de la qualitat són elements cabdals, que inclouen els processos següents: dissenyar correctament nous processos de gestió, monitoritzar el funcionament correcte dels processos mitjançant la recopilació d'indicadors, analitzar les dades i implementar i mantenir canvis que derivin en millores.

- Prevenció i control de la infecció (CIN). L'objectiu del programa de vigilància, prevenció i control de la infecció és identificar i reduir els riscos de transmissió de la infecció entre les persones, el personal, tècnics, treballadors, voluntaris, estudiants i visites.

- Òrgans de govern, lideratge i direcció (GLD). Els processos de suport excel·lents requereixen d'un lideratge eficaç. Cada organització ha d'identificar aquests individus i implicar-los per garantir que l'organització és un recurs eficaç i eficient per a la comunitat i les seves persones.

- Gestió i seguretat de les instal·lacions (GSI)

Les instal·lacions han de ser segures, funcionals i de suport per a persones i les seves famílies, per al personal i per als visitants. Hem de potenciar que els entorns siguin empoderadors.

- Formació i qualificacions del personal (FCP)

Una organització necessita una varietat adequada de professionals qualificats i capacitats per complir la seva tasca diària i dur a terme els processos de suport i donar resposta a les necessitats de les persones. La captació, selecció i contractació de personal es realitza a partir d'haver documentat les capacitats, els coneixements, la formació i l'experiència laboral prèvia del sol·licitant.

- Gestió de la informació (GIN)

L'atenció a la persona és un procés que depèn molt de la informació. Igual que els recursos humans, materials i financers, la informació és un recurs que han de gestionar de manera eficient els líders de l'organització. Cada organització persegueix obtenir, gestionar i utilitzar informació per millorar els resultats de les persones i l'actuació individual i global de l'organització.

Com podem veure, els models de planificació centrats en el sistema són eines valuoses per poder definir de manera clara com gestionem un centre i com assolim els objectius que com a entitat ens proposem. Però, aquesta planificació, si no aconsegueix que la gestió estigui en funció de donar qualitat de vida a les persones usuàries, pot demostrar molt bona gestió però “desenfocada”, ja que no incideix en la persona.

4.3. Interrelació de la PCP amb la PCS

Des de la perspectiva treballada en aquest mòdul, podem valorar la interrelació de la planificació centrada en la persona i la planificació centrada en el sistema. Totes dues són es complementen entre si. Tal com hem fet evident, la PCS només té sentit si està en funció de la millora de la PCP en el centre. Les millores en el sistema han de tenir la seva traducció, indefugible, en la qualitat de vida de la persona.

Vegem com ho expressa Teresa Martínez (2011) en el seu llibre, en el quadre següent:

Modelos centrados en la persona	Modelos centrados en el servicio
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables.	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos de PCP para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.
Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas.	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente.
Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.	Mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.	Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.
Utilizan un lenguaje familiar y claro	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

* Algunas características de los modelos de atención, según estén centrados en la persona o en el servicio. Resumido y adaptado de Sevilla J; Abellán R; Herrera G; Pardo C; Casas X; Fernández R (2009). Font: Martínez (2011)

Martínez ens contraposa els models centrats en la persona als models centrats en el servei. Indefugiblement, cal canviar la prioritat dels serveis d'atenció per la prioritat dels processos de suport. Si donem més valor al suport, estarem treballant més les capacitats i habilitats que no pas els dèficits; des de la PCP treballarem més la presa de decisions personals i no donarem tant pes a les decisions professionals, que són inherents a la planificació centrada en el sistema. La PCP permet treballar estils de vida desitjables, mentre que el sistema sovint està pla de la planificació des de programes que limiten opcions als serveis que es preveuen en el sistema. De fet, la PCP promou que els serveis s'adaptin a les persones i la PCS que les persones s'adaptin als sistemes. La PCP se centra en la qualitat de vida i la PCS, en la cobertura de places dels recursos que s'ofereixen. Com podem veure, totes dues realitats són complementaries i cal trobar l'equilibri per tal que l'excel·lència del sistema generi qualitat de vida en els processos de les persones.

4.4. Models Qualitat de vida Dimensions de qualitat de vida

Els conceptes que hem treballat en aquest mòdul es fonamenten en el concepte de qualitat de vida. Què és la qualitat de vida? Segons l'OMS,⁵² la qualitat de vida és "la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de la cultura i del sistema de valors en els quals viu i en relació amb les seves expectatives, les seves normes, les seves inquietuds. Es tracta d'un concepte molt ampli que està influït de manera complexa per la salut física del subjecte, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així com la seva relació amb els elements essencials del seu entorn". Trobem relacional aquest concepte amb *el lloc de vida* en un *entorn social i cultural* concret que té els seus valors morals, amb les *expectatives pròpies*, per tant personals, amb la *salut física i psíquica*, amb les *relacions socials*, i amb la *independència personal*.

Com podem veure, aquests indicadors es valoren des de la percepció personal d'assoliment de la satisfacció de les pròpies expectatives.

4.4.1. Dimensions de qualitat de vida en la persona (Verdugo)

Des d'aquesta perspectiva de l'OMS, els autors Schalock i Verdugo ens plantegen vuit dimensions de qualitat de vida en la persona.

52. Organizacio Mundial de la Salut. WHO (World Health Organisation).

- Dimensió de benestar emocional, que té en compte sentiments com la satisfacció, tant a nivell personal i vital; el concepte de si mateix, a partir dels sentiments de seguretat-inseguretat i de capacitat-incapacitat, i l'absència d'estrès, i conté aspectes relacionats amb la motivació, l'humor, el comportament, l'ansietat i la depressió.

- Dimensió de benestar material, que preveu aspectes de capacitat econòmica, estalvis i aspectes materials suficients que permetin una vida confortable, saludable i satisfactòria.

- Dimensió de benestar físic, que té en compte els aspectes de la salut preventiva, de la salut general, del dolor, la medicació i com aquests incideixen en l'estat personal i permeten dur una activitat normal. El benestar físic permet desenvolupar activitats de la vida diària des de les capacitats i es veu facilitat amb ajudes tècniques si es necessiten. També té a veure amb les situacions de confort.

- Dimensió de desenvolupament personal, que té en compte les competències i habilitats socials, la utilitat social, la participació en l'elaboració del propi PPA. L'aprofitament d'oportunitats de desenvolupament personal i aprenentatge de noves o la possibilitat d'integrar-se al món laboral amb motivació i desenvolupament de les competències personals, la conducta adaptativa i el desenvolupament d'estratègies de comunicació.

- Dimensió de relacions personals a partir de la interacció i el manteniment de relacions de proximitat (participar en activitats, tenir amics estables, bona relació amb la família), i si manifesta sentir-se estimat per les persones importants a partir de contactes socials positius i gratificants.

- Dimensió d'inclusió social, valorant si hi ha rebuig i discriminació per part dels altres. Podem valorar a partir de saber si la llista d'amics és àmplia o limitada, o si utilitza entorns d'oci comunitaris. La inclusió es pot mesurar des de la participació i l'accessibilitat, que permet trencar barreres físiques que dificulten la integració social.

- Dimensió de la defensa dels drets, que preveu el dret a la intimitat, el dret al respecte mesurable des del tracte rebut en el seu entorn i a no ser discriminat per cap causa.

- Dimensió d'autodeterminació, que es fonamenta en el projecte de vida personal, en la possibilitat de triar, de tenir opcions. Hi apareixen les metes i els valors; les preferències, els objectius i els interessos personals. Aquests aspectes faciliten la presa de decisions i permeten que la persona tingui l'opció de defensar idees i opinions. L'autonomia personal, com a dret fonamental que té cada ser, permet organitzar la pròpia vida i prendre decisions sobre temes de pròpia incumbència.

López Fraguas (2004)⁵³ ens diu que la qualitat de vida es fonamenta en la dimensió de la defensa dels drets personals, que són inherents a la ciutadania. Aquests drets passen per mantenir les dimensions de benestar físic i emocional (salut física i psíquica, segons l'OMS) i el benestar material —que et permet viure en entorns de vida i habitatge sense dificultats (OMS). D'altra banda, entén la qualitat de vida en un entorn social i cultural (OMS), que comporta les dimensions de relacions interpersonals i inclusió social, per tal d'arribar, a través de la dimensió de desenvolupament personal, a l'autodeterminació.



Font. López Fraguas (2004)

53. *Op. cit.*

En resum

Taula 1. Dimensions i indicadors principals de Qualitat de vida

DIMENSIONS	INDICADORS
1. Benestar físic	<i>Salut, activitats de la vida diària, atenció sanitària, oci</i>
2. Benestar emocional	<i>Satisfacció, autoconcepte, absència d'estrès</i>
3. Relacions interpersonals	<i>Interaccions, relacions, suports</i>
4. Inclusió social	<i>Integració i participació en la comunitat, rols comunitaris, suports socials</i>
5. Desenvolupament personal	<i>Educació, competència personal, execució</i>
6. Benestar material	<i>Estatut econòmic, feina, habitatge</i>
7. Autodeterminació	<i>Autonomia/control personal, metes/valors personals, eleccions</i>
8. Drets	<i>Drets humans, drets legals</i>

Font: Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials de Catalunya (Generalitat – INICO 2008)⁵⁴

Aquestes vuit dimensions han servit perquè puguem utilitzar diverses escales de qualitat de vida en l'àmbit dels serveis socials. A Catalunya, Verdugo va desenvolupar, juntament amb el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, l'escala Gencat.

4.4.2. Escala gencat

L'escala Gencat s'ha treballat a Catalunya des de la perspectiva global dels serveis socials a partir de la creació de grups focals definits per àmbits "d'intervenció" (gent gran, salut mental, discapacitat, drogoaddicció, etc.). Del treball dels grups focals es defineixen les vuit dimensions esmentades amb anterioritat i que són indicadors genèrics per a cada una.

Què és l'escala Gencat? En l'informe 2008 se'ns diu: "La construcció de l'escala GENCAT forma part del Pla de qualitat de l'Institut Català d'Assistència i Ser-

54. Font: Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials de Catalunya (Generalitat - INICO 2008), Verdugo i altres.

veis Socials (ICASS) de Catalunya. La seva creació s'ha pensat per aplicar el concepte de qualitat de vida (model de Schalock i Verdugo, 2002/2003, en premsa) als serveis socials de Catalunya. L'ús de l'escala pretén servir com a instrument per a la millora contínua dels serveis socials procurant que siguin més personalitzats i adequats a les necessitats actuals i futures de les persones usuàries."⁵⁵

Els objectius de l'escala Gencat són:

1. Desenvolupar una escala d'avaluació objectiva de la qualitat de vida específica per a Catalunya i desenvolupada mitjançant el consens d'indicadors entre els principals agents implicats en aquesta comunitat.
2. Aplicar l'instrument d'avaluació a una mostra representativa de persones usuàries dels serveis socials prestats per l'ICASS a Catalunya.
3. Analitzar les propietats psicomètriques de l'instrument en termes de validesa i fiabilitat.
4. Extreure conclusions de l'aplicació de l'instrument i aportar orientacions per a incloure-les en el Pla de millora de la qualitat de l'ICASS.

De fet, l'escala es construeix mitjançant el consens d'indicadors específics per a cada dimensió de qualitat de vida personal. De la revisió de la literatura i del desenvolupament de grups focals es va arribar a plantejar 39 indicadors i 106 ítems que van ser analitzats per grups d'experts per avaluar-ne la idoneïtat per ser desenvolupats com a instrument de mesura de qualitat de vida. El resultat del projecte és una escala de valoració d'ítems en les vuit dimensions plantejades, i els estudis de tot el procediment científic que la pròpia Generalitat recull en sis documents que ens mostren:

- 1) Fonamentació teòrica de l'escala
- 2) Formulari Gencat
- 3) Apèndix de valoració de l'escala Gencat
- 4) Informe dels jutges del procés
- 5) Gràfics dels informes dels jutges
- 6) Informe sobre el treball desenvolupat en els grups focals

Aquesta informació, la podem trobar en la pàgina següent de l'ICASS: "escala Gencat". Els indicadors definits en l'escala Gencat són els següents:

55. *Op cit.*, pàg. 29.

<http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematics/Serveis%20socials/15escalagencatinforme08/2008EscalaGencat1.pdf>

BENESTAR EMOCIONAL		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
1	Es mostra satisfet/a amb la seva vida present.	4	3	2	1
2	Presenta símptomes de depressió.	1	2	3	4
3	Està alegre i de bon humor.	4	3	2	1
4	Mostra sentiments d'incapacitat o inseguretat.	1	2	3	4
5	Presenta símptomes d'ansietat.	1	2	3	4
6	Es mostra satisfet/a amb si mateix/a.	4	3	2	1
7	Té problemes de comportament.	1	2	3	4
8	Es mostra motivat/ada a l'hora de realitzar algun tipus d'activitat.	4	3	2	1
Puntuació directa TOTAL					_____

RELACIONS INTERPERSONALS

		Sempre o gairebé sempre	Frequent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
9	Fa activitats que li agraden amb altres persones.	4	3	2	1
10	Manté amb la seva família la relació que desitja.	4	3	2	1
11	Es queixa de la falta d'amics/figures estables.	1	2	3	4
12	Valora negativament les seves relacions d'amistat.	1	2	3	4
13	Manifesta sentir-se infravalorat/ada per la seva família.	1	2	3	4
14	Té dificultats per iniciar una relació de parella.	1	2	3	4
15	Manté una bona relació amb els seus companys i companyes de treball.	4	3	2	1
16	Manifesta sentir-se estimat/ada per les persones que són importants per a ell/a.	4	3	2	1
17	La majoria de les persones amb qui interactua tenen una condició similar a la seva.	1	2	3	4
18	Té una vida sexual satisfactòria	4	3	2	1

Puntuació directa TOTAL _____

ÍTEM 15: si la persona no treballa, valoreu la seva relació amb els companys del centre.

ÍTEM 17: tenen discapacitat, són persones grans, van ser o són drogodependents, problemes de salut mental, etc.

DESENVOLUPAMENT PERSONAL

		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
27	Mostra dificultat per adaptar-se a les situacions que se li presenten.	1	2	3	4
28	Té accés a noves tecnologies (Internet, telèfon mòbil, etc.).	4	3	2	1
29	El treball que exerceix li permet aprendre habilitats noves.	4	3	2	1
30	Mostra dificultats per resoldre amb eficàcia els problemes que se li plantegen.	1	2	3	4
31	Desenvolupa el seu treball de manera competent i responsable.	4	3	2	1
32	El servei al qual acudeix pren en consideració el seu desenvolupament personal i l'aprenentatge d'habilitats noves.	4	3	2	1
33	Participa en l'elaboració del seu programa individual.	4	3	2	1
34	Es mostra desmotivada en el seu treball.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL					_____

ÍTEMS 29, 31 i 34: si la persona no treballa, valoreu si les activitats que fa al centre li permeten aprendre habilitats noves, si fa aquestes activitats de manera competent i responsable, i si es mostra desmotivada/ada quan les fa.

BENESTAR MATERIAL		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
19	El lloc on viu li impedeix portar un estil de vida saludable (sorolls, fums, foscor, ventilació escassa, desperfectes, inaccessibilitat, etc.).	1	2	3	4
20	El lloc on treballa compleix les normes de seguretat.	4	3	2	1
21	Disposa del béns materials que necessita.	4	3	2	1
22	Es mostra descontent/a amb el lloc on viu.	1	2	3	4
23	El lloc on viu està net.	4	3	2	1
24	Disposa dels recursos econòmics necessaris per cobrir les seves necessitats bàsiques.	4	3	2	1
25	Els seus ingressos són insuficients per permetre-li accedir a capritxos.	1	2	3	4
26	El lloc on viu està adaptat a les seves necessitats.	4	3	2	1
Puntuació directa TOTAL					_____

ÍTEM 20: si la persona no treballa, valoreu la seguretat del centre.

BENESTAR FÍSIC		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
35	Té problemes de son.	1	2	3	4
36	Disposa d'ajudes tècniques si les necessita.	4	3	2	1
37	Els seus hàbits d'alimentació són saludables.	4	3	2	1
38	El seu estat de salut li permet portar una activitat normal.	4	3	2	1
39	Té una bona higiene personal.	4	3	2	1
40	En el servei al qual acudeix se supervisa la medicació que pren.	4	3	2	1
41	Els seus problemes de salut li produeixen dolor i malestar.	1	2	3	4
42	Té dificultats d'accés a recursos d'atenció sanitària (atenció preventiva, general, a domicili, hospitalària, etc.).	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL					_____

ÍTEM 36: si no necessita ajudes tècniques, valoreu si en disposaria en el cas que arribés a necessitar-les.

ÍTEM 39: es pregunta si la persona va polida o no; no importa que faci la higiene personal per si mateixa o que compti amb suports per fer-la.

ÍTEM 40: si la persona no pren cap medicació, marqueu l'opció que considereu més adequada si la prengué. Es refereix a si es revisa periòdicament l'adequació de la medicació.

ÍTEM 41: si la persona no té problemes de salut, marqueu "Mai o gairebé mai".

AUTODETERMINACIÓ

		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
43	Té fites, objectius i interessos personals.	4	3	2	1
44	Escull com passar el seu temps lliure.	4	3	2	1
45	En el servei al qual acudeix tenen en compte les seves preferències.	4	3	2	1
46	Defensa les seves idees i opinions.	4	3	2	1
47	Altres persones decideixen sobre la seva vida personal.	1	2	3	4
48	Altres persones decideixen com gastar els seus diners.	1	2	3	4
49	Altres persones decideixen l'hora a la qual va a dormir.	1	2	3	4
50	Organitza la seva pròpia vida.	4	3	2	1
51	Escull amb qui viure.	4	3	2	1

Puntuació directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 i 50: en el cas de persones amb drogodependències, valreu si les seves metes, objectius i interessos són adequats, si elegeix activitats adequades per passar el seu temps lliure i si organitza la seva pròpia vida de manera adequada.
Amb *adequats* ens referim que no tingui relació amb el consum de drogues.

INCLUSIÓ SOCIAL		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
52	Utilitza entorns comunitaris (piscines públiques, cinemes, teatres, museus, biblioteques, etc.).	4	3	2	1
53	La seva família li dona suport quan ho necessita.	4	3	2	1
54	Existeixen barreres físiques, culturals o socials que dificulten la seva inclusió social.	1	2	3	4
55	Li manquen els suports necessaris per participar activament en la vida de la seva comunitat.	1	2	3	4
56	Els seus amics/igues li donen suport quan ho necessita.	4	3	2	1
57	El servei al qual acudeix fomenta la seva participació en diverses activitats en la comunitat.	4	3	2	1
58	Els seus amics/igues es limiten als que assisteixen al mateix servei.	1	2	3	4
59	És rebutjat/ada o discriminat/ada pels altres.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL					_____

DRETS		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
60	La seva família vulnera la seva intimitat (llegeix la seva correspondència, entra sense trucar a la porta, etc.).	1	2	3	4
61	En el seu entorn és tractat/ada amb respecte.	4	3	2	1
62	Disposa d'informació sobre els seus drets fonamentals com a ciutadà/ana.	4	3	2	1
63	Mostra dificultats per defensar els seus drets quan aquests són violats.	1	2	3	4
64	En el servei al qual acudeix es respecta la seva intimitat.	4	3	2	1
65	En el servei al qual acudeix es respecten les seves possessions i el seu dret a la propietat.	4	3	2	1
66	Té limitat algun dret legal (ciutadania, vot, processos legals, respecte a les seves creences, valors, etc.).	1	2	3	4
67	En el servei al qual acudeix es respecten i defensen els seus drets (confidencialitat, informació sobre els seus drets com a usuari/ària, etc.).	4	3	2	1
68	El servei respecta la privacitat de la informació.	4	3	2	1
69	Pateix situacions d'explotació, violència o abusos.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL					_____

L'escala Gencat preveu 69 indicadors, que poden servir per a qualsevol dels àmbits dels serveis socials. L'escala Gencat té, però, la problemàtica de no ser prou específica per valorar alguns sectors concrets de població. Tal com estan relacionats alguns ítems que defineixen la situació en el lloc de treball o la sexualitat, no són observables ni valorables per a un àmbit com el de gent gran. Fruit d'aquesta realitat, Verdugo desenvolupa, a partir de la feina feta amb l'escala Gencat, l'escala FUMAT, pròpia de l'àmbit geriàtric, juntament amb INGEMA, al País Basc.

4.4.3. Escala FUMAT

L'escala FUMAT és una escala d'avaluació de la qualitat de vida en les persones grans. Seguint la mateixa metodologia de l'escala Gencat, desenvolupa uns indicadors més específics. Aquesta escala es presenta des de la perspectiva següent:

Fitxa tècnica

Nom	Escala FUMAT
Autors	Miguel Ángel Verdugo Alonso Laura Elisabet Gómez Sánchez Benito Arias Martínez
Objectiu	Avaluació objectiva de la qualitat de vida d'usuaris de serveis socials.
Àmbit d'aplicació	Adults a partir de 18 anys
Informadors	Professionals dels serveis socials que coneguin la persona des de fa com a mínim tres mesos
Administració	Individual
Validació	Institut Universitari d'Integració en la Comunitat (INICO). Universitat de Salamanca
Duració	10 minuts, aproximadament
Significació	Avaluació objectiva de la qualitat de vida (benestar emocional, benestar físic, benestar material, relacions interpersonals, inclusió social, desenvolupament personal, autodeterminació i drets
Finalitat	Identificar el perfil de qualitat de vida d'una persona per a la realització de plans individualitzats de suport i proporcionar una mesura fiable per a la supervisió dels progressos i els resultats dels plans.
Barem	Puntuacions estàndard (M = 10; DT = 3) de cada dimensió de qualitat de vida, percentils i índex de qualitat de vida
Material	Manual i quadern d'anotació

La definició de l'escala FUMAT es planteja des de les consideracions següents:

“El objetivo general de esta investigación ha consistido en construir una escala de Calidad de Vida aplicable a personas mayores y personas con discapacidad como una estrategia para evaluar y mejorar la calidad de sus servicios, programas y apoyos. “

“La selección de los indicadores de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida se llevó a cabo básicamente a partir de las investigaciones descritas en la Fundamentación Teórica. A partir de ella, se seleccionaron aquellos indicadores que los autores consideraron más relevantes para la evaluación de personas mayores y los extraídos de una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre la calidad de vida de las personas mayores y las personas con discapacidad con el objetivo de identificar otros posibles indicadores que fueran relevantes para estos colectivos. El resultado fueron 158 ítems que evaluaban distintos indicadores, organizados en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida (Schallock i Verdugo, 2002/2003).”⁵⁶

El resultat és una escala molt similar a l'escala Gencat, que redueix a 57 els 69 indicadors definits en la primera, que és més global, i que per tant discrimina millor les necessitats en persones grans i persones amb discapacitat. Així com no es donen canvis en els indicadors de benestar emocional, sí que en els ítems de relacions personals hi ha una reducció de i formulació directe de diversos, que passa de 10 a 6 i aporta algunes propostes centrades més en la realitat de la institucionalització, la dificultat de tenir xarxes socials i de suport, etc. També en els ítems de benestar material hi ha alguna reducció d'un ítem, a causa del fet que s'agrupen algunes de les característiques que en l'escala Gencat es valoraven separadament, mentre que a l'escala FUMAT es valoren de manera conjunta (la condició del lloc de vida). Pel que fa a l'apartat de desenvolupament personal, es donen alguns canvis en el redactat, que s'adeqüen més a la situació sociosanitària i per a la gent gran, encara que desenvolupin les mateixes temàtiques adaptades a la realitat que cada situació preveu. Pel que fa al benestar físic, es dóna una reducció de dos ítems, alhora que s'expressen amb un redactat diferent que preveu situacions específiques de la realitat de les persones grans que no es preveien de la mateixa manera en l'escala Gencat. Pel que fa a la dimensió d'autodeterminació, desapareix l'ítem de “Viu amb qui vol viure”, i alhora els ítems es reformulen des dels criteris d'adaptació esmentats abans. Finalment, pel que fa a la inclusió social i als drets, hi ha una simplificació d'algunes qüestions que s'adaptin a les situacions personals.

56. Escala Fumat http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf. Verdugo i altres, 2009. INICO - INGEMA

Totes dues escales ens permeten fer un apropament molt exhaustiu sobre la qualitat de vida de la persona des de les dimensions esmentades.

4.4.4. Dimensions de qualitat de vida en la família (Turnbull)

Finalment les dimensions de qualitat de vida familiar descrites per Turnbull ens permeten també fer un apropament a la qualitat de vida de les persones que formen part de la xarxa social de la persona usuària. Les dimensions que les famílies han assenyalat com a essencials per tenir una vida de qualitat són:

- Benestar emocional. Se centra en l'impacte de la situació de dependència en el context familiar. Es pretén conèixer com es troben les famílies tenint en compte els sentiments, les preocupacions i les inquietuds derivades de la convivència i cura de la persona o del desenvolupament.
- Interacció familiar. Es refereix a la qualitat de les relacions existents entre els diferents membres de la família (suport, respecte i confiança mútua, el fet d'estar units, etc.), i fins a quin punt la presència del familiar amb dependència condiciona aquesta relació.
- La dimensió de la salut. Explora l'estat de salut física i mental dels membres de la família en relació amb la presència del familiar en situació o risc de dependència.
- Benestar econòmic. Explora el grau d'acord de les famílies en relació amb quins recursos econòmics i materials necessiten i de quins disposen per a l'atenció del familiar amb dependència que garanteixin la satisfacció de les necessitats bàsiques de la família, la seguretat, l'adaptació i la confortabilitat.
- Organització i habilitats parentals. Es refereix a les funcions i responsabilitats dels familiars, relacionades amb la cura, l'atenció i el suport.
- Acomodació de la família. Es refereix al grau d'acord de les famílies pel que fa a aspectes relacionats amb l'acceptació i l'adaptació de la família a la dependència del seu familiar. Inclou les accions que fan tots els membres de la família dirigides a gestionar les qüestions emocionals o pràctiques associades a la dependència en el dia a dia.
- Inclusió i participació. Fa referència a les relacions socials de la família i el familiar amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament, a les oportunitats que tenen de participar en organitzacions i activitats amb altres persones de la comunitat, al grau en què participen i a la satisfacció que n'obtenen.

Com podem veure, la majoria de dimensions es repeteixen en la família i la persona usuària; si bé la família valora també dimensions com la interacció familiar, el repartiment i l'organització familiars i el grau d'acceptació de les situacions que sobrevenen en la realitat quotidiana.

Aquests instruments que ens permeten conceptualitzar la qualitat de vida des de la personalització i la PCP ens porten a tenir uns referents normatius, teòrics i de model que després fonamenten les accions de suport i atenció que desenvolupem en els processos d'acompanyament des de l'educació social.

Activitat 6 (mòdul 4)

Analitzeu els següents referents de model segons el quadre que se us proposa i relacioneu-los amb les dimensions de qualitat de vida de Schalock i Verdugo i amb els indicadors de qualitat de vida definits en les escales Gencat i FUMAT.

Model	Punts forts	Relació amb les dimensions de qualitat de vida S&V	Relació amb indicadors de l'escala Gencat-FUMAT
PCP (planificació centrada en la persona)			
DCM (Dementia Care Mapping)			
Model d'atenció geriàtrica centrada en la persona			
Planificació centrada en el sistema			

Capítol V

Planificant processos des de la complexitat

*Viure significar seguir existint. Cada dia és una victòria
que sento com un triomf a la vida.*

Fratz Fanon

Introducció al mòdul

Des de la perspectiva del suport i l'acompanyament en processos d'atenció a la persona, ens trobem davant un espectre d'alta complexitat. És important gestionar-la des de les diverses dimensions. En l'actualitat els processos d'acompanyament i suport a les persones es mouen en un context complex, en què convergeixen una multitud de variables professionals, de serveis que en moments de dificultat són fins i tots contradictoris, ja que perseguim l'autodeterminació però sovint es dissenyen polítiques i serveis públics encaminats només a prestar atencions. Aquesta complexitat imposa la necessitat d'intervenció coordinada de diversos professionals per a la resolució de les problemàtiques que es plantegen, i alhora s'han de tenir en compte moltes dimensions en la persona (dimensions de qualitat de vida personal, familiar, professional, dimensions d'integració social...). En aquest sentit, el concepte de transversalitat pren rellevància com la necessitat que com a professionals de l'educació social siguem capaços d'incorporar diferents eines i estratègies que permetin respondre a les expectatives generant valor.

Els nous models de suport i acompanyament són eminentment basats en la pràctica. No obstant això, aquesta pràctica quotidiana té els seus referents en fonaments normatius, teòrics i d'investigació i recerca. Sovint la pràctica, el punt més pragmàtic dels processos d'acompanyament, queda diluïda en la invisibilitat si no està justificada des de perspectives definides per polítiques socials, des de models teòrics desenvolupats en l'àmbit filosòfic i associatiu, i des de processos d'implementació dels models definits com a reflexió teòrica i que sovint són fruit d'estudis encaminats a validar les evidències de funcionament de models específics.

Polítiques socials, normatives, models de qualitat i projectes validats d'investigació-acció es tradueixen en una realitat aplicable en la pràctica diària, que és la que rep la persona usuària com a procés d'acompanyament en el seu itinerari cap a l'autonomia personal. En aquest mòdul analitzarem quines són les polítiques socials des dels diversos àmbits (internacionals, estatals i autonòmics), i alhora analitzarem els models de referència que ens plantegen la implementació d'estratègies centrades en la qualitat de vida i en la planificació centrada en la persona. Prioritàriament, centrarem l'atenció en projectes de bones pràctiques i en experiències de referència que ens transportaran de la utopia a l'inèdit viable, com deia Paulo Freire. Analitzarem estratègies, que fins no fa gaire temps eren impensables en els sistemes de serveis socials. Experiències desenvolupades, per tant *realitzades* i *realitzables*, amb els condicionants propis de cada entorn, però que faciliten processos d'aprenentatge i sinèrgies. Analitzar bones pràctiques ens portarà a plantejar-nos el sentit de les propostes que plantegem en els processos d'acompanyament. Tota proposta pràctica ha de tenir sentit i utilitat per a la persona usuària, que és qui ha de menar, si en té la capacitat, les regnes de les decisions pròpies. En aquest mòdul cercarem el sentit dels processos d'acompanyament a partir d'una reflexió fonamentada en l'ètica professional.



5. Planificant processos des de la complexitat

5.1. La multidimensionalitat dels processos de recolzament

La multidimensionalitat ens ve definida des d'un possible marc de fonamentació dels processos de suport i atenció, i això ens porta a plantejar el conjunt de coneixements sobre la base de quatre aspectes essencials:

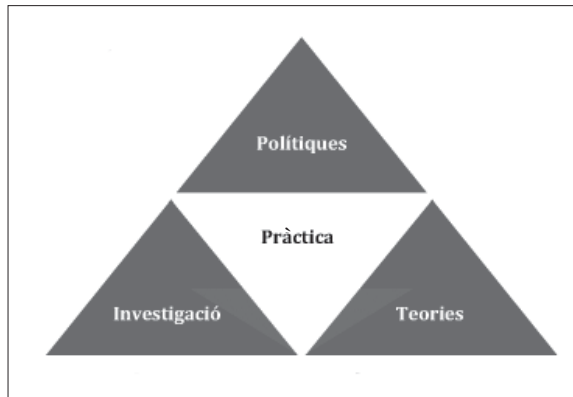
- Un marc polític o de polítiques socials definit pels condicionants de les polítiques desenvolupades (locals, autonòmiques, estatals i internacionals), que condicionen el desenvolupament d'aquestes pràctiques en plans de desenvolupament específics.

- Els fonaments teòrics de base, que són els coneixements definits per autors i investigadors en models d'acompanyament, intervenció, etc.

- Els processos de recerca, que fonamenten l'evidència en els resultats en l'àmbit d'acompanyament de les situacions de dependència i vulnerabilitat, i que són els coneixements definits a partir d'estudis de recerca que permeten desenvolupar una visió dinàmica dels àmbits de l'acció social.

- La pràctica, que es defineix com les accions específiques en el medi i que són conseqüència dels models teòrics, de les evidències obtingudes en la investigació i de les polítiques que normativitzen l'àmbit de suports a l'acció social. La pràctica es fonamenta i es nodreix de la teoria, la recerca i les polítiques, per traduir-les a la programació quotidiana de les persones usuàries.

Gràficament, ho podem constatar amb la imatge que us presentem a continuació. Com podem veure, la pràctica és la més invisible, pel fet de ser quotidiana, dels quatre aspectes, en què les polítiques, basades en declaracions, normatives i definició de plans de desenvolupament, són documents sovint publicats i normativitzats en una estructura social determinada, en què les teories estandefinides en articles, models i propostes de referència, que són de gran utilitat en els processos pràctics quotidians, en què la investigació permet evidència processos avaluats, amb resultats definits, validats. No obstant les polítiques, els models teòrics i les experiències d'investigació no tenen cap sentit si no estan fonamentats en la pràctica quotidiana. La pràctica és el punt central de la gestió complexa de la multidimensionalitat.



5.1.1. Els condicionants de les normatives i les polítiques socials

Analitzarem breument alguns dels marcs de referència normatius que poden incidir de forma directa en els processos de suport i acompanyament de la persona en risc de dependència i vulnerabilitat.

5.1.1.1. La Convenció Internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat

Ratificada com Llei 26/2011, d'1 d'agost, d'adaptació normativa a la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat. En aquest document es defineixen les bases dels drets de les persones amb discapacitat en l'àmbit internacional. La Convenció pretén elaborar detalladament els drets de les persones amb discapacitat i establir un codi d'aplicació. Suposa un compromís per part dels països que s'uneixen a la Convenció a elaborar i implementar lleis i mesures administratives per tal d'assegurar els drets reconeguts en la Convenció i abolir les pràctiques que constitueixen discriminació. Així mateix, a l'Estat espanyol culmina amb la inclusió d'aquesta Convenció signada pel Govern i amb l'aplicació constitucional, amb data 3 de maig de 2008, per la qual cosa adquireix rang de norma jurídica de llei.

La seva base més important es fonamenta en l'article 12 "Igual reconeixement com a persona davant la llei":

1. Els estats part reafirmen que les persones amb discapacitat tenen dret a tot arreu al reconeixement de la seva personalitat jurídica.

2. Els estats part reconeixeran que les persones amb discapacitat tenen capacitat jurídica en igualtat de condicions amb les altres en tots els aspectes de la vida.

Per assolir aquesta no-discriminació cal:

- Combatre els estereotips i promoure la consciència de les capacitats (article 8).
- Reconèixer i garantir la d'igualtat d'oportunitats (articles 5 i 10).
- S'ha de garantir l'accés a la justícia a la llibertat i la seguretat (articles 13 i 14).
- Protegir la integritat física i mental de les persones amb discapacitat (article 17), garantint mesures que no permetin que les persones amb discapacitat siguin explotades o sotmeses a abusos, a més de promoure la recuperació física i psicològica, la rehabilitació i la reintegració de la víctima i investigar l'abús.
- Preservar el dret a la intimitat en la seva vida privada, sobre la base de protegir la confidencialitat de la seva informació personal i en matèria de salut (article 22).
- Desenvolupar entorns accessibles (article 9), amb la consegüent eliminació de barreres, assegurar l'accés al seu entorn, al transport, les instal·lacions i els serveis públics, i tecnologies de la informació i les comunicacions.

Les persones amb discapacitat tenen dret a tenir l'opció de viure en forma independent, ser incloses en la comunitat, triar on i amb qui viure i tenir accés a serveis de suport a la llar, en residències i en la comunitat (article 19). Per a això hem de promoure la mobilitat personal, la independència, i l'accés a ajuts per a la mobilitat, aparells, tecnologies d'assistència i assistència personal (article 20).

Aquest document internacional explicita la necessitat de reconèixer el dret a:

- disposar d'un nivell de vida i de protecció social adequats (habitatge, serveis i assistència públics) (article 28).
- Defineix la necessitat de promoure l'accés a la informació, en formats i tecnologies accessibles (article 21), i
- eliminar la discriminació relacionada amb el matrimoni, la família i les relacions personals, sexuals i íntimes (article 23).

En definitiva, les persones en risc de dependència, discapacitat i vulnerabilitat tenen dret que s'asseguri la igualtat d'accés i la promoció de la seva participació en la societat, el seu sentit de dignitat i valor personal i el desenvolupament de tot el seu potencial pel que fa a la personalitat, els talents i la creativitat (article 24). L'accés a la salut sense discriminació per la seva discapacitat és també reconegut com a dret bàsic (article 25), que s'ha evidenciar des de la prestació i provisió de serveis amplis d'habilitació i rehabilitació (article 26). La igualtat de drets a treballar sense cap discriminació (article 27). Finalment, la persona en risc de dependència, discapacitat i vulnerabilitat ha de tenir garantida la igualtat de participació en la vida política i pública, el dret al vot, a ser candidat i a ocupar llocs públics (article 29), participant en la vida cultural, l'oci el temps lliure (article 30). La Convenció es basa en uns principis generals que es recullen en l'article 3, i que expliciten les línies bàsiques de la qualitat de vida. Els principis són:

- El respecte de la dignitat, l'autonomia individual i la llibertat de prendre les pròpies decisions.
- El principi de no-discriminació.
- La participació i inclusió plenes i efectives en la societat.
- El respecte a la diversitat i a la diferència i acceptació de les persones en risc de dependència, discapacitat i vulnerabilitat.
- La igualtat d'oportunitats i l'accessibilitat, així com entre dones i homes.
- El respecte a l'evolució de les capacitats i el dret a preservar la seva identitat.

Aquests principis entronquen plenament amb el paradigma de qualitat de vida tant des de la perspectiva europea, estatal y autonòmica. Una manera d'evidenciar aquesta perspectiva, de potenciar processos d'autodeterminació i autonomia personal es desenvolupa en un seguit de documents que fonamenten la perspectiva del treball educatiu des del suport i l'acompanyament. Seguidament us presentem tres documents que els darrers anys exemplifiquen l'evolució d'aquesta línia de treball alhora que defineixen les línies de futur tant a escala europea i estatal com autonòmica a Catalunya.

5.1.1.2. El Document “Promover los derechos y la integración de las personas con discapacidad que envejecen y de las personas mayores con discapacidad”

El document “Promover los derechos y la integración de las personas con discapacidad que envejecen y de las personas mayores con discapacidad”,⁵⁷ que és resultat del treball desenvolupat pel Comitè per la Rehabilitació i la Integració de les persones amb discapacitat (CD-P-RR), que el 2007 acorda la creació d’un comitè d’experts sobre l’envelliment de les persones amb discapacitat i la gent gran amb discapacitat (P-RR-VPH) que mantenen la primera sessió a Estrasburg, el 4-6 juny de 2007 desenvolupant les línies de treball que defineixen el Pla d’acció del Consell d’Europa sobre Discapacitat 2006-2015. Un resum de les recomanacions d’aquest Comitè dels Ministres dels estats membres sobre el Pla d’acció del Consell d’Europa per a la promoció dels drets i la plena participació de les persones amb discapacitat en la societat, que cerca millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitats a Europa 2006-2015, planteja objectius relacionats amb les necessitats de les persones amb discapacitat i persones que envelleixen i es plantegen polítiques socials encaminades a assegurar el ple accés als drets de les persones i la protecció de la dignitat personal, i també millorar la qualitat dels serveis i les prestacions socio sanitàries perquè els països europeus estiguin preparats per respondre a les necessitats de les persones amb discapacitat que envelleixen i a les de la gent gran que envelleix amb discapacitat per tal de millorar la seva qualitat de vida.

El Comitè d’Experts planteja que, abans d’acabar el 2015, Europa ha de tenir:

1) Informes sobre la situació actual de les persones amb discapacitat que envelleixen i de la gent gran amb discapacitat *que implicarà exemples de bones pràctiques* i experiències innovadores i comptabilitzarà els problemes, els mitjans d’actuar i les perspectives als estats membres.

2) Unes *recomanacions per als Estats membres*, basant-se en una *elecció de bones pràctiques* i amb la finalitat de promoure autonomia i una vida independent i activa per a les persones amb discapacitat que envelleixen i els ancians amb discapacitat.

3) Unes *recomanacions per als estats membres amb la finalitat de reforçar la igualtat d’accés als serveis socials i la protecció jurídica per a les persones amb discapacitat que envelleixen* i de la gent gran amb discapacitat.

57. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ce-promover-01.pdf>

Aquests bons propòsits, en l'actual situació de crisi econòmica, es posen en dubte, tant en l'àmbit europeu com en l'internacional, en una situació de desmantellament de l'estat del benestar, però representa un repte de futur per tal d'assolir que els drets humans no es quedin en una declaració, sinó en una política realitzable. Les decisions que pren el Comitè marquen una línia de treball centrada en la vida independent, sempre que sigui possible. El P-RR-VPH va elaborar un qüestionari sobre l'envelliment de les persones amb discapacitat i sobre les persones grans que envelleixen amb discapacitat, que va ser enviat a tots els estats membres i observadors de l'Acord parcial en l'àmbit social i de la salut pública. Aquest qüestionari contenia diversos marcs conceptuals: 1.- marc legislatiu; 2.- marc financer; 3.- marc participatiu; 4.- marc operatiu; 5.- marc individual. Pel que fa al marc legislatiu, es plantejaven línies encaminades a donar resposta a les necessitats de definir mesures jurídiques per afavorir:

- La promoció l'autonomia i una vida independent des de les necessàries en tots els països.
- La millora de la qualitat dels serveis.
- La igualtat d'accés als serveis socials la protecció jurídica.

Pel que fa al marc financer, es plantejaven línies encaminades a donar resposta a les polítiques econòmiques i financeres relatives a potenciar un marc de finançament relatiu a fomentar accions que permetin donar resposta a les necessitats detectades de les persones amb discapacitat que envelleixen i de les persones grans amb discapacitat. Es plantegen algunes qüestions relatives a:

- Mesures legislatives i jurídiques per definir estratègies de copagament en els costos, des de perspectives de sostenibilitat.
- Prioritats en les mesures que permetin:
 - promoure l'autonomia i una vida independent
 - millorar la qualitat dels serveis

Pel que fa al marc participatiu, es plantegen línies encaminades a donar valor a les oportunitats de participació social de les persones amb discapacitat, plantejant quins són els dispositius que han de permetre obtenir informació, percepcions i dictàmens en relació amb les necessitats en termes de serveis. Aquesta línia de treball comporta planificar els processos participatius definint tres moments de treball que permetin una participació plena de les persones amb discapacitat en el seu procés d'envelliment:

- Participació prèvia: participació en l'elaboració de polítiques i legislacions, concertació amb la societat civil de les persones i per a les persones amb discapacitat que envelleixen i de les persones grans amb discapacitat.
- Participació en el procés: en el marc dels consells executius municipals o a escala nacional.
- Participació en l'avaluació de les polítiques: participació en l'avaluació de la qualitat dels serveis prestats a les persones amb discapacitat que envelleixen i a la gent gran amb discapacitat.

El marc operatiu planteja línies encaminades a delimitar mesures específiques que fomentin la independència i la vida autònoma, definint quines mesures d'ordre legislatiu o financer han d'adoptar per tal d'afavorir:

- Quins són els serveis actualment proposats a les persones amb discapacitat i a la gent gran: serveis de proximitat, estructures d'allotjament, establiments d'estada, centres de dia, serveis de relació o reparació, readaptació, activitat terapèutica.
- Quins són els grans problemes que constata en aquest àmbit.
- Quines els sembla que són les possibilitats d'acció.
- Quines són les qüestions que s'han de plantejar en el futur.
- Quins són els seus projectes per integrar serveis destinats a les persones grans o amb discapacitat.
- Quines iniciatives s'han posat en marxa per assegurar que s'ofereixin serveis de qualitat des de l'avaluació de les necessitats, el seguiment mèdic, els mecanismes d'intercanvi d'informació, les instàncies consultives, els mecanismes de garantia de qualitat.
- Quines iniciatives s'han posat en marxa per assegurar que s'ofereixin serveis de qualitat a les persones amb discapacitat i a la gent gran.
- Polítiques en matèria d'abús i maltractament sobre la gent gran, serveis de mediació, defensa dels drets.

En el marc operatiu, es planteja la definició d'exemples de bones pràctiques innovadores que siguin de referència, encaminades a donar resposta a les situacions de les necessitats definides per la persona amb discapacitat que envelleix i per la persona gran amb discapacitat. Pel que fa al marc individual, es plantegen línies encaminades a fer evidents les mesures que s'han establert en previsió d'una evolució o d'un canvi en la manera de vida, o dels serveis dels que tenen necessitat persones amb discapacitat que envelleixen i persones grans amb discapacitat, plantejades:

- des de l'avaluació de les necessitats i respostes adequades,
- des de la prevenció de les ruptures i la preparació per a les ruptures, els moments crítics en la vida, la mort dels pares, els canvis de lloc de residència, etc.
- els drets de la persona interessada a emetre el seu dictamen i ajuda en les decisions, i dispositius que s'han establert per garantir el dret a una consulta i a obtenir les seves informacions, les seves percepcions i els seus dictàmens en relació amb les necessitats en termes de serveis.

5.1.1.3. Acord de Bones pràctiques des de la Llei de Dependència

Fruit del marc polític europeu, els governs estatals i autonòmics han començat a desenvolupar marcs i processos de bona pràctica. Un exemple aclaridor sobre bones pràctiques en l'àmbit del foment de l'autonomia i atenció a la dependència és l'*Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas* en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.⁵⁸ Aquesta Resolució defineix les bones pràctiques en aquest sector, i alhora planteja com s'han de justificar, tal com veiem en el seu text de presentació:

“De conformidad con lo establecido en los artículos 8.2.g) y 34.3.c) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó, en su reunión de 1 de junio de 2010, el Acuerdo sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que figura en el anexo de la presente resolución.”

La Resolució defineix criteris comuns per a la conceptualització, l'elaboració, l'avaluació de les bones pràctiques, i alhora defineix un mecanisme perquè siguin presentades, avaluades i tinguin una difusió de referència en el sector. L'annex de què ens parla la resolució conté els apartats següents:

58. *Resolución de 30 de septiembre de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo* (Boletín Oficial del Estado, núm. 268, 7 de noviembre de 2011, sec. III, pág. 1162). <http://www.boe.es/boe/dias/2011/11/07/pdfs/BOE-A-2011-17548.pdf>

1. Introducció.
2. Definició de bona pràctica en el àmbit del SAAD.
3. Objectius de las BBPP.
4. Àmbits de actuació propuestos.
5. Criterios de identificació de las buenas prácticas.
6. Metodología para la selección de las buenas prácticas.
Anexos.
7. Anexo I. Memoria Descriptiva de la Buena Práctica.
8. Anexo II Cuestionario de autoevaluación.

Com és evident, el document pretén ser un referent tècnic a l'hora d'identificar planificar, desenvolupar i difondre les bones pràctiques en l'aplicació de la LAPAD,⁵⁹ a través d'un catàleg disponible en la plataforma informàtica comuna del sistema (SAAD), afavorint-ne la transferència i compartint aquest treball entre les administracions públiques i amb entitats col·laboradores, per millorar la qualitat de vida de les persones. El document defineix el concepte de bona pràctica com:

“Les bones pràctiques en l'aplicació de la LAPAD són actuacions i experiències sistematitzades, documentades i amb un enfocament innovador, que s'orienten a la millora de la qualitat de l'atenció i de la qualitat de vida de les persones en situació de dependència o en risc de desenvolupar-la i a la participació i cooperació dels agents implicats en el del SAAD. Les bones pràctiques s'han de difondre, actualitzar i adaptar-se a les diferents realitats.”

Aquest concepte general de bones pràctiques es concreta en els objectius següents:

- Facilitar la millora de l'aplicació de la Llei 39/2006, mitjançant l'establiment d'accions innovadores, al voltant dels processos administratius i la gestió de les prestacions del SAAD.
- Millorar la qualitat i efectivitat de les prestacions del SAAD.
- Millorar l'eficiència i l'equitat en l'assignació de les prestacions, sota la premissa de la proximitat i la personalització dels recursos adaptant-los a les necessitats de les persones en situació de dependència o en risc de desenvolupar-la.

59. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)

- Compartir el coneixement i intercanvi fluid de les bones pràctiques entre els diferents integrants del SAAD.
- Millorar les relacions interpersonals en les intervencions professionals, millorar els sistemes d'organització i gestió de les prestacions.
- Oferir un instrument de treball interdisciplinari perquè la intervenció quotidiana sigui coherent, contínua i constant.
- Confrontar i transferir el coneixement excel·lent.

Es fa evident que aquests objectius concorden a bastament amb les finalitats definides pel Comitè Europeu esmentat en el punt anterior.

EL SAAD defineix alguns àmbits en bones pràctiques que ens han de permetre assignar pràctiques d'excel·lència en situacions concretes. Els àmbits definits són:

- Procediments tecnicoadministratius:
 - Procediment d'accés al SAAD
- Procediments de coordinació entre administracions
- Procediments de cooperació i participació
 - De les organitzacions representatives de persones amb discapacitat, gent gran, amb interlocutors socials i proveïdors de serveis.
 - Participació econòmica de les persones beneficiàries del SAAD en la despesa de serveis.
- Procediments organitzatius, formatius i de qualitat, que són comuns a tots els serveis i que plantegen els aspectes ètics i d'exercici de drets de les persones usuàries; el benestar psicoafectiu, el sistema organitzatiu; les formes d'acompanyament professional; l'entorn físic i la integració en la comunitat.
 - Àmbits específics per serveis que han de potenciar la promoció de l'autonomia, donar resposta a situacions de deteriorament cognitiu, persones amb malaltia mental, etc.
 - Àmbits de qualitat en l'ocupació, fonamentats en la formació i suports a les persones cuidadores de l'entorn familiar i professional.

Finalment el SAAD defineix uns criteris bàsics exigibles en tota bona pràctica:

- *Pertinència*: l'experiència està referida a l'aplicació de la LAPAD i alguns dels àmbits prioritaris d'actuació.
- *Rellevància*: l'experiència incideix en la millora de la qualitat de vida de les persones en situació o en risc de dependència, en la millora contínua de les

prestacions recollides a la LAPAD i en la dels processos de les administracions públiques implicades.

- *Receptivitat*: l'experiència respon a les necessitats i expectatives de les parts interessades i a les tendències de l'entorn de manera proactiva.

- *Innovació*: innovació en el plantejament de l'actuació i en els procediments. Transforma situacions, dóna lloc al qüestionament d'enfocaments tradicionals d'intervenció, per tal de millorar la qualitat de vida de les persones destinatàries.

- *Atenció i planificació centrada en la persona*: experiència orientada en la personalització de l'atenció, des d'una perspectiva integral, biopsicosocial, participativa i de gènere, tenint en compte, a més, els aspectes ètics en la intervenció, potenciant a les persones per decidir per si mateixes, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones i la qualitat de les prestacions, disposant dels recursos comunitaris i les xarxes naturals de suport.

- *Efectivitat*: l'experiència s'ha dut a terme amb eficiència en la gestió i organització dels recursos, i és apreciable la satisfacció de les necessitats i expectatives de les persones usuàries, i/o millorant el funcionament del SAAD.

- *Replicabilitat*: la pràctica és sistematitzada, documentada, amb resultats en la seva implantació, que permet la capitalització de mètodes i la seva possible replicació en un altre context.

El mateix SAAD també planteja alguns criteris que són complementaris i que donen més raó encara l'excel·lència en els processos d'acompanyament i que no són preceptius en el compliment perquè una bona pràctica sigui considerada com a tal.

- *Cooperació i coordinació dels agents implicats*: l'experiència ha promogut la cooperació dels agents implicats en l'aplicació de la LAPAD, aplicant-hi metodologies per millorar la coordinació i l'ús racional dels recursos per tal de millorar la qualitat de les prestacions i la qualitat de vida de les persones usuàries i cuidadores de persones en situació de dependència.

- *Disseny, implementació i avaluació de l'experiència*: l'experiència s'ha dut a terme partint d'un diagnòstic de la situació, de l'àmbit poblacional al qual es refereixen les accions, i en el disseny s'han establert objectius, una metodologia coherent, s'ha implantat i s'ha realitzat l'avaluació del procés i dels resultats.

- *Durabilitat de la seva aplicació*: preferentment, la iniciativa no respon a una acció aïllada sense vocació de permanència. Llevat d'excepcions que es puguin preveure, l'experiència ha de ser sostenible en el temps, en les facetes organitzativa, tècnica i econòmica, fins que es millori o se substitueixi per una altra.

Finalment, la Resolució estableix una metodologia de validació de bones pràctiques, i la definició d'una memòria, per tal d'acomplir-les adequadament.

5.1.1.4. Indicadors de qualitat en centres del Departament de Benestar social de la Generalitat de Catalunya

Aquest és un document autonòmic desenvolupat i aprovat el 2010 i publicat el mes d'octubre de 2011⁶⁰ al web del Departament de Benestar i Família de la Generalitat. Aquest document planteja les possibles línies d'acreditació de qualitat que seran exigibles en un futur no gaire llunyà. Cada tipologia de servei té el seu llibre d'indicadors específic pel servei prestat. En aquest apartat analitzarem un dels documents, el que es planteja per a centres residencials per a persones amb discapacitat intel·lectual amb suport generalitzat, si bé l'esquema i la definició dels indicadors segueixen un mateix patró per a tota tipologia de serveis definits en la cartera de servei, i per tant es construeixen des de la mateixa filosofia.

Ja en el pròleg del document es presenta aquest tipus d'apropament en els termes següents:

“Cada cop més, en editar els manuals d'indicadors, ens reafirmem en la necessitat d'orientar-los cap a un suport i atenció centrats en la persona, seguint un model en què l'eix principal sigui la qualitat de vida de la persona, amb el seu propi pla d'atenció individualitzat, sense oblidar, però, l'atenció a la seva família i l'entorn comunitari.”

Orientats al suport i l'atenció, centrats en la persona, des de la perspectiva de la qualitat de vida, sense oblidar la família i l'entorn comunitari, són conceptes que al llarg d'aquest curs són recurrents i que dibuixen una forma d'acompanyar centrada en el suport i en la personificació. Els indicadors es plantegen amb la finalitat d'impulsar la millora i ajudar a garantir un nivell bàsic de qualitat d'aquests serveis, i desenvolupar eines per millorar la qualitat dels serveis i de la vida de les persones usuàries dels serveis socials. Es parteix d'un treball fet sobre indicadors de qualitat durant l'any 1998, que va acabar amb una proposta d'indicadors, que després d'haver estat implantats i avaluats s'han revisat i redimensionat definint les dimensions de qualitat amb la tipologia que figura més avall.

60. http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Coleccions/Indicadors/num_5/indicadors5.pdf

Els esmentats indicadors (específics per a aquesta tipologia de servei)⁶¹ d'avaluació s'organitzen en quatre dimensions:

Dimensió 1: atenció a la persona

Dimensió 2: atenció i suport a la família

Dimensió 3: relacions i aspectes ètics

Dimensió 4: organització del centre i coordinació de l'atenció i els suports

61. Hi ha documents d'indicadors adaptats a cada tipologia de servei ja siguin centres de dia de gent gran, centres per a persones amb Trastorns de salut mental, per a persones amb discapacitat física, per a persones amb discapacitat intel·lectual, etc. Recordem que en aquesta assignatura estem utilitzant com a exemple el document desenvolupat per a centres residencials per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitats de suport generalitzat. Cal recordar que els altres documents segueixen la mateixa lògica i que es poden consultar al web del departament de Benestar Social

Relació d'indicadors d'avaluació

Dimensió d'atenció a la persona

Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Est.
1	Valoració integral	Les persones usuàries del centre són valorades, tant a l'inici de l'atenció com de forma periòdica, per l'equip interdisciplinari per identificar la seva situació i necessitats.	80%
2	Valoració integral	Les persones usuàries del centre són valorades periòdicament per identificar els suports que requereixen.	80%
3	Valoració integral	Les persones ateses al centre tenen una valoració periòdica de la qualitat de vida amb els instruments adequats a les seves capacitats i potencialitats.	70%
4	Valoració integral	Les persones ateses al centre tenen una valoració dels principals riscos per identificar la necessitat d'establir mesures preventives.	80%
5	Pla d'atenció i gestió de suports	Les persones residents tenen formulat un programa individualitzat d'atenció i activitats (PIAA) actualitzat elaborat per l'equip d'atenció interdisciplinari.	80%
6	Benestar físic	El centre disposa d'un programa de salut adreçat a cobrir les necessitats de les persones usuàries de la residència.	80%
7	Benestar físic	El centre disposa d'un programa d'atenció nutricional adequat per cobrir les necessitats de les persones ateses.	80%
8	Benestar físic	Les persones usuàries tenen cobertes les necessitats nutricionals al centre.	70%
9	Promoció de l'autonomia i el benestar	Els centres residencials promouen la utilització de productes de suport o ajudes tècniques per contribuir a millorar l'autonomia i el benestar de la persona amb dependència i/o discapacitat.	80%
10	Promoció de l'autonomia i el benestar	Les persones residents mantenen, milloren i/o compensen les capacitats preservades.	65%
11	Promoció del benestar emocional	El centre disposa d'un protocol per abordar els trastorns de comportament de les persones usuàries.	80%
12	Seguretat de la persona resident	El centre posa en marxa mesures per utilitzar la medicació de manera segura.	100%
13	Seguretat de la persona resident	El centre té en marxa un programa de prevenció de caigudes.	80%
14	Seguretat de la persona resident	El centre fa un seguiment dels processos de contenció i identifica oportunitats de millora per minimitzar-ne la utilització.	100%
15	Seguretat de la persona resident	Les persones amb risc de lesions per pressió (LPP) ateses al centre reben les mesures preventives necessàries per evitar lesions a la pell	90%
16	Protocols d'atenció	El centre disposa de protocols d'atenció actualitzats per afavorir la continuïtat de l'atenció.	80%

Dimensió d'atenció i suport a la família

Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Est.
17	Atenció a la família	El centre ofereix un programa d'atenció i suport a les famílies de les persones ateses al centre.	75%
18	Satisfacció de les famílies	Les famílies o referents socials es troben satisfets amb l'atenció i suport rebut per part del centre residencial.	100%

Dimensió de relacions i aspectes en l'atenció

Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Est.
19	Satisfacció dels diferents grups d'interès del centre	El centre té definit el sistema de gestió dels suggeriments i de les reclamacions.	75%
20	Satisfacció dels diferents grups d'interès del centre	Les persones usuàries amb capacitat de resposta manifesten satisfacció amb l'atenció rebuda al centre residencial.	100%
21	Aspectes ètics	El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària del centre.	80%

Dimensió organització del centre

Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Est.
22	Continuïtat de l'atenció	El centre té definida una sistemàtica de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció de les persones usuàries amb els dispositius socials, comunitaris i de salut amb què es relaciona.	80%
23	Gestió i millora de la qualitat	El centre té definits els processos organitzatius principals.	90%
24	Gestió i millora de la qualitat	El personal del centre aplica estratègies de millora de la qualitat i porta a terme projectes de millora amb la metodologia adient.	90%
25	Recursos humans	El centre promou la formació i millora de les competències dels/de les professionals amb un programa de formació continuada.	80%
26	Recursos humans	L'estabilitat dels equips és adequada per donar resposta a les necessitats de les persones usuàries i ajudar a afavorir la continuïtat de l'atenció.	80%
27	Recursos humans	El centre ha de saber el grau de satisfacció dels/de les professionals	100%
28	Gestió de la informació	El centre residencial ha de promoure eines de gestió de la informació per aconseguir més efectivitat en totes les àrees de l'organització.	100%

Si analitzem alguns dels indicadors presentats, veiem, entre altres, que s'ha donat un pas endavant cap al foment de l'autonomia personal

10	Promoció de l'autonomia i el benestar	Les persones residents mantenen, milloren i/o compensen les capacitats preservades.
----	---------------------------------------	---

des de la perspectiva ètica

21	Aspectes ètics	El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària del centre.
----	----------------	--

incloent-hi la família

17	Atenció a la família	El centre ofereix un programa d'atenció i suport a les famílies de les persones ateses al centre.
18	Satisfacció de les famílies	Les famílies o referents socials es troben satisfets amb l'atenció i suport rebut per part del centre residencial.

i la comunitat

22	Continuïtat de l'atenció	El centre té definida una sistemàtica de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció de les persones usuàries amb els dispositius socials, comunitaris i de salut amb què es relaciona.
----	--------------------------	---

Es dona valor a l'organització i sistematització com a garants per oferir serveis que tinguin continuïtat.

23	Gestió i millora de la qualitat	El centre té definits els processos organitzatius principals.
24	Gestió i millora de la qualitat	El personal del centre aplica estratègies de millora de la qualitat i porta a terme projectes de millora amb la metodologia adient.
25	Recursos humans	El centre promou la formació i millora de les competències dels/de les professionals amb un programa de formació continuada.
26	Recursos humans	L'estabilitat dels equips és adequada per donar resposta a les necessitats de les persones usuàries i ajudar a afavorir la continuïtat de l'atenció.
27	Recursos humans	El centre ha de saber el grau de satisfacció dels/de les professionals
28	Gestió de la informació	El centre residencial ha de promoure eines de gestió de la informació per aconseguir més efectivitat en totes les àrees de l'organització.

Els indicadors definits pel grup d'experts estan plantejats seguint la conceptualització que veiem a continuació. Cada indicador incorpora una descripció dels aspectes necessaris per al seu desenvolupament:

- Dimensió: aspecte genèric que es valora.
- Àrea rellevant: aspecte específic que es valora.
- Criteri: judici de bona pràctica.
- Nom de l'indicador: nom i enunciat de l'aspecte que es vol mesurar.
- Justificació de l'indicador: explicació dels propòsits i raó de ser de l'indicador.
- Fórmula: sistema de mesura del criteri.
- Definició de termes: explicitació dels conceptes i elements de mesura inclosos en el numerador i en el denominador de l'indicador.
- Població: inclou la definició de la població referida en cada cas, i especifica els criteris d'inclusió i d'exclusió o població de referència sobre la qual s'avaluarà l'indicador.
- Fonts de dades: origen de la informació.
- Tipus: en aquest apartat s'especifica si l'indicador és d'estructura, de procés o de resultat.
- Dimensions de qualitat de vida: aquest apartat inclou la dimensió o les dimensions de qualitat de vida (segons el model desenvolupat per Robert L. Schalock i Miguel A. Verdugo) a què fa referència l'indicador. Si l'indicador fa referència a aspectes de gestió o infraestructura, no incorpora aquest apartat.
- Estàndard: especificació del nivell de qualitat desitjat.
- Comentari: descripció d'aclariments, si escau.

Aquesta és una eina interessant amb vista a donar resposta als nivells de qualitat que es plantegen en serveis socials des de la perspectiva del foment de l'autodeterminació i l'autonomia personal.

5.1.2 Models desenvolupats des de la perspectiva teòrica

Un cop analitzats alguns referents normatius que poden condicionar la forma de treballar en un futur no gaire llunyà, cal definir els referents plantejats des de la perspectiva de la teoria. La fonamentació teòrica bàsica d'aquests models d'autodeterminació en la persona no és cap altra que la que hem desenvolupat en aquesta assignatura i que podem trobar en els diversos apartats

ja treballats abans en el capítol 4, en el qual podem trobar referents de model vàlids com:⁶²

- Planificació centrada en la persona: model FEAPS, model DMC (Dementia Mapping Care), model d'atenció geriàtrica centrada en la persona.
- Planificació centrada en el sistema: models de qualitat en la gestió, ISO, EFQM, Joint Commission.
- Models de qualitat de vida: dimensions de qualitat de vida en la persona (Verdugo), en la família (Turnbull, Climent Giner), escala Gencat (dimensions de valoració), escala FUMAT.

Aquests models tenen una perspectiva pràctica en dos documents desenvolupats durant els darrers anys juntament amb persones que treballen en els centres residencials tant amb persones amb discapacitat com amb persones grans. Presentem, doncs, aquests dos documents que defineixen un model en format de desenvolupar guies pràctiques que facilitin la possibilitat de repensar els processos d'acompanyament, d'innovar en la forma d'acompanyar, de donar suport i atenció a les persones. Aquests documents són:

- 1) El Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida.⁶³
- 2) Guías de Buenas Prácticas desarrolladas por la Conselleria de Benestar Social i Habitatge del Principat d'Astúries. Aquestes guies recullen el treball desenvolupat amb profesionals del sector a Astúries en quatre tipologies de serveis especialitzats:
 - a. Residències de gent gran
 - b. Centres de dia de gent gran
 - c. Allotjaments residencials per a persones amb discapacitat
 - d. Centres de suport a la integració (centros de apoyo a la integración, CAI)

62. Tots ells esmentats i referenciats abans en el capítol 4.

63. Primera edició, 2011 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Coordinado por Francisc Mañós Documento Técnico num 20 IMSERSO Octubre 2011.

5.1.2.1. El Model de qualitat de vida aplicat a l'atenció residencial de persones amb necessitats complexes de suport. La presa de decisions per al desenvolupament del seu projecte de vida

En el pròleg d'aquest document se'ns indica de forma clara quina n'és la finalitat, amb aquestes paraules:

Este documento “Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo, en su toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida”, nace con la finalidad de reflexionar sobre la práctica cotidiana de nuestro apoyo en centros residenciales y con la perspectiva de definir estrategias para la implementación del modelo mencionado.⁶⁴

Són dues les finalitats específiques que poden utilitzar els centres:

- Reflexionar sobre la pràctica quotidiana
- Definir estratègies d'implementació

Aquest model s'adreça a tots els agents que participen en els processos d'atenció, tal com es descriu en el pròleg esmentat:

Los destinatarios de estas propuestas somos todos: las propias personas usuarias, los familiares o redes sociales, las organizaciones y los profesionales de los centros que aportamos recursos a personas con necesidades complejas de apoyo. Debemos visibilizar a las personas desde una perspectiva más real y positiva, potenciando soportes en la toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida.⁶⁵

Es fonamenta en les perspectives teòriques definides en capítols anteriors:

implica construir el paradigma de calidad de vida desde una visión fundamentada no tanto en la discapacidad, como en las necesidades de apoyo para poder autogobernar su propia vida. Perspectiva que nos entronca además con las dimensiones de calidad de vida definidas por Shallock y Verdugo, así como en el debate ético de la autodeterminación, de acuerdo a las capacidades de cada persona.⁶⁶

64. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Primera edición, 2011 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Coordinado por Francesc Mañós Documento Técnico num 20 IMSERSO Octubre 2011. Pàg 7

65. *Op. cit.*, pàgina 7.

66. *Op. cit.*, pàgina 7.

Se'ns presenten els aspectes metodològics des de la definició de cinc eixos de treball, que preveuen àrees de desenvolupament i que finalment es defineixen en 35 possibles estratègies definides de manera molt senzilla en un format de fitxa que pretén generar reflexió sobre les línies de treball proposades. Vegem-ho:

La metodología utilizada en el proyecto ha consistido en la elaboración de un documento técnico base por parte de un equipo coordinador del proyecto.

En una primera parte del texto (capítulos 1 a 3) se define un posicionamiento ante la realidad del acompañamiento cotidiano, remarcando aquellas situaciones susceptibles de procesos de mejora y de reconocimiento de las experiencias de éxito que debemos fijar en las formas de funcionamiento. Siempre desarrolladas desde la perspectiva de la ética cotidiana y del tratamiento ajustado a cada persona, evitando los peligros del trato inadecuado.

La parte central (capítulo 4) se estructura en la definición de estrategias asociadas a ejes y áreas de desarrollo:

Cinco ejes de acompañamiento

- La persona y sus capacidades
- Profesionales y entornos
- Organización y liderazgo
- Familia y red social
- Entorno comunitario y social

Nueve áreas de desarrollo.

- Derechos y responsabilidades de usuarios, familiares y profesionales
- Entorno y calidad de vida (ergonomía, diseño, entornos amigables)
- Condiciones de seguridad y entorno

- Participación y toma de decisiones
- Programas de acompañamiento en los centros
- Organización y gestión de la calidad.
- Participación y vida en comunidad
- Familia y redes sociales
- Calidad de vida emocional

Se articulan 35 estrategias para ar respuesta a las situaciones de prioridad definidas por cada centro⁶⁷

67. Op. cit., pàgina 7.

Les estratègies es plantegen amb el format següent:

Las estrategias pueden desarrollarse a partir de técnicas de mejora que pueden ser centradas en el entorno relacional y físico, y centradas en los programas a partir de las dimensiones de calidad de vida. Las estrategias que se presentan están asociadas a cinco ejes básicos y a varias áreas de desarrollo personal. Cada estrategia está relacionada prioritariamente a ejes y áreas de acompañamiento, aunque, evidentemente permiten trabajar otros ejes y áreas de forma complementaria e integrada.

Para cada estrategia nos plantearemos:

- Objetivos donde definiremos el PARA QUÉ desarrollar dicha estrategia, qué finalidad persigue y qué resultados son esperables
- Acciones de desarrollo que nos permitirán plantearnos el CÓMO, posibles acciones que permitan la calidad buscando alternativas que faciliten la consecución de los objetivos propuestos
- Actitudes necesarias donde incidiremos en las actitudes personales de los profesionales, familiares y usuarios que hagan factible el modelo de calidad.
- Instrumentos de referencia, donde se ofrecerán recursos, buenas prácticas experimentadas y desarrolladas que han permitido mejoras o textos que nos facilitan el análisis y revisión constante en nuestro trabajo diario.
- Observaciones donde pretendemos acercarnos a la heterogeneidad de la discapacidad, aportando algunos elementos que permitan una mejor adecuación a cada situación diferencial.
- Ejemplos desde los que pretendemos acercarnos a casos concretos, realidades, experiencias cotidianas en las que pueden incidir las estrategias previstas.

Cada estrategia se define en un formato breve que solo pretende fomentar el análisis y la reflexión sobre cómo estamos en cada centro frente a dichas realidades. Finalmente la estructuración de los apartados de cada estrategia puede ser una herramienta útil para definir nuevas estrategias clave.⁶⁸

En les pàgines següents es presenta un esquema amb les 35 estratègies bàsiques per a implementar un model de qualitat.

També es desenvolupa una llista de control per tal que els centres puguin fer una autoreflexió sobre quines estratègies estan duent a terme, quines fan ocasionalment i quines són susceptibles de potenciar processos de millora:

68. *Op. cit.*, pàgines 33 i 34.

Se ha desarrollado una propuesta de “lista de control” que permita a cada centro conocer cuáles están ya, consolidadas en el centro; cuáles lo están solo ocasionalmente y cuáles hay que implantar desde el inicio. Este instrumento facilita al los centros residenciales la definición de cuáles son los elementos a mejorar en la calidad de vida de las personas usuarias desde la perspectiva del buen trato y del modelo de calidad de vida centrada en la persona.⁶⁹

L'esquema d'estratègies es tradueix en els quadres següents:⁷⁰

EJE 1 La persona y sus capacidades			
Áreas de desarrollo	Estrategias de acción	Otros ejes	pág.
Área de derechos y responsabilidades de usuarios familiares y profesionales	Derecho a la información sobre los derechos y responsabilidades propias		
	Derecho a la intimidad y manejo de las propias pertenencias y gestión de armarios		
	Derecho al manejo y control de la documentación personal. Confidencialidad		
	Derecho a espacios personalizados y de intimidad		
Área de participación y toma de decisiones	Participación significativa de los usuarios en la planificación del centro		
	Empoderamiento y toma de decisiones		
Área de programas de acompañamiento en centros	Participación en talleres y actividades		
Área de calidad de vida emocional	La importancia del trato. Registro de preferencias personales		
	Preguntando por expectativas e intereses		
	Planificación centrada en la persona, planificación de mapas personales		
	La sexualidad un reto en la calidad de vida emocional		
Áreas de desarrollo	Estrategias de acción		
Área de seguridad entorno y condiciones básicas	Control de riesgos en el entorno residencial		
	Prevención en riesgos-Programas formativos y de sensibilización		
	Medidas de contención entre la seguridad y la autodeterminación		

69. *Op. cit.*, pàgines 8.

70. *Op. cit.*, pàgines 35.

Área de participación y toma de decisiones	Participación significativa de los profesionales en la planificación del centro		
Área de entorno y calidad de vida	Accesibilidad, valorando dificultades, proponiendo mejoras		
	Propuestas de señalización, orientación y dominio del entorno,		
	Accesibilidad y uso del lenguaje y sistemas de comunicación		
	Ergonomía funcional planificada con las personas con diversidad funcional		
Área de seguridad entorno y condiciones básicas	Las respuesta desde las nuevas tecnologías y los planes de accesibilidad		
Áreas de desarrollo			
Áreas de desarrollo	Estrategias de acción		
Área de programas de acompañamiento en los centros	El momento del pre ingreso e ingreso en el centro. Planificación del ingreso		
	La personalización en la acogida		
	Planificación de Actividades de vida diaria: de los buenos días a la imagen personal (del despertar al vestirse)		
	La elaboración del Plan personalizado de apoyo		
Área de seguridad entorno y condiciones básicas	El acompañamiento ante alteraciones de conducta		
Área de organización y gestión de la calidad	Desarrollo de modelos de calidad y planes estratégicos		
	Planificación interdisciplinar en el trabajo en equipo		
	Desarrollo de comités de ética		
EJE 4			
Áreas de desarrollo	Estrategias de acción	Otros ejes	pág.
Participación y toma de decisiones	Participación significativa de la familia en la planificación del centro	1, 2	74
Familia y redes sociales	Estrategias de continuidad de apoyo entre familiares y equipo	1, 2	76
	Estrategias de orientación y apoyo familiar	1, 2	78
EJE 5			
Áreas de desarrollo	Estrategias de acción	Otros ejes	pág.
Programas de acompañamiento centros de calidad de vida emocional	Planificación del Ocio (vacaciones, deporte, tiempo libre)	1, 2, 3, 4	80
	Los rituales cotidianos	1, 2, 3, 4	82
Participación y comunidad	Participación comunitaria en y con la comunidad	1, 2, 4	83
	Estrategias de coordinación sociosanitaria	1, 2, 4	85

5.1.2.2. Guies de bones pràctiques, ⁷¹ desenvolupades per la Conselleria de Benestar Social i Habitatge del Principat d'Astúries es plantegen en diversos àmbits, tant en la part teòrica com pràctica. Vegem la diversitat de documents que es plantegen des d'aquest treball de planificació i implementació:

Bones pràctiques en el món de la dependència

Els últims mesos el concepte de bones pràctiques ha anat prenent relleu en l'àmbit de l'atenció a la dependència, tant de persones amb diversitat funcional, com en gent gran. Aquesta realitat es desenvolupa en quatre publicacions de gran qualitat.

- *Residencias de mayores*
 - Guía Buenas prácticas residencias de mayores 1ª parte Teórica
 - Guía Buenas prácticas residencias de Mayores 2ª parte Práctica
- *Centros de día de mayores*
 - Guía de Buenas prácticas centros de día de mayores 1ª parte teórica
 - Guía de Buenas prácticas centros de día de mayores 2ª parte práctica
- *Alojamientos de personas con discapacidad*
 - Guía de Buenas prácticas alojamientos de personas con discapacidad 1ª parte teórica
 - Guía de Buenas prácticas alojamientos de personas con discapacidad 2ª parte práctica
- *Centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad*
 - Guía de Buenas prácticas Centros de Apoyo a la integración de personas con discapacidad 1ª parte teórica
 - Guía de Buenas prácticas Centros de Apoyo a la integración de personas con discapacidad 2ª parte práctica

Els quatre documents estan estructurats de la mateixa manera i responen a la mateixa metodologia de treball. Presentarem, doncs, l'exemple d'una

71. Les guies les podeu trobar referenciades per a cada tipologia de servei al web de l'empresa Zotikos S.L. a l'apartat "Últimas noticias", on es recullen els enllaços directes a tots els llibres editats per la Conselleria <http://www.zotikos.net/bloc.html>. Guías de Buenas Prácticas (2010). Edita: Conselleria de Benestar Social i habitatge del Principat d'Astúries. Redacció i coordinació tècnica: Lourdes Bermejo García, Quico Mañós de Balanzó, Beatriz Díaz Pérez (cap de Secció de Qualitat de Recursos i Projectes Singulares), Teresa Martínez Rodríguez (Unitat de Recursos de Persones Grans), Carla Sánchez Caba-llero (Secció de Qualitat de Recursos i Projectes Singulares)

de les tipologies de servei, si bé podreu accedir al document que us sigui de més interès. Per tal de donar raó de les propostes més adequades als processos d'acompanyament, suport i integració, presentem els documents definits pels CAI (centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad), ja que plantegen propostes específiques per desenvolupar processos de suport personalitzats. Vegem com ho presenten els seus autors. La finalitat de les guies queda palesa en la justificació que es desenvolupa en la presentació del projecte:

¿Para qué una guía como ésta? Para ayudar a los profesionales y a los responsables de los Centros de atención a personas en situación de dependencia y/o discapacidad a emprender acciones que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que son usuarias de los mismos. Para lograrlo, será necesario revisar y, seguramente, modificar algunos estilos de relación interpersonal, formas de realizar nuestras intervenciones profesionales y sistemas de organización y de gestión de los recursos.⁷²

Donar eines que facilitin als professionals emprendre accions per a la millora de la qualitat de vida a partir de processos de revisió i modificació de formes de fer i de relacionar-se.

Les guies consten de dues parts:

I PARTE: Bases y reflexiones en torno a las buenas prácticas en centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad.

II PARTE: Buenas prácticas en centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad.

En la part teòrica de cada guia, hi trobarem un apropament als models teòrics utilitzats en la seva justificació, que no són altres que els que ja hem definit en aquesta assignatura. Vegem com els autors descriuen les bases teòriques:

Las bases y reflexiones en torno a las buenas prácticas introducen y explican en qué consiste la guía, su forma de uso y el proceso de elaboración realizado hasta su presentación. Recogen elementos filosóficos-conceptuales y ahondan en los motivos que dan sentido a la segunda parte de la guía. Esta exposición razonada resume, de forma sencilla, los avances en las ciencias sociales y del comportamiento y los principios de la intervención profesional del sector. Aporta refe-

72. *Guía de buenas prácticas en centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad* (1ª parte: bases teóricas) (2010). Conselleria de Benestar Social i Habitatge del Principat d'Astúries. *Op.cit.*, pàgina 11.

rentes teóricos que apoyan nuestra forma de pensar y de actuar en los recursos. Busca un abordaje compartido por todos los que estamos comprometidos con las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad, independientemente de nuestra experiencia u origen profesional.⁷³

També els autors defineixen les bones pràctiques, que trobarem desenvolupades en el segon volum descrit per a cada tipologia de servei:

La segunda parte recopila un conjunto de buenas prácticas (BBPP) para orientar la intervención en Centros de Apoyo a la Integración de personas con discapacidad partiendo de los principios rectores de la atención desde los modelos de calidad de vida. Han sido elaboradas por equipos técnicos de atención del Principado de Asturias del ámbito de las personas con discapacidad. Partiendo de su experiencia y de su reflexión, ha sido necesario un proceso de sistematización y construcción de conocimiento de corte participativo –en el que el trabajo en equipo ha sido esencial para su elaboración. Estas propuestas de BBPP se presentan según unas áreas de mejora de las que hablaremos a continuación. Las BBPP que presentamos son de dos tipos. Las BBPP consideradas clave o centrales para la calidad de la atención en el recurso y otras que son ejemplos llevados a cabo en los centros, redactados de un modo más breve.⁷⁴

Per tant, es presenten en la segona part dos tipus de bones pràctiques. Les bones pràctiques fonamentals, que responen a uns estructura sistematitzada de recull, i les bones pràctiques exemple, recollides en un format breu a tall d'experiències desenvolupades i, per tant, replicables. En la segona part també es plantegen recomanacions. Els autors les descriuen amb aquestes paraules:

En el apartado de Anexos se encuentran las Recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana. Se trata de un conjunto de propuestas concretas que ejemplifican actitudes y formas cotidianas de relación y acción de los profesionales de los recursos. Se encuentran organizadas según las áreas de mejora que se desarrollan en esta primera parte de la guía (Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas). Permiten concretar qué se debe o no hacer si queremos avanzar en la línea propuesta. Estas recomendaciones tratan de ser un material sencillo pero profundo para reflexionar acerca de las formas de relación y actuación actuales. Pueden tener diversos usos: para la reflexión, para autoevaluarnos o como material didáctico en acciones formativas.⁷⁵

73. *Op. cit.*, pàgina 11.

74. *Op. cit.*, pàgina 11.

75. *Op. cit.*, pàgina 11.

Les bones pràctiques clau (28) s'organitzen atenent l'àrea de millora que més potencien i no són mútuament excloents, es relacionen entre si amb caràcter d'interdependència. Cada bona pràctica clau segueix l'esquema següent:

- 1) Denominació i justificació de per què és una bona pràctica clau.
- 2) Una breu descripció.
- 3) Els elements bàsics i les accions tècniques que comprèn.
- 4) Dificultats enunciades i alternatives proposades.
- 5) Les millores esperades.
- 6) Les limitacions en la seva aplicabilitat.
- 7) Exemples en la seva aplicació.
- 8) Els principals instruments de suport.

Les guies han estat realitzades des d'una metodologia participativa, basada en la gestió i la sistematització de coneixement i d'experiències. Són una excel·lent oportunitat perquè els que estem implicats dia a dia amb les persones en situació de dependència puguem generar saber i compartir-lo. Tot i que la informació es pot transferir, sabem que el coneixement que és generat per cada professional en els entorns assistencials i relacionals ha de ser construït per cada equip de treball. Les guies són el resultat de processos d'anàlisi i reflexió participatius centrats en les pràctiques dels nostres entorns assistencials. Hem emprat una metodologia que ens ajudi a identificar les millors formes d'acompanyament i relació (sota criteris objectius i valorables), i identificar les que no s'acomoden a aquesta visió moderna dels recursos, per tal de modificar-les o substituir-les per altres de millors. Aquest document també planteja bones pràctiques clau que tot seguit us presentem. En relació amb els drets de la persona:⁷⁶

76. *Op. cit.*, 2a part, pàgina 13.

BBPP-CLAVE EN LOS CENTROS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN (CAI) DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
1. Ejercicio de derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad de las personas en los cuidados personales y en el aseo
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas

Font: Buenas Prácticas CAI, 2a part.

Per què fa la participació:⁷⁷

2. Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan personalizado de apoyo
2.3. Intervención y apoyo a las familias

Font: Buenas Prácticas CAI, 2a part.

⁷⁷. *Op. cit.*, 2a part, pàgina 14.

3. Bienestar emocional: emociones, comunicación y convivencia
3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria
3.2. El trato personalizado
3.3. El Libro de la experiencia
3.4. Bienestar, confort e identidad. La importancia de la imagen personal
3.5. Relaciones de pareja afectivo-sexuales
3.6. Alteraciones de conducta en las personas usuarias
3.7. Gestión de los conflictos entre las personas usuarias

Font: Buenas Prácticas CAI, 2a part.

Pel que fa als sistemes organitzatius:⁷⁹

4. Intervención profesional y sistemas organizativos
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar
4.2. El Plan personalizado de apoyo coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas
4.4. La figura del profesional de referencia
4.5. Entornos <i>amigables</i> y predecibles para personas gravemente afectadas
4.6. El enfoque de género en los centros de personas en situación de dependencia

Font: Buenas Prácticas CAI, 2a part.

78. *Op. cit.*, 2a part, pàgina 14.

79. *Op. cit.*, 2a part, pàgina 14.

Pel que fa a l'entorn:⁸⁰

5. Entorno físico e integración en la comunidad
5.1. Diseños <i>amigables</i> que permitan confort y bienestar
5.2. Apertura y coordinación del centro con la comunidad
5.3. El uso y aplicación de las nuevas tecnologías
5.4. Desarrollo de procesos de inserción laboral

5.1.3. La perspectiva des de la investigació-acció

En l'actualitat s'estan desenvolupant diverses experiències en l'àmbit de la investigació-acció en diversos centres i zones de l'Estat. La investigació-acció, definida amb indicadors de compliment, comporta la definició de processos que generen una evidència científica i validable. El desenvolupament de bones pràctiques està en un procés de ser validat des d'indicadors específics que permetin prestigiar la tasca que estem duent a terme des de la perspectiva de les pràctiques excel·lents de referència.

En l'actualitat hi ha diversos processos en marxa, entre els quals podem anomenar:

- a) Processos d'implementació del model de qualitat de vida residencial i als CRE, als centres de referència estatals (CRE – R+D+I social).
- b) Processos d'implementació de bones pràctiques en els centres del Govern asturià (en premsa els resultats d'avaluació del procés).
- c) Procés d'implementació de bones pràctiques al Centre Sabadell Gent Gran de la Corporació Parc Taulí.
- d) Procés d'implementació de bones pràctiques als centres i les secretaries de LARES de les 17 comunitats autònomes, definint processos d'empoderament en bones pràctiques.
- e) Procés d'implementació de bones pràctiques a l'entitat Aymar i Puig, de manera transversal en tots els seus serveis.

80. *Op. cit.*, 2a part, pàgina 14.

5.1.4. La pràctica de l'acompanyament

Aquesta realitat ha de tenir la seva traducció a la pràctica quotidiana canviant formes de fer, generant espais d'innovació, planificant des de la persona i amb recursos efectius i eficients. La pràctica es construeix des de la tasca que quotidianament fem i que, per tant, us plantejarem que planifiqueu des de la proposta d'activitat que hi ha tot seguit.

Activitat 7 (mòdul 5)

Trieu dos documents (un de cada apartat) dels que es proposen i feu-ne un mapa conceptual o una presentació PowerPoint per tal de compartir coneixement amb els altres alumnes. Podeu triar entre els temes següents:

Capítol VI

Animació estimulativa (tècniques)

El cuerpo se desmorona. La gracia y el vigor desaparecen. Ahora hay una piedra donde antaño tuve un corazón. pero en el interior de este cuerpo sigue habitando una niña y de vez en cuando mi maltrecho corazón se inflama. Recuerdo el dolor y también los placeres. Y vuelvo a vivir y a amar otra vez. Y pienso en los años, demasiado pocos, demasiado rápidos. Y acepto el mero hecho de que nada perdura. Abrid, pues, vuestros ojos, enfermeros, abridlos y mirad. No a un viejo hurraño. Mirad más de cerca para verme.
A. Montagu, 2004, 434.

Introducció al mòdul

En aquest darrer mòdul es desenvolupen algunes tècniques que, des de la perspectiva de la planificació centrada en la persona, ens permeten treballar els processos d'acompanyament, intervenint només quan sigui necessari i centrats alhora en el suport.

Es planteja la reminiscència com un dels elements que ens permeten treballar els sentiments des d'una perspectiva de la significació personal i, per tant, des de la dimensió de la persona com a protagonista de la seva realitat. Els grups de conversa són altres elements. El programa "Activem la ment", especialitzat en la malaltia d'Alzheimer, és un altre dels elements de treball que ens permeten desenvolupar tècniques, treballades des dels sentits.

La relació d'ajuda és un dels altres elements que ens permetran treballar els processos d'acompanyament des de la perspectiva d'acompanyar en el que les persones senten. Des d'aquesta orientació, es fa necessari treballar sobre els aspectes propis de la claudicació tant emocional com funcional i social. Les tècniques centrades en l'acompanyament ens porten a poder valorar elements centrats no solament en les propostes d'activitats definides des de la planificació professional, sinó també des de la perspectiva de la vida quotidiana. L'art, la música, l'ús dels estímuls de l'entorn físic, temporal, real, són elements que ens permeten desenvolupar propostes que afavoreixen que les persones estiguin situades en el món actual, en la vida d'avui.

Finalment, tenim el valor de l'entorn comunitari i de les activitats de participació intergeneracional, que ens permeten generar ponts i punts de contacte i interacció entre la societat i les persones usuàries, potenciant no solament

processos d'acompanyament a les persones, sinó també a la comunitat que, cada vegada més, té el repte de ser menys discapacitant, de deixar de ser gradualment una fàbrica de dependència, per tal de potenciar processos i oportunitats per a la "normalització", perquè tothom, sense discriminació, pugui viure amb plenitud en el món d'avui.



6.1. Estimulació i sentit. Tècniques de suport i acompanyament centrades en la persona

Els processos d'acompanyament i de suport a la persona es fonamenten en dinàmiques d'estimulació. En aquest sentit, ja el 1996 es va plantejar la perspectiva de treball des de l'animació estimulativa (Mañós, 1996).⁸¹ Podríem definir l'animació estimulativa com una de les eines més efectives per treballar l'acompanyament: animació que ha de donar a l'usuari la capacitat de relació i connexió amb l'entorn i amb les altres persones, i alhora omplint el temps de les persones grans de continguts d'utilitat, de distracció, de realització personal i estimulativa, perquè usa els estímuls propis de l'entorn i les capacitats pròpies de la persona per vèncer les discapacitats que limiten la seva autonomia. L'animació estimulativa treballa algunes tècniques per tal de donar uns continguts, teòrics i pràctics, que facin de l'estimulació sensorial i cognitiva una eina efectiva. Val a dir que és cabdal donar raó que només podem estimular si som capaços de conèixer les capacitats mantingudes de les persones. Sense capacitats mantingudes l'estimulació cauria en el buit i seria una proposta estèril i sense cap sentit. Per tant, ara us proposarem algunes tècniques que ens han de permetre potenciar processos d'acompanyament des de la planificació centrada en la persona.

6.1.1. Reminiscència (treballant la història de vida)

Definicions de reminiscència. Podem entendre la reminiscència com:

1. Una manera de tornar a viure experiències i successos del passat, que són personalment importants (Universitat de Michigan).⁸²
2. Procés mental natural caracteritzat pel retorn progressiu al coneixement d'experiències passades i particularment al ressorgiment de conflictes no resolts amb anterioritat. Simultàniament aquests conflictes poden ser abordats i reintegrats en la persona (Naomi Feil, 2003).⁸³
3. Un procés de desenvolupament en què els individus reintegren el passat des del punt de vista del present. En el procés de reintegració podreu triar

81. Quico Mañós. *Animació estimulativa per a persones grans amb discapacitat*. Edicions Pleniluni, col·lecció "Animació sociocultural CAS". Traduït al castellà per Narcea el 1998.

82. Myerhoff, B. *Remember lives: the work of ritual, storytelling, and growing older*. Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Press, 1995.

83. Feil, Naomi (2003). Validation. *The Feil Method. How to Help Disorient*. Herder Editorial

entre tres variables del procés: recordar, l'avaluació i la síntesi (diversos autors).

4. La reminiscència és el procés d'evocació narrativa del contingut de la memòria remota. La memòria remota conté informació emmagatzemada al llarg del curs de tota la vida i és retinguda de manera més o menys perfilada. La reminiscència consisteix a narrar records de temps passat que s'inclouen en la història de vida del subjecte (Botella, 1992).

- Grups de reminiscència. Els grups de reminiscència poden treballar des d'una orientació a potenciar estats comuns entre membres d'una mateixa generació o d'un mateix lloc. Hi pot haver un treball de comparació a partir de les diverses històries de vida, que ens permetran arribar a treballar la memòria. L'acció de la pròpia història de vida indica que van tenir assajos i triomfs que donen seguretat a la situació present a partir d'haver estat capaços de vèncer els obstacles. El treball a partir de la reminiscència és complementari a tècniques com el TOR, remotivació, validació emocional, i s'agrupa al voltant de successos de la pròpia vida personal, o bé entorn d'altres temes que estan connectats amb aquesta història de vida (art – música – poesia – ball – successos d'un temps), que es poden comparar amb els actuals.

- Tross i Blum (1988)⁸⁴ ens diuen que aquesta revisió que es dóna des de la reminiscència consisteix a recordar fets del passat, desculpabilitzant la persona i reafirmant els valors positius per tal de poder resoldre situacions de conflicte. És el treball des d'un mètode comprensiu (d'empatia comprensiva). En la reminiscència apareixen aspectes, successos propis de la memòria remota personal, que es presenten com a peces descontextualitzades del passat. És difícil treballar la reminiscència com a procés, però ens permet treballar aspectes relatius a la personalitat, a la significativitat de la persona i, per tant, treballar des del divertiment, des de la confrontació conflictiva, en un ambient privat o públic.

Podem treballar diverses tipologies de reminiscència. Botella ens explicita el concepte de reminiscència des de diverses d'aquestes tipologies:

- *Reminiscència informativa.* És la que està centrada més en els aspectes del material evocat que en la importància d'una avaluació biogràfica. La seva única finalitat és fomentar el plaer de recordar determinats fets o de verbalitzar i interaccionar amb altres persones que comparteixen interessos similars. És la forma més habitual de reminiscència en les relacions personals. Permet treballar la personalització des de la història de vida.

84. Tross, S.; Blum, I. E. (1988). *A review of group therapy with the older adult: practice and Research.*

• *Reminiscència avaluativa.* És l'intent d'atribuir significació a allò que s'ha evocat. No consisteix només a recordar fets passats, sinó a determinar-ne la importància emocional per a la vida de la persona, de manera que permeti configurar la seva identitat, identificació i sentit de pertinença. Sovint, en moments del final de vida, les persones fem ús de la reminiscència avaluativa. En aquests moments del final del procés de vida és una tècnica molt útil, i també en la planificació del propi futur.

• *La reminiscència obsessiva.* És el record repetitiu de fets passats. És el treball sobre conflictes mal resolts o inacabats (sentiments de ràbia, dol, vergonya i que encara la persona és incapaç de resoldre). No es pot treballar de manera grupal, sinó que s'ha de treballar de manera individual. La presència de reminiscència obsessiva és un símptoma de psicopatologia mental i es fa necessària una relació d'ajuda psicològica.

• *Revisió de vida o revisió vital,* que es podria entendre com el procés estructurat, normalment grupal, del foment de la reminiscència avaluativa (en què s'evocuen experiències significatives del passat, amb una persona que coordina, un professional). Ens permet treballar l'autoestima, la sociabilitat, el contacte amb la realitat, compartir experiències i coneixements davant dificultats similars per tal de definir processos d'elecció d'estratègies de resolució davant de problemàtiques quotidianes.

• *Raons per treballar des de la reminiscència.* A través de les tècniques de reminiscència es poden treballar moltes coses des d'un ús sa, com el sentiment d'aquestes coses que construeix la persona. La memòria és també un projecte de futur. El que guardem a la memòria, ho utilitzem en el futur. Aquesta tècnica ens permet treballar dinàmiques encaminades a assolir el poder:

1. Reduir l'apatia i la inquietud
2. Alleugerir la depressió
3. Generar processos d'interacció social
4. Augmentar la satisfacció i l'autoestima personals
5. Augmentar l'autoconeixement i el valor de la pròpia dignitat
6. Potenciar els aspectes creatius personals
7. Augmentar el control sobre l'ambient i l'entorn

Els grups de reminiscència poden semblar un joc, però en canvi necessiten una planificació exhaustiva i definir els objectius que es volen aconseguir en treballar-la. No es tracta de comprendre el que es narra, sinó que hem de posar l'estimulació del record en funció de les capacitats mentals que volem perseguir, ja sigui l'autoestima, la memòria, l'autoimatge o la positivització perso-

nal. Per assolir les expectatives desenvolupades en tècniques de reminiscència s'han de planificar diversos aspectes:

- El material. El material que cal utilitzar pot venir donat per estímuls personalitzats prenent de diversos arxius de memòria personal, com fotografia, vídeos, música, obres d'art, records, objectes amb significats... Els materials han d'estar relacionats amb un tema concret.

- Els temes. Les temàtiques han de partir de la història de vida de les persones. Cal conèixer elements de realitat introspectiva de les persones per poder fer la connexió adequada. A partir d'experiències viscudes i significatives, hem de fer una selecció detallada dels temes. L'elecció de temàtiques centrades en els interessos personals ens permet definir-ne la funció i els beneficis d'haver sabut connectar amb els interessos personals. Aquestes funcions i beneficis es poden estructurar des del quadre següent:

Funció	Benefici
L'autonomia	Els membres poden controlar la interacció per motivació temàtica, encara que el tema ja hagi estat introduït.
L'elecció	Potenciant la presa de decisions i la capacitat de triar entre objectes, temàtiques, afers personals.
El compromís	La preselecció de temes pot potenciar que la persona cerqui la possibilitat d'optar per fer quelcom que li sigui significatiu i amb continuïtat. La continuïtat sempre demana compromís.
La continuïtat	Les temàtiques poden generar plaer i ganes de seguir en aquell grup o en aquella activitat que fa sentir la persona com a quelcom viu, amb història personal pròpia.
Augment de confiança	A partir de poder treballar elements des de la comoditat i la complicitat personals.
Estructuració	La persona pot estructurar el que vol experimentar i argumentar.
Reducció d'ambigüitats	La persona selecciona el que vol explicar i redueix la vivència de ambigüïtat que a vegades expressa amb dolor.

Els objectes de suport

Són objectes mediadors entre la persona i la memòria (reminiscència). Aquests objectes i els temes depenen de diverses característiques com l'edat, la cultura, el gènere, el lloc... Els objectes han d'estar relacionats amb els temes i han de poder generar aquesta mediació entre el sentiment i el record. De vegades els temes o els objectes no són els adequats. També ens podem trobar que el tema seleccionat genera altres interessos que són més urgents de tractar, que no pas el que estàvem pensant.

Els temes no apropiats ho són per diferents raons:

- El tema no és el propi de l'edat del grup.
- El tema no és adequat perquè les persones no el coneixen prou.
- El tema no és adequat geogràficament
- Adequació al nivell d'autonomia i de capacitat mental

La reminiscència ens permet treballar sobre fets que generen un record compartit. Podem plantejar objectes que generin la possibilitat d'un record compartit. Sigui d'on sigui, cadascuna de les persones, hi ha fets que formen part de tota una generació i que són compartits per persones d'una mateixa edat (per exemple, l'assassinat de Kennedy). Aquest fet ens pot ajudar a treballar aspectes d'integració i interacció. Els hem d'utilitzar si volem treballar la integració.

- La significació de la reminiscència. Quan algú no recorda alguna cosa i expliquem els descriptors de les coses que ens han passat per la ment, apareixen sentiments de tristesa, de seguretat, de reconexió amb la infància, de moments de felicitat. Sovint podem identificar les nostres reaccions en relació amb aquests records. Això ens ha de fer entendre que la reminiscència és el lloc on la persona guarda allò que és més significatiu i, per tant, allò que és un referent a la seva vida.

- Reminiscència i memòria. Amb persones que tenen problemes amb necessitats de suport i acompanyament ens podem trobar en situacions en què les persones no responguin o no verbalitzin. També ens podem trobar amb sensacions d'apatia o de gran dificultat per participar. En aquests casos haurem de fixar uns objectius molt específics, amb ritme lent, no excessiu, ni amb gaires objectes. Sovint visualitzem que la persona amb dificultats connecta poc verbalment, però no verbalment fa ús dels sentits i verbalitza algun record que és motiu de proposta estimulativa.

- La pràctica. Sugeriments per al desenvolupament de la pràctica de propostes d'estimulació des de la reminiscència. Algunes propostes d'activació de la història de vida personal es poden desenvolupar des d'activitats encaminades a:

- Generar espais de recreació d'ambients de la història de vida personal, des de la mapificació de llocs significatius de la persona.
- Generar espais de relació propis de l'entorn de la persona, grups al voltant d'activitats socials, com prendre cafè, fer una sobretaula, berenar o anar de visita, amb tots els rituals que comporta una activitat d'aquesta tipologia (visita).
- L'ús i la selecció dels suports que permeten involucrar la família o el

personal, ja que podem demanar que aportin elements de significativitat de la persona.

- Plantejar el fet que les persones ens puguin transmetre com a mestres de vida. Donar a conèixer l'experiència de vida pròpia i donar-hi importància és un element que, a més de motivador, dóna rellevància als fets de vida personals i, per tant, permet donar valor a la identitat personal.

- La conservació de memòries i de fets és gratificant i dóna satisfacció (com quan mirem un àlbum de fotos).

- Les reminiscències són gratificants per a qui hi treballa: es guanya en coneixement i comprensió del món de la persona i ajuden a construir ponts entre experiències de passat i de present. S'estableix una interacció molt més satisfactòria. Es fa ús de la història de vida com un recurs de construcció personal.

- Permet que la persona triï fets propis i pugui recordar a partir de la pròpia experiència.

Cal investigar en la història de vida de les persones per aportar temes adequats per ser treballats realment. Per tal de fer-ho, podem tenir en compte algunes consideracions com les següents:

Documentació vàlida per treballar històries de vida	
A partir dels amics i de la família	Pot generar en aquests una certa comoditat sobre la relació interpersonal amb la persona pel fet de tenir història compartida. Genera una implicació diferent per part de la família, un més gran coneixement, una participació més involucrada.
Treballant l'autenticitat	El fet d'expressar des dels sentiments fa que les paraules siguin més reals i que connectem amb la persona, a partir de la senzillesa, trencant els prejudicis en relació amb la persona.
La persona	Cada experiència personal és diferent i pot ser meravellosa si aconseguim que la persona la pugui compartir.
Els records continus	La creació d'espais de reminiscència ens permet donar valor, demostrar i mostrar el nostre interès, permet que la persona pensi després de la sessió grupal i que encara segueixi pensant coses personals, que permeten fer evident la capacitat de la memòria d'allò que es personal, i que ens porta a refermar la identitat personal i la identificació amb altres persones. Jo també recordo!!!
Treballar la genealogia	Fomenta els llaços familiars, permet treballar els orígens.
El llegat	Que vindrà expressat en totes les coses que la persona ens aporta com a significatives. Tot allò que és ple de significació.
Allò que es tangible	El fet d'interaccionar o de verbalitzar que allò que ens està explicant és útil per a altres, aporta a la persona una millora d'autoestima perquè també se sent útil.

Els registres escrits i els detalls de significació són importants per treballar des de la proposta de la història de vida. Podem treballar aspectes com la taula autobiogràfica, la memòria i els sentits. Les reminiscències olfactives i gustatives, les reminiscències auditives, visuals i tàctils. A partir de l'ús d'objectes (escola / objectes d'una època): molinet de cafè, gramola, un rentamans... La reminiscència només es pot treballar a partir de la proposta i l'estil de vida de cada persona.

6.1.2. Treball en grups. Els grups de conversa

“Cal haver començat a perdre la memòria, si més no retalls, per adonar-se que aquesta memòria és la que constitueix tota la nostra vida. Una vida sense memòria no seria vida (...). La nostra memòria és la nostra coherència, la nostra raó, la nostra acció, el nostre sentiment. Sense això no som res.” (Luis Buñuel)⁸⁵

En aquest apartat analitzarem el grup de conversa com a tècnica d'animació que parteix de l'estimulació de l'última fase de la memòria: la de recuperació o evocació. Tot i partint, majoritàriament, de l'experiència en diferents residències de persones grans, veurem que el diàleg i la conversa que sorgeixen en aquests grups treballant la reminiscència són uns excel·lents recursos d'animació des de l'educació social, que es poden aplicar també als altres col·lectius que aquí ens ocupen. Començarem destacant la importància d'utilitzar aquesta tècnica, diferenciant respecte d'altres tipus de grups, i tot seguit ens centrarem en les seves característiques. La situarem, després, dins de l'animació estimulativa per concloure amb uns exemples concrets. Generalment, en totes les institucions on hi ha ingressades o internades persones durant un llarg període de temps, apreciem que una de les seves característiques és l'accentuació del temps de recolliment tant en freqüència com en durada. Moltes vegades contemplem sales plenes de gent en què no hi ha relació, en què tot just es diu mitja paraula. Són llocs on es fan poques amistats noves. D'altra banda, en aquestes institucions hi ha força problemes de convivència. La paradoxa és que quan t'acostes a ells solen parlar i expliquen les seves històries personals rememorant alguna cosa de la seva vida o quelcom que és important per a ells. Llavors, per què no aprofitar aquesta capacitat per fer front al problema?

A més d'estimular la memòria, en el grup de conversa, com a tècnica d'estimulació grupal que és, es treballen la capacitat comunicativa i les relacions interpersonals. Es proposa una participació activa dels membres del grup

85. Reflexió feta per Luis Buñuel davant la malaltia de demència que va patir la seva mare.

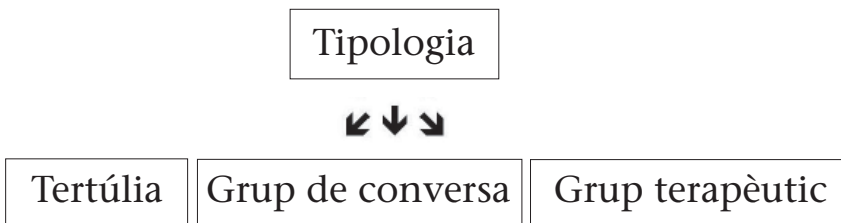
que parteixi de les capacitats que tenen i conserven aquestes persones (sigui quina sigui la seva discapacitat) i que serveixi per trencar l'aïllament, la passivitat, els seus problemes de salut o qualsevol tipus de pèrdua. Es tracta de crear i fomentar les relacions socials. La paraula i la conversa, en definitiva, la comunicació, ajuden en la cura, són elements importants per aconseguir una interacció positiva. Parlar de certes coses ajuda a posar distància, a objectivar, a pensar i a elaborar el que s'està pensant.

El grup de conversa com a tècnica

Si només atenem la seva denominació i analitzem les paraules *grup* i *conversa*, sembla d'allò més evident saber de què es tracta. Precisament, el que es vol subratllar a continuació és que no és una activitat tan simple. Sota aquest epígraf s'enquadren massa vegades coses totalment diferents que només creen confusió entre els profans de l'animació. El primer aclariment l'obtenim quan aportem el concepte de *tècnica*, o bé el de *treball de grup*. En introduir un mètode, una certa manera de fer les coses, s'esfumen els tan freqüents espais de conversa improvisada que algun membre del personal porta a terme, de forma elogiable, quan "té temps". Quan es repassa l'escassa literatura sobre el tema, ens adonem que hi ha moltes activitats en què grup i conversa s'uneixen mitjançant una tècnica i que els seus noms són diferents (tertúlies, grups terapèutics, de reminiscència, de debat, etc.). I també les seves característiques (periodicitat, objectius, temes, funció del conductor, etc.) són diferents i diferenciadores. En funció de la finalitat, s'ha de triar l'una o l'altra, ja que el que importa és l'efectivitat, els resultats, i no el nom.

Tipologia de grups

Els grups es poden dividir o agrupar en tres grans blocs:



El primer, en què inclourem les tertúlies o els grups de debat, es donaria en centres oberts i amb població una mica més jove o amb més dinamisme i autonomia que la que trobem en les residències o centres de persones amb capacitats diferents. Els seus objectius tenen un marcat caràcter social, com l'increment de les activitats socials i participatives, més dinamisme o inici de noves relacions. El nombre de participants pot arribar a 15 o 20 i els temes tractats solen ser els que més els preocupen com a col·lectiu (salut, ingressos, jubilació, etc.) o com a membres de la societat (atur, cultura, etc.).

Un altre bloc, molt més especialitzat, susceptible de ser realitzat tant dins com fora d'institucions, és el grup terapèutic. Conduït per un psicòleg, és un grup molt més petit en el qual es treballen problemes emocionals relacionats amb la patologia de tractament que volem abordar. En les institucions és freqüent treballar la reminiscència com a mecanisme de defensa per aconseguir la integració vital, el manteniment d'una autoimatge positiva i l'elaboració de dols.

La tercera modalitat, que analitzarem immediatament, són els grups de conversa. Però abans hem d'assenyalar que aquesta divisió en tres blocs és referencial i s'utilitza per mostrar les tendències més generals, ja que les tècniques són adaptables i ampliables. Si les unifiquem és perquè tenim la necessitat de referir-nos-hi amb un llenguatge comú.

També podem trobar els grups d'ajuda mútua GAM, que es fonamenten en la reminiscència com a revisió vital i que tenen les funcions següents:

- Facilitar i intercanviar informació: es pot facilitar informació entre els membres del grup d'ajuda mútua. Per informació s'entén l'intercanvi de les pròpies experiències i els propis coneixements entre els membres del grup d'ajuda mútua.
- Es poden treballar els coneixements sobre noves formes de tractament o rebre informació d'un problema concret, que es pot adquirir invitant "experts" al grup d'ajuda mútua.
- En aquest intercanvi d'experiències s'alleugen i se suavitzen problemes. A més a més, a través de la informació

El seu desenvolupament depèn bàsicament de les característiques dels usuaris i de l'anàlisi i l'establiment dels objectius. Per analitzar aquests últims, ens podem preguntar: qui els ha marcat? (l'animador, l'equip, l'entitat), com són d'explícits? (els coneix l'integrant del grup, la resta del personal, estan o no escrits), són d'àmbit individual, grupal o de tots dos? Tot això ens ajudarà a delimitar el model de treball pel qual s'ha optat: psicoterapèutic, d'ajuda mútua, d'objectius socials, etc. Malgrat tot, molt és el que comparteixen entre ells.

Els grups de conversa

Aquests grups es basen en l'estimulació de la memòria remota, l'evocació del que té plena significació per a la persona. Recordar els fets, les vivències i les experiències que són referències personals ajuda a donar sentit a la vida, a aconseguir la integració vital (Erikson 1959, 1970). Poder ser un mateix qui es presenta als altres, donar la imatge que un vol de si, de reconstruir-se, ha d'ajudar a augmentar la imatge positiva d'un mateix.

Es tracta del treball de reminiscència entès com l'acte de pensar en les pròpies experiències o en relatar les que es consideren més significatives. Burnside (1994) ens parla d'assaborir esdeveniments del passat. Ens interessa el que recorda, però encara més com ho fa (sovint es verbalitzen tot tipus de queixes), tot i que deixem el treball específic d'aquest últim aspecte a la psicoteràpia.

Metodologia

A part de l'aspecte relacional que esmentàvem al principi, l'educador té com a segon objectiu estimular la memòria. En concret, es treballa la tercera fase: l'evocació. Per a això es trien temes que despertin l'interès de les persones, que estiguin relacionats amb elles i que siguin compartits pel grup. Aquests temes han de ser per començar més concrets que abstractes, és millor parlar de la festa major del poble que la festa major en general, o del meu amic que de l'amistat. L'amplitud de temes ho és com la vida mateixa, i comprèn des d'esdeveniments familiars i personals importants (batejos, casaments...) fins a canvis socials (guerres, personatges, costums, festes, etc.).

És important saber que ens serà molt útil la utilització, per a cada tema, d'un o diversos materials de suport. Aquests són una excel·lent eina per als casos de disminució psíquica, amb dificultats per materialitzar la paraula.

Aquests objectes poden ser de tota mena i la seva finalitat és l'estimulació del record i la mediació amb el tema que s'ha de tractar. Ajuden que les paraules flueixin més fàcilment. Aquesta recuperació pot arribar interpellant qualsevol dels sentits: l'oïda amb una cançó, l'olfacte amb un perfum o mitjançant l'olor de la terra de bosc, la vista amb la imatge d'un diari o amb una fotografia, el gust amb aquell gust d'unes pastes d'abans o pel tacte amb textures de fusta i amb aparells que ja no s'utilitzen.

A poc a poc el grup guanya en espontaneïtat i cadascú va posant la seva peça en el trencaclosques. Unes vegades es parla de les professions de cadascú, altres dels menjars, altres... Sovint es passa d'un tema a un altre, tant en els grups de

gent gran com en els de persones amb discapacitat, la qual cosa no ha de preocupar perquè l'important no és el tema.

El grup és portat per un conductor. Però amb aquest terme se sol designar tant qui dirigeix com qui guia. Aquesta funció d'acompanyament és la que s'utilitza en els grups de conversa, perquè és més pròpia d'una relació d'ajuda que d'una relació assistencial i paternalista. De tota manera, aquesta activitat té aspectes diferencials amb la clàssica dinàmica de grups, i això fa que el conductor, a més de facilitar la comunicació i afavorir un *feedback* constructiu, hagi de tenir un paper més clar d'estimulació mútua. L'educador/a permet que el grup avanci i evita els camins perjudicials als seus participants. Crea un clima de seguretat, en què l'expressió creix a poc a poc. Cal no precipitar les preguntes ni tenir por del silenci. Cal aprendre a parlar poc i dinamitzant.

Fases de treball del grup de conversa

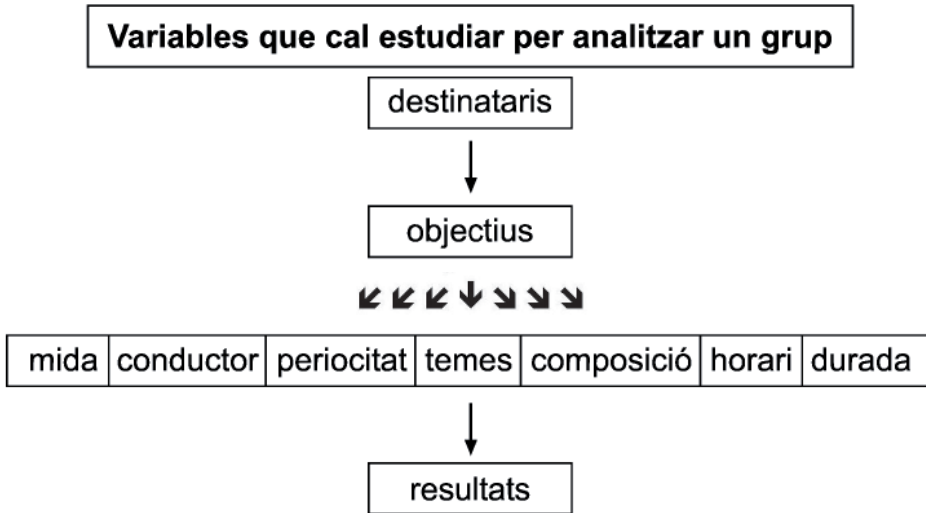
Per analitzar més a fons aquests grups, els desglossarem en quatre de les seves possibles fases o etapes:

Fases

Formativa > Motivacional > de Treball > Final >

a) La primera etapa o fase formativa implica tot el procés d'anàlisi, fixació d'objectius i establiment de la dinàmica. El grup com a tècnica d'animació obeeix a una anàlisi prèvia, que el converteix en la millor manera de satisfer una necessitat o de posar solució a un problema. Obeeix, per tant, a una planificació, a una seqüència ordenada per aconseguir uns objectius.

b) La primera pregunta que ens formulem és qui vindrà? I per què? No és el mateix que ho decidim nosaltres, perquè ens sembla que a una persona determinada li anirà bé o perquè li agradi parlar, que es decideixi en equip després d'una valoració on s'hagin considerat aspectes com les relacions socials, les funcions cognitives i els sentits, i que ja es disposi d'una informació prèvia sobre la persona i la seva vida. En aquest sentit, en la unitat anterior, s'han destacat com a variables importants que influeixen en el record la importància de l'estat emocional i la necessitat del coneixement previ de la persona en el moment de dissenyar una activitat.



La segona pregunta que hem de respondre és “com ho farem?” i es refereix als aspectes formals, com ara:

- Mida. És variable, segons les característiques personals, l’homogeneïtat que necessitem, la disponibilitat dels integrants, etc. És preferible un grup petit. El nombre màxim de participants se sol situar entre 4 i 7 persones, i augmenta o disminueix en funció de les majors o menors capacitats (no és el mateix treballar amb persones amb problemes físics i de salut, que amb qui no accepta el seu ingrés en una institució o amb persones que inicien un procés de demència).

- Composició. Aparellada amb la mida, el grup ha de ser prou homogeni per tal d’assegurar l’estabilitat i el bon funcionament i prou heterogeni perquè s’estimuli. Cal una cohesió bàsica que ens porta a considerar l’origen cultural, l’idioma i la professió, entre altres.

- Horari. En molts centres es programen a la tarda, però s’ha demostrat que segons el tipus de trastorn es rendeix molt més al matí, especialment en el cas de les demències.

- Durada. Com en tota activitat de servei, s’ha d’actuar lentament, cal prendre’s el temps necessari. La “fase de treball” ha de tenir una durada aproximada de mitja hora, i s’allargarà en funció de la disponibilitat i el cansament dels participants. En el cas dels disminuïts pot ser encara menor si hi ha hiperactivitat associada.

- Periodicitat. És totalment variable en funció de molts factors, però necessàriament haurà d'estar pautaada des de l'inici.

Igualment important és l'etapa de motivació, ja que si l'educador/a s'enfronta a la passivitat, també haurà d'invertir molt de temps en un dels seus recursos més importants: l'escolta. Quan l'interlocutor se sent comprès, tenim la millor arma per aconseguir la seva col·laboració, per vèncer la seva postura tancada, les pors a un temut fracàs o al que diran.

Una de les condicions necessàries perquè el grup sigui profitós és la voluntat de participar dels integrants del grup. Dues coses ens ajudaran a aconseguir-ho:

- Tenir cura de la relació personal fins a reconèixer la seva problemàtica particular i les seves preocupacions, sentir-se tractat amb respecte convida a la col·laboració. Aquest fet s'assoleix quan som capaços de donar la importància que malauradament no es dona a fets i a la història de vida que fan que la persona se senti valorada. Tenir la satisfacció personal de ser reconegut, poder explicar al grup el que és o senzillament compartir el que hom sent o ha viscut pot influir en la pròpia imatge, en la pròpia projecció cap als altres, d'explicar qui és realment, són elements que fan que la persona doni valor a la seva pròpia realitat.

La participació planteja la qüestió ètica respecte de la voluntat de participar en el grup (encara que aquest sigui un problema general en qualsevol activitat). Hi ha moltes maneres de fer-ho. No podem utilitzar el patrocini paternalista per "forçar en benefici seu". Venir al grup forçat provocarà el mal funcionament per haver actuat al marge dels sentiments de la persona.

c) Salvats els primers obstacles, es desenvolupen la confiança, la cohesió i un cert grau d'intimitat gràcies a l'esperit de grup. És el moment en què veiem augmentar la participació, en què el grup es troba en el seu millor moment.

d) Finalment, els grups també s'acaben. Els motius poden ser molts (absència d'alguns participants per evolució de la seva malaltia, mort, fracàs com a dinàmica, etc.). Però són massa les vegades que ho fan sense haver aconseguit els objectius. S'ha discutit molt sobre aquest assumpte, potser perquè moltes vegades només es buscava una activitat per omplir el temps. El grup necessita una planificació cronològica, periodificada.

Podem dir que l'etapa final comença ja quan es forma el grup, amb el mateix inici, la qual cosa s'ha de saber des del primer dia. Una altra cosa és que després pugui continuar o se'n pugui formar un altre de nou, però obeint determinats criteris. Sigui com sigui, necessitem més que mai la participació. Hem de facilitar aquest pas comptant amb la seva opinió. L'important és que el grup no sigui una experiència aïllada, sinó la part d'un procés. Potser només haurérem de deixar-lo nosaltres. Seria un indicador d'èxit. Finalment, també aquí comença un altre dels reptes que planegen sobre aquests grups: aconseguir una avaluació adequada que s'allunyi de la mera valoració o cobrir l'expedient. A mesura que aclarim el nostre marc teòric i les bases del grup, es van operativitzant instruments que ens diuen si anem pel bon camí. El primer pas és aconseguir que els objectius siguin específics, perquè l'avaluació de l'eficàcia és difícil d'aconseguir a causa de la complexitat de les variables. En principi, podem començar avaluant a dos nivells (Beal, G.; Bohlen, J. M.; Neil, J., 1964):

- Avaluació de la dinàmica (dels aspectes formals): la conducció, la mida, el funcionament, l'atmosfera i l'organització.
- Avaluació de la maduresa (del contingut): el grau d'intercomunicació, l'adequació a uns objectius, utilització de les capacitats i la cohesió.

Lloc i importància dels grups de conversa en el programa d'animació

Aquest tipus de grups donen molt de si. Ajuden a afrontar les tensions diàries, a integrar noves persones, i afavoreixen el creixement personal, el bon funcionament social, etc. La possibilitat de treballar amb diferents persones, de fer-ho amb els seus aspectes més significatius, en interacció amb els altres, de conèixer realment la persona, els converteix "potser, per la seva naturalitat en la vida quotidiana, (en) la més completa i efectiva de les activitats que es poden programar des de l'animació" (Mañós, 1996).⁸⁶

Amb una visió àmplia, els beneficis poden arribar més enllà dels integrants i incloure al personal o la comunitat. Es tracta d'aconseguir que els grups no siguin només 30 minuts de xerrades de records, sinó que estiguin integrats amb altres objectius, amb altres activitats, amb tot el programa d'animació.

El primer que s'aprèn en els grups de conversa és que en els serveis que oferim només veiem una petita part del que són les vides de les persones, i no som conscients de la importància que és poder anar descobrint la resta d'història

86. (Mañós, 1996), *op. cit.*

de vida per tal de no tenir una visió esbiaixada de la persona. Però no ens hem de quedar només en les vivències com a tals, hem d'aprofitar l'experiència que ens transmeten, tant des del punt de vista històric (de coneixements) com biogràfic (de vivències). Aprofitar les biografies (les històries que hi ha dins de la història), amb les seves vivències, anècdotes, referències, que ens aporten informació sobre les diferents formes de viure i de veure la història quotidiana de cada dia que, al cap i a la fi, és la que les persones viuen amb plenitud.

6.1.3. “Activem la ment” (estimulació cognitiva) centrada en les capacitats personals

Un dels materials més ben elaborats des de la perspectiva de l'estimulació cognitiva, funcional i d'aplicació en la vida quotidiana de les persones amb problemàtiques d'Alzheimer és “Activem la ment”. Aquest programa però és extrapolable a moltes d'altres situacions de vulnerabilitat i dependència. Talment com el presenta la Fundació “la Caixa”⁸⁷ Activem la ment és un projecte creat i desenvolupat per aquesta Fundació en el camp de la malaltia d'Alzheimer, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels malalts d'Alzheimer i dels seus familiars i cuidadors. Aquest projecte ofereix un conjunt de materials teòrics i pràctics, presentats en un buc de tres calaixos i sis llibres, que informen sobre la malaltia i n'ofereixen diverses aproximacions. Aquesta és la part més específica relacionada amb l'Alzheimer, però les propostes d'estimulació són fàcilment aplicables a altres situacions.

Consta de cinc llibres i una maleta de materials estimuladors (ja exhaurida), que permet planificar amb sentit i significat les activitats adreçades a les persones d'aquest col·lectiu

A Activem la ment es donen consells sobre com intervenir en els problemes psicològics dels malalts o com ajudar-los a mantenir la seva autonomia, i hi ha activitats pràctiques que permeten desenvolupar nombroses tasques de caràcter terapèutic. Aquest material s'ha concebut com un projecte flexible i polivalent, que pot ser utilitzat en àmbits diversos com els centres de dia, les associacions, els domicilis particulars, les residències o els hospitals, entre altres, i es pot aplicar a diferents tipus de malalties neurodegeneratives.

87. http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/alream800pnd_cat%5EOpen Document/index.html

6.1.4. Relació d'ajuda

La relació d'ajuda es dóna com un procés interactiu entre l'educador i la persona ajudada, en què aquesta, com a persona que és, i per tant com a sistema obert que controla les seves pròpies reaccions, fent ús de les habilitats socials, desenvolupa un procés circular en què rep els estímuls necessaris per resoldre problemes des de les pròpies capacitats i recursos personals.

L'aplicació de la relació d'ajuda ha de respondre a les prioritats de la persona usuària, no a les del professional. Cal saber escoltar i valorar els objectius que la persona es marca en el seu procés. Sovint, com a educadors, atribuïm (diagnostiquem) unes necessitats que creiem que l'individu té. Només serà efectiva la relació d'ajuda si els objectius pels quals estem treballant són assumits per qui rep l'acompanyament.

La relació d'ajuda comporta el desenvolupament d'algunes actituds i defugir-ne altres. Mañós (2000)⁸⁸ ens planteja en el seu article "La relació d'ajuda com a tècnica interactiva" les actituds que cal defugir i les que cal potenciar. Segons l'autor, com a educadors/es, hem de defugir:

- Una actitud investigadora, que ens podria portar a la ingerència.
- No hem de caure en la trampa d'avaluar o judicar moralment l'usuari, ja que li pot produir situacions d'inhibició, bloqueig, sentiment de culpabilitat i sensació d'angoixa.
- No hem d'interpretar el que expressa la persona ajudada.
- Hem de fugir de la compassió malentesa, que empobreix i demana que acompanyem només des de la compassió. Les persones no ens han de fer pena, encara que hem d'aprendre a patir amb elles.
- No hem de donar consells i solucions. En tot cas, si donéssim consells, hauríem de dir que fariem i deixar la porta oberta per tal que sigui l'usuari qui decideixi que farà.

Hauríem de potenciar actituds com ara:

- L'actitud comprensiva (comprensió empàtica).
- Qui ajuda ha d'acollir i no ha de prendre la iniciativa.
- S'ha de centrar en allò que viu i sent la persona i no en els fets.
- Ens interessa la persona i no tant el problema.
- L'acompanyament s'ha de basar en el respecte.
- El professional no ha de fer cas de les etiquetes i els prejudicis.

88. Mañós (2000). "La relació d'ajuda com a tècnica interactiva". *Educació Social* (núm. 10, pàg. 10-28). <http://www.raco.cat/index.php/educaciosocial/article/viewFile/175660/240713>

Com podem entendre, la relació d'ajuda es fonamenta en algunes actituds que tot seguit enumerarem i que en la propera activitat us demanem que mapegeu conceptualment: La relació d'ajuda es basa en l'escolta activa i en el diàleg. L'escolta activa demana que les actituds de diàleg es fonamentin a escoltar (és diferent de sentir) i mirar (és diferent de veure). Escoltar i mirar són actes de voluntat que ens poden portar a tres tipus de diàleg: el monòleg, el tècnic, l'autèntic.

Una altra actitud és el respecte a la persona, que és única i que interacciona amb un entorn concret en què es donen relacions de conflicte.

L'autenticitat, és a dir, la coherència entre el que la persona és i el que pensa, percep, sent i comunica implica una actitud més compromesa que la sinceritat. A partir de l'autenticitat, els educadors/es poden ser un model que permeti a l'individu experimentar el seu propi procés.

Una altra actitud que cal tenir en compte és l'especificitat, que té com a finalitat entendre el nivell de retorn i comprensió entre el professional i la persona a partir de les experiències i en les interaccions que es donen entre ells. La relació comporta unes tècniques específiques: reformulació i confrontació. Mañós ens defineix la reformulació de la manera següent:

Sobre reformulació i confrontació en podríem escriure moltes pàgines. Entenem per reformulació el fet de tornar a formular la situació conflictiva expressada per l'usuari però sense la càrrega afectiva que aquest hi significa. La reformulació pretén presentar de nou la realitat a l'usuari, però des de la més pura objectivitat i fredament. Hem de potenciar que la persona ajudada ens transmeti les seves opinions, però també que sigui capaç d'acceptar els continguts subjectius que li fan nosa. Amb la reformulació podem potenciar que l'individu es distanciï del seu problema i el valori més objectivament, potenciar la reflexió a partir de l'experiència del dolor. Reformular és com posar un mirall on la persona veu reflectida la seva situació.

Mañós (2000)

La reformulació pretén presentar de nou, reformular de manera objectiva per facilitar la presa de decisions. Aquesta reformulació es pot fer des de diverses tècniques que us proposem conceptualitzar: ⁸⁹

- La reiteració o reformulació simple, que preveu tècniques com ara:
 - Remarcar un aspecte

⁸⁹. *Op. cit.*, pàgina 20.

- Resumir el que se'ns ha dit
- Parafrasejar
- La reformulació de sentiments, més complexa i que ens planteja estratègies que ens permeten:
 - Donar a entendre el que nosaltres entenem i donar oportunitat a la persona perquè s'expliqui d'una manera diferent.
 - Incloure la persona usuària en la discussió.
 - Incloure en la formulació del problema el que la persona ens ha explicat i demanar-li si hi està d'acord.
 - Posar nom als sentiments expressats.
- El discerniment que comporta la inclusió de raonaments que ens permetin entendre millor amb la persona quina és la postura o el comportament que desenvolupa. Es du a terme amb tècniques com ara:
 - La síntesi
 - Les preguntes obertes

El mateix autor⁹⁰ ens defineix la confrontació com:

La confrontació dels fets és un concepte clau en el procés d'autoajuda personal, que es planteja en la relació d'ajuda. Estrictament, la confrontació no és res més que comparar dues coses entre si per reconèixer les diferències que hi ha entre elles. Auger (1972)⁹¹ considera la confrontació com una *“actitud professional que más o menos explícitamente y directamente, denuncia las contradicciones que el usuario utiliza y que en la mayoría de casos, son la fuente de los propios problemas”*. La confrontació es fonamenta principalment en la comprensió que el professional té del món subjectiu de l'usuari; entén la confrontació com un conjunt d'intervencions actives del professional, que tenen la finalitat de reduir les distorsions conductuals de la persona ajudada a través de la seva capacitat comunicacional. La confrontació es durà a terme a partir del moment en què la persona atesa es reconegui en una situació de comportaments *“incoherents”*.

6.1.5. Implicació de la família en el procés d'acompanyament. Treballar amb la família, des de la família i per a la família

Quan treballem amb les famílies, hem de ser conscients que sovint l'hem instal·lada fora dels serveis que oferim. És des d'aquesta perspectiva que pen-

90. *Op. cit.*, pàgina 23.

91. Auger (1972) *Communication et épanouissement personnel*. Editions du CIM. Montreal.

sem que el primer canvi que cal treballar és el de donar un rol a la família dins dels processos d'acompanyament, tant a la persona com, si s'escau, a la família. Sovint la família es presenta amb el que podríem anomenar claudicació. Però, què és la claudicació? La claudicació s'ha d'entendre com la incapacitat d'oferir una resposta adequada a les necessitats de la persona usuària. Aquesta incapacitat es reflecteix en les grans dificultats que la família i a voltes l'equip troba per mantenir una comunicació positiva amb la persona en situacions d'estrès emocional. Podem trobar diversos tipus de claudicació, però pel que fa a l'afectació d'aquesta, ens podem plantejar que hi ha tres tipus de claudicació cabdals que hem de tenir en compte:

- **Claudicació emocional:** es dona quan el familiar se sent incapaç d'expressar els seus sentiments de patiment i de dolor. L'ansietat que poden generar les situacions d'estrès afecta els sentiments de la família i genera oblits, bloquejos, sentiments de culpabilitat davant les situacions que viu. Claudicació orgànica o funcional: s'esdevé quan la claudicació afecta el funcionament organitzatiu de la vida quotidiana de la persona que té cura: l'ordre es descuida i la situació afecta la funcionalitat. La persona defuig algunes responsabilitats pròpies del seu entorn.

- **Claudicació social:** aquesta es dona quan l'afrontament genera que el familiar defugui mantenir la seva vida social. El cuidador defuig tota realització social pròpia, perd els contactes que mantenia i s'amaga en el seu propi món com si es tractés d'una closca.

Així mateix, podem parlar de claudicació simple si només es dona la claudicació emocional. Quan aquesta va acompanyada de claudicació orgànica, és el que anomenem claudicació mixta. Si, a més, d'emocional i orgànica, la claudicació és social, parlem de claudicació globalitzada.



CLAUDICACIÓ	<i>Emocional</i>	<i>Orgànica</i>	<i>Social</i>
Simple			
Mixta			
Globalitzada			

Davant aquests fets, cal plantejar propostes que incloguin la família com un agent més que ha d'interactuar en els processos d'acompanyament i suport.

Per tal de potenciar que la família s'hi impliqui, ens haurem de plantejar algunes qüestions que ens han de permetre treballar amb la família i des de la família com a unitat. Per incloure i treballar la continuïtat entre família i usuari, caldrà que ens preguntem sobre:

1. Què demana o exigeix la persona a la família? Quines són les seves expectatives? Aquesta és una qüestió crucial. Sovint creiem que la persona demana que li portin coses o que els portem a casa en dies de festa. Les demandes són, però, més complexes i emocionals. La persona, de fet, demana: afecte, temps i energia per ocupar-se'n, ajuda en les AVD, demana ajuda davant la por a la soledat, vol seguir comptant en la presa de decisions, ser algú en la família... Alhora és conscient que no sempre poden estar al seu costat, sent que és una càrrega en diversos moments, és conscient que la seva situació genera cansament a la família, reconeix de vegades la disponibilitat dels altres, sent la tristesa i la preocupació dels altres.

Per implicar la família, ens hem de preguntar, doncs, pels sentiments de la persona.

Una segona qüestió s'adreça a les expectatives de la família. Ens podem preguntar sobre quines són les expectatives de la família en relació amb el centre i l'equip que fa el procés d'acompanyament:

2. Què demana, exigeix, proposa la família a la institució i a l'equip professional? Sovint creiem que la família només exigeix. Exigeix que tractem el seu familiar com si fos l'únic (millor que els altres). Exigeix una atenció de qualitat a les AVD, exigeix molts detalls que sovint interfereixen en la vida quotidiana del centre, ja que, a més, se suposa que hem de donar respostes amb immediatesa. Sovint ens fa l'efecte que ens demanen que li donem allò que ells no li han pogut donar. La família també demana. Ens demana informació, fa demandes encaminades a sentir-se millor, a combatre el seu sentiment de culpabilitat, fa demandes constantment a partir de petits detalls que puguin generar complicitat entre aquesta i els professionals. Sovint ens trobem amb familiars que s'adrecen a uns professionals concrets en els quals han posat la seva confiança. Si pensem en què proposa la família, ens hem de preguntar: deixem proposar a la família? Vivim les propostes com a exigències?

Una tercera qüestió sobre les expectatives va dirigida a les expectatives que l'equip té en aquestes situacions:

3. Què demanen, exigeixen, proposen la institució i l'equip professional a la família? L'equip també planteja les seves exigències a la família. Sovint s'exigeix el material (roba, sabó, esponja, roba tallada per l'esquena i marcada. Cal, doncs, delimitar responsabilitats (qui fa què). Així mateix, l'equip demana informació, complicitat, tenir punts de referència, poder confiar en algú representatiu de la família. L'equip demana a la família comprensió davant el tipus de treball que implica tenir a càrrec diverses persones amb problemes de dependència i, per tant, demana la seva implicació. Demana a la família que sigui capaç d'aportar tot el bagatge afectiu necessari, des de la història de vida de la família. Però, proposa, l'equip? Ofereix l'oportunitat a la família de participar en el pla personalitzat de la persona? Com a equip, hem de plantejar quin és el rol de les famílies en els nostres centres per vèncer els dubtes que ens pot generar la seva inclusió.

Un cop ens hem plantejat aquestes tres qüestions que ens situen davant les expectatives de la persona, de la família i de l'equip, ens hem de començar a qüestionar sobre les potencialitats i els rols de cada un d'ells. Aquesta serà la quarta qüestió. Partint del pla personalitzat de suport, podem plantejar les potencialitats que té la persona, les potencialitats de la família i les de l'equip, amb l'objectiu comú de complir els objectius proposats en el pla. Però no solament ens hem de preguntar sobre les potencialitats, sinó també sobre els límits de relació i de l'acompanyament que ha de donar.

4. Quines potencialitats i quins límits definim en la relació? Us proposem aquest quadre de planificació:

	Persona		Família		Equip	
OBJECTIU	Potencialitats	Límits	Potencialitats	Límits	Potencialitats	Límits
Obj. 1						
Obj. 2						
Obj. 3						

Com podeu veure, en aquesta proposta ja es plantegen alguns instruments per potenciar la implicació de la família.

Aquest plantejament ens porta a qüestionar-nos quin espai hem donat per tal que aquesta implicació es doni.

5. Quins espais, físics o organitzatius estem donant a la família? No ho hem de pensar com un lloc on es trobin, sinó quins espais de participació tenen. Aquesta qüestió conté moltes altres:

- Participen en el pla personalitzat de suport?
- Participen en els consells de participació del centre.
- Tenim un programa de famílies?
- Tenim un protocol específic d'atenció, implicació i suport a la família?
- ...

Com podem veure, ens cal donar respostes i fer possible que les famílies tinguin el seu rol dintre dels nostres serveis per tal de donar continuïtat a les estratègies que pactem entre la persona usuària, la família i l'equip.

Una darrera pregunta, la sisena, ens porta a definir estratègies concretes de planificació. Una proposta seria la de desenvolupar un programa d'implicació a partir d'un disseny seqüenciat d'accions que cal fer durant tot el procés.

Moment del procés (ingrés, estada a casa, etc.)		
Agent (persona, família, entorn, professionals)		
Objectiu	Tasca	Responsabilitats

Donar suport a la família

Hem de propiciar que la família pugui seguir exercint de familiar. El fet que una persona estigui rebent un servei no ha de generar la sensació que la família ha de deixar d'exercir els seus rols i les seves responsabilitats en l'atenció i suport. La família ha de formar part de l'equip interdisciplinari; només així s'assegura la continuïtat del procés de rehabilitació i desenvolupament personal.

Les propostes d'acompanyament han de ser complementàries i es basen en la complicitat en el tracte, en la informació fluïda. Genera la continuïtat del procés i es fonamenta en els principis de col·laboració entre professionals i familiars. El contrari a la complementarietat seria la substitució, en què es despulla la família de tot rol i es planteja una intervenció molt protocol·litzada i tècnica, que no té en compte les potencialitats que l'entorn familiar pot aportar al procés. La substitució genera dinàmiques d'anul·lació tant de la persona com de la família. Substituir la persona i la família es basa en una filosofia de "fer-me càrrec". Si la nostra actitud professional es fonamenta a "fer-se càrrec" potser estarem fent intervencions tècnicament molt adequades, però que generen grans nivells de dependència que dificulten la reinserció positiva de

la persona en el seu entorn habitual. L'acompanyament ha d'estar orientat a potenciar els recursos que la mateixa persona i el seu entorn familiar tenen com a base de la relació positiva. La complementarietat es basa en la confiança raonable que hi ha d'haver entre l'equip i la família i la persona.

6.1.6. Tècniques per a la implicació de la comunitat i en la comunitat. La pedagogia vers la comunitat

Per desenvolupar una proposta des de la comunitat i d'integració en la comunitat, us proposem una anàlisi a les qüestions plantejades pels professionals dels CAI d'Astúries en la bona pràctica "*Apertura y coordinación del centro con la comunidad*".⁹² Els autors ens presenten aquest bona pràctica, amb el contingut següent:

5.2.

BP clave: Apertura y coordinación del centro con la comunidad

- Porque abrir el centro a la comunidad aumenta las oportunidades de relación y de desarrollo de las personas con diversidad funcional.
- Porque al facilitar que las personas salgan del centro y acudan a lugares, actividades y servicios del entorno, se proporcionan mayores oportunidades de participación, espacios más integradores y una mayor continuidad con la vida previa.
- Porque mejorar los cauces de comunicación y coordinación entre recursos optimiza su utilización.

Esta BP entiende que el centro es un recurso más de la comunidad y se dirige a mejorar la comunicación y coordinación del mismo con el resto. Presenta nuevas y mejores formas de participación y atención a las personas, optimizando el uso de los recursos comunitarios.

Esta es una buena práctica que entiende la apertura desde dos direcciones. Por una parte anima y permite que las personas y organizaciones externas utilicen el centro y aprovechen algunos de los servicios o instalaciones, consiguiendo también así con ello nuevas iniciativas en las que las personas con diversidad funcional puedan implicarse. Por otra parte, al facilitar el acceso a otros recursos externos, se ofrecen nuevas oportunidades para las personas usuarias del centro de salir y disfrutar de los mismos.

Se ofrecen algunas propuestas para mejorar la cooperación de recursos de un territorio, propiciando su mejor aprovechamiento e inclusión social.

92. Obra Cita amb anterioritat CAI Ila Parte Buenas Prácticas, (2009) Planes 198 - 205

Es planteja com una necessitat que ha de ser bidireccional del servei cap a la comunitat i de la comunitat cap al servei. Per tal de plantejar algunes idees, els autors i professionals ens vam fer algunes consideracions que ens van portar a definir quines són les reflexions bàsiques per poder fer possible la inclusió “normal” en la comunitat.

Cal obrir el centre a l’entorn social pròxim i aquesta forma de treballar la podem fer des de diverses estratègies:

El centre com a difusor de serveis a la comunitat, on, coneixent les necessitats d’aquesta, es poden oferir tant espais de participació com serveis específics:

■ **Organización y apertura de algunos servicios del centro a la comunidad**

Los centros pueden ser, en la medida de sus posibilidades, proveedores de servicios a otras personas de la comunidad. Para ello, se deben de tener en cuenta varios factores fundamentales: las necesidades detectadas, la demanda expresada y las posibilidades de cada centro para hacer una oferta de servicios diversa.

Com espais de relació intergeneracional:

■ **Desarrollo de iniciativas y avance en la utilización de metodologías intergeneracionales**

El enfoque y metodología intergeneracional aporta elementos de gran valor al permitir compartir experiencias, vivencias y conocimientos a distintos grupos de edad y circunstancias. Resulta enriquecedor no sólo para las personas usuarias sino para los otros grupos de edad (niños, jóvenes, adultos...) que conocen en directo, apartándose de los tópicos, personas y situaciones (como la de la dependencia) desde un enfoque real.

Com espais de voluntariat i formació continuada:

■ **Desarrollo y potenciación de proyectos de voluntariado**

Los proyectos de voluntariado en el centro permiten acercar a las personas de la comunidad al centro y, a nosotros, dotarnos de más recursos humanos para la realización de más y nuevas actividades dentro y fuera del centro.

La participación de los voluntarios y voluntarias debe ser planificada y estar organizada en torno a proyectos que se sitúen en sintonía con el Plan funcional del centro y con los diferentes PPA de las personas con diversidad funcional.

■ **Potenciación de programas de formación práctica de profesionales**

Del mismo modo, los programas de formación con estudiantes en prácticas, pueden ser una oportunidad para optimizar recursos y propiciar contacto con otras personas, normalmente jóvenes, de la comunidad. Al igual que en el caso del voluntariado deben estar correctamente planificados y supervisados para que realmente resulten muy "provechosos" y evitar disfunciones con el funcionamiento y organización del centro.

Els serveis han de potenciar la participació:

b) Participando más en el entorno social próximo

Es importante estudiar la posibilidad de desarrollar actividades fuera del centro en las que puedan participar las personas usuarias. Acudir a lugares y escenarios naturales del barrio, salir fuera del centro, aprovechando las costumbres y hábitos que las personas tenían, tiene un gran interés de cara a favorecer en las personas el sentido de continuidad de su propia vida.

Conèixer els recursos clau de la zona, i coordinar-se i establir-hi una interrelació:

c) Estableciendo una coordinación adecuada con los recursos clave de la zona

Es frecuente que distintos servicios que se prestan a las personas del centro sean dispensados por otros sistemas (el de Salud, los Servicios Sociales Municipales, Centros culturales o educativos, etc.).

Aquests elements es desenvolupen en la bona pràctica esmentada amb estratègies específiques d'inclusió comunitària.

6.1.7. El treball intergeneracional (Mañós, 2012)⁹³

Els programes intergeneracionals són un mitjà per a la solidaritat entre generacions i permeten desenvolupar dinàmiques basades en la continuïtat de recursos i aprenentatges entre les generacions de gent gran i les més joves, amb la finalitat d'aconseguir beneficis individuals i socials.

Per fer-nos grans, ja siguem infants, adults o persones grans, és important que tots tinguem l'oportunitat de "fer-nos grans", és a dir, de fer-nos, de construir-nos cada dia. Hem de ser conscients que només ens construïm quan ens relacionem amb els altres i som conscients que vivim en una societat basada en la interdependència, en què ens cal "aprendre a dependre" de les persones amb les quals convivim. Les relacions intergeneracionals són una oportunitat per a la interdependència, són una invitació a viure la societat des d'una mirada diferent i des de l'experiència compartida amb persones d'altres edats, que ens podem transmetre coneixements i visions diferents i, per tant, enriquidores.

Això vol dir que en les relacions intergeneracionals tothom ha de tenir un paper d'actor i receptor. Tots, infants i persones grans, han de ser protagonistes actius de les activitats intergeneracionals que ens han de permetre descobrir una manera diferent de viure i conèixer l'entorn que ens envolta. Us proposem, doncs, cinc itineraris per desenvolupar projectes, programes o activitats intergeneracionals.

El primer que ens cal es fer (participació activa de la persona). Fer comporta estar actiu, mantenir l'activitat que activa les capacitats personals i que ens permet participar. El gran perill és quedar-se inactiu i, per tant, aïllat.

Fer amb els altres (temps social, relacional, genera complicitats i valors de relació interpersonal). Un cop presa la decisió de participar, compartim temps i espai amb altres persones. Ens permet crear espais de relació i convivència entre persones, que també poden ser de diverses generacions.

Fer amb els altres per abordar problemes socials comuns des de la solidaritat. En la nostra vida de cada dia compartim un espai vital, ja sigui el barri, la ciutat, el món... En aquests espais de vida es donen problemàtiques socials que afecten totes les persones, tinguin l'edat que tinguin. Un projecte intergeneracional comú ens porta a reconèixer i a fer accions per modificar allò que no ens sembla prou bé o que ens sembla que podem millorar.

Fer amb els altres, per abordar problemes socials comuns per transformar l'entorn, a partir de les pròpies motivacions, ideologies i creences. Aquesta trobada va lligada a uns valors, a uns principis ideològics, polítics, religiosos...

93. Mañós (2012). "Aprenem plegats. Com treballar la intergeneracionalitat des del lleure". *Estris* (núm. 183, gener de 2012).

Aquest rerefons ens permet compartir valors i principis ètics i comporten un compromís per aconseguir les fites que ens hem marcat.

Fer amb els altres, per abordar problemes socials comuns, per transformar l'entorn, gaudint de la relació i realitzant-nos com a persona en un procés de creixement personal. Només ens queda definir el fet de gaudir, de créixer, de ser capaços de desenvolupar-nos, a partir de la relació mútua entre persones de diverses generacions.

La relació intergeneracional representa un benefici mutu que ens ha de permetre introduir nous rols. Només aconseguirem una relació efectiva compartint projectes.

Els programes intergeneracionals són avui una oportunitat per potenciar experiències d'aprenentatge mutu. Així ho podeu evidenciar en la Red Intergeneracional, una xarxa de treball compartit que ens permet treballar de forma comuna experiències (<http://www.redintergeneracional.es/>).⁹⁴ Aquest recurs permet veure els organismes internacionals que defineixen la intergeneracionalitat, i alhora podem disposar de recursos i projectes desenvolupats amb èxit i avaluats des de la perspectiva de la bona pràctica.

Per construir programes intergeneracionals hem de

1. Establir amb claredat el que el programa tracta d'aconseguir.
2. Aconseguir suport intern del nostre esplai o agrupament i preparar-nos per entendre la cooperació intergeneracional d'igual a igual.
3. Implicar en el procés de planificació tots els agents que hi participen, preparant-los i donant eines per comunicar i compartir experiències i un projecte en comú.
4. Sintonitzar amb les expectatives de les persones que hi participen, dissenyant activitats des del punt de vista de les persones i proposant activitats que s'adeqüin culturalment i des del lleure, que tinguin a veure amb els autèntics interessos dels participants.
5. Començar a poc a poc, seqüenciant el desenvolupament progressiu del programa, sense presa i potenciant l'entesa i la construcció social comuna.

Altres propostes interessants de ser desenvolupades estan lligades a la interrelació amb els processos artístics en la realitat quotidiana. Podem proposar algunes idees que ens permeten treballar des de la perspectiva de la personalització, en propostes com:

94. <http://www.redintergeneracional.es/>

Teatre social, que és capaç de transformar els espectadors en actors i promou la resolució de situacions conflictives amb tècniques teatrals. El moviment del teatre social o teatre de l'oprimit és una tècnica que permet desenvolupar propostes de dramatització a partir de l'anàlisi de situacions quotidianes en la vida diària.⁹⁵ Hi ha algunes experiències, si bé cal remarcar la del grup de Teatre Social de FEMAREC.⁹⁶ Tanmateix, s'han donat altres experiències d'accions formatives a la Universitat Pablo Olavide de Sevilla, en què s'ha creat una xarxa de teatre social de gran activitat.

“Des de la seva posada en marxa, el grup ha creat ja quinze espectacles diferents i ha actuat en diferents països (Anglaterra, Portugal i Itàlia) i localitats de casa nostra (Barcelona, Sant Cugat, Sabadell, Sant Joan Despí, Badalona i Pineda de Mar), i sempre ha aconseguit entusiasmar el públic i obtenir diversos reconeixements, entre els que cal destacar la menció honorífica en l'apartat d'Arts Escèniques atorgada pel jurat dels Premis Ciutat de Barcelona 2004, que diu textualment: “per l'alt nivell d'exigència artística del nostre treball”; el Premi Ciutat de Sant Cugat 2007, per a Glòria Rognoni, pel seu treball al capdavant de la companyia, i el Premi Arlequí, de la Federació de Grups de Teatre Amateur 2009.”

Una altra proposta que val la pena conèixer, si bé es molt específica en demències, són les tècniques de validació desenvolupades per Naomi Feil:

“Entre 1963 y 1980, Naomi Feil desarrolló la terapia de validación para ancianos con deterioro cognitivo. Inicialmente, no incluyó aquellos con demencia de origen orgánico, pero posteriormente el enfoque se ha aplicado en el trabajo con personas diagnosticadas con demencia. El enfoque de Feil clasifica a los individuos con deterioro cognitivo según la presencia de uno de cuatro estadios en un proceso continuo de demencia: estos estadios son mala orientación, confusión temporal, movimientos repetitivos y estado vegetativo. La terapia se basa en el principio general de la validación, la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia ajena e incorpora una variedad de técnicas específicas. La terapia de validación ha sido objeto de muchas críticas por parte de investigadores que cuestionan las pruebas para algunas de las creencias y valores de la terapia de validación y la adecuación de las técnicas. Sin embargo, Feil defiende firmemente la efectividad de la terapia de validación.”⁹⁷

95. George Laferriere. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa* (ISSN 1135-8629, núm. 13, 1999 (exemplar dedicat a teatre social) , pàg. 54-65.

96. http://www.femarec.es/teatre/teatre1_2_cat.html

97. Neal, M.; Briggs, M. “Terapia de validación para la demencia” (Revisió Cochrane traduïda).

6.1.8. Acompanyar en el sentiment

Els recursos i els temes treballats en aquesta assignatura ens porten a la definició clara que tota proposta d'acompanyament, també quan hem d'atendre o intervenir, té molta més efectivitat si estem amatents als sentiments de les persones, si acompanyem no solament des de la tècnica sinó també donant el reforç necessari d'acompanyament en el que les persones senten, viuen i en com ho fan. Què passaria si el concepte "t'acompanyo en el sentiment" no fos només una paraula que pot resultar tòpica en una situació concreta. Si en la tasca de suport diari estiguéssim amatents de poder acompanyar en el sentiment, els processos de suport en què estem implicats serien molt més efectius, ètics i humans, i alhora aportarien a la persona capacitats de desenvolupament personal plenes de sentit. Per acompanyar en el sentiment, cal tenir sempre present la brúixola de l'acompanyament donant sentit a totes, les atencions, els suports i les intervencions que formen part de l'art quotidià de l'acompanyament social.

I tot depèn de nosaltres?

En una ciutat vivia un savi famós perquè sempre tenia resposta a totes les preguntes que se li feien. Un dia un adolescent, parlant amb un company, va comentar: "Crec que sé com enganyar el savi. Li portaré un ocell entre les mans i li preguntaré si és viu o mort. Si em diu que és viu, tancaré ben fort les mans i, un cop mort, el deixaré caure; si diu que és mort obriré la ma i el deixaré volar". Els joves van arribar fins al savi i li van fer la pregunta: "Savi, l'ocell que tinc entre les mans és viu o és mort?" Després de meditar el savi els respon. "Senzillament, és a les vostres mans".

Activitat 8 (mòdul 6)

(Pensava proposar casos, oferir un annex de recursos tècnics i que fossin capaços d'avaluar el CAS, definir objectius i proposar accions estimulant capacitats)

Activitats

Activitat 1 (mòdul 1)

Definicions d'acompanyament i intervenció. Feu un mapa conceptual de cada una. Enumereu les idees bàsiques de cada concepte i feu-ne una comparació cercant els punts de complementarietat.

Activitat 2 (mòdul 1)

Pas 1. Reflexioneu si en la vostra tasca quotidiana treballeu des de la intervenció, l'acompanyament, l'atenció i el suport (un exemple).

Concepte	Quan (fets)	Per què?
Intervenció	Bany de la persona	Perquè tinc poc temps i faig el que puc en aquesta situació en què de vegades he d'estar pendent d'altres persones, el que comporta poca intimitat per a l'usuari
Acompanyament	Quan es desperta la persona	La crido pel seu nom, es com vol que li digui, intento que tingui un despertar agradable
Atenció	Canvis posturals	La persona queda ben mobilitzada i cuidem la seva pell, mirem les nafres, mentrestant planifiquem ja la següent persona
recolzament	Canvis posturals	Preguntem pel seu benestar, mirem de fer alguna carícia per trobar complicitat, li preguntem pel que li agrada. Verbalitzem cada pas que donarem aportant-li tranquil·litat

Planteja tres situacions en què en el teu dia a dia s'està treballant des de cada una de les perspectives.

Concepte	Quan (fets)	Per què?
Intervenció		
Intervenció		
Intervenció		
Acompanyament		
Acompanyament		
Acompanyament		
Atenció		
Atenció		

Atenció		
Suport		
Suport		
Suport		

Activitat 3 (mòdul 2). Analitzeu quines capacitats us permeten estimular cada una d'aquestes activitats. Justifiqueu-ho en el quadre següent:

- Activitat 1

- Proposta 1. Manualitats amb collarets de macarrons.

<http://crearmanualitats.blogspot.com.es/2009/05/collarets-de-pasta.html>

- Proposta 2. Caixes d'història de vida

<http://www.memoriagentgran.cat/Mataro/Caixas-de-vida-personal/>

Proposta	Objectius que s'han d'assolir	Àrea de capacitat	Capacitats estimulades	Sentit de l'activitat
Proposta 1				
Proposta 2				

Activitat 4 (mòdul 3)

Analitzeu aquests instruments de valoració, segons els criteris següents:

Instrument	Tipologia (uni-dimensional - multidimensional observació)	Àrea d'avaluació (cognitiva - funcional - etc.)	Quà avalua específica-ment	Quina informació aporta en un PAI
Barthel				
Pfeiffer				
Tinetti				
Yesavague				
FAST de Reisberg				
CMBD				

Activitat 5 (mòdul 3)

Analitzeu les similituds i diferències entre un PAI (pla d'atenció individual) i un PPS (pla personalitzat de suport)

Definiu els criteris de diferenciació en relació amb indicadors com:

- Participació de l'usuari i la família en el pla
- Qui defineix els objectius
- Qui desenvolupa les accions
- Quina informació necessiten
- Altres

Activitat 6 (mòdul 4)

Analitzeu els següents referents de model segons el quadre que se us proposa i relacioneu-los amb les dimensions de qualitat de vida de Schalock i Verdugo, i amb els indicadors de qualitat de vida definits en les escales Gencat i FUMAT.

Model	Punts forts	Relació amb les dimensions de qualitat de vida S&V	Relació amb indicadors de l'escala Gencat- FUMAT
PCP (planificació centrada en la persona)			
DCM (Dementia Care Mapping)			
Model d'atenció geriàtrica centrada en la persona			
Planificació centrada en el sistema			

Activitat 7 (mòdul 5)

Trieu dos documents (un de cada apartat) del que es proposen i feu-ne un mapa conceptual o una presentació PowerPoint per tal de compartir coneixement amb els altres alumnes. Podeu triar entre els temes següents:

5.1.1. Els condicionants de les normatives i les polítiques socials

iv. La Convenció de drets de les persones amb discapacitat (Llei d'agost de 2011)

v. Acord de bones pràctiques des de la Llei de dependència

vi. Indicadors de qualitat en centres DBS

5.1.2 Models desenvolupats des de la perspectiva teòrica (trieu tres bones pràctiques o estratègies de les que es presenten en cada document)

iii. Model de qualitat de vida residencial de l'IMSERSO

iv. Models de bones pràctiques

Posteriorment, pengeu la vostra proposta al campus i farem un debat sobre les presentacions que s'hagin fet.

Activitat 8 (mòdul 6)

(pensava proposar casos, oferir un annex de recursos tècnics i que fossin capaços d'avaluar el CAS, definir objectius i proposar accions estimulant capacitats)

Glossari

Acompanyament: implica donar valor als processos d'autonomia personal, en què deixem espai perquè la persona pugui ser ella mateixa, prendre decisions en la mesura del possible i, per tant, tenim la funció d'“estar al costat de”.

Atenció: l'atenció bàsica, de caràcter públic i local, és un dispositiu potent d'informació, diagnòstic, orientació, suport, intervenció i assessorament individual i comunitari que, a més d'ésser la porta d'entrada habitual al sistema de serveis socials, és l'eix vertebrador de tota la xarxa de serveis.

Autodeterminació: l'autodeterminació personal fa referència a diversos aspectes bàsics en la pròpia vida de la persona. Aquests aspectes bàsics són la possibilitat d'escollir, de prendre decisions, de planificar objectius vitals propis, de lluitar pels propis interessos i desitjos, de tenir oportunitats per a l'autonomia personal. L'autodeterminació és fonamental, perquè ens permet treballar des del respecte a la individualitat de cada persona, donant valor als drets personals propis de qualsevol ciutadà a escollir els projectes, els plans, les relacions, les ambicions, etc. que desitgem, i alhora millorar l'autoestima.

Autonomia personal: és entesa com la regulació personal d'un mateix, lliure, sense interferències externes que puguin controlar, i sense limitacions personals que impedeixin fer una elecció. Una persona actua lliurement d'acord amb un pla escollit.

Autonomia moral: expressa la capacitat d'un ésser humà per imposar-se normes o regles a si mateix, sense la influència de pressions externes o internes, per decidir responsablement sobre els seus actes, independentment de la necessitat de l'ajuda funcional que necessiti.

Ètica: l'ètica estudia i reflexiona sobre què és el moral, així com la justificació racional, el judici, i com s'ha d'aplicar posteriorment als diferents àmbits de la vida personal i social. En el nostre treball diari comporta una reflexió sobre el fet moral, busca les raons que justifiquen la utilització dels sistemes de valors (valors de benestar de la persona, valors de guany econòmic, valor d'estalvi del temps, etc.).

Heteronomia: és quan la persona depèn d'altres (pares, professors, assistents) per dur a terme totes les seves o part de les seves funcions. Característi-

ques de la consciència moral en què la norma o la llei és la que imposen els qui decideixen per la persona, independentment dels criteris en què es basen.

Interdependència: és l'exercici de la coresponsabilitat i de compartir un conjunt comú de principis amb altres persones. Som persones autònomes quan som conscients de la interdependència social que tenim els uns amb els altres. La interdependència es podria definir com la capacitat d'aprendre a dependre dels altres. Sense els altres no ens podem construir nosaltres mateixos. Tots hem viscut en un context familiar i/o relacional en què es donen dependències de diverses tipologies, socials, emocionals.

Intervenció: comporta una planificació d'accions concretes per aconseguir un fi des de la nostra professió, des dels objectius professionals. Cal intervenir davant situacions de salut, desenvolupant diagnòstics, planificant tractaments, planificant protocols i actuacions en situacions concretes, però la intervenció pot ser una manera més d'acompanyar en un procés vital, en projecte de vida que ha de ser desenvolupat des de la persona a la qual atenem.

Moral: és una paraula d'origen llatí, que prové del terme *moris* ('costum'). Es tracta del conjunt de creences, costums, valors i normes d'una persona o d'un grup social, que funciona com una guia per obrar. És a dir, la moral orienta sobre quines accions són correctes (bones) i quines són incorrectes (dolentes).

Participació: s'entén per participació social les iniciatives socials en què les persones prenen part conscient en un espai, posicionant-se i sumant-se a certs grups per dur a terme determinades causes que depenen per a la seva realització en la pràctica del maneig d'estructures socials de poder. La participació s'entén avui com una possibilitat de configuració de nous espais socials o com la inclusió d'actors socials en els moviments socials, en organitzacions governamentals i no governamentals, o com la presència en l'esfera pública per reclamar situacions o demanar canvis.

Sentiment: un sentiment és un estat de l'ànim que es produeix per causes que es donen a partir del que percebem, de les motivacions i les expectatives que tenim. Aquestes causes poden ser alegres i felices, o doloroses i tristes. El sentiment sorgeix com a resultat d'una emoció que permet que el subjecte sigui conscient del seu estat anímic.

Suport social: concebut com a “ajuda percebuda”, fa referència a la percepció que en situacions problemàtiques hi ha algú en qui confiar i a qui demanar suport relacional o de recursos. La percepció que hi ha ajuda disponible per part d’altres pot fer que la magnitud estressant d’un esdeveniment aversiu es percebi reduïda.

Vulnerabilitat: per vulnerabilitat entenem les característiques d’una persona o d’un grup des del punt de vista de la seva capacitat per anticipar, sobreviure, resistir i recuperar-se de l’impacte d’una amenaça natural. Implica una combinació de factors que determinen el grau fins al qual la vida i la subsistència d’algú queda en risc per un esdeveniment diferent i identificable de la naturalesa o de la societat.

Bibliografía

- Aguado, A. L.; Martínez, B.A.; González, M, G.; Rodríguez, C.R.** (2008) "Escala de calidad de vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen", *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 153-167.
- Aguerre, C.; Bouffard, L.; Curcio, C.L.** (2003) "Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas", *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*, 22 (2).
- Alonso, A.** (2011) "El sueño de una madre", *Siglo Cero*, 42 (4), 8-9.
- Amyot, J.-J.; Villez, A.** (2001). *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris : Dunod.
- Argoud, D.** (1998). *Invitation au voyage pour le grand âge*. Paris : Fondation JM Bruneau.
- Argoud, D. ; Puijalón, B.** (1999). *La parole des vieux: enjeux, analyse, pratique*. Paris : Dunod,
- Armando de Ponga, Pedro Egea, Conchita Navarro, Juan J. Ochandorena, Carlos Recalde** (1996). *No ser una silla*. Pamplona: Txalaparta.
- Auger, L.** (1972) *Communication et épanouissement personal*. Montreal: Editions du CIM.
- Ayuso-Mateos, J.L.** (2006) "Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF): Aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica", *Medicina Clínica*, 126 (12).
- Bank-Mikkelsen, M.** (1975) "El principio de normalización", *Siglo Cero*, 37, 16-21.
- Barton, L.** (coord.) (2008) *Superar las barreras de la discapacidad*. Barcelona: Morata.
- Baztan i altres** (1994). *Escalas de actividades de la vida diaria. Evaluación Neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Editorial Prous.
- Berjano, E.; García, E.** (2009) *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Madrid: FEAPS.
- Bermejo, J. C.** (1993) *Relación pastoral de ayuda al enfermo*. Madrid: San Pablo.
- Bermejo, L.** (2009) *Guía de buenas prácticas en Centros de Día de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.
- Bermejo, L.; Maños, Q.; Díaz Pérez, B.; Martínez Rodríguez, T.; Sánchez Caballero, C.** (2010). *Guías de Buenas Prácticas en mayores y discapacidad*. Oviedo: Consellería de Benestar Social i Habitatge del Principat d'Astúries.
- Brusco, A.** (1998) *Humanización de la asistencia al enfermo*. Madrid: Cuadernos del Centro para la Humanización de la Salud.
- Broggi, M. A.** (2003) "Gestión de valores ocultos en la relación clínica", *Medicina Clínica* (Barc), 121, 294-296.
- Brugère, F.** (2011) *L'éthique du care*. París: PUF.
- Cacho del Amo, A.; Fernández de Santiago, F.J.** (2003) "Ejercicio física en el anciano institucionalizado", *Fisioterapia*, 25 (83), 150-158.
- Canal, R.** et. al. (2006) *Apoyo conductual positivo*. Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Canes, C.** (1992) "Nuevas tendencias en los modelos asistenciales para personas mayores", *Revista de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 7, 25-27.

- Canes, C.** (1992) "Los instrumentos para la gestión asistencial", *Revista de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 8, 23-28.
- Carballeda, A.** (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.
- Castillo, T.** (2007) *Déjame intentarlo. La discapacidad: hacia una visión creativa de las limitaciones humanas*. Barcelona: CEAC.
- Castillo, T.** (2009a) *25 años Descubriendo capacidades Principios y valores que unen voluntades*. Santander: AMICA.
- Castillo, T.** (2009b) *Aprendiendo a vivir. La enfermedad: descubrir las posibilidades que hay en mí*. Barcelona: CEAC.
- Cerrato, L.** (2011) "Sueño de futuro de una joven con discapacidad", *Siglo Cero*, 42 (4), 10.
- Chalifour, J.** (1994) *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*. Barcelona: SG Editores.
- Colectivo Zotikos** (2010) *Alterando la discapacidad. Manifiesto a favor de las personas*. Barcelona: Ediuoc.
- Comissió Europea Discapacitat i Envel·liment** (2010). *Promover los derechos y la integración de las personas con discapacidad que envejecen y de las personas mayores con discapacidad*. En línea: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ce-promover-01.pdf>>
- Dawn Brooker, Claire Surr.** (2009). Adaptació de la guia *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*. Barcelona: Alzheimer Catalunya Fundació.
- DDAA** (2009) *Autonomía y dependencia en la vejez*. Barcelona: Fundació Grífols.
- DDAA** (2010) *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*. Barcelona: Fundació Grífols.
- De Robertis, C.** (1994). *Definiciones en intervención colectiva en trabajo social* (pàg. 10-17). Buenos Aires: Ateneo.
- Deví, J.** (2012) *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Barcelona: Herder.
- Dreano, G.** (1997) *Guide de l'aide médico-psychologique*. París: Dunod.
- Ennuyer, B.** (2003) *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*. París: Dunod.
- FEAPS** (2004) Documento de planificación centrada en la persona. Madrid: FEAPS.
- Feil, N.** (1967) "Group Therapy in a Home for the Aged", *The Gerontologist*, 7 (3), 192-195.
- Feil, N.** (1982) "Group Working with Disoriented Nursing Home Residents", *Social Work with Groups*, 5 (2).
- Feil, N.** (1985) "Resolution: The Final Life Task", *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (2), 91-105.
- Feil, N.** (2003). *Validación. Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Barcelona: Herder.
- Ferrey, G.; Le Gouès, G.** (2008) *Psychopathologie du sujet âgé*. París: Elsevier-Masson.
- Fransen, E.** (1993). *Broken Connections: Alzheimer's Disease*. Holanda: Alkma
- Galeano, B.** (2009) "Ser y estar: mujeres que envejecen en el siglo XXI. Intervención grupal desde la perspectiva psicoanalítica", *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 69-86.
- García** (2010). *Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual. Un acercamiento*. Salamanca: SID Usal.
- García Martínez, A.** (2001) "La cuestión de la dependencia en la vejez", *Pedagogía Social*, 8 (2), 255-264.

Garzón Díaz, K. (2007) "Discapacidad y procesos identitarios", *Revista de Ciencias de la Salud*, 5 (2), 86-91.

Gaucher, J. (2002) "La maladie, le handicap ou la régression ... quelle vieillesse? La question éthique dans le soin et l'intervention gérontologiques", *Gérontologie et Société*, 101, 103-114.

Govern d'Astúries (2002). *De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración*. (en format PDF).

Govern de l'Estat espanyol (2006). LAPAD: Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia)

Govern de l'Estat espanyol (2011). *Resolució de 30 de setembre de 2011, de la Secretaria General de Política Social y Consumo* (BOE, núm. 268, 7 de novembre de 2011, sec. III., pàg. 1162).

Govern de la Generalitat de Catalunya (2007). Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (DOGC, 4990, de 18.10.07).

Guisset, M.-J. (1996). « Le projet de vie, une révolution culturelle », *Gérontologie et Société*, 78, 116-121.

Hartweg, C.; Zehnder, G. (2003) *Animateurs et animation en établissements pour personnes âgées*. Toulouse: Érès.

Heler, M.; Casas, J.M.; Gallego, F. M. (Comp.) (2010) *Lógicas de las necesidades*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Hervy, B. (2001) "L'animation sociale avec les personnes âgées", *Gérontologie et Société*, 96, 9-29.

Hopkins, H.; Smith, H. D. (2001) *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Iacub, R. (2007) "El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez". *Kairós*, 10 (1), 97-108

IMSERSO (coordinat per Quico Mañós, octubre de 2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Madrid: IMSERSO. (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-modelocalidad-01.pdf>)

Kitwood, T. (1997) *Strategic Training Needs Related to Dementia*. Bradford: University of Bradford.

Kitwood, T. (2003) *Repensant la demència. Pels drets de la persona*. Vic: EUMO.

Lázaro del Nogal, M. (1997) *Manual de evaluación del anciano con caídas de repetición*. Madrid: Maphre.

Leturia, F. i altres (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer conocer para intervenir*. Madrid: Caritas Española y Fundación Matia.

López, Ángeles i altres (2004). "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión des de la pràctica". *Siglo cero* (vol. 35, núm. 210).

López, D. (2009) *Asegurar el cuidado. Redes immediatez y autonomía en un Servicio de Teleasistencia*. Bellaterra: Tesi Doctoral Facultat de Psicologia, UAB.

Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntix, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Reeve, A. i altres (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of*

supports (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducció al castellà de M. A. Verdugo i C. Jenaro. Madrid: Alianza Editorial].

Maños, Q. (1995) "El educador social en el ámbito de las personas mayores", *Educación Social*, 1, 62-76.

Maños, Q. (1996) *Animació Estimulativa per a persones grans amb discapacitat*. Barcelona: Pleniulini.

Maños, Q. (1998). "La relació d'ajuda com a tècnica interactiva". *Educació Social*. 10, 10-28. <<http://www.raco.cat/index.php/educaciosocial/article/viewFile/175660/240713>>

Maños, Q. (2000) *Las personas mayores dependientes*. Barcelona/ Madrid: Universitat Ramon Llull/ IMSERSO.

Maños, Q. (2009) "La planificación centrada en la persona. Estrategias y programas de intervención y acompañamiento", *Jornadas voluntariado Hospitalarias*, Madrid. Disponible al web: <http://www.humanizar.es>

Maños, Q. (2012). "Aprenem plegats. Com treballar la intergeneracionalitat des del lleure". *Estris* (núm. 183, gener).

Maños, Q.; Canes, C. (2000) "La planificación de la intervención del programa PAGES", *Perspectiva Social*, 44.

Maños, Q.; Planella, J. (1997) *Conceptos de animación y de animación estimulativa*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.

Maños, Q.; Freixa, M.; Planella, J. (2000) *Análisis de contextos y propuestas metodológicas*. Barcelona/ Madrid: Universitat Ramon Llull/ IMSERSO.

Martínez, Ma. T. (2011). *Atención gerontológica centrada en la Persona*. Matia Fundazio Donosti (en PDF).

Martínez, O.; Planella, J. (2006) "Pisos compartidos: recursos o viviendas para personas adultas con retraso mental. Apuesta por la calidad de vida", *Revista de Educación Social*, 5.

Mèlich, J. C. (2010) *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.

Messy, J. (1992) *La personne âgée n'existe pas*. Paris : Rivages/Psychanalyse,

Montero, M. (2006). *Teoría y practica de la psicología comunitaria, La tensión entre comunidad y sociedad, La psicología social comunitaria como disciplina orientada hacia el cambio social*. Buenos Aires: Paidós.

Morris, J. (1992) *Capaces de vivir*. Barcelona: Fundació Gutman.

Myerhoff, B. (1995). *Remember lives: the work of ritual, storytelling, and growing older*. Michigan: University of Michigan Press.

Ortega, R. (2002) "Limitaciones de la actividad física en el anciano", *Revista Española de Geriatria Gerontológica*, 37 (1), 54-59.

Palomeque, I. (2010) *Alta sensibilidad*. Barcelona: Plataforma editorial.

Planella, J. (2000) *Intervención sociosanitaria con personas con grave discapacidad*. Madrid/Barcelona: IMSERSO/URL.

Planella, Jordi (2003). "Fonaments per a una pedagogia de l'acompanyament". *Revista Catalana de Pedagogia* [Societat Catalana de Pedagogia] (vol. 2, pàg. 13-33).

Planella, Jordi (2004). *Subjectivitat, dissidència i discapacitat. Pràctiques d'acompanyament social*. Barcelona: Claret.

Planella, J. (2006). *Los hijos de Zotikos: Una antropología de la educación social*. València: Nau Llibres.

Planella, J. (2011) "Ensoñaciones sobre la discapacidad. Una aproximación onírica al campo de la diferencia", *Siglo Cero*, 42 (4), 11-17.

Peña, J. i altres / Fundació “la Caixa” (1998). Programa “*Activem la ment*” (en format web)

Peralta, F.; Zulueta, A. (2003). “Avaluació de la conducta autodeterminada i programes d'intervenció”. A: Diversos autors. I Congrés Nacional d'Educació i Persones amb Discapacitat, Pamplona, 6-8 març (pàg. 127-148). Navarra: Govern de Navarra, Departament d'Educació i Cultura.

Pérez-Gil, J.A.; Chacón, S.; Moreno Rodríguez, Ra. (2000) “Validez de constructo: El uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez”, *Psicothema*, 12, suplement. 2, 442-446.

Poletti, R.; Dobs, B. (1981) *Vivir el hospital*. Barcelona: Edicions Rol.

Réseau de consultants en gérontologie (1995). *Projet de vie. Des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement*. Paris: Fondation de France

Rizzo, A. Alvis (2009). “Aproximación teórica a la intervención psicosocial”. Revista electrónica de psicología aocial *Poiésis* (ISSN 1692 0945, núm. 17, juny, pàg. 2).

Salomé, J. (1996) *Communiquer pour vivre*. París: Albin Michel.

Sausure, C. de (1999) *Vieillards martyrs, vieillards tirelire*. CH. Chène-bourg: *Médecine et hygiène*.

Suman, R. (1999) *Vivir con una enfermedad crónica*. Barcelona: Paidós.

Simón, P. (Ed.) (2005) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela.

Tamarit, J. (2008) *La calidad de vida y calidad de servicios FEAPS*. Madrid: FEAPS.

Tourette-Turguis, C. (2012) *Le care est-il un outil pour repenser l'urgence sociale?*, *EM-PAN*, 85, 160-165.

Tross, S.; Blum, I. E. (1988). *A review of group therapy with the older adult: practice and Research*. Michigan.

Vercauteren, R.; Babin, N. (1998). *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Paris : Érès.

Vercauteren, R.; Hervy, B. (2002) *L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques professionnelles*. Toulouse: Érès.

Verdugo, M. A (1999). *El sistema valoración-enseñanza-evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS y ALSC* (ponència presentada a les III Jornades Científiques de Investigació sobre Persones amb Discapacitat dentro del Simposio “Retos en la respuesta al retraso mental en la vida adulta: Formación, oportunidades y calidad de vida”, Universitat de Salamanca, 19 de març de 1999).

Verdugo, M. A. (2003). AAMR Associació Americana de Retard Mental. *Aportaciones de la definición de retraso Mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Salamanca: Universitat de Salamanca.

Verdugo, M.A. (2009) “Calidad de vida, I+D+I y políticas sociales”, *Siglo Cero*, 40 (1), 5-21.

Verdugo, M. A. (2011) “Dignidad, igualdad, libertad, inclusión, autodeterminación y calidad de vida”, *Siglo Cero*, 42 (4), 18-23.

Verdugo i altres (2008). *Escala GENCAT Generalitat de Catalunya. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials de Catalunya* (Generalitat - INICO). Barcelona. Verdugo i altres (2009). *Escala Fumat INICO - INGEMA* Donosti.

Viladot, M. A. (2011) *Comunicación intergrupala e intercultural*. Barcelona: Ediuoc.

Viladot, M.A.; Giles, H. (2012) "Desenvolupament personal per a un envelliment satisfactori: el paper de la comunicació", *Llengua, Societat i Comunicació*, 10, 23-30.

Wehmeyer, M. L. (2006). ARC: *Escala de autodeterminación personal: adolescentes y adultos con discapacidad intelectual*. Ed. Reeducación Logopédica. Col·lecció "Test y Diagnós-tico".

Young, T.; Nanthorp, Ch.; Howells, D. (2012) *Comunicació i demència. Noces perspectives, Nous enfocaments*. Barcelona: Ediuoc-Aresta.

Zuza, J. (2000) *La persona con discapacidad grave*. Santander: Sal Terrae.

