

Treball Final de Grau

Estudi sobre el model d'Atenció Centrada en la Persona, la seva implementació a les residències de gent gran i la seva afectació durant la pandèmia de la Covid-19: Una mirada des del Treball Social

Robert Camacho Piñeiro

Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés. URL

Grau en Treball Social

Especialització en l'àmbit de la salut

Tutora/ Dra. Irene Cussó Parcerisas

TFG, 4rt curs, 2020/2021

Data de dipòsit: 20 de maig del 2021

Resum

Aquest treball té l'objectiu d'analitzar el model d'Atenció Centrada en la Persona. S'analitza en profunditat aquest model i les repercussions que té la seva implementació a les residències de gen gran. També es fa una anàlisi de com ha pogut afectar la pandèmia de la Covid-19 a la seva implementació a les residències. Per aconseguir-ho, s'ha utilitzat bibliografia de referència, s'han realitzat entrevistes a professionals referents i s'ha complementat amb l'observació participant com alumne de pràctiques de Treball Social realitzades a una residència. Finalment, es presenten els resultats de l'estudi i els beneficis i dificultats d'implementar-ho i la seva afectació durant aquesta pandèmia.

Paraules clau: Gent gran, dependència, pandèmia Covid-19, residències de gent gran i model d'Atenció Centrada en la Persona.

Resumen

Este trabajo tiene el objetivo de analizar el modelo de Atención Centrada en la Persona. Se analiza en profundidad este modelo y las repercusiones que tiene su implementación en las residencias de gente mayor. También se hace un análisis de cómo ha podido afectar a la pandemia de la Covid-19 a su implementación en las residencias. Para ello, se ha utilizado bibliografía de referencia, se han realizado entrevistas a profesionales referentes y se ha complementado con la observación participante como alumno de prácticas de Trabajo Social realizadas en una residencia. Finalmente, se presentan los resultados del estudio y los beneficios y dificultades de implementarlo y su afectación durante esta pandemia.

Palabras clave: Gente mayor, dependencia, pandemia Covid-19, residencias de personas mayores i modelo de Atención Centrada en la Persona.

Abstract

This work aims to analyze the Person-Centered Attention model. This model and the repercussions that its implementation has on nursing homes for the elderly are analyzed in depth. An analysis is also made of how the Covid-19 pandemic has been able to affect its implementation in residences. For this, reference bibliography has been used, interviews with referent professionals have been carried out and it has been complemented with participant observation as a student of Social Work practices carried out in a residence. Finally, the results of the study and the benefits and difficulties of implementing it and its impact during this pandemic are presented.

Keywords: Older people, dependency, Covid-19 pandemic, nursing homes for the elderly, and Person-Centered Care model.

Agraïments

El Treball Final de Grau de Treball Social que es presenta a continuació representa per mi un punt d'inflexió important després de quatre anys de recorregut per la universitat, i s'enceta una nova etapa plena d'il·lusions i amb l'entusiasme de poder dedicar els meus esforços i coneixements a millorar la vida de les persones grans amb qui espero tenir la possibilitat de treballar i, així, poder posar el meu granet de sorra fent-hi que les seves vides siguin més agradables i felices.

Aquest pas per la universitat ha estat una època plena d'emocions positives, i també, de moments de gran esforç i dedicació per aprendre una de les professions que considero més boniques i honorables que es poden estudiar i, de ven segur que aquest esforç haurà valgut la pena.

Dit això, vull començar donant les gràcies a la meva tutora, la Dra. Irene Cussó per la seva orientació, proximitat i entrega a l'hora d'ajudar-me a realitzar aquest treball. També vull donar les gràcies a tots els professors i professores de la facultat i que he tingut la sort de tenir-los, pel seu afany, entusiasme i dedicació en la seva tasca com a docents durant aquests quatre anys.

Per altra banda, vull agrair la participació de les professionals del centre que han col·laborat en aquest treball, ajudant-me a comprendre molts conceptes i moltes realitats i, per dedicar-me el seu temps que tan valuós ha sigut. També, i en especial, als avis i àvies del centre per la seva tendresa i amabilitat i per haver sigut tan agraïts en tot moment amb mi.

Per últim, vull donar les gràcies a la meva família, al meu pare, la meva mare i la meva germana pel recolzament que m'han mostrat tots aquest anys d'estudi, estant sempre al meu costat, animant-me en tot moment a seguir endavant i ajudar-me a fer possibles les meves il·lusions. De tot cor, gràcies.

Envel·liment i soledat. Pensem?

“Alguns de nosaltres envellim, de fet, perquè no madurem. Envellim quan ens tanquem a les noves idees i ens tornem radicals. Envellim quan lo nou ens espanta. Envellim quan pensem massa en nosaltres mateixos i ens oblidem dels demés. Envellim si deixem de lluitar”

Daniela Badaracco

“Els que en realitat estimen la vida són aquells que estan envellint”

Sófocles

“Envellir és com escalar una gran muntanya: mentre es puja les forces disminueixen, però la mirada és més lliure, la vista més àmplia i serena”

Ingmar Bergman

“Cap persona gran ha d'estar exiliat de la seva família. Els ancians són un tresor per a la societat”

Papa Francesc

“La solitud és molt ermosa quan es té algú a qui dir”

Gustavo Adolfo Bécquer

Índex de continguts

Resum/Resumen/Abstract.....	2
Índex de taules	7
Índex de gràfiques	7
Abreviatures	8
1. Introducció i justificació	9
2. Preguntes inicials.....	13
3. Objectius.....	14
4. Metodologia	15
4. 1. Cronologia del treball.....	19
5. Marc teòric.....	20
5.1. Conceptualització de la dependència en el col·lectiu de gent gran a Catalunya.....	20
5. 1. 1. Situació de la dependència en el col·lectiu de gent gran a Catalunya i els recursos socials que tenen al seu abast	22
5. 2. Les residències assistides de gent gran	26
5. 2. 1. Contextualització històrica de les residències de gent gran.....	28
5. 2. 2. Perfil de les persones ateses a les residències de gent gran	29
5. 2. 3. El Treball Social en gerontologia i el seu paper a les residències de gent gran	30
5. 3. El model d'Atenció Centrada en la Persona	38
5. 3. 1. Context històric del model ACP i similars en l'àmbit nacional, europeu i internacional	45
5. 3. 2. El model d'intervenció ACP aplicat a les residències de gent gran.....	50
5. 4. El context de la Covid-19 i el seu impacte a les residències de gent gran	55
6. Anàlisi i discussió.....	58
6. 1. Afectació de la pandèmia Covid-19 a la implementació del model ACP	62
7. Conclusions	65
8. Bibliografia	71

Índex de taules

1. Taula 1: Nombre de persones ateses a Catalunya per situacions de dependència a partir dels diferents recursos.....	23
2. Taula 2: Places de residència de gent gran a Catalunya i la taxa de cobertura.....	25
3. Taula 3: Nombre de defuncions de casos confirmats o sospitosos a Catalunya per Covid19.....	57

Índex de gràfiques

1. Gràfica 1: Perfil de persones ateses a Catalunya des de l'àmbit públic en funció del grau de dependència.....	24
2. Gràfica 2: Perfil dels usuaris de residència per edats i gènere.....	29
3. Gràfica 3: Fonaments de l'ACP.....	41
4. Gràfica 4: Principis i criteris del model AICP.....	42
5. Gràfica 5: Nombre de morts per Covid-19 a Espanya.....	55
6. Gràfica 6: Percentatge de morts per Covid-19 a l'Estat espanyol.....	56
7. Gràfica 7: Nombre de defuncions per Covid-19 a Catalunya.....	57

Abreviatures

ACP: Atenció Centrada en la Persona

AICP: Atenció Integral Centrada en la Persona

AGCP: Atenció Gerontològica Centrada en la Persona

BVD: Barem de Valoració de la Dependència

SEVAD: Serveis de Valoració de la Dependència

PAiV: Pla d'Atenció i Vida

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària

ABSS: Àrees bàsiques de serveis socials

PEV: Prestació econòmica vinculada a un servei

EB: Estat del benestar

CC.AA: Comunitats Autònomes

DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

BOE: Bolletí Oficial de l'Estat

TIC: Tecnologies de la Informació i la Comunicació

DTASF: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

1. Introducció i justificació

Les residències de gent gran són un dels serveis on els professionals del Treball Social podem desenvolupar la nostra professió, i cada vegada més es precisa la figura d'aquests professionals en els diferents serveis que donen cobertura assistencial al col·lectiu de gent gran (residències, centres de dia, centres socio-sanitaris, serveis d'atenció a domicili, etc.).

La realitat és que aquest és un dels col·lectius més vulnerables i demandats per Serveis Socials, el que porta a les institucions públiques a destinar progressivament més recursos en serveis de dependència. Tal com es mostra en una enquesta realitzada pel Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (2015) a treballadors/es socials d'Àrees Bàsiques de Serveis Socials (ABSS) de Catalunya, sobre els motius de demanda dels/les usuaris/es en aquests serveis, el 68% dels/les enquestats/des responen que han hagut de donar algun tipus de resposta a situacions de dependència, fet que demostra les demandes del col·lectiu.

Altrament, els recursos destinats a donar cobertura assistencial a situacions de dependència solen focalitzar les seves intervencions en models massa assistencialistes, preocupant-se més en oferir una bona cobertura a les necessitats assistencials més bàsiques i sanitàries, sense tenir tant en compte la vessant social. És en aquesta vessant on entra en joc la figura dels professionals del Treball Social, a fi de garantir els drets intrínsecs dels usuaris i usuàries destinatàries dels serveis que, juntament amb l'estudi i implementació de nous models d'atenció ajudin a millorar la qualitat de vida de la gent gran dependent, afavorint la seva integració social i, per la defensa del dret a rebre les atencions que requereixin en entorns preferiblement de proximitat.

En aquest sentit, en els darrers anys s'està intentant incorporar un nou model d'intervenció en els diferents serveis d'atenció a la gent gran, a les persones dependents i a les que tenen alguna discapacitat, el Model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP). Aquest model sí que té en compte la vessant social com un aspecte de vital importància en la vida de les persones grans, sobretot, per aquelles que hi viuen en entorns residencials fora de la seva llar, on rebran suports formals duts a terme per professionals especialitzats, els quals, han de vetllar pels interessos dels destinataris del servei oferint-los les millors atencions possibles. En aquest cas, el model d'Atenció Centrada en la Persona sembla ser una bona opció.

Pel que fa als recursos residencials, hem de tenir en compte que, a més de la pèrdua d'autonomia funcional que pateixen les persones grans per l'avenç propi de l'edat i que els impedeix dur una vida autònoma, se'ls hi afegeix un canvi de domicili que en moltes ocasions els suposa la pèrdua de vincles socials i familiars, la qual cosa, pot esdevenir un trauma psicològic important produït per aquest desarrelament social i familiar. D'aquí també la importància de poder-los oferir models d'intervenció que siguin menys invasius, més respectuosos, més ajustats als seus gustos i preferències i més pròxims als seus entorns, per tant, que siguin més personalitzats i ajustats als seus interessos reals i que la transició cap aquesta nova etapa del cicle vital sigui el menys traumàtica possible.

Conèixer en profunditat el model d'Atenció Centrada en la Persona és una de les raons que m'han impulsat a realitzar aquest estudi documental i qualitatiu d'aprofundiment teòric de Treball Final de Grau, el qual, se centrarà principalment en aquest model, com es porta a terme a les residències de gent gran i com a afectat la pandèmia de la Covid-19 a la seva implementació en aquests centres. Un model que també es coneix com a model d'Atenció Gerontològica Centrada en la Persona (AGCP). Al mateix temps, es desenvoluparan aspectes teòrics relacionats amb el Treball Social gerontològic.

Tot i que l'estudi se centra en aquest model d'intervenció dut a terme a les residències de gent gran i com a afectat la pandèmia de la Covid-19 a la seva implementació, també es farà un recorregut històric d'aquest mètode d'intervenció o similars en l'àmbit nacional, europeu i internacional, així com una radiografia de la situació de la dependència a Catalunya que ajudi a posar-nos en context, refermant la importància que hi ha d'implementar models que s'ajustin més a les necessitats, gustos, desitjos, preferències i interessos del col·lectiu.

Per altre costat, l'estudi es complementa amb la meua experiència com alumne de pràctiques de Treball Social, les quals, he tingut la possibilitat de realitzar-les en un servei de residència assistida per a gent gran gestionada sota el model ACP. A més, pel que vaig poder comprovar durant el temps de pràctiques, aquest s'ha vist trastocat degut a la pandèmia de la Covid-19, per això, també veig molt adient fer aquest estudi. Durant el temps de pràctiques la directora del centre em va plantejar si creia que en aquell moment s'estava implementant el model ACP a la residència, en quins aspectes creia que s'estava desenvolupant i en quins no. Va ser llavors, quan em van sorgir les següents preguntes: quins aspectes del model ACP s'han pogut veure afectats durant aquest temps de pandèmia? Com afecta això als/les destinataris/es del servei, les seves famílies, als/les treballadors/es del centre i, als i les treballadors/res socials?

A partir d'aquell moment vaig pensar que seria bona idea fer aquest estudi i així poder analitzar la realitat viscuda durant aquest temps de pandèmia i, com aquesta ha afectat a la implementació del model d'intervenció ACP, tant pel que fa als residents i als seus familiars, com a l'equip de professionals que treballen en el centre i que també ha esdevingut una experiència molt dramàtica, sobretot, en els primers moments on van haver-hi molts afectats/des i moltes baixes, dades que es mostraran en apartats posteriors i que corresponen al primer trimestre de l'any 2021. Tenint en compte que la pandèmia de la Covid-19 va començar a tenir un gran impacte en la nostra societat al final del primer trimestre de l'any 2020, ara que ja ha passat un any, poder extreure algunes conclusions d'aquesta realitat.

En un primer moment de la pandèmia, la necessitat de protegir als interns perquè no es contagiïn va provocar que es fessin modificacions en la gestió d'aquests centres, i això va afectar la implementació del model ACP. Aquest fet va tenir conseqüències que d'una manera o una altra van provocar canvis en el que fer diari dels/les professionals, així com en el cas del Treball Social que també va haver de readaptar les seves funcions durant aquest temps.

Així mateix, aquesta nova realitat també va provocar un impacte psicosocial en els/les usuaris/es d'aquest establiment que va suposar canvis en el seu funcionament rutinari, d'ubicació, en les activitats programades, en el contacte amb els familiars i els cercles pròxims, amb altres residents i amb altres professionals. Analitzar aquests canvis i conèixer les conseqüències de l'impacte psicosocial que ha tingut l'arribada d'aquesta nova situació en la vida dels i les residents i, com s'ha comentat, fer-ho, tenint en compte l'ACP i en quins aspectes s'ha vist afectat, referma la importància de realitzar aquest estudi.

D'acord amb Martínez (2013), al nostre país, encara avui dia la pràctica del model d'Atenció Centrada en la Persona a les residències de gent gran i en altres recursos d'atenció al col·lectiu no té massa presència i, els centres, majoritàriament, continuen oferint els seus serveis seguint el model assistencial tradicional, el qual, prioritza més la vessant sanitària que no pas la social. En aquest sentit, l'estudi també pretén demostrar els beneficis que comporta la seva implementació a les residències de gent gran, tenint en compte que aquestes han d'assimilar-se el màxim possible a una llar, prioritzant els interessos dels i les usuàries destinatàries del servei i posant-los al centre de tota intervenció, garantint el respecte a la seva dignitat, intimitat i qualitat de vida.

Com s'ha comentat, els resultats es complementen amb l'experiència pràctica duta a terme al centre, interactuant amb usuaris/es, familiars i professionals per mitjà de l'observació participant, amb una revisió exhaustiva de la bibliografia de referència i amb una sèrie d'entrevistes personals realitzades a professionals referents del sector que treballen en aquest centre gestionat sota el model ACP des de fa temps.

Al mateix temps, també s'analitzaran aquells aspectes ètics que envolten al conjunt d'actuacions enfocades al col·lectiu atès a les residències i aquells que orienten el model ACP, quins s'han pogut vulnerar i quins s'han pogut preservar durant la pandèmia, tenint en compte la situació excepcional viscuda per la Covid-19 i que també va esdevenir l'aplicació d'uns protocols molt rígids establerts pels organismes públics, els quals, eren d'obligat compliment per part dels centres i que tenien com a principal objectiu prevenir als/les interns/es de contraure la malaltia.

Tot i l'aplicació d'aquests protocols, l'impacte que la pandèmia ha provocat en els centres residencials de gent gran ha sigut devastador, sobretot, en els primers moments i, ni les institucions públiques, ni els centres, ni la societat en general estàvem preparats per afrontar una situació de tal magnitud i no es va poder donar una resposta adequada a les necessitats del col·lectiu institucionalitzat en aquests establiments, on les qüestions ètiques sembla que varen ser de les més afectades.

Finalment, espero que l'estudi ajudi a posar en relleu la importància que té pel col·lectiu de gent gran dependent ser atesos per mitjà de programes d'intervenció que siguin més respectuosos amb els seus desitjos, gustos i estil de vida i, això, és responsabilitat de tots i totes, tant dels serveis i professionals que hi treballem en el sector, com dels agents públics i del conjunt de la societat en pro la defensa dels drets d'aquells/es que ens han ajudat a tenir una societat millor, els nostres avis i àvies.

Una societat es mesura per la manera en que cuida els seus ciutadans d'edat avançada (OMS, 2019).

Una societat que no té cura de la seva gent gran és una societat abocada al fracàs (Posadas, 2019).

2. Preguntes inicials

1. En que consisteix el model d'Atenció Centrada en la Persona i de quina manera s'implementa a les residències de gent gran, així com les conseqüències que té pels/les destinataris/es del servei, els seus familiars i els professionals que hi treballen en aquests recursos l'aplicació d'aquest model?

2. Com ha afectat l'arribada de la Covid-19 a la implementació del model d'Atenció Centrada en la Persona als centres residencials de gent gran, als seus usuaris/àries, familiars, així com també als seus professionals i, en especial, als/les treballadors/es socials?

3. Quines estratègies, actuacions i mecanismes de prevenció es podrien haver establert per mitigar les conseqüències negatives que la Covid-19 ha portat a les residències de gent gran, pels residents i els seus familiars?

3. Objectius

Els objectius que es proposen en aquests estudi es plantegen a partir de les preguntes que s'han presentat a l'apartat anterior, tenint en compte que els objectius 1 i 2 estan relacionats amb la primera pregunta i l'objectiu 3 amb la segona i tercera pregunta.

Per últim, i tenint en compte que les persones grans en situació de dependència són el col·lectiu objecte d'aquest estudi, s'ha proposat un quart objectiu per tal de conèixer la realitat del col·lectiu i, obtenir i presentar informació rellevant pel treball.

Així doncs, els objectius que es proposen són els següents:

1. Conèixer el model d'Atenció Centrada en la Persona i models similars en l'àmbit nacional, europeu i internacional.

2. Donar a conèixer com es desenvolupa el model d'Atenció Centrada en la Persona a les residències assistides de gent gran, mostrant els beneficis i/o les possibles dificultats o impediments que comporta desenvolupa-ho, així com les funcions del Treball Social en aquests tipus d'establiments i a partir d'aquest model.

3. Analitzar les conseqüències que la pandèmia de la Covid-19 ha comportat en la implementació del model d'Atenció Centrada en la Persona a les residències assistides de gent gran, així com les modificacions que han hagut de fer els professionals d'aquests recursos, i en especial, els del Treball Social.

4. Conèixer la situació de les persones grans en situació de dependència a Catalunya, veure quins recursos tenen al seu abast i aquells que poden beneficiar-se pel la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència.

4. Metodologia

Aquest serà un treball d'aprofundiment teòric i servirà per ampliar coneixements sobre el col·lectiu objecte d'estudi: la gent gran en situació de dependència i la gent gran en situació de dependència atesa als centres residencials. Altrament, el treball servirà per conèixer el model d'Atenció Centrada en la Persona i com es desenvolupa a les residències de gent gran, analitzant també com aquest s'ha pogut veure afectat durant la pandèmia de la Covid-19. Així mateix, també s'analitzarà quina és la realitat del col·lectiu de gent gran que està en situació de dependència a Catalunya i els recursos que tenen al seu abast, els quals, són susceptibles de beneficiar-se per la Llei de la Dependència aprovada l'any 2006 i que varien segons el grau de dependència.

En aquest sentit, l'interès meu a fer aquest estudi parteix d'una qüestió que em va sorgir durant el temps en què vaig realitzar les meves pràctiques acadèmiques de Treball Social a un centre d'aquestes característiques i que funciona sota el model ACP. El treball s'elaborarà a partir d'una revisió bibliogràfica complementada amb entrevistes a informants clau i informació recopilada a partir de la pròpia experiència al centre residencial i, per tal de conèixer l'impacte que la pandèmia de la Covid-19 ha tingut sobre l'aplicació del model ACP a les residències de gent gran, a partir de l'experiència directa i del contacte amb usuaris/es, famílies i professionals.

Així doncs, l'estudi realitzat, és de caràcter documental i qualitatiu i tindrà les següents fonts d'informació:

- Primera font: documental i bibliogràfica

L'elaboració del treball comença amb una revisió exhaustiva de la bibliografia de referència, on el Model d'Atenció Centrada en la Persona i els seus paradigmes al voltant dels recursos gerontològics, sobretot, els que fan referència a l'Atenció Gerontologia Centrada en la Persona i els que s'engloben a les residències de gent gran, han estat el cos central de la investigació. Així doncs, a partir de la lectura documental i seguint els/les autors/es més rellevants, els quals, són referents ben reconeguts sobre aquest model, s'explicarà el seu context històric, en què consisteix, com es duu a terme a les residències de gent gran i quin impacte té per usuaris/es, famílies i professionals, així com en què consisteix el Treball Social Gerontològic.

Les fonts d'informació utilitzades en la recerca documental i bibliogràfica, s'han extret de bases de dades científiques (Google Académico, Dialnet, ProQuest i RACO) i, guies i documents científics elaborats per organismes públics (Departaments, Ministeris, Conselleries, etc.). En el cas de la legislació consultada, s'han utilitzat els portals de referència de les diferents administracions públiques (DOGC, Portal Jurídic de Catalunya i BOE). També s'han consultat alguns articles de diari per ampliar informació sobre qüestions relacionades amb la pandèmia Covid-19.

Per altra banda, també s'han utilitzat els següents llibres adquirits físicament:

1. *Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. De l'autora Pilar Rodríguez Rodríguez

2. *Atención Centrada en la Persona con demència: mejorando los recursos*. De l'autora Dawn Brooker

3. *Trabajo Social en Gerontología*. De l'autor Manuel Martín García

4. *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. De l'autor Juan Jesús Viscarret

➤ Segona font: l'observació participant

L'observació participant s'ha utilitzat com a instrument qualitatiu de la investigació interactuant amb els/les usuaris/es del centre i formant part de l'equip de professionals que hi treballen, des de la meua posició com alumne de pràctiques de Treball Social. El fet d'haver pogut comprovar en primera persona com estaven patint els/les usuaris/es del centre, els seus familiars i els/les propis/es professionals, uns moments molt crítics i unes restriccions molt rígides per mitjà d'uns protocols que desmuntaven els principis que el model ACP fomenta, va impulsar el meu interès i, en aquest sentit, l'observació participant duta a terme durant el meu temps de pràctiques és un dels instruments utilitzats que complementen l'estudi bibliogràfic.

Observar de primera mà la realitat viscuda al centre m'ha ajudat a analitzar diferents aspectes; primer, com es porta a la pràctica la implementació del model d'Atenció Centrada en la Persona, el qual, tot i haver-se vist afectat durant aquest temps de pandèmia, he pogut comprovar quins aspectes del model s'han pogut preservar i quins no; segon, els canvis que es van haver de fer en la gestió i els protocols que establien aquests canvis; tercer, les funcions del Treball Social en aquest recurs i les modificacions que va fer en les seves tasques professionals.

➤ Tercera font: entrevistes personals a informants clau

A l'estudi s'incorporen una sèrie d'entrevistes personals realitzades a professionals de referència en el sector i de diferents disciplines, les quals, han desenvolupat les seves tasques professionals des de fa temps a una residència assistida de gent gran utilitzant com a estratègia d'intervenció el model ACP. De fet, el centre en el qual s'han realitzat les entrevistes ha funcionat amb aquest model d'intervenció des dels seus inicis i, aquesta experiència ha servit per aprofundir des de l'experiència pràctica en relació a la seva implementació.

Per altra banda, les entrevistes han servit per conèixer de primera mà l'experiència viscuda amb l'arribada de la Covid-19 i tot el que ha suposat viure aquesta situació, els canvis produïts en la gestió i les consegüents modificacions que han hagut de fer en les seves tasques professionals.

Els passos a seguir per realitzar les entrevistes han sigut els següents:

1. Elecció de les persones entrevistades: s'ha extret informació escollint les següents professionals de diferents disciplines científiques i, per tant, de diferents posicions dins del centre, amb l'objectiu de conèixer els canvis que han patit en els seus llocs de treball durant la pandèmia com a professionals que han estat en primera línia i, a la vegada, analitzar diferents punts de vista sobre el model ACP. En aquest cas, les professions i professionals que han participat en les entrevistes són les següents:

- Infermeria: la infermera fa deu anys que desenvolupa les tasques d'infermeria a residències de gent gran i, sota el model ACP dos anys d'experiència.
- Treball Social: la treballadora social fa sis anys que desenvolupa les tasques de treball social en l'àmbit de les residències de gent gran i, sota el model ACP els dos últims anys.
- Fisioteràpia: la fisioterapeuta fa tretze anys que desenvolupa les tasques de fisioteràpia a diferents residències de gent gran i, sota el model ACP cinc anys.
- Auxiliar de gerontologia: en aquest cas, la professional fa vint-i-cinc anys que desenvolupa les tasques d'auxiliar de gerontologia, sempre en l'àmbit de les residències de gent gran i, també fent de responsable de torn i de responsable higienicosanitari. Treballant seguint el model ACP des de fa deu anys.

2. Elecció de les preguntes: les preguntes s'han dividit en dos blocs utilitzant com a punt de referència els objectius dos i tres, les quals, es poden consultar en un document a part d'annexos. Les que fan referència a l'objectiu dos han servit per analitzar des de diferents punts de vista com entenen aquestes professionals el model ACP i, com es du a terme a la residència, així com alguns dels seus punts forts i febles, els seus beneficis i/o les dificultats que es poden trobar en la seva implementació.

Les que fan referència a l'objectiu tres han servit per analitzar com el model ACP s'ha pogut veure afectat durant aquest temps de pandèmia, el seu impacte en els/les residents, els seus familiars i en l'equip de professionals. Per altra banda, també ha servit per conèixer de primera mà totes aquelles modificacions que han hagut de fer l'equip de professional i el centre des de l'arribada de la Covid-19, analitzar els mecanismes de prevenció que es van establir i els aspectes ètics que defensa aquest model d'intervenció i que més s'han pogut veure afectats.

En total s'han fet quatre entrevistes a aquestes professionals del sector assistencial de residències geriàtriques, seguint els criteris i recomanacions de l'ètica en la recerca, on, prèviament, per mitjà d'un model de document que també es pot consultar a l'apartat d'annexos, se les ha informat i demanat el seu consentiment per a la participació d'aquest estudi, ajudant amb la seva col·laboració a resoldre les preguntes que es plantegen i que quedaran analitzades i reflectides en els apartats posteriors d'anàlisi i discussió i conclusions.

4. 1. Cronologia del treball

L'estudi es va començar en el mes d'octubre del 2020 i ha anat seguint les tres fonts d'informació abans esmentades.

La primera font d'informació s'ha obtingut ha partir de la revisió documental i bibliogràfica dels diferents apartats analitzats en el treball, començant en el mes de novembre del 2020 i finalitzant en el mes d'abril del 2021, dedicant així un total de sis mesos per fer la recerca, l'anàlisi i la posterior redacció.

La segona font d'informació ha sigut l'observació participant. En aquest cas, l'observació va començar en el mes d'octubre del 2020 després de portar tres setmanes realitzant les pràctiques acadèmiques de Treball Social al centre i, una vegada em va sorgir la qüestió de com estava afectant la pandèmia a la implementació del model d'intervenció ACP. Aquesta observació s'ha realitzat des d'aquell moment fins a la finalització d'aquest estudi, ja que he tingut la possibilitat de seguir vinculat al centre fins al final de la seva elaboració.

La tercera font d'informació han sigut les entrevistes dutes a terme a les professionals referents del centre. En aquest cas, per preparar i redactar les preguntes de les entrevistes s'ha dedicat un mes, començant a la meitat del mes de febrer de l'any 2021, fins a la meitat del mes de març del mateix any. Seguidament, s'han utilitzat dos mesos per anar realitzant les entrevistes i demanar la seva col·laboració oferint el document de l'entrevista i la posterior anàlisi. Això s'ha fet durant els mesos d'abril i maig.

5. Marc teòric

5.1. Conceptualització de la dependència en el col·lectiu de gent gran a Catalunya

Per començar, s'exposaran alguns conceptes bàsics per entendre el que suposa estar en situació de dependència. El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2014) defineix la dependència com:

Un estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons diverses de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, els cal l'atenció d'una o altres persones. Aquestes persones també necessiten ajudes importants per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, com en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajudes per a l'autonomia personal (DTASF, 2014, què és i com es reconeix la situació de dependència, parà, 2).

En aquesta definició es pot veure com les persones que estan en situació de dependència són persones que poden tenir minvades la seva autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial i, per tant, requereixen suports externs per poder realitzar les seves activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i, per això, necessiten l'ajuda d'altres persones i/o professionals que els atenguin en el seu dia a dia. Altrament, no totes les persones tenen el mateix grau de dependència i, per tant, no totes les persones necessiten els mateixos suports.

Pel que fa als graus de dependència, segons el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2014), aquests estan estipulats a partir de les necessitats que tenen les persones en realitzar les seves ABVD i pel barem de valoració de la dependència (BVD) que estableixen els Equips de Valoració de la Dependència (SEVAD) i que han de quedar recollits en el Programa Individual d'Atenció (PIA). A partir de la puntuació que atorga aquest barem s'estableixen els criteris de valoració del grau d'autonomia que tenen les persones, la seva capacitat de realitzar les ABVD i els serveis més adients per a cada cas particular.

Els graus de dependència s'estipulen de la següent manera (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2014, què és i com es reconeix la situació de dependència, parà, 3-6):

Grau I. Dependència moderada: Aquest grau se li atorga a persones que necessiten ajuda per realitzar les ABVD almenys una vegada al dia, amb necessitats de suport intermitent o limitat. El BVD l'estableix de 25 a 49 punts.

Grau II. Dependència severa: Amb aquest grau es considera que la persona té una dependència severa i que necessita ajuda per realitzar les ABVD dues o tres vegades al dia, amb necessitats de suport extens, però sense que requereixi una supervisió permanent d'un/a cuidador/a. El BVD l'estableix de 50 a 74 punts.

Grau III. Gran dependència: Aquest és el major grau de dependència que se li pot atorgar a una persona i, es dóna quan es necessita l'ajuda generalitzada d'una altra persona unes quantes vegades al dia per realitzar les ABVD de manera contínua i imprescindible. El BVD estableix que la persona ha de tenir una puntuació igual o major a 75 punts.

En funció d'aquests graus de dependència, les persones podran beneficiar-se dels recursos i prestacions corresponents al seu grau. La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (2006) contempla "mesures per garantir uns mínims comuns d'accés universal i intervenint en totes les àrees que afecten les persones en situació de dependència" (p. 9) on, cada CC.AA, amb l'ajuda dels ens locals desplegarà la llei en funció de les seves necessitats assistencials.

L'objectiu d'aquesta llei, com s'assenyala, és "atendre les necessitats d'aquelles persones que, per trobar-se en situació d'especial vulnerabilitat, requereixen suports per desenvolupar les activitats essencials de la vida diària, assolir una major autonomia personal i poder exercir plenament els seus drets de ciutadania" (p. 5).

Pel que fa als recursos, aquests poden ser públics o privats i de caràcter temporal o permanent. Per exemple, amb un Grau I trobem l'accés a Centres de Dia, rebre suports al domicili per mitjà dels Serveis d'Atenció al Domicili (SAD) i ajudes tècniques com el servei de Teleassistència. Amb un Grau II i un Grau III, a banda dels esmentats i que també es poden beneficiar les persones en situació de dependència, trobem que amb aquests graus ja poden accedir a la llista d'espera d'una plaça pública de residència per a gent gran en les diferents tipologies que es presenten, aspectes que queden recollits en la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials i a la Cartera de Serveis Socials 2010-2011.

Altrament, la majoria d'aquests serveis estan pensats per a persones majors de 65 anys, tot i que hi ha excepcions com és el cas dels Centres Sociosanitaris, Hospitals de Dia, Centres de Dia d'atenció especialitzada i els Centres de Dia per persones de menys de 65 anys.

En el cas de les prestacions econòmiques, també variaran en funció del grau de dependència i de la capacitat econòmica de la persona dependent, en aquest sentit, s'ha de tenir en compte que en la majoria dels serveis existeix un copagament que, en el cas de les residències assistides per a gent gran, és de caràcter obligatori, establint la seva quantia en funció de la capacitat econòmica de cada persona i tenint en compte tot el seu patrimoni, aspectes que han de quedar establerts en el PIA.

Les tipologies de prestacions és variada, trobem ajuts per un/a familiar cuidador/a, ajuts per costejar suports formals al domicili, per costejar-se ajudes tècniques o, en el cas de les residències de gent gran, trobem la Prestació Econòmica Vinculada a un servei (PEV), la qual, té la funció de complimentar una part del cost del servei quan aquest es proveeix des del sector privat i, quan aquest té la titularitat de col·laboració amb l'administració pública.

5. 1. 1. Situació de la dependència en el col·lectiu de gent gran a Catalunya i els recursos socials que tenen al seu abast

Els apartats i les dades que es presenten a continuació corresponen al primer trimestre de l'any 2020 i mostren les dades globals de la situació de dependència a Catalunya. En aquest cas, s'analitzaran les dades relacionades amb el col·lectiu de gent gran per ser aquest l'objecte d'estudi.

El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2020) en el seu document "*Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006*", ens ofereix les dades corresponents als anys consecutius al desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència i que es va iniciar a principis de l'any 2007.

El document mostra que des de l'any 2007 fins al primer trimestre de l'any 2020 hi ha hagut un total de 754.597 sol·licituds de valoració de grau de dependència i, que d'aquestes, el 54,7% corresponen a persones que tenen més de 80 anys, arribant a les 412.637. En la franja d'edat que va dels 65 anys als 79 anys hi ha hagut un total de

214.985 sol·licituds i, per tant, si sumem aquestes dues xifres, ens dona un total de 627.622 sol·licituds de valoració de Grau de Dependència en persones majors de 65 anys, el que correspon a gairebé el 83% del total de sol·licituds. A l'any 2020 es van sol·licitar 23.029 valoracions de grau de dependència entre revisions i sol·licituds inicials i, pel que fa al nombre de prestacions i serveis que estan en actiu per atendre situacions de dependència, hi ha 219.139 persones que reben algun tipus de servei o prestació, d'aquestes, 178.012 són beneficiàries d'un servei o prestació de caràcter públic.

Pel que fa al nombre total de persones que estan apuntades en llista d'espera per accedir a una plaça pública de residència, xifra oferta pel Departament de Treball, Afers Social i Famílies (2020) i que corresponen al tercer trimestre de l'any 2020, és de 20.592 persones i, segons la patronal ACRA (2021), el temps d'espera pot variar molt en funció del territori, a Barcelona ciutat, per exemple, entre els quatre mesos i els cinc anys. En el quadre següent es mostra la tipologia de serveis i prestacions que s'estaven oferint l'any 2020 per donar cobertura a les persones en situació de dependència i el nombre de persones beneficiàries.

Taula 1: Nombre de persones ateses a Catalunya per situacions de dependència a partir dels diferents recursos

Serveis	129.004
Centre de dia GG	7.045
Residència GG	27.900
Sociosanitari	1.604
Atenció diürna per a persones amb discapacitat	6.686
Llar residència per a persones amb discapacitat	3.058
Residència per a persones amb discapacitat	3.999
Assistent Personal	84
Llar amb suport per a persones amb malaltia mental	211
Llar residència per a persones amb malaltia mental	1.078
Llarga estada salut mental	1.098
Servei d'atenció domiciliària	33.861
Teleassistència	23.720
Vinculada a centre de dia	1.884
Vinculada a residència	9.753
Vinculada a SAD	7.023
Prestacions	90.135
Cuidador no professional	90.135

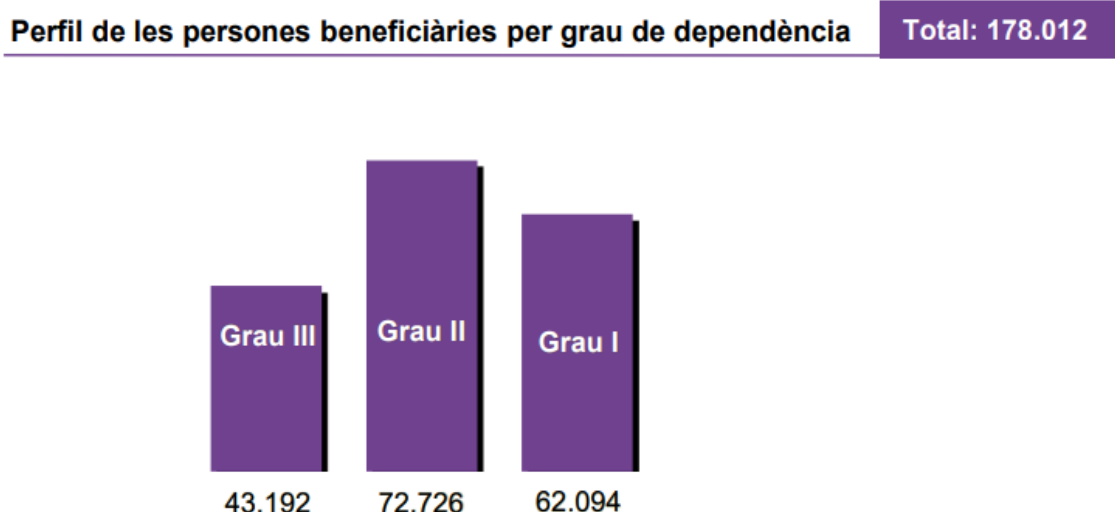
Font: Generalitat de Catalunya. (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020)

Com es pot veure en aquesta taula, de les 219.139 persones dependents que estan rebent algun tipus de servei o prestació, la majoria opten per les ajudes que s'ofereixen a les atencions domiciliàries, ja sigui per la prestació econòmica a cuidadors no professionals, serveis de teleassistència o per serveis SAD.

Aquestes xifres demostren que la major part de les persones dependents estan sent ateses als seus domicilis, bé perquè no tenen cap altra opció, ja que no els arriba el recurs que necessiten, bé perquè aquest és el seu desix i/o el dels seus familiars, bé perquè no es troben en situació de gran dependència o, perquè s'han pogut adaptar el domicili a les seves necessitats i això els permet romandre en ell. Seguidament, es pot veure com agafen més protagonisme els serveis de residència i els centres institucionalitzats per a gent gran.

A la gràfica següent, podem veure el perfil de persones beneficiàries d'un servei o prestació de caràcter públic en funció del grau de dependència:

Gràfica 1: Perfil de les persones ateses a Catalunya des de l'àmbit públic en funció del grau de dependència



Font: Generalitat de Catalunya. (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020)

En aquest cas, podem veure que, l'any 2020, de les 178.012 persones que estan rebent algun tipus de prestació o servei de caràcter públic, 115.918 tenen un Grau II o un Grau III de dependència, això indica que necessitaran suports extensos i generalitzats per a realitzar les seves ABVD i, el fet que moltes hauran de ser ateses en serveis residencials com es mostren a les dades anteriors.

Pel que fa a la taxa de cobertura per a places de residència que hi ha en tot el territori català, xifres ofertes pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2019) i que corresponen a l'any 2019, trobem la taula següent:

Taula 2: Places de residència per a gent gran a Catalunya i la taxa de cobertura

Places de residència per a gent gran i taxa de cobertura.

Àmbits territorials. 2019

Oferta pública

Àmbits	Població 2019 de 65 anys i més	Pública directa		Oferta privada amb finançament DTSF										Oferta pública		Oferta privada		Oferta total	
		Gen.	Adm. loc	Total		Concertada i places acreditades ⁽¹⁾			SAR ⁽²⁾			CSSA ⁽³⁾	PEV ⁽⁴⁾	Total oferta pública	Total	Places	T. cob		
				Places	T. cob	I.S.	I.M.	Total	I.S.	I.M.	Total								
Àmbit Metropolità	924.910	3.149	1.462	4.611	0,50	1.307	2.974	4.281	1.589	6.954	8.543	2.525	6.653	26.613	2,88	13.046	39.659	4,29	
Comarques Gironines	134.979	531	916	1.447	1,07	168	292	460	518	801	1.319	398	742	4.366	3,23	1.236	5.602	4,15	
Camp de Tarragona	91.628	530	328	858	0,94	249	480	729	147	786	933	326	326	3.172	3,46	849	4.021	4,39	
Terres de l'Ebre	40.062	280	235	515	1,29	124	386	510	154	128	282	60	129	1.496	3,73	159	1.655	4,13	
Àmbit de Ponent	69.223	514	387	901	1,30	25	408	433	395	652	1.047	251	530	3.162	4,57	1.128	4.290	6,20	
Comarques Centrals	79.675	118	975	1.093	1,37	524	201	725	468	314	782	175	737	3.512	4,41	945	4.457	5,59	
Alt Pirineu i Aran	14.523	78	181	259	1,78	-	70	70	147	63	210	62	38	639	4,40	204	843	5,80	
Penedès	87.754	-	687	687	0,78	120	151	271	221	618	839	373	713	2.883	3,29	957	3.840	4,38	
Catalunya	1.442.754	5.200	5.171	10.371	0,72	2.517	4.962	7.479	3.639	10.316	13.955	4.170	9.868	45.843	3,18	18.524	64.367	4,46	

Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2019)

Aquestes dades mostren que l'any 2019 hi havia a Catalunya 1.442,754 persones de 65 anys i més, el que representa el 18,9% de la població catalana. El nombre total de places de residència per a gent gran es trobava en aquest any en 64.367 i, d'aquestes, 45.843 són de titularitat pública, pública concertada o pública acreditada, però, únicament de titularitat cent per cent pública hi havia 10.371 places, el que ve representant un 18% del total de places ofertes.

Segons el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials (2021), del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, a Catalunya actualment hi ha 1.073 centres geriàtrics amb una oferta total de 57.383 places de residència assistida i, segons dades del 2019, el 18% de les places són d'iniciativa pública i el 82% s'ofereixen des del sector mercantil o el Tercer Sector. Aquestes xifres posen de manifest la gran externalització d'aquests serveis i la manca de places públiques que trobem. A banda d'això, si tenim en compte la taxa d'envelliment que, a Catalunya l'any 2020 se situava en 124,2% i, l'índex de dependència de la gent gran en el 28,8%, es pot dir que es preveu una demanda creixent del sector (Institut Català d'Estadística, 2020).

Per últim, el fet que la demanda seguirà en augment durant els pròxims anys, quedar ben clar el gran repte que té el sistema assistencial de dependència català i la necessitat d'ampliar, tant el nombre de places públiques de residència, com d'altres serveis que han de donar cobertura assistencial al col·lectiu de gent gran dependent.

5. 2. Les residències assistides de gent gran

Una residència assistida de gent gran, com assenyala el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2010):

Són serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral, adreçats a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar. El servei s'adapta al grau de dependència de les persones usuàries.

L'equip professional que hi treballa és pluridisciplinar i està format per infermers/es, auxiliars de gerontologia, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, experts en educació social, psicologia i medicina. També hi ha un director o directora responsable i un/a responsable higienicosanitari (DTASF, 2010, centres residencials, parà, 3).

En aquesta definició, podem veure com aquests establiments són un recurs substitutori de la llar dirigit a donar atenció integral a les necessitats de la gent gran dependent, a partir de la globalitat d'aspectes que envolten la vida de les persones ateses i, per tal de poder-les oferir unes atencions adequades per mitjà de la provisió de serveis especialitzats i adaptats a les seves demandes personals, tenint en compte que, a més, són persones d'edat avançada que no tenen un grau d'autonomia suficient i que es troben en situació de vulnerabilitat a causa de la seva situació de dependència.

A banda de les mateixes limitacions que apareixen amb l'edat, s'afegeix el fet de trobar-se en una situació de fragilitat pel que fa al seu estat de salut i, per tant, són persones que no poden valdre's per si mateixes i que necessiten l'ajut d'altres persones per poder realitzar les seves activitats diàries, ajuts que requereixen la intervenció de diversos professionals de diferents especialitats.

Pel que fa als objectius i les funcions que tenen els establiments de residència assistida per a gent gran, tal com ens indica el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2003), són els següents:

<p>Objectius dels establiments</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència. 2. Afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social.
<p>Funcions dels establiments</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Allotjament. 2. Manutenció. 3. Acolliment i convivència. 4. Atenció personal en les activitats de la vida diària. 5. Hàbits d'autonomia. 6. Dinamització sociocultural. 7. Manteniment de les funcions físiques i cognitives. 8. Bugaderia i repàs de la roba. 9. Higiene personal. 10. Suport social. 11. Atenció familiar dirigida a afavorir les relacions de la família i dels usuaris/ries al seu entorn. 12. Assistència sanitària. 13. Podologia. 14. Transport adaptat.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes del DTASF

5. 2. 1. Contextualització històrica de les residències de gent gran

Pel que fa al context històric de les residències de gent gran, sense endinsar-nos molt en les raons sociològiques, es pot afirmar que aquestes van començar a professionalitzar-se en la segona meitat del segle XX, amb la creació dels Estats del Benestar després de la Segona Guerra Mundial. Abans d'aquesta època, eren institucions no regularitzades i gestionades per entitats religioses, les quals, atenien als/les ancians/es que eren considerats pobres i, que a més, estaven deseparats per manca de suports familiars, els quals, eren els que tenien la responsabilitat de cuidar a les persones quan arribaven a l'ancianitat. "Els asils per a ancians/es indigents han donat pas a les residències de la Tercera Edat d'avui dia" (Pia, 1992, p. 124).

Amb el sorgiment dels Estats del Benestar, en el cas espanyol, a partir de la Constitució espanyola de 1978, s'imposa l'idea de responsabilitat pública col·lectiva amb l'objectiu de protegir a la població davant les incerteses del mercat i, per tant, en l'obligació dels organismes públics en oferir protecció social i proveir serveis que cobreixin les necessitats bàsiques de la població per mitjà de l'Assistència Social i la Seguretat Social, Cabrero (2004) i, pel que ens pertoca, es deixa de banda el monopoli de les atencions a la gent gran dependent en els seus familiars i, es passa a un sistema mixt on la responsabilitat es comparteix entre la persona atesa, la família i l'Estat.

En el cas espanyol, aquesta idea es referma amb la creació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE, 2006). Llei que, en el cas de les CC.AA, són les que tenen la competència en matèria de Serveis Socials i, per tant, són les responsables del seu desplegament per mitjà del seu sistema de serveis socials, que en el cas de Catalunya, queda establert en la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials (BOE, 2007).

Les residències ha anat progressivament en augment des dels anys 80 i 90 del segle XX, en part, perquè el sector privat ha vist els grans beneficis econòmics que comporten aquests negocis i, si tenim en compte els canvis socials i conjunturals viscuts en els últims temps, com l'augment de l'esperança de vida, la disminució de la natalitat, les dificultats d'atendre a les persones a les seves llars per part de cuidadors informals, una major implicació en el mercat laboral de les dones, les quals, històricament eren i, encara solen ser les que majoritàriament duen a terme les tasques de cura a la gent gran en domicilis, es pot afirmar que aquest sector seguirà en augment els darrers anys, arribant al pic en els anys 50 i amb una previsió de creixement de la longevitat on es preveu que hi hagi un 24% de persones majors de 65 anys a l'any 2030 (Guerra, 2013).

5. 2. 2. Perfil de les persones ateses a les residències de gent gran

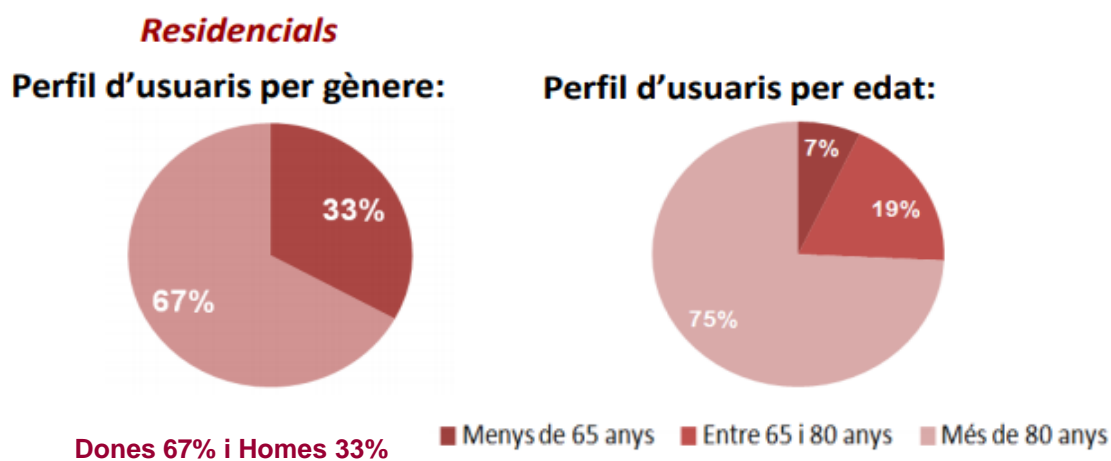
Les residències assistides de gent gran són serveis enfocats a atendre persones grans de 65 anys i més que requereixen suports per realitzar les seves activitats diàries i, els destinataris del servei, tal com ens indica el Comitè d'Experts del Departament de Benestar Social i Famílies (2003), és el següent: "persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten constant atenció i supervisió i que les seves circumstàncies sociofamiliars requereixin la substitució de la llar" (p. 3).

Les malalties i les patologies més comunes que es troben a les residències d'avis/es són; 1) les malalties mentals degeneratives (Alzheimer, Parkinson i demències senils); 2) malalties cardiovasculars, diabetis, artritis i artrosis; 3) malalties cròniques, trastorns de la son, fibromiàlgia i fatiga crònica; 4) problemes auditius i visual; i 5) sentiments de soledat i depressió.

Com podem veure, el perfil de les persones grans ateses a les residències assistides de gent gran és heterogeni socialment i en el cas de les malalties i, homogeni, perquè són persones d'edat avançada que solen tenir un grau de dependència important que els impedeix dur a terme una vida autònoma per la pèrdua de capacitats funcionals, físiques i/o cognitives i, per tant, totes elles requereixen l'ajuda de terceres persones per realitzar les seves ABVD i les AIVD.

Per últim, trobem que el perfil d'usuaris/ries de residència, majoritàriament està compost per dones de més de 80 anys, com es mostra a la gràfica següent i que correspon a l'any 2016:

Gràfica 2: Perfils dels usuaris de residència per edats i gènere



Font: Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA, 2016)

5. 2. 3. El Treball Social en gerontologia i el seu paper a les residències de gent gran

D'acord amb Martín, et al., (2007), el Treball Social gerontològic “és una pràctica i disciplina científica que contribueix a l'estudi i intervenció sobre l'envelliment” (p. 48). Al mateix temps, contribueix al fet que les persones grans rebin atenció social integral des d'una perspectiva biològica, psicològica i social, essent aquesta última on intervenen els professionals del Treball Social, aportant a aquesta especialitat orientació pràctica basada en el coneixement de la realitat del col·lectiu, de l'estudi de necessitats i de l'elaboració i implementació de programes i projectes que generin canvis positius per tal d'ajudar a millorar la qualitat de vida del col·lectiu.

Una altra definició ens diu que el Treball Social gerontològic és “la pràctica i disciplina científica que s'encarrega de conèixer les causes i els efectes dels problemes socials individuals i col·lectius de les persones grans, a fi d'aconseguir que aquestes assumeixin una acció organitzada, tant preventiva com transformadora” (Martín et al., 2007, p. 54). És a dir, a partir del coneixement integral de les necessitats del col·lectiu i de les evidències científiques aportades, poder establir les millores necessàries en les atencions i en els sistemes de benestar socials que parteixen de les polítiques socials dirigides a la gent gran.

En aquesta mateixa línia trobem la definició de quin és l'objectiu del Treball Social gerontològic i proposada per Filardo (2011):

Conèixer i transformar la realitat de la gent gran, contribuint amb altres professionals a aconseguir el benestar col·lectiu, entenent com un sistema global d'accions que, responent al conjunt d'aspiracions socials, eleva el desenvolupament del benestar humà en els processos de canvi social tant individuals com familiars i comunitaris (p. 213)

Un aspecte important a tenir en compte, a banda del coneixement integral del col·lectiu i les seves necessitats amb l'objectiu de transformar la seva realitat de manera positiva, és que els i les professionals del Treball Social gerontològic han de treballar conjuntament i, en col·laboració estreta amb altres professionals de diferents recursos i disciplines científiques per tal de poder oferir unes atencions veritablement globals i integrals. És el cas dels professionals del sector sanitari i social, de la medicina, la infermeria, la psicologia, l'educació, teràpia ocupacional, etc.

Pel que fa als principis d'intervenció en Treball Social gerontològic, d'acord amb Martín et al., (2007) i extret de Robertis (2000), "és la lluita contra l'exclusió social de la gent gran" (p. 57), tenint en compte els següents aspectes:

- El treball constant d'inserció de les persones grans en el medi social en el que viuen
- L'accés als drets socials
- La prevenció de tots els riscos d'exclusió social
- La creació de nous recursos indispensables

A banda de l'esmentat, un dels aspectes que es consideren més importants i que han de tenir molt en compte els i les professionals del Treball Social a l'hora de treballar per aquest col·lectiu, és el manteniment dels vincles socials i comunitaris en el si del seu medi social, potenciant la creació de serveis i recursos de proximitat, amb l'objectiu de no empitjorar la salut emocional de les persones grans per situacions de desarrelament social, familiar i comunitari.

Entre els objectius generals que el Treball Social gerontològic té a l'hora d'intervenir amb aquest col·lectiu, tenint en compte l'àmbit individual, grupal, social i comunitari, podem destacar els següents (Martín et al., 2007, p. 59-60):

1. Estudiar, detectar i diagnosticar les necessitats socials de la gent gran.
2. Impulsar la creació i millores de polítiques socials i econòmiques dirigides al col·lectiu de gent gran i de gent gran dependent.
3. Ampliar i millorar el ventall de recursos i prestacions per a la dependència.
4. Treballar en xarxa amb els recursos socials existents.
5. Contribuir al benestar social del col·lectiu.
6. Mobilitzar els mateixos recursos de la persona treballant des de les seves potencialitats.
7. Garantir l'eficàcia i l'eficiència en les atencions buscant sempre les millors alternatives possibles i des de l'ètica de la responsabilitat.

Pel que fa als recursos en els quals el Treball Social gerontològic sol desenvolupar la seva tasca professional, a partir de les diferents tipologies de prestació, trobem:

1. Prestacions residencials: residències assistides d'estança temporal o permanent, programes de respir familiar i altres recursos alternatius a la llar com els pisos o apartaments assistits.
2. Prestacions no residencials: Centres de dia i Serveis d'Atenció a Domicili.
3. Prestacions tècniques: Teleassistència, ajudes tècniques individuals i adaptacions de la llar.
4. Programes d'oci i salut: Programa de vacances per a persones grans, casals de gent gran, sortides culturals programades, termalisme social i educació per a les persones grans.

A continuació es mostra de manera resumida quines són, per una banda, les funcions del Treball Social en l'àmbit de la gerontologia i, per l'altra, les funcions que desenvolupen els i les treballadores socials en l'àmbit de les residències de gent gran.

Així doncs, pel que fa a les funcions que els i les treballadores socials exerceixen en l'àmbit de la gerontologia, s'han de tenir en compte els següents aspectes (Filardo, 2011, p. 213-216).

Per una banda, les que fan relació amb les funcions d'atenció directa, que són: 1) preventiva, detecció precoç i prevenció dels problemes socials; 2) promocional, desenvolupament de les capacitats naturals i foment de la participació activa; 3) assistencials, promoció, facilitació i utilització dels recursos de la xarxa assistencial per satisfer necessitats socials; 4) rehabilitadora, foment de les capacitats físiques, psíquiques i socials de rehabilitació i inserció social; i 5) informativa, facilitar informació de drets, recursos i prestacions socials.

Per altra banda, trobem les que fan relació amb les funcions d'atenció indirecta: 1) coordinació, planificant les propostes i iniciatives d'intervenció; 2) treball comunitari, foment dels recursos comunitaris i participació activa en la prevenció de problemàtiques socials; 3) gestió, destinada a donar orientació i gestió de recursos i prestacions de caràcter social; 4) documentació, "disseny, elaboració i complementació dels diferents instruments utilitzats pel Treball Social com la història de vida, la fitxa social, l'informe social i el registre d'intervencions" (p. 214); 5) planificació i avaluació, plans, programes i serveis; 6) formació, docència i investigació; i 7) direcció, gestió, planificació i organització, dels diferents centres i serveis dirigits a la gent gran.

Pel que fa a les funcions més específiques que els i les professionals del Treball Social desenvolupen als centres residencials de gent gran i, d'acord amb el Comitè d'Experts del (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2003, p. 6-8):

Per un costat, les funcions relacionades amb les persones ateses, les seves famílies o la persona referent:

- A partir del primer contacte amb la persona destinatària, els seus familiars o la persona de referència, poder identificar les expectatives i ajustar-les a la realitat del centre.
- Dur a terme els protocols d'acollida, elaborant, executant i avaluant el programa d'acollida.
- Complimentant tota la informació necessària del cas per a la intervenció social del/la resident.
- Coordinar-se amb l'equip interdisciplinari de centre i, conjuntament amb el servei d'infermeria fent seguiment i acompanyament a les consultes externes a hospitals i/o centres sociosanitaris.
- Ajudant i donant els suports necessaris a les famílies en les diferents situacions o processos que passa la persona atesa al llarg de la seva vida.
- Vetllar pel compliment de les normes de confidencialitat i el respecte al dret a la intimitat.
- Elaborar, executar i avaluar el programa Pla d'Atenció i Vida (PAiV) i, d'intervenció en famílies.
- Coordinar-se amb la resta de l'equip interdisciplinari del centre en situacions de pèrdues i conflicte de la persona atesa.
- Fomentar la participació en les activitats culturals i lúdiques, dutes a terme al centre o a la comunitat, donant tota la informació necessària i facilitant l'assistència d'aquelles persones que puguin estar en situacions de dependència física o psíquica en coordinació amb altres professionals.
- Coordinar-se amb els o les professionals de l'educació social en els programes de voluntariat del centre i amb tot allò relacionat amb suports socials individuals i grupals.
- Donar informació i tramitar si es calen processos d'incapacitació i tutela, així com els documents de voluntats anticipades, testaments vitals i darreres voluntats quan així ho expressin els/les interessats/des.
- Intervenir amb la resta de l'equip en processos d'acompanyament a la mort.

- Realitzar els tràmits necessaris quan s'hagin de fer altes, baixes i trasllats a altres centres o serveis de la comunitat.
- Treballar conjuntament amb l'equip interdisciplinari i de direcció el respecte als costums i a la diversitat cultural dels i les residents.

Per altre costat, trobem les funcions de relació directa amb l'equip interdisciplinari:

- Procurar tota l'informació necessària a la resta de l'equip contribuint a millorar l'atenció integral de tot l'equip cap a la persona usuària.
- Participar conjuntament en l'elaboració dels Plans Individuals d'Atenció Interdisciplinària (PIAIS) i, juntament amb la persona atesa, la seva família o el referent, establir de manera consensuada els objectius a assolir.
- Vetllar per una bona relació i comunicació entre els/les usuaris/es i la resta de professionals del centre.
- Participar en l'elaboració i la revisió periòdica dels protocols assistencials en el camp del treball social.
- Dur a terme processos de reciclatge formatiu creant nous mètodes de treball per a la millora de les atencions i/o millorant els ja existents.
- Col·laborar amb direcció i la resta de l'equip mesurant el grau de satisfacció dels i les residents i dels familiars.
- Col·laborar en l'elaboració de la memòria anual d'activitats dutes a terme al centre facilitant les dades relatives a l'àmbit de la seva competència.
- Participar amb la resta de l'equip en els programes d'activitats.
- Fomentar i participar en els comitès d'ètica del centre.
- Col·laborar en la formació dels alumnes en pràctiques i el personal voluntari.
- Col·laborar participant en els plans de millora del centre.

Per últim, trobem les funcions en relació amb la comunitat:

- Coordinació i col·laboració amb professionals d'altres serveis i institucions externes al centre en la gestió de casos i projectes socials comuns.
- Promocionar els serveis de residència com un recurs social integrat a la Xarxa de Serveis Socials i Sociosanitaris, afavorint la interrelació entre el centre i la comunitat.
- Intervenir, conjuntament amb altres professionals, en els òrgans de participació de la comunitat.

Pel que fa a les aptituds que es consideren que haurien de tenir els i les treballadores socials en l'àmbit de les residències geriàtriques, trobem com a principals capacitats els següents aspectes (Departament de Benestar Social i Famílies, 2003, p. 9):

- Adaptar-se a les noves situacions
- Escoltar i establir relacions interpersonals de forma positiva
- Tenir empatia
- Ser creatiu
- Tenir capacitat d'observar i analitzar
- Saber organitzar
- Treballar en equip

A continuació es mostraran alguns continguts teòrics relacionats amb la metodologia d'intervenció pròpia del Treball Social gerontològic dut a terme a les residències de gent gran, així com els mètodes, les tècniques d'intervenció i els instruments més utilitzats en l'àmbit de les seves competències.

En referència a la metodologia d'intervenció, trobem, segons (Martín et al., 2007):

1. L'estudi de la situació social:

Aquesta seria la primera fase i consisteix a recopilar tota la informació necessària des de la perspectiva sociofamiliar del/la resident, tenint en compte l'entorn familiar, grupal, social i comunitari. Caldrà llavors, consultar tota la documentació pertinent del cas i les característiques particulars de la problemàtica social, revisar la història de vida, documentar-se en l'àmbit social, econòmic, sanitari, cultural i educacional i, "recollida sistematitzada de l'informació en registres i suports documentals" (p. 286).

2. L'elaboració del diagnòstic social:

El diagnòstic social com a mètode bàsic en l'estudi de la realitat social, serveix per a complimentar de manera resumida tota la informació rellevant del cas, els problemes i les necessitats socials principalment, però també, per fer una valoració geriàtrica integral i una valoració social per tal de conèixer aspectes com: la situació econòmica, familiar, sanitària, jurídica, de relacions socials, d'oci i temps lliure i, juntament amb les escales de valoració social, poder refermar els nivells de dependència i capacitats del/la usuari/ària que ajudi a planificar i establir la millor estratègia d'intervenció possible.

D'acord amb Filardo (2011) els mètodes bàsics d'intervenció serien: "1) coneixement de la realitat social; 2) diagnòstic, valoració i interpretació de dades; 3) planificació i programació; 4) execució; i 5) avaluació" (p. 215).

Tanmateix, dins d'aquests mètodes, les intervencions es poden fer a partir de tres nivells d'intervenció (Filardo, 2011):

1. Intervenció primària: "accions enfocades a detenir o prevenir situacions negatives que puguin afectar a la persona gran abans que aquestes apareguin" (p. 215).

2. Intervenció secundària: es tracta de realitzar accions per afrontar la problemàtica existent en fase primerenca oferint una resposta ràpida a la situació i, "per tal d'evitar situacions disfuncionals en el futur" (p. 216).

3. Intervenció terciària: mesures encaminades a la recuperació i rehabilitació de la situació ja disfuncional.

Alguns dels models teòrics i, els mètodes i tècniques d'intervenció que en Treball Social més s'utilitzen en la seva praxi professional a les residències de gent gran, serien:

1) El model de gestió de casos. Aquest model d'intervenció té l'objectiu d'oferir una assistència integral a les diferents problemàtiques socials i a les necessitats assistencials que requereixi l'usuari/ària, establint els canals de comunicació necessaris amb la xarxa de serveis socials, sanitaris i socio-sanitaris existents, així com d'altres recursos comunitaris oportuns per a cada cas i, per assegurar-se que totes les necessitats queden cobertes en coordinació amb tots els agents socials, públics i de l'àmbit privat i, en col·laboració amb familiars i/o cercles pròxims a l'interessat/da (Viscarret, 2014).

2) El model sistèmic. Aquest model d'intervenció parteix de la teoria dels sistemes, on tot un conjunt de sistemes estan interconnectats entre si fent un únic sistema, de tal manera que, si un està afectat per qualsevol qüestió, els altres sistemes també es veuran afectats. Des de la perspectiva del Treball Social, es donen certes interaccions entre persones i sistemes dins d'un entorn social, i dins d'un sistema de recursos que han de servir per donar resposta a les diferents problemàtiques socials i individuals. D'acord amb Viscarret (2014) aquest model "no tracta tant de veure qui té el problema, sinó més aviat de conèixer quin és el conjunt d'elements d'una situació concreta que impedeix a les persones la superació de les seves tasques vitals" (p. 275).

Per tant, des del Treball Social, tenint en compte que aquests/es professionals fan d'enllaç entre persones i sistemes de recursos, es tindran presents els següents aspectes (Viscarret, 2014): “1) la interacció de persones dins d'un sistema de recursos, sigui formal, informal o social; 2) la interacció de persones per un cantó i sistema de recursos per l'altre; i 3) la interacció entre diversos sistemes de recursos” (p. 276).

3) El model de modificació de conducta. Aquets és el model d'intervenció menys utilitzat i tan sols es fa servir amb aquells/es usuaris/ries que presenten problemes de conducta per patologies mentals. El model es basa en les teories del conductisme i ha sigut desenvolupat de diferents maneres per nombrosos autors (Pavlov i el condicionament clàssic, Watson i la psicologia del conductisme, Skinner i la teoria de l'aprenentatge instrumental operant, Bandura i la teoria de l'aprenentatge social o per observació i Ellis i la teoria de l'aprenentatge cognitiu).

A les residències de gent gran, les dues teories més presents dels models de modificació de conducta, en les possibles actuacions dutes a terme pels professionals del centre, són les de Skinner i Bandura. La primera, per les tècniques dels reforços positius, negatius i l'extinció i, la segona, per l'aprenentatge per mitjà de models a partir de l'observació de la conducta i accions que fan els altres, és a dir, per la tècnica del modelatge. També es fan servir altres tècniques de modificació de conducta com la concatenació i l'encadenament.

En el cas dels instruments més utilitzats en l'acció professional dins l'àmbit de les residències de gent gran, trobem els següents:

- 1) Les històries de vida.
- 2) Les entrevistes individuals i familiars.
- 3) El diagnòstic i el pronòstic.
- 4) PIA i Pla d'Atenció i Vida (PAiV).
- 5) Programes informàtics específics de l'administració pública per a la gestió de tràmits burocràtics per a prestacions i serveis de la dependència, tals com: apuntar en llista d'espera per una plaça pública de residència, gestionar el reconeixement o revisió del Grau de dependència i, demanar alguna prestació econòmica, com per exemple, la PEV.
- 6) Fitxes de registres amb relació a: (activitats, contencions, medicació, alimentació, sortides de lleure, caigudes, visites de familiars, visites a centres hospitalaris i sociosanitaris, etc.).

5. 3. El model d'Atenció Centrada en la Persona

Les dades exposades en apartats anteriors posen en relleu les necessitats futures del col·lectiu de gent gran i, per tant, l'obligació de les institucions públiques d'elaborar nous i millors programes d'atenció al col·lectiu, també pel que fa als recursos residencials. En la necessitat d'aquestes millores és on entra en joc el model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP) i que s'explicarà a continuació. Un model d'intervenció que atribueix el seu origen a Carl Rogers (1961), el qual va formular la teoria de la *Teràpia Centrada en el Client* (Martínez, 2013).

Per conèixer en què consisteix el model d'Atenció Centrada en la Persona es començarà exposant diferents definicions, les quals, pel que s'ha pogut comprovar, són moltes les que s'han proposat per definir-lo. En aquest cas, s'exposaran algunes proposades per autores de referència, afegint també la que ofereix l'Organització Mundial de la Salut:

1. L'atenció centrada en la persona és la que es proposa aconseguir millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la participació efectiva (Rodríguez, 2014, p. 112).
3. L'atenció centrada en la persona és un model d'atenció que pretén contribuir a un necessari canvi en l'enfocament de la intervenció, situant al centre de l'atenció a la persona en el seu dia a dia permetent la seva autonomia, potenciant la seva independència i destacant el paper terapèutic de la quotidianitat i allò significatiu per a cada individu (Martínez, 2011, p. 13).
4. L'Atenció Centrada en la Persona constitueix l'eix sobre el qual giren la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, l'organització del servei, l'equip i la interdisciplinarietat i l'ambient (OMS, 2016, p.2).

A partir d'aquestes definicions, es pot afirmar que el model ACP representa una manera de procedir per mitjà d'un conjunt d'actuacions, les quals, posa als destinataris del servei al capdavant de tota intervenció, en la defensa de la seva autonomia i els drets personals i, per tant, deixant de banda els interessos econòmics i institucionals, tenint en compte el respecte a la dignitat i qualitat de vida de la gent gran que, en el cas de les residències, per raons diverses, han d'estar institucionalitzades en aquest establiments.

Per altra banda, aquest model pretén deixar enrere el que històricament s'ha anat utilitzant a les residències i en altres serveis per a la gent gran, un model d'atenció assistencial massa paternalista i reduccionista que engloba el conjunt de les actuacions en donar cobertura a les necessitats més bàsiques, a les ABVD i en l'aplicació de tractaments farmacològics. Aspectes que també són de vital importància i imprescindibles en les atencions i cura del personal atès i, que el model ACP també contempla, amb la diferència que aquest va més enllà de les necessàries actuacions assistencials. Algunes de les diferències més importants que es poden destacar entre el model tradicional i l'ACP, serien (Rodríguez, 2014, p. 106-112):

1. La incorporació de la figura del referent per a cada usuari/ària.
2. La creació d'unitats petites de convivència amb l'objectiu de crear espais més saludables i confortables en funció de les característiques particulars de cada intern/a.
3. El respecte a la seva capacitat de decisió en tot allò que engloba i rodeja la seva vida, en qüestions com:
 - La possibilitat de poder escollir el seu ritme de vida en aspectes relacionats amb les ABVD com: l'hora de llevar-se o d'anar-se'n a dormir, la higiene personal, els horaris dels àpats, les activitats programades i de lleure, etc.
 - La possibilitat d'escollir el tipus d'habitació, els colors de les parets, els mobles i els elements decoratius, així com en la resta d'espais comuns.

D'acord amb Rodríguez (2014), el model ACP s'articula des de:

L'atenció integral de diferents recursos, prestacions i professionals perquè la persona i la família cuidadora rebin de manera continuada, permanent i adaptada a la seva situació incorporant el social i el sanitari, el públic i privat, les cures professionals i informals i, atenent les necessitats bio-psico-social i mediambientals que van canviant al llarg del temps (p. 91).

Aquesta mateixa autora ens parla de l'Atenció Integral Centrada en la Persona (AICP) des de dues dimensions, per una banda, "l'atenció integral" i, per l'altra, "l'atenció centrada en la persona". En el cas de l'atenció integral, perquè contempla tots els àmbits que rodeja la vida de les persones amb necessitats de suports, integrant i interconnectant tots els serveis, recursos i prestacions. Per això, es requereix una bona regulació normativa i d'una bona planificació i coordinació entre els diferents nivells d'atenció (sanitaris, sociosanitaris, Serveis Socials, educació, TIC, cultura, habitatge...) i, des de les dimensions (biomèdica, psicològica i social) amb l'objectiu d'oferir suports

continuats i de qualitat, sobretot, en els casos de cures de llarga durada on els esforços organitzatius han de ser majors.

Des d'aquesta perspectiva integral es contempla un enfocament flexible i adaptat a les circumstàncies vitals de cada moment que, a partir dels diferents sistemes de protecció socials, les persones ateses i les famílies cuidadores es converteixin en les veritables protagonistes dels seus processos assistencials. L'autora ho resumeix de la següent manera (Rodríguez, 2014):

La integritat és un principi indispensable per oferir una bona atenció professional (atenent al conjunt d'aspectes bio-psico-socials-mediambientals de les persones); i també constitueix l'eix orientador del disseny dels sistemes de protecció social a fi de possibilitar que la regulació, planificació, organització i gestió dels diferents serveis prevegi la coordinació entre ells, establint xarxes transversals entre els diferents nivells, sectors i tipus de prestadors (públics i privats), i compartint objectius basats en la qualitat i efectivitat de l'atenció (p. 105).

Des de l'altra dimensió, atenció centrada (ACP), enfocada des de la perspectiva d'aproximar a les persones als seus plans d'atenció, els quals, han d'estar ajustats a les seves necessitats i desitjos, posant-les al centre dels eixos que han de guiar-les i, afavorint la millor independència possible en la presa de decisions sobre tot allò que sigui representatiu per a elles amb relació als processos d'atenció.

En aquesta mateixa línia, González et al., (2016, p. 9) ens diu que el model ACP parteix des d'uns principis ètics i per l'equilibri entre els següents elements:

1. Valors ètics pel reconeixement a la dignitat de les persones.
2. Per les normatives i els consensos internacionals al voltant d'aquest model.
3. Pel coneixement i rigor metodològic en els processos de planificació, per l'evidència científica i l'experiència.

Aquesta orientació es pot analitzar molt bé des de la gràfica següent on es pot veure com l'ètica està al capdamunt de tot i les persones destinatàries al centre i, al voltant, la comunitat, professionals i les organitzacions. Des d'aquestes interrelacions s'han de donar una sèrie de criteris fonamentals com: 1) l'apoderament de la persona i la capacitat de poder decidir; 2) el compromís dels professionals en l'adquisició dels coneixements, les actituds i les habilitats necessàries per a una bona praxi professional; i 3) els serveis i recursos (socials i sanitaris) interconnectats com un sistema d'organització que asseguri el continuum assistencial (González et al., 2016, p.10).

Gràfica 3: Fonaments de l'ACP



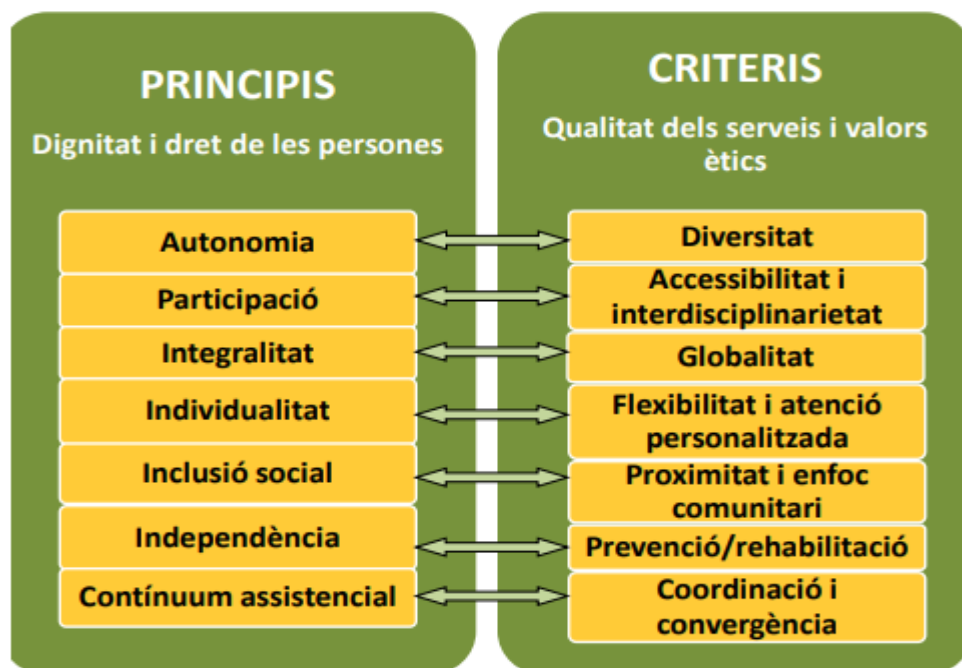
Font: Generalitat de Catalunya. (Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, 2016) adaptat de Martínez, 2011

Per altra banda, trobem els objectius que l'ACP contempla i els principis i criteris que l'acompanyen i reforcen l'AICP (Rodríguez, 2014, p. 113-119):

1. Proposar i consensuar els tipus d'atencions.
2. Respectar els valors de les persones des del seu món i des de les seves pròpies perspectives.
3. Afavorir el major desenvolupament possible des de la independència i l'autonomia.
4. Establir les relacions d'ajuda basades en la preservació de la dignitat humana.
5. Impregnar de valors ètics les atencions des de posicions terapèutiques no directives i comptant amb la participació activa de les persones.

A continuació es mostra una gràfica amb els principis i criteris imprescindibles pel model AICP:

Gràfica 4: Principis i criteris del model AICP



Font: Generalitat de Catalunya. (Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, 2016) extret de Rodríguez, 2010

Com es pot veure en la gràfica 4, aquests principis, basats en la dignitat i els drets i, els criteris, basats en els valors ètics, han de contribuir a la millora de les atencions i, per a la plena inclusió caldrà configurar-los partint de les polítiques públiques que regulen les normatives, els programes i la prestació de recursos. Al mateix temps, i d'acord amb Rodríguez (2014), els principis i criteris que sustenten l'AICP s'han de conformar d'acord amb criteris de planificació i coordinació en les intervencions segons les característiques de les persones i els contextos d'actuació, els quals, hauran d'adaptar-se en funció del col·lectiu a qui va dirigida l'actuació.

En el cas de la gent gran, per exemple, no és el mateix atendre una persona a la seva llar, i per tant, en un entorn de proximitat a la seva xarxa de recursos sociofamiliars, que en una residència on, en la major part dels casos, es perd aquesta proximitat, a més que, en aquests entorns les persones solen ser molt més dependents. Així com el fet que, no és el mateix atendre a una persona que conserva bé el seu estat cognitiu, que una altra que té minvades les capacitats cognitives i intel·lectuals, per tant, la capacitat de prendre decisions de manera autònoma i agafar total o parcialment el comandament de la seva vida.

En aquesta mateixa línia, trobem l'Atenció Gerontològica Centrada en la Persona (AGCP). Un model d'intervenció que pretén donar les millors respostes assistencials a les persones grans que requereixen suports de tercers per trobar-se en situació de dependència. La condició de fragilitat que envolta al col·lectiu de gent gran fa imprescindible establir nous models d'intervenció que garanteixin unes atencions veritablement integrals, ajustades a les necessitats i desitjos dels/les demandats/des a partir del reconeixement de la seva dignitat com éssers humans. Martínez (2011) defineix l'AGCP de la següent manera:

És un model d'atenció que assumeix, com a punt de partida, que les persones grans, com éssers humans que són, mereixen ser tractades amb igual consideració i respecte que qualsevol altre, des del reconeixement de què totes les persones tenim igual dignitat. Un model d'intervenció que té com a eix central de les intervencions professionals un enfocament basat en l'autodeterminació de la persona amb relació a la seva qualitat de vida, una metodologia que aporta un conjunt de tècniques i uns instruments que facilitin la intervenció personalitzada i orientada a la persona. Un model que parteix del reconeixement de la dignitat de tot ésser humà (p. 21-39).

Pel que fa als principis rectors que sustenten el model, trobem els que ja s'han esmentat a la gràfica 4, encara que en el cas de l'AGCP s'afegeixen els següents (Martínez, 2011):

1) competència, en el sentit d'actuar de manera competent a partir de les capacitats de les persones amb independència dels suports que precisin; i, 2) benestar, a partir de l'accés als programes dirigits de promoció de la salut i millora del seu estat personal, independentment del grau d'afectació i dependència i pel dret a rebre els suports necessaris que millorin la seva situació (p. 40).

En el document "guia per a l'AGCP", Martínez (2011, p. 41-199) remarca la importància d'aplicar aquest model d'intervenció, tenint en consideració els següents aspectes:

1. L'atenció personalitzada des de l'autonomia i la independència:

Això significa: 1) tenir en compte la mateixa singularitat de la persona i la seva biografia com a principal referent; 2) la participació de la persona en el seu PAiV; 3) promoure la seguretat, l'autonomia i el benestar; 4) reduir les mesures restrictives i les subjeccions; 5) facilitar la possibilitat de manifestar les seves voluntats de forma anticipada; 6) crear entorns accessibles i saludables; i 7) l'ús prudent de protocols.

2. El privat, l'íntim i la confidencialitat:

Això significa: 1) protegir la seva intimitat, privacitat i honor; 2) garantir la confidencialitat; 3) crear espais físics que garanteixin la intimitat; 4) generar relacions de confiança des del respecte i el tracte càlid; 5) definir els cercles de confidencialitat; i 6) oferir tracte personalitzat.

3. El propi, significatiu i quotidià:

Això vol dir: 1) donar importància als aspectes quotidians; 2) integrar el terapèutic en la vida diària; 3) èmfasi en les històries vitals, costums i hàbits; 4) donar sentit a les activitats programades des dels interessos de les persones usuàries; 5) oferir contextos integradors; 6) la utilització de les TIC com a elements afavoridors en la comunicació i pel benestar persona.

4. El paper de les famílies:

Això vol dir: 1) facilitar la cooperació de la família; 2) fer-les participants del PAiV; 3) organitzar sessions informatives per a les famílies; 4) reforçar el paper de les famílies en casos de pacients amb afectació cognitiva; i 5) aconsellar-les i oferir tot el ventall de possibilitats terapèutiques, assistencials i d'oci i temps lliure.

5. L'organitzatiu i els nous rols dels/les professionals:

Això significa: 1) organitzar els serveis tenint en compte que primer són les persones; 2) afavorir entorns agradables; 3) planificar els recursos definint la missió, les modalitats assistencials, els programes d'intervenció, els protocols assistencials i els sistemes d'avaluació; 4) establir les normes que siguin necessàries en coherència amb el codi ètic del centre i comptant amb el major consens possible; 5) ser polivalents en les tasques professionals; 6) facilitar per part del centre el reciclatge formatiu; i 7) treballar per la millora dels processos de comunicació interpersonal.

5. 3. 1. Context històric del model ACP i similars en l'àmbit nacional, europeu i internacional

Com ja s'ha comentat, el model ACP atribueix el seu origen a Rogers i la *Teràpia Centrada en el Client*, a partir de l'orientació de la Psicologia Humanista iniciada a la meitat del segle XX, establint les bases d'un nou enfocament psicoterapèutic que superés "els clàssics enfocaments de la psicoanàlisi i el conductisme" (Rodríguez, 2014, p.107).

L'orientació d'aquest model parteix d'entendre a la persona com un ésser únic, creatiu i autorealitzat, capaç de fer els canvis necessaris des del reconeixement de les mateixes potencialitats i, amb el suport del psicoterapeuta que prendrà una posició no directiva i d'acceptació incondicional, oferint al/la pacient orientació per prendre consciència i amb les mateixes capacitats pugui modificar la seva vida.

Els antecedents que propicien el sorgiment de nous models comença amb els canvis socioeconòmics i demogràfics, l'augment en l'esperança de vida i la incorporació massiva de la dona al mercat de treball després de la Segona Guerra Mundial i, seguidament, a partir dels anys 50 del segle XX, amb la creació dels Estats de Benestar. A partir d'aquests esdeveniments, es comença a platejar la necessitat d'oferir nous programes de protecció social (Seguretat Social, assegurances contra accidents o malalties, etc.) que, en el cas de les cures a les persones amb dependència i/o discapacitat, no quedessin relegades tan sols a l'àmbit familiar i les atencions es fessin compartides entre la família cuidadora i l'administració pública, la qual, progressivament, va agafant més responsabilitat, sobretot, en els processos de cures de llarga durada.

En aquesta mateixa línia, ja en els anys 60, els països nòrdics van començar a introduir canvis en el model d'atenció a la gent gran en situació de dependència on, en comptes d'assistir-los en centres residencials, se'ls atén als mateixos domicilis o se'ls ubica en pisos assistits, on un grup reduït de persones viuen i són ateses per personal qualificat, de tal manera que es mantingui aquest sentiment de caliu, confort i seguretat que ofereix viure en una llar (Guerra, 2013). Per altra banda, la Unió Europea va impulsar durant la dècada dels 90 una iniciativa coneguda com "el grup salmó, que consistia en crear allotjaments alternatius a les residències tradicionals" (p. 219), habitatges compartits que funcionen com a unitats de convivència, els quals, van estendre's, sobretot, per Holanda, Bèlgica, França, Regne Unit i Alemanya (Martínez, 2013).

A Dinamarca, a partir de l'any 1987 es planteja un nou enfocament en la manera d'atendre a les persones dependents i refermat per la Llei d'Habitatge per Persones Grans (*Housing for the Elderly Act*), on es passa de la construcció de grans residències tradicionals a nous allotjaments compostos per unitats petites de convivència i millorar de manera molt significativa els serveis SAD, seguint la línia del model "housing", el qual, aposta per oferir un bon ventall de serveis, prestacions i recursos perquè les persones grans romanguin a la seva llar tenint totes les necessitats cobertes i, en el cas dels centres residencials, que sigui compartint espais comuns però vivint en apartaments privats (Martínez, 2013).

Als Estats Units, s'inicia a partir del 1980 un moviment pel canvi de cultura en la manera d'oferir les atencions a les persones grans dependents que són tractades a les residències (*The Culture Change Movement In Nursing Homes*) i, es passa cap a models similars al "housing", centres que es distribueixen en unitats petites de convivència capaces d'oferir atencions integrals, personalitzades i adaptades individualment a la realitat de cada persona i, per tant, es deixa enrere l'assistència tradicional que es basava en models institucionals assistencialistes i sanitaris (Martínez, 2013).

Al Quebec, trobem que a partir de l'any 2005 es va començar a canviar la manera d'atendre a les persones grans en institucions residencials, portant a la pràctica un model d'atenció basada en les relacions (RBC), amb l'objectiu de capacitar als i les treballadores en competències teòriques, pràctiques i en habilitats socials, per tal d'afavorir les relacions laborals i assistencials. D'acord amb (Viau-Guay, A., et al, 2013):

Improving the quality of care provided to residents while contributing to greater job satisfaction and improving the occupational health and safety of caregivers, in particular by reducing disruptive behaviour exhibited by residents. To this end, RBC training aims to teach caregivers theoretical knowledge and practical skills to improve relationships (p. 58).

En aquest cas, el model ACP parteix de la capacitat dels i les professionals dels centres residencials en habilitats relacionals, obtenint així millors resultats quan es forma adequadament a l'equip de professionals que estan en primera línia amb els/les residents. Per això, es requereixen pràctiques d'atenció més flexibles, organitzacions laborals menys restrictives i una major participació de l'equip professional en la presa de decisions, en aspectes com la modificació i adaptació dels entorns físics o els programes d'activitats.

Pel que fa al model anglosaxó d'atenció a la dependència, aquest segueix sent de caràcter assistencialista, a diferència del seu model sanitari que té un caràcter universal. Tot i això, i la gran externalització dels seus serveis d'atenció a la dependència, a partir de finals dels anys 80, principis dels 90, es produeixen una sèrie de canvis legislatius amb la finalitat de protegir a les persones dependents sense recursos i prèvia demostració de manca d'aquests s'ofereixen els serveis gratuïts. Sense aquesta demostració, els serveis es donen majoritàriament des del sector mercantil i els que es donen des del sector públic amb el seu corresponent copagament (Rodríguez, 2014).

Per altra banda, no és fins a principis del segle XXI que es comença a tractar el model ACP al Regne Unit, és llavors quan comença a desenvolupar-se amb èxit, estandarditzant la gestió dels recursos d'atenció a la dependència sota aquest model i legislant-lo en la seva "Normativa Nacional de Recursos" (p. 24) (*NSF, National Service Framework*) aprovada l'any 2001, i que establí en el seu objectiu 2 (normativa nacional dels recursos sobre l'atenció centrada en les persones grans) els següents aspectes: "els serveis d'atenció han de tractar a les persones grans com individus i se'ls hi ha de permetre fer eleccions i prendre decisions sobre les cures que rebran a través de processos d'avaluació individual i plans integrals d'atenció individualitzada" (Brooker, 2013, p. 24).

En aquest sentit, trobem la proposta que Tom Kitwood (1997) va desenvolupar a finals dels anys 90 del segle XX, i que faria de precedent cap aquest nou canvi de posicionament i legislatiu, el qual, segueix un enfocament psicosocial d'atenció a les persones amb demència (*Dementia Care Mapping*), que posteriorment van servir d'inspiració i orientació en els recursos d'atenció a la gent gran al Regne Unit (Brooker, 2013).

Les contribucions de Kitwood parteixen d'idees i experiències personals en el camp de les atencions a persones amb demència i, de la necessitat que aquestes remarquen en els àmbits de la comunicació i les relacions. Aquestes idees van servir en gran manera per assentar els fonaments de l'ACP, desenvolupant teories relacionades amb els següents aspectes: 1) important preservar la condició de persona; 2) el model enriquit de demència; 3) la prevenció de la psicologia social maligna (PSM); 4) el punt de vista de la persona amb demència; i 5) la nova cultura de l'atenció (Brooker, 2013).

Per altra banda, trobem les contribucions de Dawn Brooker, una alumna seva que va fer un estudi en el camp de les atencions a persones amb demència i, que després de treballar com a professora i investigadora del Grup de Demència de Bradford (*Bradford Dementia Group*) de la Universitat de Bradford, va presentar quatre àrees principals a

tenir en compte en les atencions centrades en les persones amb demència i, ho va representar amb la fórmula següent (Brooker, 2013, p. 17):

$$\underline{ACP = V + I + P + S}$$

V= Conjunt de valors de tota vida humana, independentment de l'edat o capacitats cognitives

I= Un enfocament individualitzat que reconeix la singularitat de la persona

P= Interpretar el món des de la perspectiva de l'usuari/ària

S= Proporcionar un entorn social que satisfaci les necessitats psicològiques

Segons l'autora, "cada una d'aquestes parts es poden donar per separat, però si totes coincideixen es conforma la poderosa cultura que té l'enfocament de l'atenció centrada en la persona" (p. 17) i, també trobem que l'acrònim VIPS significa (veri important person) "persones molt importants", refermant així la importància que tenen aquestes en el transcurs de les seves atencions. Per altra banda, en cadascun d'aquests apartats li corresponen diferents indicadors que han de permetre avaluar els avenços en la millora dels serveis (Brooker, 2013).

Pel que fa als països que es corresponen amb el model continental d'EB i de protecció social, és el cas d'Àustria, Alemanya, França, Holanda, Bèlgica i Luxemburg, trobem que desenvolupen les seves polítiques d'atenció a la dependència en models assistencialistes i de cobertura universal en dos nivells, contributiu i no contributiu, gestionades per regions o municipis, segons el cas.

Àustria va ser el primer d'aquests països en aprovar una llei de dependència el 1993 i va passar d'un model assistencial tradicional, que no contemplava la universalitat dels serveis, a un model de cobertura universal, però sota el paraigua d'un sistema mixt, on les atencions s'han de compartir entre la família i la Seguretat Social que, per mitjà de les cotitzacions cobreix els costos de part dels serveis, amb un gran pes de les assegurances privades i assegurances privades específiques per a la dependència. El canvi més positiu que es pot contemplar és l'aposta per millorar els serveis SAD i els apartaments compartits, tot i que aquests últims van enfocats a persones bastant autònomes (Rodríguez, 2014).

En el cas d'Alemanya, s'aprova l'any 1995 un model similar a l'austríac de cobertura universal d'atenció a la dependència, el qual, s'accedeix prèvia valoració d'un grau de dependència classificat en greu, sever i moderat, convertint-se en pioners d'aquesta valoració i, quedant exclosos d'aquest sistema universal les rentes mitges - altes i altes.

Per altra banda, i en concordança amb el model ACP, s'aposta per una prestació de serveis a la dependència similar al model nòrdic per mitjà d'unitats petites de convivència i apartaments compartits per persones més autònomes i, igual que el model austríac, els serveis es financen des de la Seguretat Social amb les cotitzacions i amb un pes important de les assegurances privades, algunes específiques per a la dependència (Rodríguez, 2014).

França desenvolupa la primera llei universal d'assistència a situacions de dependència a partir de l'any 2002 i, per mitjà d'un model mixt, com els anteriors, seguint la senda tradicional de cures a la dependència on la família continua tenint un pes molt important en les atencions, però donant prioritat als serveis SAD i, deixant més llibertat a què les famílies s'organitzin en les cures (Rodríguez, 2014).

Holanda, en relació amb la dependència ha realitzat dues reformes legislatives, una l'any 1995 i, la més recent el 2006, ampliant i consolidant en aquesta última l'externalització dels serveis, sobretot, els serveis SAD que passen a ser oferts pel sector mercantil i gestionats pels Serveis Socials municipals. En aquest sentit, es deixa enrere la idea de residències i es segueix la tendència del model "housing" (Rodríguez, 2014).

El cas espanyol, emmarcat en el règim mediterrani d'EB, les atencions a la dependència continuen oferint-se des del sector públic de manera subsidiària i assistencial i, les famílies continuen tenint un pes molt important en les funcions de cuidadores. Pel que fa a l'ACP i, en relació amb els recursos gerontològics, com ja s'ha comentat en apartats anteriors, la major part dels serveis d'atenció residencial segueixen orientant-se en models tradicionals i assistencialistes, prioritzant les cures sanitàries i les atencions a les ABVD.

Tanmateix, a partir de l'any 1992, amb l'aprovació del Pla Gerontològic Estatal, es comença a debatre sobre l'envelliment, les situacions de dependència i els canvis demogràfics, socials i familiars. Seguidament, es publica el 2005, el Llibre Blanc de la Dependència i, posteriorment, s'aprova el 2006 la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Es consolida així un marc normatiu que garanteixi la cobertura universal que, per mitjà d'un sistema mixt entre el model nòrdic (de cobertura universal i finançament per impostos) i el continental

(valoracions per graus i nivells, lliure elecció i ajuts pel cuidador/a informal) es doni cobertura assistencial al col·lectiu dependent, un model descentralitzat que proveeixi els recursos i prestacions necessàries per atendre les situacions de dependència que hauran de ser planificades i gestionades per les CC.AA (Rodríguez C, 2014).

Amb relació al model ACP, trobem que aquest va suscitant cada cop més interès en el sector assistencial a la dependència i la discapacitat i, ja es poden apreciar alguns canvis de posicionaments, on els centres comencen a distribuir als i les residents en unitats de convivència i permeten que hi hagi més capacitat de decisió per part d'aquests/tes i les famílies. En aquest sentit, trobem les aportacions fetes per les autores i referents Pilar Rodríguez, qui proposa el *Model d'Atenció Integral Centrada en la Persona* (Rodríguez, 2010) i, Teresa Martínez i el seu document *guia sobre l'Atenció Gerontològica Centrada en la Persona* (Martínez, 2011).

Per últim, trobem algunes guies de bones pràctiques elaborades per diferents Administracions Públiques de les CC.AA, com és el cas de la *Guia de Bones Pràctiques en Residències de persones grans en situació de dependència*, elaborat per la Conselleria de Benestar i Habitatge del Principat d'Astúries (Bermejo, 2010). O, els documents elaborats pel Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària de la Generalitat de Catalunya, *l'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya* (González et al., 2016) i, el *Model Català d'Atenció Integrada, cap a una atenció centrada en la persona* (Ledesma et al., 2015).

5. 3. 2. El model d'intervenció ACP aplicat a les residències de gent gran

El model ACP representa un avenç molt significatiu en les atencions que s'ofereixen en aquest tipus d'establiments, ja que posa als residents al capdavant de tota intervenció. És ben cert que encara avui dia no és un model que s'implementi en la majoria de centres en el nostre país, tot i que sembla que el camí, encara que lent, va enfocat en el canvi cap a nous models d'intervenció que siguin més inclusius.

En el cas de les residències de gent gran, el model ACP a poc a poc va agafant cada vegada més força, en part, gràcies als nombrosos estudis publicats que mostren, entre altres qüestions, els beneficis que comporta pel personal atès, així com pels professionals, ja que això els aporta un nivell superior de gratificació en la seva tasca professional, entre els quals es troben els equips de Treball Social que també representa un canvi en la manera d'enfocar les seves intervencions, tant pel tracte amb els residents i familiars, com en el treball realitzat entre l'equip interdisciplinari.

D'acord amb Rodríguez (2013) en els últims temps les residències de gent gran han evolucionat molt i s'han consolidat en establiments dissenyats com a hotels d'entre 80 i 100 places on predominen les habitacions dobles i s'ofereix una àmplia gamma de serveis socio-sanitaris. Tot i les millores que el sector ha experimentat per professionalitzar-lo, encara no són els recursos més apreciats per les persones, quedant-se aquests com a última opció a escollir entre les diferents alternatives socio-assistencials que s'ofereixen des de la comunitat.

Tanmateix, les residències ofereixen la possibilitat de concentrar en un únic espai tot un ventall de serveis que d'una altra manera seria difícil d'oferir a les persones dependents. Per una banda, per l'elevat cost que representa oferir uns serveis integrals que comportaria una major càrrega econòmica per les persones i/o famílies i, per l'altra, les dificultats que comporta atendre a persones amb poca capacitat d'autonomia en entorns envoltats de barreres arquitectòniques.

Queda clar que les residències de gent gran són el recurs més adient per a moltes persones i famílies i, més encara en el futur on la demanda seguirà creixent a causa dels canvis demogràfics i en les estructures familiars. Per això, els centres han d'anar evolucionant, no tan sols en els aspectes arquitectònics i professionalitzant els serveis, sinó en la planificació i posada en marxa de models d'intervenció que assegurin la màxima assimilació de viure com a la mateixa llar.

En aquest sentit, també s'aprecien canvis en la tipologia d'establiments residencials que s'estan posant en marxa en els últims temps (apartaments, habitatges tutelats, residències tradicionals, etc.) i que s'orienten a partir del model "housing", on les persones poden viure com si estiguessin a la seva llar, a la vegada que reben tractaments integrals i se'ls permet mantenir el control sobre l'entorn i les activitats quotidianes, facilitant la seva independència, possibilitant les relacions socials i garantint el sentiment de caliu i seguretat com si visquessin a casa seva (Rodríguez, 2013).

Inicialment, el model "housing" estava pensat perquè les persones dependents rebessin tractament integral a les seves llars, però com ja s'ha comentat, aquestes no sempre ho permeten i, si les atencions s'han de fer des d'un centre especialitzat, aquests han de treballar perquè l'intern/na i les famílies segueixin portant el control de les seves vides, preservant la seva dignitat inherent com a éssers humans i, això s'aconsegueix implementant models com l'ACP, sigui a les seves llars o en recursos residencials.

D'acord amb Rodríguez (2013), els principis i criteris que sustenten el model ACP es poden extrapolar a qualsevol recurs des del qual s'actua. En el cas de les residències es remarquen els que s'han exposat a la gràfica 4 i que corresponen als principis i criteris

del model AICP i, els que s'afegeixen des de l'AGCP, sobre competència i benestar i, l'aplicació del model en l'apartat exposat a partir de la guia per a l'AGCP proposada per Martínez (2011) i que remarca la importància de: 1) l'atenció personalitzada des de l'autonomia i la independència; 2) el privat, l'íntim i la confidencialitat; 3) el propi, el significatiu i el quotidià; 4) el paper de les famílies; i 5) l'organitzatiu i els nous rols dels/les professionals.

Per finalitzar aquest apartat, s'exposaran les accions més importants a tenir en compte a l'hora d'aplicar el model ACP a les residències de gent gran (Rodríguez, 2013):

1. L'èxit del model parteix del compromís i lideratge de l'equip de directius/ves del programa i del centre.
2. En el transcurs de la planificació del programa s'ha de comptar amb la participació de la persona atesa i les famílies.
3. S'ha de donar la possibilitat de personalitzar els espais i suprimir les barreres que facin de fre a les oportunitats de participació, promovent la independència i la percepció de control sobre l'ambient i la mateixa vida.
4. Planificar l'atenció i el programa PAiV amb la col·laboració de la persona implicada i la família o tutor/a legal i des de la seva biografia i història de vida.
5. Els i les professionals, com a gestors/res de casos, han d'assistir a les activitats quotidianes quan es necessiti i han d'estimular la seva participació, així com en les activitats programades del centre o a la comunitat, per tal de fomentar el desenvolupament de capacitats.
6. Les atencions s'han d'oferir de manera personalitzada i això requereix l'estabilitat laboral dels/les auxiliars i evitar les rotacions de professionals.
7. Incorporar la figura del/la professional de referència per a cada usuari/ria seguint criteris d'afinitat sorgida entre ambdós.
8. El/la professional de referència ha d'estar format/da adequadament i ha de participar de manera natural en la relació d'ajuda, així com en la recopilació d'informació que servirà per complimentar el PAiV i la història de vida que guiarà el programa assistencial.
9. Les activitats terapèutiques programades han de tenir sentit per a les persones residents i s'han de desenvolupar al voltant de les rutines quotidianes.
10. S'ha de potenciar la participació del/la resident a dur a terme les ABVD de manera senzilla (higiene personal, posar o treure la taula, ajudar en la cuina, estendre o plegar

la roba, etc.) en funció de les seves possibilitats i lliure elecció de participar, a fi de mantenir i millorar les capacitats funcionals en allò que sigui significatiu i gratificant.

11. S'ha de flexibilitzar i diversificar les rutines organitzatives el màxim possible, de tal manera que permetin ajustar-se més i millor a les necessitats i preferències dels/les residents en pautes com les que es citen a continuació:

- Flexibilitat horària per llevar-se i acostar-se, en els menjars o per entrar i sortir del centre
- No restringir l'horari de les visites ni dels espais privats per a les relacions
- Tenir una àmplia oferta de serveis d'oci, entreteniment i culturals
- Donar la possibilitat de fer eleccions (menús dels àpats, activitats preferides, la imatge corporal, etc.)
- Treballar amb les famílies el procés d'acompanyament i fer-les participants del PAiV

12. L'equip tècnic especialitzat del centre (treballadors/es socials, infermeres, animadores, metges, psicòlegs/ges, fisioterapeutes, etc.) ha d'acompanyar i assessorar a l'equip d'auxiliars en el procés d'acompanyament, amb la finalitat d'ajudar a identificar les mateixes competències i poder dur a terme unes atencions més personalitzades i ajustades a les necessitats de cada resident/a, per mitjà del treball en equip.

13. S'ha d'evitar que l'organització del treball en el centre es faci de manera jerarquizada i, que la relació d'ajuda i acompanyament segueixi una línia més horitzontal.

14. S'ha de procurar fer un treball interdisciplinari de baix a dalt, i des del paper fonamental que juga el professional de referència i el personal d'atenció directa, oferir la possibilitat que aquestes, de manera autònoma, puguin decidir sobre aspectes relacionats amb les rutines quotidianes.

15. És necessari que a les residències existeixi un equip tècnic que compleixi les funcions següents (Rodríguez, 2013, p. 108):

- Dur a terme les valoracions integrals necessàries
- Formar als/les professionals de referència perquè aprenguin a desenvolupar les històries de vida i supervisar la seva elaboració a mesura que el procés avança
- Practicar l'observació sistemàtica, sobretot, quan la persona presenti deteriorament cognitiu, per descobrir capacitats, gustos, preferències, interessos o situacions que provoquin conductes disruptives

- Elaborar la proposta del PAiV, consensuant-la amb la persona, el grup de suport i el/la professional de referència
- Donar pautes i ensinistrar al personal auxiliar en estratègies i habilitats pel millor acompliment de la relació d'ajuda i, el subministrament de suports en els objectius d'independència i autonomia de cada persona
- Intervenir en les incidències o circumstàncies no previstes que els/les cuidadors/res no sàpiguen resoldre
- Responsabilitzar-se de la coordinació, seguiment i control de la vida en el centre i del compliment del PAiV de cada cas
- Desenvolupar periòdicament reunions interdisciplinàries d'equip, on estiguin presents el/la professional de referència i, quan es tracti de consensuar el PAiV, també la persona resident i la família

16. Per poder dur a terme atencions més efectives i personalitzades, els centres s'han de distribuir en unitats petites de convivència i donar la possibilitat de compartir espais amples amb altres residents i, establir les ràtios de personal adient en funció de les necessitats de cada grup de convivència.

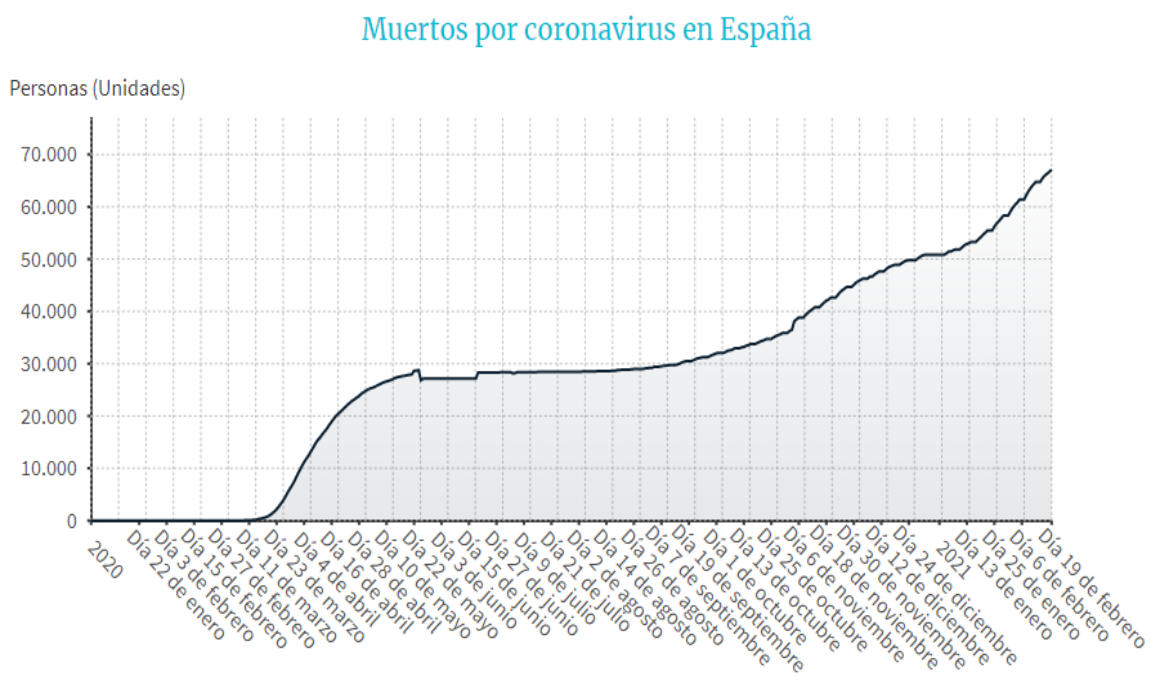
5. 4. El context de la Covid-19 i el seu impacte a les residències de gent gran

La pandèmia de la Covid-19 va arribar a Espanya a principis del 2020, provocant una alerta sanitària que va portar al Govern espanyol a decretar l'estat d'alarma a tot el país durant el mes de març d'aquest mateix any (Fernández, 2020). Les conseqüències han sigut devastadores, i en el moment d'analitzar i redactar aquest estudi les xifres de morts ja superen els 60.000 a tot l'Estat.

Així mateix, aquesta pandèmia ha tingut un impacte psicològic significatiu en la població general, però, en el cas de les persones grans i, sobretot, aquelles que estan en situació de solitud i les que estan institucionalitzades a centres residencials, l'impacte ha sigut més significatiu, apareixent episodis greus d'ansietat, depressió i estrès, que no tan sols ha repercutit a la gent gran, sinó que també ho ha fet amb les seves famílies i amb les treballadores que han estat en primera línia (Fernández i Sánchez, 2021).

A continuació es mostraran dades corresponents al nombre d'afectats i de baixes que hi ha hagut al territori nacional i a Catalunya, així com el nombre d'afectats per franja d'edats. Dades ofertes pels diferents organismes de l'administració pública de l'Estat i de la CC.AA de Catalunya.

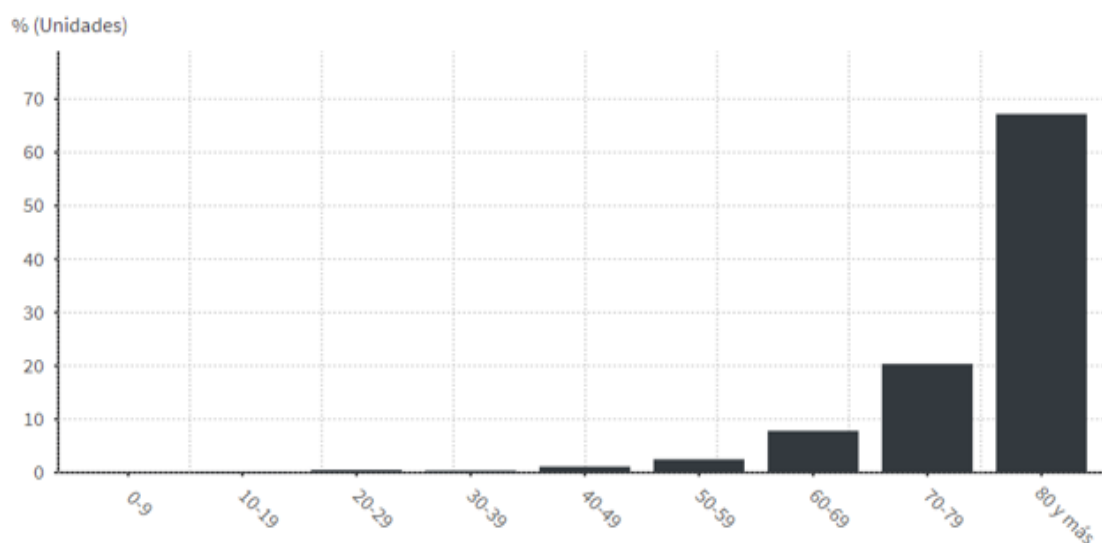
Gràfica 5: Nombre de morts per Covi-19 a Espanya



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Universitat Johns Hopkins, 2021

Aquesta gràfica correspon l'any 2020 i arriba fins al mes de febrer de l'any 2021, mostrant dades que parteixen en el mes de març del 2020, moment en el qual es va decretar l'estat d'alarma. Com es pot veure, des del dia 11 de març del 2020, fins el 19 de febrer de 2021, el nombre de morts no ha fet més que augmentar considerablement, això és indicatiu de la gravetat d'aquest virus i posa de manifest la manca de preparació que teníem com a país i societat, tenint en compte, sobretot, en recursos sanitaris, socio-sanitaris, socials i preventius que fessin front a una pandèmia d'aquestes característiques.

Gràfica 6: Percentatge de morts per Covid-19 a l'Estat espanyol



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2020

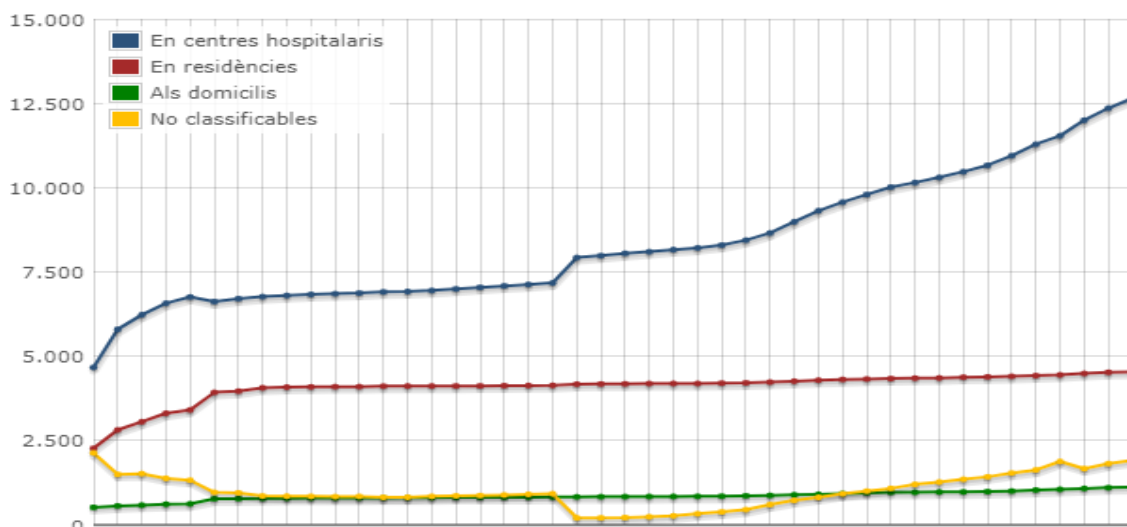
En aquesta gràfica, oferta pel Ministeri de Sanitat en una enquesta realitzada durant els primers mesos de pandèmia i sobre una mostra de gairebé 19.000 persones, veiem que més del 85% de les morts provocades pel virus SARS-CoV-2 es troba en persones de 70 anys i més, situant-se en el 68% de morts en la franja de persones majors de 80 anys.

Pel que fa al nombre de morts a Catalunya per franja d'edat, no ha sigut possible trobar informació detallada sobre aquestes dades, però segons el diari El Nacional.cat, dades actualitzades el 12 de juny del 2020, "el 81,7% de les morts per Covid-19 a Catalunya tenia més de 75 anys, sobretot dones" (El Nacional.cat, 2020).

Ara bé, pel que fa a l'impacte que la pandèmia de la Covid-19 ha tingut a les residències de gent gran de Catalunya i les defuncions que hi ha hagut en aquests centres o en altres espais, com poden ser els centres hospitalaris o els domicilis, trobem les dades exposades en el gràfic i la taula següents ofertes per l'Institut d'Estadística de Catalunya.

Gràfica 7: Nombre de defuncions per Covid-19 a Catalunya

Defuncions de casos confirmats de la covid-19. Per lloc de la defunció. Catalunya. 19/04/2020-14/02/2021



Font: Institut Català d'Estadística, 2021

Taula 3: Nombre de defuncions de casos confirmats o sospitosos a Catalunya per Covid-19

	Defuncions de casos confirmats o sospitosos					Total
	Casos Confirmats	En centres hospitalaris	En residències	Als domicilis	No classificables	
▲ 02/2021						
14/02/2021	535.395	12.647	4.536	1.120	1.911	20.214
07/02/2021	522.831	12.356	4.522	1.102	1.816	19.796

Font: Institut Català d'Estadística, 2021

Finalment, es pot veure que el nombre de defuncions causades per la Covid-19 a meitat de febrer del 2021 a les residències de gent gran ha estat de 4.536 persones d'un total de 20.214 que han mort a tota Catalunya, representant gairebé el 25% de les morts en aquests establiments i posant de nou de manifest l'impacte que ha tingut aquest virus en el col·lectiu de gent gran dependent que resideix en centres residencials geriàtrics.

6. Anàlisi i discussió

S'ha pogut comprovar quina és la situació de la dependència a Catalunya i com en els pròxims anys la demanda seguirà augmentant i, com això es deu als canvis demogràfics, a les noves estructures familiars, una major incorporació de la dona al mercat de treball i per l'augment de l'esperança de vida. També s'han vist els diferents recursos que hi ha per donar cobertura assistencial a les situacions de dependència i com les residències de gent gran són dels més demandats, degut, principalment, a la manca d'oferta pública en serveis SAD i per l'elevat cost econòmic que representa per a les persones i famílies ser ateses a les seves llars.

El model d'Atenció Centrada en la Persona, com hem anat observant al llarg del treball i en les diferents definicions proposades per les autores de referència i l'OMS, representa una millora significativa en la manera de procedir a l'hora d'atendre professionalment a les persones grans, a aquelles que estan en situació de dependència o que tenen alguna discapacitat i, sobretot, per aquelles que han d'estar institucionalitzades als centres residencials de gent gran. Procediments que s'engloben en l'objectiu principal de millorar la seva qualitat de vida quan aquestes no es valen total, o parcialment per si mateixes.

També s'ha pogut veure com a partir dels anys 80 i 90 del segle XX, els països occidentals han anat realitzant canvis importants en la manera d'atendre a les persones grans dependents i com s'han anat modificant les polítiques, les respostes institucionals i els serveis i recursos que donen cobertura assistencial. En aquest sentit i, un dels models més rellevants i que han ajudat a perfilar el model ACP, és el model "housing" que s'aplica sobretot als països nòrdics, el qual, ofereix unes respostes a les situacions de dependència molt més personalitzades i ajustades individualment a les necessitats i característiques particulars de cada cas.

Tot i els beneficis que comporta per les persones dependents atendre-les amb models més personalitzats i que s'assimilen més a viure a la mateixa llar, al nostre país no ha acabat de perfilar-se com un model prioritari a oferir i, l'únic canvi que es pot apreciar, és a partir de la creació de Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE, 2007). En aquest sentit i, en relació amb les residències, l'única proposta que si sembla haver calat i que s'assimila més al model "housing", és la creació d'unitats de convivència distribuïdes pels edificis residencials, tot i que encara seguim amb la idea de crear grans centres amb una oferta elevada de places.

També s'ha vist la quantitat de literatura que hi ha per explicar en què consisteix el model ACP i, això demostra un interès profund en intentar millorar les respostes a les necessitats assistencials de les persones dependents que requereixen l'atenció de tercers, degut, principalment, a la manca d'autonomia física i/o cognitiva.

Per altra banda, s'ha pogut veure que la implementació d'aquest model aporta molts beneficis, no només pels i les usuàries destinatàries dels serveis, sinó que també per a les famílies i els/les treballadors/res. Aspectes que han quedat de manifest en les entrevistes realitzades a les treballadores del centre que han participat en aquest estudi i que es mostraran a continuació.

Dins de tota la teoria exposada sobre el model ACP, trobem que hi ha diferents maneres d'enfocar-ho, el (*Dementia Care Mapping*) de Kitwood (1997), com una eina per valorar la qualitat de vida de les persones amb demència i pioner del l'ACP, el model V+I+P+S proposat per Brooker (2013) com a eina de valoració pels professionals i, des de l'AICP i l'AGCP per donar una millor resposta en l'assistència a situacions de dependència de la gent gran principalment. Ara bé, entre els aspectes més destacables que es troben en tota aquesta teoria, els seus beneficis, des de les diferents maneres d'enfocar-les i que es diferencien més dels models tradicionals i assistencialistes, trobem:

1. La incorporació de la figura del/la referent per a cada usuari/ria i la creació d'unitats petites de convivència amb la finalitat d'oferir atencions més personalitzades.
2. El respecte a la capacitat de decisió d'usuaris/ries i familiars i, que aporta un major grau d'autonomia i independència a l'hora d'establir el tipus d'atencions que volen, que variaran en funció de la cultura, dels gustos, preferències i costums.
3. Enfocar les intervencions des d'uns valors ètics que reconeixen la dignitat de les persones com éssers humans únics, així com el respecte a la seva intimitat, a participar en la proposta dels seus plans d'intervenció, en la distribució i decoració dels espais, l'alimentació i les activitats lúdiques i culturals.
4. Es posa als destinataris/ries dels serveis al centre de tota intervenció, tenint en consideració l'àmbit, bio-psico-social i ambiental que envolta la seva vida i, es treballa en consideració amb les seves històries vitals, tenint-les en compte a l'hora de planificar i executar els plans d'intervenció.
5. Es millora les competències dels/les professionals a partir del coneixement adquirit per l'experiència i l'evidència científica, la formació contínua, en el treball d'equip i, a l'hora, es potencia la capacitat de decisió dels i les professionals d'atenció directe en

aspectes relacionats amb la gestió i els programes d'intervenció per tal d'aconseguir millor satisfacció professional.

A continuació es presenten els resultats de les entrevistes fetes a les professionals del centre, començant pels beneficis que creuen que té la implementació de l'ACP a les residències de gent gran i que són: 1) es té en compte la seva opinió i un profund respecte per les seves decisions i preferències; 2) se'ls dóna més caliu, seguretat, tranquil·litat i continuïtat a la seva història de vida; 3) se'ls dóna l'oportunitat de sentir-se pràcticament com a casa seva; 4) s'adapten millor al centre; 5) es millora la qualitat de vida; i 6) obtenen més satisfacció personal.

A banda de l'esmentat, jo voldria destacar alguns aspectes que he pogut comprovar en primera persona, com el fet de millora la salut emocional reduint així els estats tristos o depressius, tenen molta confiança en les actuacions proposades pels/les professionals, es mantenen més actius i tenen més ganes de fer activitats.

En el cas de les famílies, les entrevistades han respost els següents beneficis: 1) augmenta la confiança en el centre; 2) millora la relació amb els/les professionals; 3) se senten més integrats, a gust i tranquils; i 4) se senten més còmodes veient com es respecten els gustos, preferències i costums del seu familiar.

Pel que fa a les professionals, les respostes que aquestes han donat sobre els beneficis que comporta treballar sota el model ACP, són: 1) et permet conèixer millor a la persona i saber més sobre les seves històries de vida; 2) tenen més temps per dedicar-li en el seu dia a dia; 3) tens més capacitat de decisió i pots ser més innovador/a i creatiu/va; 4) pots donar més calidesa i seguretat; 5) l'ambient és més agradable; 6) sents més orgull per la feina ben feta, dignificant la teva tasca; 7) tens més motivació per treballar; i 8) et reforça personalment i en el treball d'equip.

En aquest cas, jo voldria afegir la seguretat que es veu que tenen a l'hora de prendre decisions, podent participar en la majoria d'elles i que es prenen en les reunions d'equip, la millora en els processos comunicatius entre professionals, el tracte proper i empàtic a situacions personals i, la millora en les relacions amb usuaris/ries, familiars i amb altres professionals relacionats amb el centre (serveis socio-sanitaris, farmacèutics, hospitalaris o proveïdors). Aspectes que s'han pogut comprovar en primera persona.

En relació amb les diferències més notables que hi ha entre treballar a la residència sota el model ACP i els mètodes més tradicionals, així com la seva afectació en l'àmbit professional, es destaquen les següents respostes per part de les entrevistades: 1) el criteri mèdic no preval sobre el criteri de la resta de professionals, ni del propi/a

usuari/ria; 2) afecta sobretot als aspectes ètics; 3) es redueixen les regles que costen establir i l'ACP et fa més fàcil la tasca; 4) amb el model tradicional el tracte és més impersonal, menys integrador i poc valorat, mentre que amb l'ACP és tot el contrari; i 5) la diferència més plausible parteix de la presa de decisions i dels consensos amb les companyes, direcció, usuaris i familiars.

Pel que fa a les dificultats o impediments que es poden trobar a l'hora d'implementar el model ACP a les residències i segons han manifestat les entrevistades, es destaquen: 1) més difícil d'aplicar quan la persona té un greu deteriorament cognitiu, ja que la capacitat de decisió es redueix molt i, amb relació als familiars, també els costa saber que voldria el seu parent/a; 2) s'haurien d'augmentar les ràtios de personal perquè l'ACP fos completa; 3) falta de temps per dedicar als/les usuaris/ries; i 4) es fa difícil implicar molt a algunes famílies.

Sobre aquest apartat, trobo que a més del que s'ha comentat , el fet de no tenir adaptats els espais i no tenir una bona distribució arquitectònica, amb espais amples, bé ventilats i lluminosos i, comptar amb habitacions petites i compartides, són altres impediments que podem trobar a l'hora de desenvolupar íntegrament i amb qualitat el model ACP.

Per finalitzar aquest apartat, es faran algunes propostes de millora a l'hora d'implementar el model ACP a les residències, tenint en consideració les entrevistes realitzades i l'observació participant.

Començant amb el que han manifestat les entrevistades, trobem: 1) augmentar les ràtios de professionals d'atenció directa; 2) oferir més formació als/les auxiliars sobre el model ACP; 3) tenir més temps per programar i executar activitats; 4) trencar amb la monotonia dels horaris tancats; i 5) tenir un horari individualitzat per a cada resident.

En aquest cas i, pel que pogut observar, a banda del que han exposat les entrevistades, afegiria: augmentar les hores de professionals tècnics (Treball i Educació Social, Fisioteràpia, Terapeuta Ocupacional, etc.), eliminar les habitacions dobles i, sobretot, triples que encara es veuen en alguns centres perquè quedin espais més amples, excepte si aquest és el desig de l'interessat/da i, si el centre ofereix la possibilitat, crear espais específics i adaptats, amb personal adient per a cures pal·liatives, i si més no, tenir espais d'acompanyament pel moment de la transició final.

6. 1. Afectació de la pandèmia Covid-19 a la implementació del model ACP

Com s'ha vist, la pandèmia de la Covid-19 ha tingut unes conseqüències devastadores en el col·lectiu de gent gran, sobretot, en aquelles persones que residien a les residències de gent gran, primer per la vulnerabilitat i fragilitat del col·lectiu, segon, per l'elevada transmissió del virus en espais tancats i, tercer, per la manca de coordinació amb l'administració pública i d'equips de protecció (EPIS) durant els primers moments de la pandèmia.

Passat un any des de l'arribada del virus, el nombre de defuncions a les residències de Catalunya supera les 4.500. Així doncs, queda clar que la incidència del virus en aquests establiments ha estat molt greu i, ni les institucions públiques, ni els mateixos centres han sabut afrontar aquesta realitat sense vulnerar alguns drets dels/les usuaris/ries.

L'afectació que la pandèmia ha tingut sobre la implementació del model ACP, segons un estudi realitzat per la Comissió d'Atenció Centrada en la Persona del Grup Mutuam, sobre l'impacte de la Covid-19 en aquest model, remarquen que els aspectes més afectats són; l'atenció personalitzada que normalment es presta, els canvis de feina degut a la situació pandèmica, la pèrdua d'autonomia i presa de decisions dels/les interns/es, la despersonalització, l'estrès sobrevingut, la manca d'acompanyament, la falta d'organització entre els equips directius i l'equip auxiliar i, la reducció de les activitats grupals i la interacció social (Grup Mutuam, 2021).

D'acord amb García (2021), una de les pitjors conseqüències que ha portat l'arribada de la Covid-19 als usuaris de residència, parteix de l'aïllament que han viscut i, tot i els esforços dels/les professionals per atendre'ls el millor possible, "la manca de xarxa social s'acaba convertint en aïllament", i estar aïllats els va provocar un sentiment de soledat molt negatiu, afectant, sobretot, al seu benestar i l'autonomia personal (Catalunya Religió, 2021, parà. 11).

Entre els drets que més s'han pogut vulnerar i que han tingut un impacte més negatiu en els/les residents, segons han manifestat les professionals del centre que ha participat en aquest estudi, es pot destacar, el confinament a les seves habitacions les 24 hores del dia durant sis mesos, sense permetre que deamblessin per espais més amples, el no poder ni tan sols poder sortir a donar un passeig per les terrasses, no poder tenir contacte físic ni poder veure a les seves famílies, despendre's de la seva vida i costums i deixar de respectar la seva capacitat de decisió.

Per altra banda, estan les conseqüències psicosocials i funcionals que ha tingut aquesta vulneració de drets en els/les residents. Seguint amb les opinions de les professionals entrevistades, les quals manifesten: desorientació, pèrdua de la mobilitat, augment d'episodis d'ansietat i depressió, alguns/es residents amb problemes de deteriorament cognitiu varen deixar de reconèixer del tot als seus familiars, es van mostrar més sensibles i susceptibles, augment dels nivells de dependència, patiment, ansietat i por i, manca d'informació.

En el cas de les famílies, aquestes professionals opinen que les pitjors conseqüències han estat la prohibició per veure físicament al seu familiar i que els va provocar molta por i turment, també el fet d'haver d'adaptar-se a les videotrucades i no ser reconeguts pel seu familiar en casos de deteriorament cognitiu i tenir molt de patiment i ansietat.

Altrament, jo mateix, observant i parlant amb els/les residents del centre, he pogut comprovar que, a banda de l'esmentat en els apartats anteriors, la manca de contacte amb els seus éssers estimats i quedar tancats totalment als edificis durant més d'un any els hi ha afectat molt en l'àmbit psicològic i emocional, veient en alguns casos molta irritabilitat i, fins i tot, algun enfrontament.

Els aspectes del model ACP que més s'han vist afectats per culpa de la pandèmia i per la implementació dels protocols que es van implementar, les entrevistades han respost: el fet de limitar al mínim el contacte amb els/les residents, la suspensió del treball interdisciplinari, atendre tan sols a les necessitats més bàsiques, dedicar temps a altres tasques com l'elaboració d'EPIS de forma manual, manca d'afectivitat i empatia, deixar de fer atencions individualitzades, sobrecàrrega de treball i d'hores de feina.

Tanmateix, jo personalment vaig poder comprovar altres aspectes que afecten el model ACP. Per una banda, els canvis constants d'ubicació dels/les residents, així com d'uniats de convivència i d'habitacions. Per l'altre, perdre la capacitat de decisió i la figura del professional referent, ja que van haver-hi molts canvis i rotacions de professionals.

En el cas de les modificacions que van fer les professionals del centre i, d'acord amb el que han manifestat les entrevistades, trobem: fer tasques que no són pròpies de la seva professió, per exemple, fer d'auxiliar quan no ho ets i perdre temps a fabricar EPIS, haver de treballar amb EPIS constantment, la fisioteràpia i la supervisió d'infermeria es feia a l'habitació en comptes de fer-la en els espais adequats i més amples, passar de fer un torn normal de 6/8 hores, a haver de fer 12 hores diàries i haver de prioritzar les tasques professionals a només atendre les necessitats més bàsiques.

Pel que fa al Treball Social, les modificacions que comenta la professional entrevistada parteixen de fer tasques que no eren pròpies de la seva especialitat, estar pendents cada dia de llegir els protocols que establia Sanitat, passar d'un horari de 8 hores a un de 24 hores pendent del telèfon constantment, anar a comprar, i sinó, fabricar manualment EPIS, estar passant constantment el termòmetre, tant als/les residents, com als proveïdors, així com descarregar i desinfectar qualsevol material que havia d'entrar a l'edifici i, sobretot, haver de fer tots els tràmits burocràtics via online en serveis que abans es feien de manera presencial.

En relació amb l'impacte que va tenir en els/les usuàries i les famílies les modificacions que es van haver de fer des del Treball Social, la professional respon que va quedar tancat l'aplicatiu de l'Administració per fer els tràmits i les gestions corresponents a la Llei de la Dependència i això va provocar endarreriment en la revisió de Graus i en les prestacions econòmiques i, es van suprimir les atencions del Centre de Dia i això ha afectat molt als/les assistents i les seves famílies, quedant anul·lades les tasques d'higiene personal i rehabilitació, entre d'altres.

Pel que fa als aspectes de l'ACP que s'han pogut preservar durant el temps de pandèmia, les entrevistades manifesten que durant els primers moments cap ni un, ara bé, passat el pitjor, diuen que ha retornat el bon nivell de comunicació amb usuaris/ries i familiars, encara que amb aquests últims, sigui per telèfon per tal de tenir-los ben informats, han retornat a realitzar la revista interna mensual (FAMILEO), així com l'adaptació dels espais i grups en funció de les necessitats i recuperar alguns costums.

Els aspectes ètics del model ACP que més s'han pogut veure afectats, les entrevistades manifesten que la segregació dels/les residents a les habitacions, perdre la figura del professional referent i perdre la capacitat d'autonomia i de decisió són dels més afectats.

Altrament, les professionals creuen que després de la pandèmia es podrà tornar als nivells d'atenció propis de l'ACP, es recuperaran els drets i la capacitat de decisió dels/les usuaris/ries i les famílies, també es creu que hi haurà un major apropament i empatia, es podrà tornar a les unitats de convivència i a fer les activitats grupals i, si alguna cosa positiva ha portat viure aquesta situació, és la capacitat d'adaptació a situacions tan greus i saber aplicar amb major celeritat els mecanismes de prevenció. Jo mateix he pogut comprovar que ja s'estan recuperant aquests drets i, de ben segur que tot el viscut ha de servir d'experiència i un punt d'inflexió per millorar els serveis que atenen a la gent gran, a saber.

7. Conclusions

La realització d'aquest treball documental i qualitatiu m'ha servit per fer un bon aprofundiment teòric sobre el model ACP i la seva implementació a les residències de gent gran, un model que vaig conèixer per primer cop el tercer any de carrera i que ja em va suscitar interès. Per altra banda, el fet d'haver pogut realitzar les pràctiques acadèmiques de Treball Social a un centre que funciona sota aquest model ha estat per mi una sort i, el fet d'haver viscut de prop aquests moments de pandèmia ha estat clau perquè realitzes aquest estudi.

Gràcies a la seva realització i, a les pràctiques acadèmiques, he après el que suposa trobar-se en situació de dependència i com aquesta circumstància requereix suports externs per poder realitzar les ABVD, consegüentment, per la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial. Així doncs, queda clar que estar en aquesta situació representa trobar-se en un moment de vulnerabilitat i, això, requereix fer una anàlisi profunda per poder aprendre a donar la millor resposta i per oferir les millors solucions d'assistència i ajuda a les persones afectades.

També s'ha vist com s'estipulen els diferents graus de dependència, i com, en funció del grau que s'atorga per part del SEVAD, es fan les propostes d'intervenció i els recursos i les prestacions més adients per a cada cas i aquells que tenen dret de ser ateses des dels serveis públics, tenint en compte que des del sector privat i amb bons recursos econòmics, el ventall de possibilitats és molt més ample.

Seguint amb els graus de dependència, s'ha pogut comprovar com amb un Grau II ja es pot accedir a una plaça pública de residència i, com aquests tipus de recursos, tot i no ser els més desitjats per la majoria de la població, és un dels més demandats, després dels serveis SAD, quan les persones tenen bastant minvades les seves capacitats funcionals. Aquest aspecte s'ha pogut constatar amb la xifra de 20.592 persones que l'any 2020 estaven apuntades en la llista d'espera per a una plaça pública de residència i, que tan sols al territori català hi ha 1.073 centres geriàtrics amb una oferta total de 57.383 places, xifres del 2019.

Aquestes xifres i l'increment de la demanda que es preveu pels pròxims anys, posen de manifest la importància que tenen les residències de gent gran, així com el fet d'oferir millors models d'intervenció i que la resposta que es dona a les situacions de dependència, sobretot, a les de gran dependència, siguin de qualitat i personalitzades.

Per altra banda, també s'ha vist com han evolucionat amb el temps els serveis que donen cobertura assistencial al col·lectiu de gent gran i com s'han anat professionalitzant. En el cas de les residències d'avis/es, s'ha analitzat en què consisteix aquests tipus de recursos i, en aquelles que s'enfoquen des de l'ACP, hem vist que la seva finalitat és donar atencions integrals a les necessitats assistencials i a les activitats diàries, tenint en compte la globalitat d'aspectes que envolten la vida de les persones ateses i, a partir dels àmbits bio-psico-socials.

En aquest sentit, s'ha vist com els establiments han d'estar especialitzats a proveir serveis adaptats a les demandes personals, fent que la vida al centre s'assimili el màxim possible a la mateixa llar. Aspecte que no queda del tot remarcat, però que a l'apartat de funcions dels establiments i en el seu objectiu general, ens diu; "facilitar un entorn substitutori de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència" (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2010, centres residencials, parà, 3).

Pel que fa al perfil de les persones que són ateses a les residències de gent gran, s'han vist les malalties i patologies més comunes i, també, que la majoria de places són ocupades per dones majors de 80 anys, representant gairebé el 70%. Aquest aspecte l'he pogut comprovar bé en primera persona, ja que, actualment, de les 40 places que hi ha al centre on he realitzat les meves pràctiques acadèmiques de Treball Social, set estan ocupades per homes i les altres trenta tres per dones.

També he pogut profunditzar en el Treball Social gerontològic, un tema que per mi era important i, conèixer quines són les seves funcions i el seu paper a les residències de gent gran, així com els seus objectius i els models d'intervenció més utilitzats. En aquest cas, a banda del coneixement integral de les necessitats del col·lectiu, jo destacaria els següents aspectes: saber treballar i coordinar-se bé amb l'equip interdisciplinari, treballar en xarxa amb els recursos comunitaris adients, tenir bones habilitats socials i comunicatives, saber fer servir els instruments més utilitzats en l'acció professional i treballar pel respecte a la dignitat i els drets de les persones usuàries i les seves famílies.

Sobre el model d'intervenció ACP, s'ha presentat aquella bibliografia que s'ha considerat més important per conèixer bé en què consisteix i com s'implementa a les residències de gent gran, gràcies a la quantitat de literatura que tracta el tema, tot i que això també a dificultat quelcom el procés d'elecció. En aquest sentit, les entrevistes realitzades a les professionals del centre que ha participat en l'estudi m'ha ajudat molt. Per una banda, per conèixer com s'aplica, veure els beneficis i les possibles dificultats i, per l'altra, conèixer de primera mà fins a quin punt la seva implementació s'ha vist afectada per la pandèmia de la Covid-19.

A banda de les dificultats d'elecció de la literatura pertinent, en un primer moment s'havien de fer sis entrevistes a professionals de residència i, finalment, s'ha quedat en quatre a causa de la impossibilitat de participació de les altres dues, principalment, per la càrrega de feina que han tingut en aquest temps de Covid i, per la manca de temps, ja que havien de fer substitucions perquè hi ha hagut moltes baixes per culpa de les infeccions del virus. Així mateix, de les quatre participants, dues han hagut de respondre les preguntes redactant-les elles mateixes perquè la manca de temps va fer impossible fer una entrevista presencial amb gravació.

En el cas de les assignatures de Treball Social que han estat més rellevants per realitzar aquest estudi, tot i que, d'una manera o una altra, la majoria d'elles han estat presents, però, l'assignatura d'Intervenció en Serveis Sociosanitaris ha estat clau, perquè amb aquesta vaig conèixer per primer cop el model ACP i em va quedar molt marcat. Ara bé, també remarcaria les següents: Models i Mètodes d'Intervenció en Treball Social, Serveis Socials, Salut i Vulnerabilitat Social, Europa Social i Treball Social Individual.

Per altra banda, haig de dir que aquest treball s'ha encetat amb molta il·lusió i m'ha servit per aprendre molt sobre el col·lectiu de gent gran, quines són les seves demandes assistencials i com s'ha d'intervenir quan aquestes s'han de cobrir des d'un servei de residència. Però també, per la gran afinitat que sento per aquest col·lectiu, penso que és un dels sectors de la població que les Institucions Públiques no acaben de donar-los una bona resposta a la cobertura assistencial que requereixen i, això ha quedat ben de manifest amb la pandèmia que hem viscut i que espero que serveixi com a punt d'inflexió per millorar les respostes que es donen en el futur.

En aquest sentit, penso que les millors propostes de futur passen per comptar amb l'opinió del col·lectiu, els serveis/recursos que els donen cobertura assistencial i les Entitats del Tercer Sector, per tal d'establir una bona estratègia que es perfili més en garantir els drets d'usuaris/ries a poder rebre les atencions que prefereixin. Amb això, em refereixo al fet que si prefereixen romandre a les seves llars perquè aquest és el seu desig, s'ha de procurar ajustar les respostes a aquesta demanda i proveir de més recursos, ampliant les partides pressupostàries cap aquest objectiu, elaborant bons plans d'intervenció i, a la vegada que es fiança per llei l'obligatorietat d'oferir models d'atenció més personalitzats i adaptats a cada circumstància particular, models com l'ACP o similars.

La vulnerabilitat amb la qual arribem amb l'edat i, sobretot, quan vas perdent funcionalitat física i/o cognitiva i et trobes en situació de dependència, fa que totes les persones, tard o d'hora hàgim de necessitar rebre atencions, siguin formals o informals

i, si afegim els canvis demogràfics i en les estructures familiars, així com el fet que cada vegada es tenen menys fills/es, el que està provocant que cada cop hi hagi més persones grans que es troben en situació de solitud, mostra la necessitat de millorar les respostes que es donen i, per això, s'han d'ampliar les partides pressupostàries per a la dependència i no deixar que cap persona gran mori esperant que l'hi arribi el recurs que li pertoca, com està passant en molts casos, així, com tampoc podem deixar que cap persona gran es trobi mai en situació de solitud.

Segons la Patronal ACRA (2016), "les projeccions d'envelliment assenyalen un augment de la població amb més risc de perdre autonomia" (p. 4). Això ens indica més demanda amb més necessitats assistencials i, per tant, la necessitat d'establir estratègies per prevenir i retardar la dependència, per exemple, promovent l'envelliment actiu, un concepte que ja a finals de la dècada de 1990 l'OMS va introduir-ho i que el va definir "com un procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen" (OMS, 2015, p. 5).

Doncs bé, estem a l'any 2021 i això de les oportunitats, la participació i la seguretat queda molt entredit i, encara avui dia s'aprecia com molts avis i àvies acaben morint esperant el recurs que necessiten per ser ben atesos o, fins i tot, en situació de total solitud.

En aquest sentit, considero que l'estudi hauria de continuar en aquesta línia, partint dels problemes de solitud a la que moltes persones es veuen abocades quan són grans i pensar que en un futur aquesta realitat augmentarà. Així com el fet de potenciar les polítiques socials d'atenció a la vellesa des de l'envelliment actiu, de tal manera que servis com a sistema de prevenció quan s'arriba a aquesta situació i no caure en ella.

Així mateix, l'estudi el continuaria analitzant com s'implementa l'ACP des d'altres recursos i com es poden coordinar entre ells i els sistemes públics de protecció social dirigits a la gent gran i, a la vegada, analitzar perquè hi ha hagut tants problemes de coordinació durant la pandèmia, oferint algunes propostes de millora en aquest sentit.

A nivell d'acció des del Treball Social, considero que em de treballar per la defensa de models més inclusius com l'ACP i fer-ho des d'una posició proactiva, sobretot, quan la nostra tasca es fa des de recursos com els SAD, CD i serveis institucionalitzats. Queda clar que un dels problemes que hi ha a l'hora d'implementar l'ACP són les ràtios de professionals directes i especialitzats, on el Treball Social es contempla tan sols per fer

de buròcrata tramitador de recursos i prestacions de la dependència i, es deixa poc temps per fer un treball més directe.

Així mateix, considero que si les ràtios de professionals haguessin estat les adequades durant aquesta pandèmia i els edificis millor adaptats, la resposta hagués estat més efectiva i protectora. Per tant, s'ha de treballar per l'adaptació dels centres perquè siguin més efectius en cas de pandèmies, més segurs i ajustats als gustos i preferències dels residents i, per augmentar les ràtios de professionals. D'aquesta manera penso que s'hagués millorat les atencions durant la pandèmia sense haver-los de tenir tancats tant de temps com a única solució.

Per altra banda, la situació viscuda ha de servir per plantejar-se un nou horitzó en els currículums formatius de professions enfocades a atendre a persones grans i persones dependents, oferint formació específica sobre el model ACP o similars, per exemple, el grau mitjà d'Atenció a les Persones en Situació de Dependència, els graus superiors d'Integració Social i Animació Sociocultural i, els diferents graus universitaris que puguin ser adients (Educació i Treball Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioteràpia, Infermeria, etc.) i, altres d'especialització com el d'Auxiliar de Geriatria.

Oferir una millor capacitació professional des d'aquests models d'intervenció i des de les diferents propostes formatives, serviria per agilitzar el canvi de posicionament que tant necessiten els diferents sistemes assistencials de la dependència i, per conscienciar als i les noves professionals de la importància que això té per la gent gran dependent.

Com a professionals del Treball Social i, com a societat en general, tenim la responsabilitat d'oferir les millors atencions a aquells/es persones que tant han fet per nosaltres i, per això, hem de fer una bona reflexió i pensar com millorar els models des dels quals s'enfoquen les intervencions, així com els recursos que donen cobertura al col·lectiu de gent gran i que s'han d'encaminar cap a un canvi profund, fomentar models com el que s'ofereix des de l'ACP i la creació de més recursos de proximitat per tal de garantir el manteniment dels vincles sociofamiliars.

Considero que falta voluntat política i que s'han de prioritzar les ajudes i l'assistència per aquest col·lectiu, ja que aquest no té molt de temps d'espera perquè els arribi el recurs que necessiten. Ja hem vist que l'oferta total de places públiques de residència a Catalunya és de tan sols el 18% del total i, per tant, queda clar que aquesta és una altra assignatura pendent per part dels poders públics si no volen que segueixi morint la gent gran sola a les seves llars o, no sent ateses com necessiten. No podem deixar que els

nostres avis i àvies quedin relegats a rebre les millors atencions possibles i que en una situació de pandèmia no acabin sent abandonats pels agents públics.

Finalment, m'agradaria finalitzar aquest treball amb un poema que li dedica una filla al seu pare gran perquè ha estat ingressat molt de temps a l'hospital per culpa de contagiar-se amb la Covid-19, un poema que escriu una cantant i compositora cubana i que diu:

***Tu que ho has donat tot, ensenyaments, força, amor, exemple, vida,
un camí a seguir.***

Ara és el meu torn.

***Sé que tens por, que et sents abandonat i que l'únic que no vols és
estar sol.***

***Ara no puc veure't, ni tocar-te, ni acariciar-te, ni donar-te un petó, ni
visitar-te a l'hospital, ni acompanyar-te físicament.***

***Ara ja no puc ni tan sols fer-te enfadar per les meves tonteries, ni
abraçar-te demanant perdó.***

Però el que si puc fer és cuidar-te i ho faré.

Katia Márquez

8. Bibliografia

1. Associació Catalana de Recursos Assistencials. (2016). Informe Econòmic i Social ACRA 2016: Sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya. https://www.acra.cat/informe-econ%C3%B2mic-i-social-d-acra-2016_327751.pdf
2. Álvarez, A., Bermejo, L., Bonafont, A., Díaz, P., García, H., García, J., Goikoetxea, M., González, B., Herrera, E., Librada, S., Martínez, B., Martínez, T., Ortega, E., Ramos, C., Rodríguez, G., Rodríguez, C., Rodríguez, P., Sancho, M., Verdugo, M. ... Vilà, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Tecnos.
3. Bermejo, L. (2010). Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Consejería de Bienestar y Vivienda del Principado de Asturias. https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf
4. Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia: mejorando los recursos*. Octaedro.
5. Cabrero, G. (2004). *El estado de bienestar en España: debates, desarrollo y retos* (Vol. 251). Editorial Fundamentos. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=biPEvewgjO0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Rodríguez+Cabrero,+G.+\(2004\):+El+Estado+de+Bienestar+en+Espa%C3%B1a:+debates+desarrollo,+y+retos%3B+editorial+Fundamentos,+Madrid.+&ots=ols6Qf6sQt&sig=JfSQ48vbC0CZo_5zx_ojOz2qwJU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=biPEvewgjO0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Rodríguez+Cabrero,+G.+(2004):+El+Estado+de+Bienestar+en+Espa%C3%B1a:+debates+desarrollo,+y+retos%3B+editorial+Fundamentos,+Madrid.+&ots=ols6Qf6sQt&sig=JfSQ48vbC0CZo_5zx_ojOz2qwJU#v=onepage&q&f=false)
6. Cabrero, G. (2020). *La crisis del coronavirus y su impacto en las residencias de personas mayores en España*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 1996. Epub June 03, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.11242020>
7. Catalunya. Decret Llei 39/2020, de 3 de novembre, de mesures extraordinàries de caràcter social per fer front a les conseqüències de la COVID-19. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 4 de novembre de 2020, núm. 8263, pp. 1-21
8. Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 18 d'octubre de 2007, núm. 4990

9. Catalunya. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE, 15 de desembre de 2006, núm. 299, pp. 5-30
10. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020). *Elaboració del PIA*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/recursos_per_a_professionals/elaboracio_del_pia/
11. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2017). *La Cartera de serveis socials*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/la_cartera_de_serveis_socials/
12. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2013). *Prestació econòmica vinculada al servei: Serveis de centres residencials per a gent gran*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/ajuts_i_prestacions_economicques/prestacio_economica_vinculada_al_servei/
13. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2014). *Què és i com es reconeix la situació de dependència*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_dependencia/
14. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2019). *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006: històric i evolució de les dades de la dependència a Catalunya*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/10dependencia/dades_dependencia/documents/dependencia-4tT2019.pdf
15. Departament de Treball, Afers Social i Famílies. (2019). *Índex de taules de places i serveis per a gent gran*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/estadistiques/mapa_serveis_socials/2019/MSS-Gent-Gran-2019_CC.pdf
16. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2010). *Centres residencials: Serveis de residències assistida*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/residencies/

17. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2003). *Perfil professional: personal diplomad en Treball Social dels serveis d'acolliment diürn i serveis de centres residencials per a la gent gran*. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/02serveis/06recursosprofessionals/comite_expertes_i_experts_en_formacio/perfils_professionals/02_atencio_a_persones_grans/pdf/04_persones_grans_07_dts_.pdf
18. Epdata. (2021). *Principales cifras de la pandemia de Covid-19 en España*. <https://www.epdata.es/datos/coronavirus-china-datos-graficos/498>
19. Escudero, I. (2 de març de 2021). Què han après les residències de gent gran amb la Covid-19? *Catalunya Religió*. <https://www.catalunyareligio.cat/ca/han-apres-residencies-gent-gran-covid-19>
20. Espanya. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopció de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, BOE, 21 de març de 2020, núm. 78, pp. 26499-26502
21. Fernández, J., De Vicente, I., Torralba, J. M., Munté, A., Quiroga, V., Durán, P., ... & Palacín, C. (2016). La intervenció amb les famílies des del treball social. *Monogràfics de treball social*, 12.
22. Fernández, R., & Sánchez, M. (2021). Health, Psycho-Social Factors, and Ageism in Older Adults in Spain during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* 2021, 9, 256. <https://search.proquest.com/openview/f22c8194c0891bb6f65d995e19017f36/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032390>
23. Filardo, C. (2011). Trabajo social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 204-219. [file:///C:/Users/rcama/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/rcama/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475%20(6).pdf)
24. Forment, C. (19 d'abril de 2020). El negocio de las residencias: el 82% son privadas, valen cerca de 2000€ al mes. *El Nacional.cat*. https://www.elnacional.cat/es/salud/coronavirus-negocio-residencias-privadas-catalunya-2000-mes_493581_102.html#:~:text=El%20sistema%20catal%C3%A1n%20est%C3%A1%20formado,57.383%20plazas%20de%20residencia%20asistida.

25. Grup Mutuam. (2021). *COVID-19: Un estudi de la Comissió d'ACP posa de manifest els efectes de la Covid sobre el model d'Atenció Centrada en la Persona*. <https://www.mutuam.cat/blog/tag/covid-19>
26. González, A., Piqué, J.L i Rull, A. (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2_016.pdf
27. Institut Català d'Estadística. (2020). *Estructura per edats, envelliment i dependència*. <https://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=915&lang=es>
28. Institut Català d'Estadística. (2021). *Casos confirmats de la covid-19 i defuncions*. <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=13300>
29. Martín, M. (2015). *Trabajo Social en Gerontología*. Síntesis.
30. Martínez, T. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: Guía para la intervención profesional en los centros y Servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gobierno Vasco. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
31. Martínez, T. (2013). *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Persona. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/01/AvanzarAGCPmarcoyfasas1.pdf>
32. Martínez, T. (2013). *La Atención Centrada en la Persona: Algunas claves para avanzar en los Servicios Gerontológicos*: https://www.researchgate.net/profile/Teresa-Rodriguez-15/publication/285868905_La_atencion_centrada_en_la_persona_Algunas_claves_para_avanzar_en_los_servicios_Gerontologicos/links/5dad988f299bf111d4bf7568/La-atencion-centrada-en-la-persona-Algunas-claves-para-avanzar-en-los-servicios-Gerontologicos.pdf
33. Martínez, T. (2013). *La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores*. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4504/1/Archivo.pdf>

34. Ledesma, A., Blay, C., Contel, J.C., González, A., Sarquella, E i Viguera, L. (2015). *Model Català d'Atenció Integrada: Cap a una atenció centrada en la persona*. <https://www.observatoriaca.cat/wp-content/uploads/2020/12/CATALUNYA-model-atencio-integrada-CAT.pdf>
35. OMS. (2008). *Atención primaria: Dar prioridad a la persona*. Capitol 3, pp. 44-60. https://www.who.int/whr/2008/08_chap3_es.pdf?ua=1
36. OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
37. OMS. (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría* (No. A69/39). Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf
38. Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers: revista de sociologia*, 121-135. [file:///C:/Users/rcama/Downloads/25139-Text%20de%20'article-58464-1-10-20061130%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/rcama/Downloads/25139-Text%20de%20'article-58464-1-10-20061130%20(2).pdf)
39. Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Persona. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/la-atencio3b3n-integral-y-centrada-en-la-persona.pdf>
40. Viau-Guay, A., Bellemare, M., Feillou, I., Trudel, L., Desrosiers, J., & Robitaille, M. J. (2013). Person-centered care training in long-term care settings: usefulness and facility of transfer into practice. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 32(1), 57-72.
41. Viscarret, J. J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza editorial.