



# Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència

CFGM.APD.M05/0.00

Atenció a persones en situació de dependència



## Crèdits

Aquesta col·lecció ha estat dissenyada i coordinada des de l'Institut Obert de Catalunya.

*Coordinació de continguts*

Sussana Vidal Marsal

*Redacció de continguts*

Núria Esteba Almuni

Montserrat Pérez Fígols

Meritxell Torres Casas

Pilar Valiente Ballesteros

Sussana Vidal Marsal

*Agraïments* Francisco Javier Cosano Rodríguez i Alba Homs Bosch

## copyright

Primera edició: febrer 2020

© Departament d'Educació

Dipòsit legal:



*Llicenciat Creative Commons BY-NC-SA.*

*(Reconeixement-No comercial-Compartir amb la mateixa llicència 3.0 Espanya).*

*Podeu veure el text legal complet a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/legalcode.ca>*



## Introducció

El mòdul *Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència* preten apropar l'alumnat al perfil dels principals col·lectius amb els quals els tècnics d'atenció a persones en situació de dependència podran treballar.

Tenint en compte que la competència general d'aquest títol consisteix a *atendre les persones en situació de dependència, en l'àmbit domiciliari i institucional, per tal de mantenir i millorar la seva qualitat de vida, realitzant activitats assistencials, no sanitàries, psicosocials i de suport a la gestió domèstica, aplicant mesures i normes de prevenció i seguretat i derivant a altres serveis quan sigui necessari* el primer pas serà conèixer les característiques generals dels diferents col·lectius amb els quals es podrà treballar, identificar les necessitats que poden tenir en cada cas, saber quina ha de ser l'atenció que se'ls ha de donar i conèixer diferents recursos o suports als que es poden adreçar, sempre amb l'objectiu de mantenir i millorar la seva autonomia i qualitat de vida.

El mòdul dona eines per tal de poder determinar les característiques generals i les necessitats assistencials i psicosocials de les persones en situació de dependència, com per exemple persones grans, amb diversitat funcional física o intel·lectual, amb malaltia mental o amb malalties que generen dependència. Ara bé, cal tenir en compte, que cada persona és única i per tant, com a professionals caldrà saber concretar les característiques generals i les necessitats estudiades, coneixent a cada persona en el seu entorn, interpretant la informació obtinguda a través de l'observació, partint del pla d'atenció individual, etc. Per tal de poder donar una atenció centrada en la persona és necessari conèixer-la a fons, preguntar-li per la seva situació actual i passada, identificar els suports amb els que compta i quins són els seus hàbits, interessos i motivacions. Quan la persona no pugui donar aquesta informació serà molt important contactar amb la família o cuidadors principals per poder conèixer-la a fons.

A la unitat "**Autonomia personal**" en el primer apartat *Necessitats humanes, comportament humà i etapes del cicle vital* s'estudiaran quines són les necessitats humanes, segons diferents classificacions. En segon lloc s'estudiarà el comportament humà, en concret quins són els processos cognitius bàsics i els superiors. Finalment, es descriuen les etapes del cicle vital per tal de veure l'evolució de les persones al llarg de la vida i algunes crisis que es poden donar. En el segon apartat *Autonomia personal i dependència* s'estudiarà què fa que les persones siguin autònomes o bé que presentin una dependència. Es presentarà la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. S'aporten diferents tests per mesurar la dependència i finalment es veurà com es pot promoure l'autonomia, ja sigui prevenint l'aparició de situacions que puguin comportar la dependència o bé aportant recursos de suport tan pels familiars com per les persones en situació de dependència.

A la unitat “**Persones amb malalties que generen dependència**” després d’una breu introducció sobre què és la salut i la malaltia s’estudiaran les característiques generals de les diferents malalties que poden generar una situació de dependència, com poden ser les malalties agudes, les cròniques o les terminals. En cada cas s’analitzaran les necessitats de les persones que les passen i es proposaran mesures de suport i orientació adreçades tan a les persones malaltes com als seus cuidadors principals.

A la unitat “**Persones grans**” en el primer apartat *El procés d’envelliment* s’exposaran diferents teories sobre l’envelliment i quins són els principals canvis que es donen a nivell biològic, cognitiu, socioafectiu i sexual en les persones grans. Tot i que cada persona viurà el procés d’una manera concreta en funció de les seves característiques personals, és important tenir en compte com pot afectar la jubilació, la soledat, les pèrdues i com es pot promoure un envelliment actiu. En el següent apartat s’estudiaran les *Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans*. Finalment a l’apartat *Atenció a les persones grans* es presentaran els diferents recursos i serveis existents adreçats a les persones grans.

A la unitat “**Persones amb discapacitat física**” després d’una breu introducció sobre com ha evolucionat el concepte de diversitat funcional els darrers anys, a l’apartat *Persones amb diversitat funcional física motriu* es veuran les característiques, necessitats i models d’intervenció per a aquest col·lectiu i en el segon apartat *Persones amb diversitat funcional física sensorial* es veurà el mateix en relació a les persones amb dificultats visuals o autives.

La unitat “**Persones amb diversitat funcional intel·lectual**” té dos apartats, en el primer s’exposaran les *Característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual* i en el segon es veu com ha de ser l’*Atenció a les persones amb diversitat funcional intel·lectual*.

A la unitat “**Persones amb malaltia mental**” en un primer apartat es presenten *La malaltia mental i les seves característiques* i en un segon *Necessitats i atenció a les persones amb malaltia mental* s’exposen diferents recursos i estratègies que es poden tenir en compte per donar resposta a les necessitats de les persones amb malaltia mental.

Per assolir els continguts del mòdul és important que l’alumne estudiï els continguts i realitzi les activitats d’aprenentatge i d’autoavaluació proposades abans de desenvolupar els diferents exercicis avaluable de cada unitat. Als materials s’hi recullen adreces d’interès, vídeos de suport, glossari i bibliografia complementària que poden ajudar a complementar i ampliar els continguts d’aquestes unitats.

## **Resultats d'aprenentatge**

En finalitzar aquest mòdul l'alumne/a:

### **Autonomia personal**

1. Caracteritza el concepte d'autonomia personal analitzant els factors que intervenen tant en la seva prevenció i promoció com en el seu deteriorament.
2. Descriu les malalties generadores de dependència, determinants els seus efectes sobre les persones que les pateixen.

### **Persones grans**

1. Classifica els nivells de dependència i els ajuts requerits associats al procés d'envelliment, analitzant els canvis i deterioraments produïts per aquests.

### **Persones amb discapacitat física**

1. Reconeix les característiques de les persones amb discapacitat física relacionant-les amb els nivells de dependència i l'ajuda requerida.

### **Persones amb discapacitat intel·lectual**

1. Reconeix les característiques de les persones amb discapacitat intel·lectual relacionant-les amb els nivells de dependència i l'ajuda requerida.

### **Persones amb malaltia mental**

1. Descriu les malalties generadores de dependència determinant els seus efectes sobre les persones que pateixen malaltia mental.





## **Continguts**

### **Autonomia Personal**

#### **Unitat 1**

Autonomia personal i dependència

1. Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital.
2. Autonomia personal i dependència

#### **Unitat 2**

Malaltia i dependència

1. Persones amb malalties que generen dependència

### **Persones grans**

#### **Unitat 3**

Persones grans

1. El procés d'envelliment
2. Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans
3. Atenció a les persones grans

### **Persones amb discapacitat física**

#### **Unitat 4**

Persones amb diversitat funcional física

1. Persones amb diversitat funcional física motriu
2. Persones amb diversitat funcional física sensorial

### **Persones amb discapacitat intel·lectual**

#### **Unitat 5**

## Persones amb diversitat funcional intel·lectual

1. Característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual
2. Atenció a les persones amb diversitat funcional intel·lectual

## **Persones amb malaltia mental**

### **Unitat 6**

#### Persones amb malaltia mental

1. La malaltia mental i les seves característiques
2. Necessitats i atenció a les persones amb malaltia mental

# Autonomia personal i dependència

Sussana Vidal Marsal

**Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència**



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital</b>	<b>9</b>
1.1 Necessitats humanes	10
1.1.1 Teories sobre les necessitats humanes	10
1.1.2 Tipus de necessitats humanes	15
1.1.3 La motivació i la satisfacció de les necessitats	15
1.2 Components bàsics del comportament humà	16
1.2.1 Conducta	17
1.2.2 Funcions cognitives	19
1.2.3 Intel·ligència emocional	26
1.2.4 Personalitat	27
1.3 El cicle vital: etapes del desenvolupament humà	30
1.3.1 Infància	31
1.3.2 Adolescència	32
1.3.3 Edat adulta	33
1.3.4 Velleja	34
1.3.5 Crisis al llarg del cicle vital	34
<b>2 Autonomia personal i dependència</b>	<b>37</b>
2.1 Autonomia personal	37
2.1.1 Activitats de la vida diària	38
2.1.2 Autodeterminació	39
2.2 Dependència	40
2.2.1 Graus i nivells de dependència	42
2.2.2 Resposta psicoemocional davant una situació de dependència	44
2.3 Valoració i reconeixement de la dependència	46
2.3.1 El barem de valoració de la dependència	47
2.3.2 Escales de valoració cognitiva	51
2.3.3 Escales de valoració funcional: escales de valoració de les activitats de la vida diària	54
2.3.4 Escales de valoració de les relacions socials amb l'entorn	58
2.3.5 Escales de valoració de l'estat emocional	59
2.3.6 Escala de valoració de l'autodeterminació	62
2.4 Promoció de l'autonomia personal	63
2.4.1 Prevenció de la dependència	64
2.4.2 Suport informal: els cuidadors no formals	66
2.4.3 Suport formal: xarxa de recursos, serveis i ajudes	68



## Introducció

La funció principal dels tècnics d'atenció a persones en situació de dependència és vetllar per la qualitat de vida de les persones que atenen. Això implica promoure la seva autonomia en la realització de les activitats de la vida diària, sempre que sigui possible, o bé donar resposta a les necessitats que puguin presentar. Per aquest motiu és important definir en primer lloc quines són les necessitats humanes i què entenem per autonomia personal.

Per atendre les persones en situació de dependència, abans de centrar-nos en els trets característics dels diferents col·lectius que en formen part, haurem de recórrer a la psicologia, que ens aporta coneixements sobre com és el comportament humà: la conducta, les funcions cognitives, la intel·ligència emocional i la personalitat. Així mateix, la psicologia evolutiva ens permetrà identificar quin és el cicle vital de les persones. Des de ben petits, els nadons van assolint noves fites i van guanyant en autonomia personal.

El desenvolupament en totes les àrees (física, psicològica i emocional) permet a les persones satisfer les seves pròpies necessitats i assolir nous reptes per a la seva autonomia personal fins a arribar a l'edat adulta. Però certes circumstàncies poden provocar que l'autonomia es vegi limitada, i l'aparició d'una situació de dependència pot generar grans canvis tant per a la persona en qüestió com per al seu entorn.

També cal tenir en compte que el mateix desenvolupament humà comporta que, arribada la vellesa, algunes de les funcions, tant cognitives com físiques, es vegin limitades. Tenint en compte els canvis demogràfics dels darrers anys, totes les prediccions apunten a un envelliment de la població cada vegada major: es viuran més anys i les atencions permetran fer-ho amb bona qualitat de vida, però cal tenir en compte una visió global i integral de les persones que inclogui l'esfera biològica o física, la social i la psicològica.

La unitat "Autonomia personal" forma part del mòdul *Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència*, i es divideix en dos apartats.

En el primer apartat, "**Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital**", aprendreu, en primer lloc, a identificar les necessitats humanes i com se satisfan. S'hi expliquen les teories sobre les necessitats humanes, diferenciant les que provenen de la psicologia humanista de les que provenen de l'atenció sanitària. Veureu que la motivació és un element clau en la satisfacció d'aquestes necessitats. En segon lloc, s'expliquen els components del comportament humà, centrant-nos primerament en la conducta, com la part observable, per conèixer a continuació quins són els processos psicològics bàsics, com ara la percepció, que és la porta d'entrada de tota la informació a través dels sentits; l'atenció, que permet seleccionar part d'aquesta informació; l'orientació espaciotemporal i la memòria.

També s'estudien les funcions cognitives superiors, com són el pensament i el llenguatge. Encara dins del comportament humà, s'estudiarà la importància de la intel·ligència emocional i de la personalitat, fent especial èmfasi en l'autoestima. Finalment es conclou amb l'estudi del cicle vital que permet identificar les etapes del desenvolupament humà; per exemple, quines habilitats i capacitats pot assolir un infant de 3 o de 12 anys, conèixer quins canvis se succeeixen en la vellesa o quines crisis es poden donar al llarg de les diferents etapes evolutives.

En el segon apartat, **“Autonomia personal i dependència”**, es defineixen els conceptes d'autonomia, activitats de la vida diària, autodeterminació i dependència. També s'estudia com es fa la valoració i el reconeixement de la dependència, i per aquest motiu es presenten diferents escales existents que permeten fer-ho. Finalment, es veu com es pot promoure l'autonomia personal des de diferents vessants. Si entenem que l'autonomia personal és la capacitat per gestionar la pròpia vida, des de la presa de decisions fins a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, el primer aspecte que cal tenir en compte per mantenir-la és prevenint la dependència, ja sigui promovent estils de vida saludables, potenciant la detecció precoç de possibles malalties o bé oferint una intervenció rehabilitadora adient.

Un altre aspecte important per promoure l'autonomia personal és tenir en compte el paper del suport informal, o de les persones que desenvolupen el rol de cuidadors no formals de les persones en situació de dependència, que sovint desconeixen com fer-ho o necessiten suport en el seu dia a dia. Així mateix, cal conèixer tot el suport formal existent i la xarxa de recursos, serveis i ajudes als quals es pot accedir per tal de donar resposta a les necessitats per promoure l'autonomia personal de les persones en situació de dependència.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat, un cop llegit el contingut, és convenient respondre els exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades. En cas de dubte, podeu preguntar al fòrum de l'assignatura, ja que així us podran ajudar els vostres companys o el professor.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Caracteritza el concepte d'autonomia personal analitzant els factors que intervenen tant en la seva prevenció i promoció com en el seu deteriorament.

- Descriu els processos bàsics associats a la promoció de l'autonomia personal i la vida independent.
- Caracteritza les habilitats d'autonomia personal.
- Identifica els factors que afavoreixen o inhibeixen el manteniment de l'autonomia personal i la vida independent.
- Descriu les principals alteracions emocionals i conductuals associades a la pèrdua d'autonomia personal.
- Identifica els indicadors generals de la pèrdua d'autonomia.
- Justifica la necessitat de respectar la capacitat d'elecció de la persona en situació de dependència.
- Argumenta la importància de la prevenció per retardar les situacions de dependència.
- Valora la importància de la família i de l'entorn del subjecte en el manteniment de la seva autonomia personal i el seu benestar físic i psicosocial.
- Mostra eficàcia a l'hora d'identificar els factors que afavoreixen o inhibeixen el manteniment de l'autonomia personal.



## 1. Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital

Com a futurs tècnics d'atenció a persones en situació de dependència cal tenir en compte que la intervenció se centrarà a donar resposta a les necessitats que presentin aquestes persones i a les seves característiques, sempre des d'una **perspectiva biopsicosocial**, que inclou tres dimensions:

- Dimensió **biològica**: el seu organisme, el funcionament dels diferents sistemes digestiu, respiratori, locomotor, circulatori, nerviós...
- Dimensió **social**: les relacions que estableix amb la família i tots els grups socials amb els quals interactua, com el grup d'amics, els companys de la feina, la comunitat de veïns...
- Dimensió **psicològica**: els processos cognitius, com l'atenció, la percepció, la comunicació o la memòria, la personalitat, la motivació i la conducta.

El model biopsicosocial és àmpliament acceptat, en especial en l'àmbit d'atenció a les persones en situació de dependència, on els equips multiprofessionals formats, entre d'altres, per professionals de la medicina, la infermeria, la psicologia, la teràpia ocupacional, la fisioteràpia, el treball social, la logopèdia i l'educació social treballen amb les persones tenint en compte el seu organisme, el seu estat psicològic i l'entorn social. És a dir, se segueix un **model centrat en la persona**, que va molt més enllà d'una atenció individualitzada i de qualitat.

El **model biopsicosocial** té en compte tres dimensions de la persona per explicar com es desenvolupa l'ésser humà i afronta les situacions del dia a dia: la dimensió biològica, la social i la psicològica. A més, és un model centrat en la persona en què hi treballen diversos equips professionals.

Aquest model parteix de la idea que és el centre o la institució qui s'ha d'adaptar a les persones, i no les persones les que s'han d'adaptar al centre. Entén que cada persona és única: té unes necessitats personals, uns interessos marcats, una història de vida única, i comporta reconèixer la singularitat i la unitat de cada persona, fixant la mirada en les seves capacitats i qualitats en lloc de basar-se en allò que fa dependent la persona. És una manera de donar suport a la seva autodeterminació.

El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (**PIAISS**) de la Generalitat de Catalunya proposa la següent definició d'atenció centrada en la persona (**ACP**):

“Atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció”.

PIAISS (2015). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya* (pàg. 8).

Per tal de poder donar aquesta atenció personalitzada, però que a la vegada tingui en compte tota la complexitat de cada individu, serà important conèixer les necessitats que presenten les persones, els processos cognitius que desenvolupen i les etapes del cicle vital que travessen.

## 1.1 Necessitats humanes

Cobrir les necessitats és el motor que permet a les persones arribar a nivells superiors de satisfacció.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, l'objectiu de la vostra intervenció es donar resposta a les necessitats que presenten les persones ateses. Les necessitats són l'expressió d'allò que un ésser viu requereix indispensablement per a la seva conservació i desenvolupament.

La **necessitat** és un estat de privació, carència o mancança percebuda per la persona, i és el que motiva les actuacions de les persones per donar-hi resposta.

A partir del model biopsicosocial podem dir que aquestes necessitats es donaran en tres nivells: biològic, psíquic i social. És a dir, les persones poden presentar tres tipus de necessitats:

- **Necessitats biològiques:** són les que afecten l'organisme i tenen a veure amb el creixement i les funcions vitals bàsiques, com la respiració, l'alimentació o la reproducció.
- **Necessitats psíquiques:** són les que afecten les funcions cognitives i emocionals, és a dir, com percebem i interpretem el món que ens envolta i com hi donem resposta. Hi tenen un paper fonamental la pròpia percepció, l'autoestima o l'autorealització.
- **Necessitats socials:** fan referència a la xarxa de relacions que cada persona manté amb el seu entorn, les amistats, sentir-se part d'un grup o tenir xarxa social i el paper que es vol desenvolupar en relació amb la societat.

El procés que les persones porten a terme per tal de donar resposta a aquestes necessitats és el que motiva i empeny la majoria de les accions humanes.

### 1.1.1 Teories sobre les necessitats humanes

Existeixen diferents classificacions per tal de definir i ordenar les necessitats humanes; en concret, en destaquen les teories proposades pels autors següents:

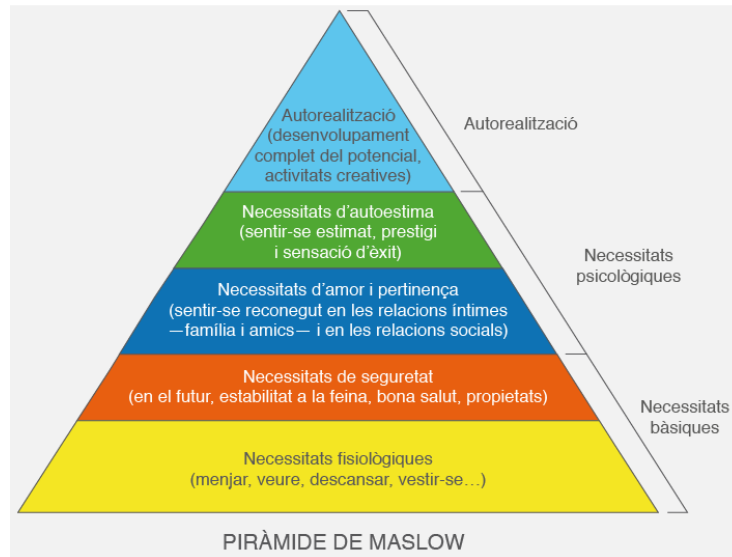
- Des de la vessant de la **psicologia humanista**:
  - Maslow, la piràmide de necessitats.
  - Kalish, l'adaptació de la piràmide de Maslow.
- Des de la perspectiva de l'**atenció sanitària**:
  - Virginia Henderson, les catorze necessitats.
  - Marjory Gordon, els patrons funcionals.

### La piràmide de necessitats segons Maslow i l'adaptació de Kalish

Una de les teories sobre les necessitats humanes més acceptada és l'escala o piràmide de necessitats d'**Abraham Maslow** (1943), segons la qual les necessitats serien progressives, i per arribar a un nivell superior cal haver cobert les necessitats del nivell inferior, les més bàsiques, que es trobarien en la base de la piràmide. Amb la seva teoria s'explica la motivació humana com a motor per a la superació d'aquestes necessitats. Les ordena en cinc nivells de necessitats (vegeu la figura 1.1):

1. **Necessitats fisiològiques:** inclou les activitats bàsiques per a la supervivència, com és respirar, menjar, descansar, moure's, evacuar, tenir una temperatura adient i vida sexual.
2. **Necessitats de seguretat:** són les que impliquen la seguretat de l'individu, que es pot percebre en dos nivells: la necessitat de seguretat física i de salut (per exemple, en el cas dels nadons, és molt important evitar els perills de l'entorn, o en el cas de les persones amb situació de dependència, vetllar per la correcta administració de la medicació) i la necessitat d'estabilitat, protecció o ordre, que es pot cobrir tenint una llar, un suport econòmic...
3. **Necessitats socials i de pertinença o d'afiliació:** estan relacionades amb el marcat caràcter social de les persones i fa referència a les relacions que s'estableixen, ja siguin de parella, amistat o en família i a la necessitat de sentir-se acceptat, recolzat o que es forma part d'un grup social.
4. **Necessitat d'estima o de reconeixement:** aquesta es dona en dos nivells, l'estima o respecte vers un mateix, que inclou sentiments de confiança, competència o assoliment dels reptes personals, i d'altra banda, l'estima en relació amb els altres, que inclou l'estima, el reconeixement, l'estatus, la dignitat o la fama.
5. **Necessitat d'autorealització:** és el nivell més alt i complex en el qual les persones troben sentit a la seva vida i busquen una manera d'explicar la seva existència i contribuir al bé de la humanitat. Fa referència a la motivació de creixement i a la necessitat de viure en plenitud el potencial individual.

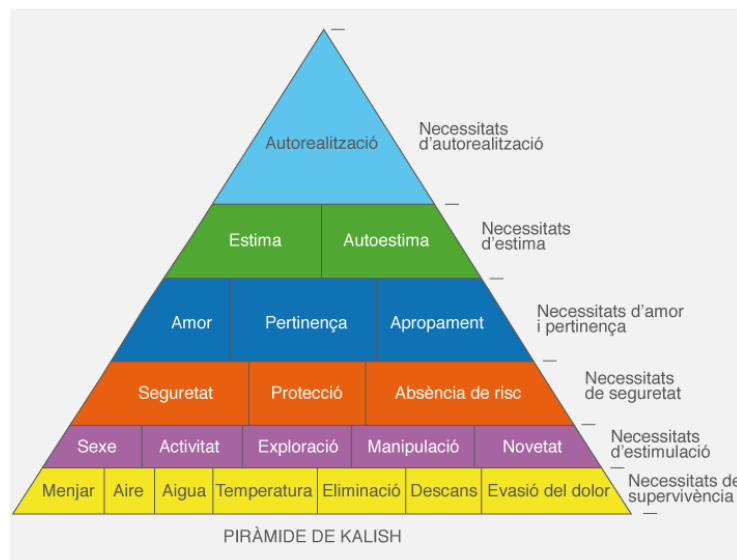
**FIGURA 1.1.** Piràmide de Maslow, que mostra la jerarquia de necessitats.



Tot i que la teoria de la piràmide de Maslow ha estat àmpliament acceptada, també hi ha hagut reaccions contràries. **Richard Kalish** (1983) és un autor que va proposar ampliar la classificació realitzada per Maslow, dividint la base, les necessitats fisiològiques, en dos (vegeu la figura 1.2):

- **Necessitats de supervivència**, que inclourien alimentar-se, respirar, descansar, manteniment de la temperatura o evitació del dolor.
- **Necessitats d'estimulació**, que inclourien el sexe, l'exploració o la novetat.

**FIGURA 1.2.** La piràmide de Kalish amplia la classificació de Maslow



**Virginia Henderson, les catorze necessitats**

Virginia Henderson, com a professional de la salut, va analitzar les necessitats humanes **de manera holística**, tenint en compte les necessitats biològiques, les socials i les personals. L'escala que proposa s'utilitza àmpliament com a primera

detecció de necessitats dels pacients mèdics i per elaborar el seu estudi inicial. Segons aquesta autora, la salut de la persona depèn de catorze necessitats:

1. **Respirar amb normalitat:** capacitat per respirar en un nivell suficient per mantenir-se oxigenat.
2. **Menjar i beure de manera adequada:** capacitat per menjar, beure, mastegar i deglutir, així com per tenir sensació de gana.
3. **Eliminar adequadament les substàncies de rebuig i secrecions de l'organisme:** capacitat per eliminar de forma autònoma orina i femta i mantenir la higiene íntima i corporal.
4. **Moure's i mantenir una postura adequada:** capacitat de la persona per desplaçar-se sola o amb l'ajuda d'algun suport, i de conèixer els límits del propi cos.
5. **Descansar i dormir:** capacitat per dormir les hores suficients per sentir-se descansat i conèixer els límits del propi cos.
6. **Seleccionar la roba adequada, vestir-se i desvestir-se:** capacitat per vestir-se i desvestir-se i per seleccionar la roba i complements adequats a la pròpia identitat.
7. **Mantenir la temperatura corporal:** capacitat per abrigar-se en funció de la temperatura ambient i actuar sobre l'entorn si cal, obrint o tancat finestres.
8. **Mantenir la higiene corporal:** capacitat per rentar-se i mantenir la higiene personal i utilitzar productes per mantenir l'estat de la pell, cabells, dents..., i per sentir benestar.
9. **Eliminar o reduir els perills de l'entorn:** capacitat per mantenir i promoure la pròpia integritat física i mental i la dels altres.
10. **Comunicar-se, expressar emocions, necessitats, pors o opinions:** capacitat per ser comprès i comprendre els altres, per integrar-se en un grup social, gràcies a les habilitats comunicatives.
11. **Actuar d'acord amb la pròpia fe i conviccions:** capacitat per explorar, conèixer i promoure els propis principis, valors i creences, així com per donar sentit a la pròpia vida.
12. **Treballar per sentir-se realitzat:** capacitat per participar en activitats creatives o d'interès social que reforcin la seva autoestima i l'autorealització personal.
13. **Entretenir-se i gaudir de l'oci i del temps de lleure:** capacitat per distreure's, entretenir-se i cultivar-se obtenint una satisfacció personal.
14. **Aprendre, descobrir i satisfer la curiositat:** capacitat per aprendre i evolucionar, capacitat per adaptar-se al canvi o per sobreposar-se als mals moments i per transmetre algun tipus de coneixement.

## Marjory Gordon, els patrons funcionals

Marjory Gordon, considerada una de les millors infermeres de la història de la infermeria, destaca per la seva teoria de valoració d'infermeria coneguda com a **patrons funcionals de salut**, que consisteix en un sistema de valoració molt complet i útil per tal de valorar la situació de la persona en tots els nivells: físic, psíquic, social i de l'entorn.

M. Gordon va definir onze patrons d'actuació rellevants per a la salut de les persones, les famílies i la societat en general. Aquests patrons inclouen una relació de comportaments relacionats amb la salut, la qualitat de vida i l'assoliment personal. Són els següents:

1. **Percepció-cura de la salut.** Té en compte la pròpia percepció de la persona sobre la seva situació de salut i benestar, com per exemple els estils de vida, la promoció de la salut i la prevenció de riscos.
2. **Nutricional-metabòlic.** Té per objectiu conèixer el consum d'aliments i líquids de la persona en relació amb les necessitats del seu metabolisme.
3. **Eliminació.** Pretén conèixer els patrons d'eliminació de les persones, les excrecions, la sudoració...
4. **Activitat-exercici.** Descriu els patrons d'activitat, exercici, oci i entreteniment. Té en compte les activitats de la vida diària, la pràctica d'esport o les activitats d'oci.
5. **Son-descans.** Descriu els patrons de son, repòs i relaxació. Té en compte la quantitat i la qualitat del son i del descans.
6. **Cognitiu-perceptiu.** Descriu els patrons sensitius, perceptius i cognitius de la persona. Té en compte la situació dels sentits sensorials (vista, olfacte, oïda...) i també la utilització de sistemes de compensació o pròtesis.
7. **Autopercepció-autoconcepte.** Descriu els patrons d'autoconcepte i percepció de l'estat d'ànim. Té en compte l'actitud de la persona vers ella mateixa, la imatge corporal i el patró emocional, el patró de comunicació verbal i no verbal.
8. **Rol-relacions.** Descriu els patrons de compromís amb el rol i les relacions, com per exemple la satisfacció amb la família, el treball i les relacions socials.
9. **Sexualitat-reproducció.** Descriu els patrons sexuals i reproductius de la persona. Té en compte la satisfacció amb la sexualitat i el funcionament del sistema reproductiu.
10. **Adaptació-tolerància a l'estrès.** Descriu el patró d'adaptació i afrontament de la persona als processos vitals, com per exemple la gestió de l'estrès i la resiliència o capacitat de superació de les situacions més crítiques.



11. **Valors-creences.** Descriu els patrons dels valors i de les creences espirituals o religioses que influeixen en l'adopció de decisions, com per exemple la percepció de la qualitat de vida, els conflictes amb els valors o creences importants i les expectatives en relació amb la salut.

### 1.1.2 Tipus de necessitats humanes

Les necessitats es poden donar en diferents nivells i poden canviar segons el moment i el lloc:

- Algunes d'aquestes podríem dir que són **universals**, és a dir, que s'han donat al llarg de tota la història i en totes les cultures, com per exemple les necessitats primàries o bàsiques per garantir la supervivència, com ara alimentar-se, reproduir-se...
- En cada **context sociocultural**, aquestes necessitats s'han anat adaptant a les característiques del moment; per exemple, en el nostre entorn social i en concret per als joves, tenir mòbil és una necessitat per tal de comunicar-se amb tothom, però si pensem en 20 o 25 anys enrere, aquesta necessitat no existia. En alguns països on no es disposa d'aigua corrent, la necessitat d'anar a buscar aigua és vital i s'hi dedicaran molts esforços cada dia per trobar-ne.
- En darrera instància, les necessitats són **individuals**, ja que cada persona pot tenir diferents necessitats en funció de la seva situació personal; per exemple, per un jove que es vol independitzar trobar feina serà molt necessari, mentre que per a una persona que s'acaba de jubilar necessitarà trobar noves ocupacions o activitats que l'omplin.

### 1.1.3 La motivació i la satisfacció de les necessitats

Segons la teoria de la piràmide de Maslow, les persones tendim a anar cobrint les nostres necessitats, des de les més bàsiques fins a les més complexes. Però què és el que ens fa persistir en aquesta recerca de noves necessitats? La motivació és la clau.

La **motivació** és la força que activa el comportament i el dirigeix cap a determinades accions. Per arribar a una meta, les persones han de tenir prou energia i activació i un objectiu clar, és a dir, la capacitat i la disposició de mantenir la seva energia el temps suficient per aconseguir assolir aquest objectiu.

#### Procés intern i variable

La motivació és entesa com un procés intern que dona energia a la conducta i l'orienta cap a una meta específica. Cal tenir en compte que la motivació és dinàmica, i que no tots els dies tenim la mateixa predisposició a afrontar segons quins reptes.

Els motius que ens activen per fer certes coses poden ser de dos tipus:

- **Apetitiu:** el que ens mou és quelcom agradable; la gana en seria un exemple, quan la sentim ens activem per menjar alguna cosa i sentir-nos millor.
- **Aversiu:** en aquest cas, el que ens mou és evitar un efecte negatiu, com un càstig o sentir ansietat. En aquest cas, un infant es posaria a fer els deures de l'escola per evitar un possible càstig.

En l'àmbit de l'atenció a les persones en situació de dependència, el vostre paper com a professionals serà cabdal en dos sentits:

- D'una banda, haureu de **satisfer o ajudar a cobrir** aquelles necessitats que la persona no pugui assolir per si mateixa, ja sigui per una situació de dependència, incapacitat o limitació. Tot i que potser les hagueu de cobrir vosaltres mateixos, com per exemple donar de menjar o fer la higiene, és important fer participar la persona de tot aquest procés; per exemple, que triï què vol menjar, quina roba vol posar-se o quan prefereix dutxar-se.
- D'altra banda, en els casos en què la persona sí que pot fer certes coses autònomament, caldrà **motivar-la i animar-la** a superar les seves pròpies necessitats.

#### **Exemple de motivació per part del tècnic**

En el cas d'una persona amb una malaltia mental, una de les esferes on presenten més necessitats és a l'hora de mantenir relacions saludables amb l'entorn, però només ho pot fer ella mateixa, tot i que com a professionals li podem oferir un suport per participar en activitats d'oci o d'esport del seu entorn. O en el cas d'una persona que fruit d'una malaltia o accident perdi mobilitat a l'hora de caminar, l'haurem de motivar perquè s'esforci per poder desplaçar-se amb l'ajut tècnic adient, com ara un caminador, una crosseja o una cadira de rodes.

## **1.2 Components bàsics del comportament humà**

La psicologia és una disciplina que estudia el comportament i els processos mentals o psicològics de les persones, així com les seves emocions i fins i tot la personalitat. Com a tècnics d'atenció a les persones en situació de dependència, el primer que veureu d'una persona seran els seus actes, com es comporta. Però els actes tenen a veure sempre amb el que les persones senten i amb el que pensen. Per tant, **conducta, emoció i pensament** es relacionen entre si.

#### **Exemple de la relació entre conducta, emoció i pensament**

Imagineu una persona que quan arriba a un lloc no saluda mai i no diu "bon dia" perquè pensa que ningú la saludarà, creu que les persones en general són individualistes o no hi dona importància. Si canvia el que pensa potser canvia el que sent i pot començar a fer coses diferents i a l'inrevés: si canvia el que fa, potser se sentirà diferent. De sobte un dia saluda amb un "bon dia" i un somriure, i tothom li torna la salutació. Segurament aquesta resposta la farà sentir bé i un altre dia també saludarà. Així doncs, aprenent a gestionar d'una altra manera les pròpies emocions s'obtenen noves respostes que poden afectar els propis pensaments, la idea que es té de la pròpia vida i de les relacions.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència haureu de relacionar-vos amb les persones de manera global, i caldrà que us feu diverses *preguntes* en consonància amb la seva conducta, el seu pensament, les seves emocions i el seu ser en general, ja que les persones:

- **Fan** moltes coses, és a dir, actuen de determinada manera. Aquí la pregunta seria: “Quins aspectes heu de tenir en compte de la seva conducta?”.
- **Pensen**, i per fer-ho posen en joc diferents funcions cognitives. Aquí la pregunta seria: “Quines són les funcions cognitives bàsiques i les complexes?”.
- **Senten**, i expressen les seves emocions. Aquí la pregunta seria: “Quina és la importància de les emocions en el dia a dia?”.
- **Són**, expressen la seva manera de ser, o el que vindria a ser la seva personalitat. Aquí la pregunta seria: “Què és la personalitat?”.

Els **components bàsics del comportament humà** són quatre: conducta, funcions cognitives, intel·ligència emocional i personalitat.

### 1.2.1 Conducta

La psicologia estudia la conducta tenint en compte els mecanismes que influeixen en el comportament humà i els aspectes mentals que determinen les accions.

La **conducta** no és només allò que fem, sinó també allò que pensem i sentim; és la resposta, del tipus que sigui (física o motora, emocional o cognitiva) en relació amb l'entorn. Com a resposta o acció observable, podem actuar sobre aquesta.

En aquest sentit, com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència serà important saber identificar la conducta de les persones amb qui intervenim per comprendre-les i poder ajudar-les millor. Un aspecte important és identificar **què ha fet activar cada conducta**. En general, la conducta és la resposta que es dona davant de certs estímuls, que poden ser externs o interns:

- **Estímul extern:** són tots els esdeveniments de l'entorn més proper que afecten la persona i la fan reaccionar de determinada manera. Per exemple, si una persona ens crida de mala manera, és possible que ens posem a la defensiva i també responguem cridant. En canvi, si algú ens somriu és més fàcil que li tornem el somriure.
- **Estímul intern:** prové de l'interior del nostre organisme, com pot ser tenir mal d'orella o tenir gana. En aquests casos, la resposta pot ser tocar-se l'orella insistentment o voler menjar alguna cosa.

#### Més enllà de la comunicació

En el cas de persones amb dificultats de comunicació serà important saber interpretar què pot haver generat una conducta determinada en una persona.

## Components de la conducta

La conducta pot ser **manifesta o observable**. Per exemple, quan s'actua d'alguna manera o observem com augmenten les palpitations o una persona es posa vermella, però també pot ser **encoberta**, quan la persona està centrada amb els seus pensaments o emocions, com la preocupació o la tristesa. No és possible l'absència de conducta, les persones sempre s'estan comportant d'alguna manera: per exemple, una persona pot estar callada, però potser està observant una escena per la finestra, o recorda algun fet important o potser està organitzant la llista de la compra.

En la resposta humana, o conducta, podem dir que hi intervenen tres components diferents:

- **Component fisiològic:** fa referència a la resposta interna de l'organisme, com per exemple una respiració accelerada, sudoració a les mans, tensió, ritme cardíac, tenir la boca seca, dilatació de la pupil·la, posar-se vermell...
- **Component cognitiu:** és el pensament que ens desencadena un estímul o situació concreta, que determinarà com actuem o ens comportem.
- **Component conductual:** consisteix en la resposta motora de l'individu, que pot ser d'acostament, d'allunyament o també pot ser la resposta verbal.

### Exemple dels tres components de la conducta

L'Ignasi és un jove de 25 anys amb diversitat funcional intel·lectual lleu que viu en un pis tutelat amb tres companys més. Ahir va comprar un regal per a la seva parella, i el va guardar al menjador del pis, però avui quan l'ha anat a buscar no l'ha trobat. Ha començat a cridar, ha desordenat tot el menjador buscant-lo, cada cop estava més nerviós, sentia que el cor li anava a mil i fins i tot li costava respirar; a més, no podia parar de cridar als companys i de llençar coses a terra. Sentia ràbia perquè ha pensat que la seva parella s'enfadaria amb ell si no li portava cap regal, perquè pensaria que ja no l'estimava.

En aquest cas:

- La resposta física ha estat l'acceleració del cor, la respiració més ràpida, hiperventilació...
- La resposta cognitiva són els seus pensaments, imaginar-se que la seva parella s'enfadaria, tenir por de perdre-la...
- I la resposta conductual han estat els crits, les males maneres, tirar les coses a terra...

## Tipus de conductes

No totes les persones donen les mateixes respostes a situacions semblants. Hi ha diferents factors que afecten el comportament o les respostes que es donen:

- **Factors individuals**, com ara l'actitud o certa predisposició de la persona a un tipus de respostes. Es poden donar respostes *agressives*, *passives* o *assertives*.

- **Factors socioculturals**, com ara les normes socials o els valors apresos. Generalment, el pes social de les normes establertes, d'allò que es creu correcte o no, o fins i tot d'allò que està mal vist o penalitzat, condiona les respostes. Segons el pes de l'entorn podem parlar de conductes *adequades* o conductes *inadequades*.

Segons la resposta que cada persona dona, es poden donar conductes agressives, passives i assertives:

- **Conductes agressives**: es caracteritzen per la utilització de violència física, verbal o psicològica. No es té en compte l'altra persona i es vol imposar l'opinió o manera de fer per sobre de tot. En serien exemples cridar, insultar, pegar, sacsejar, ridiculitzar o amenaçar.
- **Conductes passives**: es donen en casos de submissió, quan no se sap defensar els propis drets i interessos, com per exemple evitar una confrontació, tenir un to de veu baix o no mirar els ulls de l'interlocutor.
- **Conductes assertives**: en aquest cas es dona un equilibri entre saber defensar els propis drets i interessos tenint en compte també els drets i interessos dels altres. Són conductes que denoten seguretat, però sense imposar-se, amb respecte, sense avergonyir-se de res i sense presumir. Troben l'equilibri entre saber escoltar i fer-se escoltar.

Segons l'acceptació de l'entorn sociocultural podem trobar conductes adequades o inadequades:

- **Conductes adequades**: aquelles que socialment són acceptades o estan ben vistes i que tenen conseqüències positives, tant per a la persona que la fa com per qui la rep.
- **Conductes inadequades**: aquelles que a causa de les conseqüències negatives que ocasionen tant a la persona com el seu entorn no s'accepten socialment.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència hem de propiciar les conductes assertives i les socialment adequades. Sabem que aquestes es poden aprendre; per tant, en primer lloc caldrà **actuar sempre com a exemple**, amb conductes dignes de ser apreses i repetides, i en segon, educar les persones ateses perquè canviïn certes conductes per vetllar per una bona convivència i per millorar la seva qualitat de vida.

### 1.2.2 Funcions cognitives

Els processos o funcions cognitius s'activen per processar la informació que arriba a través dels sentits, per emmagatzemar, manipular i recuperar aquesta informació

amb la finalitat de poder interactuar amb el món que ens envolta i de poder aprendre.

### La importància de les funcions cognitives en el dia a dia

Quin paper tenen la percepció, l'atenció i la motivació en l'aprenentatge? Com intervé la memòria en la comunicació? En qualsevol activitat quotidiana s'activa un procés cognitiu; per exemple, per cuinar cal activar l'atenció, la memòria, el pensament... Quan aquestes funcions pateixen algun dany o no es desenvolupen correctament, les persones veuen com disminueix la seva capacitat per realitzar certes activitats.

Així, són la **base del coneixement** i inclouen accions bàsiques com la percepció o l'atenció i d'altres més complexes com el pensament. Es poden diferenciar dos tipus de funcions cognitives:

- Les **bàsiques**: com la percepció, l'atenció, l'orientació i la memòria.
- Les **superiors**: com el pensament i el llenguatge.

## Percepció

La **percepció** és la funció que permet interpretar i entendre la informació del món exterior i del nostre cos que es rep a través dels sentits.

Els processos de la percepció impliquen la decodificació cerebral per tal de **trobar sentit a la informació** que s'està rebent. Aquesta informació arriba a través dels diferents sentits: la vista, l'oïda, el tacte, l'olfacte i el gust. Però també es rep informació a través dels sentits cinestèsics, que informen de la posició de l'organisme i dels moviments de les seves parts; per exemple, dona informació sobre l'equilibri i sensacions de calor o dolor, entre d'altres.

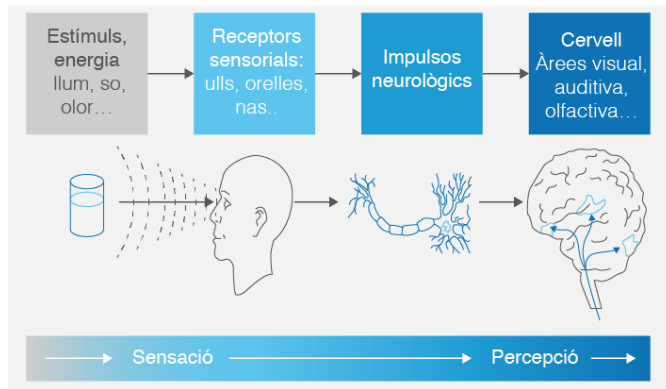
### Òrgans sensorials, sensació i percepció

És important saber distingir entre sensació i percepció: la sensació és purament física, és el que sentim quan ens arriba un estímul als òrgans sensorials, mentre que la percepció és la manera com el cervell organitza aquestes sensacions per donar-los sentit i extreure informació.

Aquestes són algunes de les sensacions relacionades amb cada òrgan sensorial: sensació visual, la vista; auditiva, l'oïda; de l'equilibri, l'equilibri (vestíbul i conductes semicirculars de l'oïda); tàctil, el tacte; algèsica, el dolor (terminacions nervioses); tèrmica, la calor (plecs tactilars); olfactiva, l'olfacte; gustativa, el gust; propioceptiva, la propiocepció (receptors i sistema nerviós); cinestèsica, la cinestèsia (òrgans interns).

La percepció és un procés complex i va molt més enllà de veure, olorar o sentir, comporta interpretar cada estímul i **donar-li un significat** (vegeu la figura 1.3). Les persones estan exposades constantment a múltiples estímuls; per exemple, quan s'està comprant al mercat se sent el soroll de fons de les parades, alguna conversa d'altres clients, es veuen el rètols que anuncien alguna oferta, se sent l'olor de la parada de llegums o del forn de pa...

Però no es para la mateixa atenció a tots els estímuls. En aquest cas, si algú té gana, possiblement se centri més en l'olor del pa acabat de coure, i si algú altre no porta prou diners potser es fixarà més en les ofertes del dia.

**FIGURA 1.3.** Esquema del procés sensorial

Adaptat de profesoressigloxxi.blogspot.com

La percepció es caracteritza per ser:

- **Subjectiva**: davant del mateix estímul no totes les persones el perceben igual. Per exemple, en una activitat de musicoteràpia s'escolta una cançó antiga; a una persona la pot fer plorar, perquè li genera un record, i a l'altra li pot donar indiferència perquè no és el tipus de música que li agrada o que havia escoltat temps enrere.
- **Selectiva**: una persona no pot percebre tots els estímuls que li arriben al mateix temps, sinó que selecciona determinats estímuls, aquells que són més significatius en cada moment. Per exemple, en una visita mèdica, segons la informació que ens donin, possiblement es pari més atenció a les paraules que ens estan dient i no ens fixem en si el metge té la taula ordenada, si hi ha fotografies, quina roba porta la persona que ens atén...
- **Relativa**: s'interpreta en relació amb el context on té lloc, el mateix estímul es percebrà de manera diferent en diverses situacions. Per exemple, al senyor Miquel li agrada molt la crema catalana, és el seu postre preferit, i ara que és a la residència els seus fills li n'han portat, però no l'ha trobat gens bona.
- **Temporal**: a mesura que augmenten les experiències i les necessitats, la percepció s'enriqueix, és a dir, depèn de l'experiència. A una persona que des de petita ha viscut en una casa on sempre hi havia crits, soroll i discussions no l'afecta de la mateixa manera viure una discussió que a una altra en l'entorn de la qual no hi havia disputes.

#### Exemples de trastorns de la percepció

A vegades es poden donar alguns trastorns en la funció cognitiva de la percepció, fent que els sentits no transmetin una imatge fidel del món extern, com per exemple:

- **Al·lucinació**: es defineix com la percepció sense objecte. Les al·lucinacions són percebudes com a reals, poden ser acústiques, visuals.
- **Il·lusió**: suposa una falsificació o deformació d'una percepció real a causa de determinades característiques de l'estímul o de limitacions dels nostres òrgans sensorials.
- **Agnòsia visual**: és la incapacitat per identificar o reconèixer un estímul; no es perceben les coses en conjunt i per tant no es reconeixen.

## Atenció

Les persones estem exposades contínuament a molts estímuls, però no els perceben tots amb la mateixa intensitat. La percepció és **selectiva** i aquesta selecció es realitza mitjançant l'atenció, que filtra la informació en funció de la intensitat o novetat de l'estímul.

L'**atenció** és el procés cognitiu que consisteix a seleccionar la informació que es capta a través dels sentits i processar només algunes dades.

Segurament heu sentit frases del tipus “Pareu atenció!”, “Fixa-t'hi bé” o “No ho he pogut evitar, però he sentit la seva conversa”. En aquests casos podem veure com en l'atenció hi intervenen dos factors:

- La capacitat de **dirigir la consciència** cap a un estímulo determinat, focalitzant i concentrant tota l'activitat conscient sobre aquest.
- El factor afectiu, les persones centren l'atenció en allò que els **interessa**.

L'atenció està condicionada per dos factors, uns generals propis de l'estímul que es rep i d'altres individuals, com la disposició de la persona davant cada estímul:

- **Factors generals de l'estímul:** aspectes com la intensitat, la novetat o la durada de l'estímul fan que captem més uns estímuls que d'altres. Per exemple, enmig del soroll del trànsit de cotxes davant del so d'una sirena, els conductors es posen alerta per deixar passar l'ambulància o el cotxe de bombers.
- **Factors individuals o disposició de la persona:** l'estat d'ànim de cada persona o les seves necessitats fisiològiques poden facilitar o inhibir que l'atenció es posi en joc. Per exemple, el cansament, la son o la gana dificulten l'atenció, mentre que l'interès, la motivació o el bon humor són factors que l'estimulen.

Ahora, trobem diferents tipus d'atenció:

- Atenció **involuntària:** té lloc quan l'atenció s'activa de forma directa a un estímul nou i intens; per exemple, si sentim un soroll fort ens girem per veure de què es tracta.
- Atenció **voluntària o focalitzada:** s'activa de manera intencionada en funció dels propis interessos, necessitats o motivacions. Quan som en una ciutat nova i busquem un carrer concret en un mapa.
- Atenció **sostinguda:** és el temps màxim que una persona pot mantenir-se concentrada en una tasca.
- Atenció **selectiva:** és la capacitat de diversificar l'atenció i que ens permet desenvolupar diferents activitats al mateix temps; per sort, moltes de les

### Afavorir l'atenció

En els processos d'aprenentatge, l'atenció és molt important. Alguns aspectes que l'afavoreixen són: buscar un entorn tranquil que faciliti la concentració, estar descansat, treballar la relaxació que facilita la concentració i establir rutines, perquè els hàbits adquirits requereixen menys esforç d'atenció.



activitats diàries es van automatitzant i no requereixen tota la nostra atenció. Per exemple, quan ja es té pràctica conduint podem circular per la carretera, escoltar música de fons i pensar en el recorregut que hem de fer.

## Orientació espaciotemporal

Les persones captem informació del nostre entorn; en aquest sentit, la percepció de l'espai i el temps és la capacitat de seleccionar i analitzar la informació per prendre decisions correctes en relació amb l'espai i el temps que ens envolta.

L'**orientació** és el coneixement que la persona té de si mateixa i del seu propi entorn; en concret, en relació amb la seva ubicació en l'espai i en el temps.

L'orientació espaciotemporal ajuda molt a estructurar l'entorn més proper i dona seguretat a la persona en les dues dimensions:

- **Orientació espacial:** és la percepció que es té de la localització del propi cos a l'espai i la relació que s'estableix amb aquest. Per exemple, saber on ens trobem (a casa, a la residència, en una habitació concreta, al barri, en una altra ciutat), la relació amb els punts que ens són familiars ("a prop de", "al costat", "lluny") i poder representar mentalment la ubicació d'on ens trobem i on volem anar, o per on hem d'anar per desplaçar-nos d'un lloc a un altre.
- **Orientació temporal:** és la capacitat de situar-se en el temps: saber en quin moment del dia, quin dia de la setmana, quin mes o any i fins i tot en quina estació ens trobem. Inclou la capacitat per organitzar el dia (és hora d'esmorzar o de dinar), poder anticipar esdeveniments (els dilluns vaig al taller de memòria) o identificar la durada d'aquests (una hora, cinc minuts).

### Manca d'orientació

Quan aquesta capacitat es veu limitada es parla de *desorientació*; malauradament, és un dels símptomes que poden presentar les persones en situació de dependència.

## Memòria

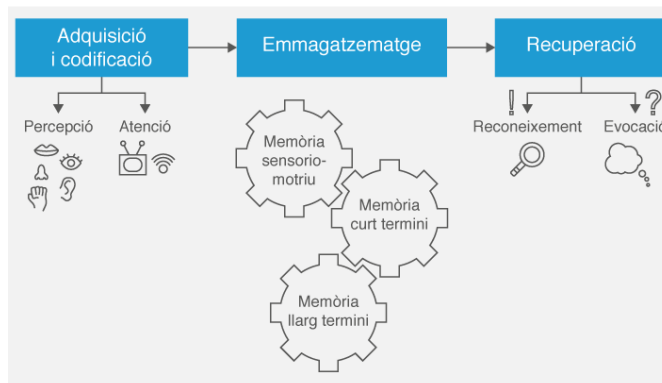
La **memòria** és el procés cognitiu que permet recordar informació prèviament adquirida gràcies a la codificació, l'emmagatzematge i la recuperació d'aquesta.

Per entendre el funcionament de la memòria cal explicar els processos que hi intervenen (vegeu la figura 1.4):

- **Adquisició de la informació:** és el procés responsable de l'entrada d'informació, en el qual la percepció i l'atenció hi tenen un paper important.
- **Emmagatzematge de la informació:** per introduir la informació rebuda a la memòria cal classificar-la: es codifica i s'organitza d'una manera significativa al cervell.

- **Recuperació de la informació:** té lloc quan es vol extreure informació que està emmagatzemada. Aquest procés s'actua de manera intencionada, tot i que també es pot activar involuntàriament, ja sigui per reconeixement o per evocació.

**FIGURA 1.4.** Esquema del procés de memòria



Quan parlem de l'emmagatzematge de la informació trobem tres nivells diferents de memòria:

- **Memòria sensorial:** registra la informació que s'obté del medi extern, no més de 2 segons. Si no es processa en la memòria a curt termini es perd. És com es capta l'estímul extern, i funciona de manera automàtica i espontània.
- **Memòria a curt termini:** també s'anomena memòria operativa o de treball. La informació es codifica, s'analitza i s'emmagatzema o es descarta.
- **Memòria a llarg termini:** seria el gran magatzem de la informació, amb capacitat més àmplia i persistent per guardar informació. Hi trobem la memòria procedimental, que s'utilitza de manera automàtica, per exemple a l'hora de caminar, i la memòria declarativa, que inclou tant els coneixements generals com les experiències acumulades. La memòria emmagatzemada es pot recuperar de dues maneres:
  - Per reconeixement: quan s'identifica una situació, objecte o persona que ja s'havia percebut anteriorment. Per exemple, quan s'identifica una persona coneguda que feia molt temps que no es veia i s'ha reconegut la seva fisonomia.
  - Per evocació: quan es recupera la informació d'alguna cosa que no està present es necessita certa capacitat de representació mental o un cert grau de simbolització, com per exemple el llenguatge.

## Pensament

El pensament, juntament amb el llenguatge, són funcions cognitives superiors i són característiques dels **éssers humans**. En el pensament hi participen els processos psicològics bàsics: la percepció, l'atenció, la memòria i l'orientació.

Si gràcies a la memòria podem acumular molta informació, el pensament serà clau per utilitzar-la.

El **pensament** és la capacitat mental associada al processament, la comprensió i la transmissió de la informació. Aquest procés d'anàlisi, processament i obtenció de respostes davant de les situacions té com a objectiu comprendre els esdeveniments, adaptar-se a l'entorn, resoldre problemes, prendre decisions...

Els problemes que ens trobem en el dia a dia es poden solucionar a partir de dos tipus diferents de pensament:

- **Pensament convergent:** és l'enfocament tradicional, primer s'analitzen les causes d'un problema, s'identifiquen diferents solucions i se selecciona la més racional.
- **Pensament divergent:** intenta arribar a solucions originals, trencant esquemes. Té a veure amb la creativitat, amb el fet de canviar la mirada o el punt de vista.

D'altra banda, el raonament i la creativitat són funcions del pensament necessàries per resoldre problemes:

- El **raonament** és el procés mental que permet resoldre problemes mitjançant la raó, és a dir, a partir de determinades premisses s'extreuen conclusions. Hi ha diferents tipus de raonament:
  - Raonament inductiu: parteix de casos particulars fins a obtenir un principi general.
  - Raonament deductiu: parteix d'un principi general, del qual s'interfereixen casos particulars.
- La **creativitat** és la generació d'idees noves que permeten donar un nou enfocament a una situació de partida. La creativitat s'associa amb el pensament divergent i amb la imaginació.

## Llenguatge

El pensament requereix el coneixement d'un codi o sistema de signes (ja siguin paraules, números, notes musicals, imatges...) per poder complir la doble funció del llenguatge:

- **Funció comunicativa:** en la mesura que el llenguatge permet expressar les idees pròpies, sentiments i pensaments i facilita que les persones que parlen un mateix idioma, és a dir, comparteixen el mateix codi, s'entenguin.
- **Funció simbòlica:** ja que el llenguatge permet "representar" les idees que hi ha en el pensament i la realitat que ens envolta. Fa referència a l'associació de cada signe (significant o paraula) a la realitat que representa (significat).

### Llenguatge i pensament

Des de la psicologia hi ha diverses teories sobre com es relacionen llenguatge i pensament; al marge de les diferències, coincideixen a dir que el llenguatge és vital en el desenvolupament del pensament i que es necessita el pensament per accedir al llenguatge.

El **llenguatge** és la facultat de poder comunicar i expressar els propis sentiments, pensaments i idees, utilitzant un codi simbòlic i estructurat de signes, que ens permet relacionar-nos amb altres persones, i també estructurar el propi pensament.

En l'atenció a persones en **situació de dependència**, el llenguatge serà un aspecte clau en la relació i comunicació amb les persones, però cal tenir en compte que aquestes poden presentar dificultats en aquesta àrea però també en les altres funcions cognitives que s'han estudiat, i que poden dificultar l'intercanvi de comunicació fluid. Cal tenir en compte que encara que no hi hagi paraules, a través dels gestos, les mirades i el contacte es poden comunicar les necessitats més bàsiques.

### 1.2.3 Intel·ligència emocional

Durant molts anys, la psicologia definia i mesurava la intel·ligència al voltant de dues grans habilitats: la capacitat lògica i matemàtica (raonament) i la capacitat lingüística.

A finals del segle XX, el psicòleg Howard Gardner va introduir la idea de les **intel·ligències múltiples**, definint la intel·ligència humana en diferents dimensions. A la intel·ligència logicomatemàtica, la lingüística o la visual-espacial, hi afegia la fisicocinestèsica (o habilitat per fer moviments físics amb gràcia i precisió), la intel·ligència musical, la intel·ligència interpersonal i la intrapersonal. Aquestes dues són les que formen part de la intel·ligència emocional:

- **Intel·ligència intrapersonal:** és l'habilitat per conèixer i entendre els propis sentiments i emocions, i actuar en conseqüència.
- **Intel·ligència interpersonal:** és l'habilitat per comprendre els estats d'ànim de les persones que ens envolten i la capacitat de donar-los resposta. També se l'anomena intel·ligència social. L'empatia és l'habilitat per entendre i posar-se en el lloc de les altres persones.

La **intel·ligència emocional** és la capacitat per reconèixer i gestionar les pròpies emocions i les dels altres. Aquesta habilitat està relacionada amb la capacitat de percebre les emocions, comprendre-les i gestionar-les, tant respecte a nosaltres mateixos (intel·ligència intrapersonal) com respecte als altres (intel·ligència interpersonal).

L'empatia és l'habilitat per entendre les necessitats i sentiments d'una altra persona, posant-se en el seu lloc.

#### Emocions i comportament

Totes les emocions són legítimes i és necessari acceptar-les; ara bé, el comportament automàtic que se'n deriva no sempre és l'adequat. Per exemple, la ira és legítima, però no ho és demostrar-la atacant o amb violència.

#### Emocions i sentiments

L'**emoció** es un impuls involuntari, que neix com a resposta a determinats estímuls. És com una reacció o excitació que ens porta a l'acció, i que es manifesta

externament a través de gestos, prement els punys quan se sent ràbia, obrint la boca i els ulls davant d'alguna cosa que ens sorprèn, accelerant el pols quan tenim por... L'emoció és d'alta intensitat, però de curta durada.

Els **sentiments** són estats d'ànims, de menor intensitat però de llarga durada, que donen resposta a la manera com se sent una persona. El sentiment apareix quan reconeixem l'emoció i la interpretem de manera subjectiva.

#### **Exemple de com els sentiments es donen després de les emocions**

Si alguna vegada us han preparat una festa sorpresa, després de la sorpresa inicial i l'alegria momentània possiblement us queda un sentiment de felicitat per la bona estona passada i per sentir-vos acompanyat per éssers estimats. Contràriament, si us acomiaden de la feina, a la ira o l'enuig inicial després és possible que us sentiu tristos per la pèrdua, o que sentiu por davant la incertesa de si trobareu una altra feina.

Tot i que sembli que les emocions són difícils de controlar (ja que sorgeixen sobtadament davant la presència d'estímuls), podem controlar la manifestació externa d'aquestes emocions.

“En moments de malaltia és molt important aprendre a gestionar les emocions. Diverses investigacions han demostrat l'efecte de les emocions positives en la salut i en les relacions interpersonalment. Alguns dels beneficis que produeix la vivència d'emocions positives són: disminució del dolor, reducció de la pressió sanguínia, disminució dels nivells d'adrenalina associats a l'ansietat, promoció de la calma, creació d'un estat de més benestar, millora de l'estat d'ànim i del sentit de l'humor i potenciació de les funcions del sistema immunitari.

Quant a la regulació de les emocions, la música és una bona estratègia, per això és bo saber quin tipus de música pot ajudar a canviar un estat d'ànim en funció de les preferències personals.”

Bisquerra, R. i Pérez Escoda, N. (2012). “Importància i necessitat de l'educació emocional a la infància i l'adolescència” (pàg. 192).

El **control emocional** és la capacitat que tenim per regular la manifestació de les nostres emocions. Per això és important saber identificar i entendre les pròpies emocions, quines són i com ens afecten. I encara serà més important quan treballem amb persones amb situació de dependència.

## **1.2.4 Personalitat**

Podem entendre la personalitat com el conjunt de pensaments, sentiments, actituds, hàbits i conductes de cada persona que persisteixen al llarg del temps i que la caracteritza enfront d'altres persones. Es considera que la personalitat és producte tant de l'herència i els trets biològics com del medi ambient, i és fruit de l'experiència.

#### **Trets de personalitat**

Segur que heu sentit a dir “l'Aina és molt amable i simpàtica” o “el Joan Marc és pacient i treballador”; aquests aspectes es coneixen com trets de personalitat.

La **personalitat** és la manera característica i habitual com cada persona pensa, sent i es comporta.

### Teories de la personalitat

#### Diversitat de teories

Hi ha moltes teories de la personalitat: de les disposicions o dels trets, psicoanalítica, ambientals,... I també "alternatives", com la de l'eneagrama.

Per saber-ne més podeu consultar: [ca.wikipedia.org/wiki/Personalitat](http://ca.wikipedia.org/wiki/Personalitat).

Des de la psicologia s'han desenvolupat múltiples teories per classificar els diferents tipus de personalitat per tal de poder comprendre com són les persones i com es relacionen, com la de l'eneagrama o la dels trets de la personalitat.

Les teories de les **disposicions o trets de la personalitat** parteixen de la idea que les persones presenten diferents trets o disposicions observables i estables que les fan diferents de la resta. Un dels autors destacats és Hans Eysenck, segons el qual la personalitat està dividida en tres dimensions: psicoticisme, extraversió i neuroticisme. Totes les persones presenten les tres qualitats en major o menor mesura:

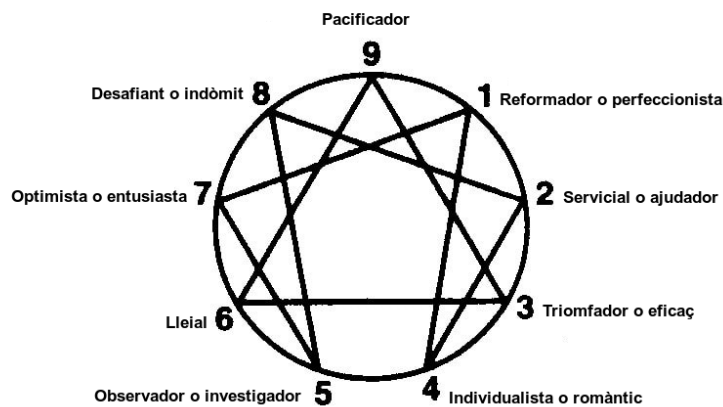
- **Psicoticisme:** les persones amb elevades puntuacions de psicoticisme són impulsives, tenen poca empatia, són antisocials i egocèntriques. Al pol oposat hi ha les persones que saben controlar els impulsos.
- **Extraversió:** les persones extravertides són molt obertes, es relacionen amb facilitat, són actives i optimistes. Contràriament, les persones introvertides són més reservades, escolten el seu interior i són reflexives.
- **Neuroticisme:** les persones amb major puntuació en neuroticisme són persones inquietes, amb ansietat, irritables i agressives. Amb baixa puntuació són persones amb control emocional i calmades.

Per la seva banda, l'**eneagrama** és una teoria sobre les personalitats que es va desenvolupar fa més de 2.500 anys a l'Orient mitjà, i que ha estat actualitzada al llarg del segle XX. En concret, la teoria proposa una classificació de 9 tipus de personalitat, com es pot veure en la figura 1.5 i en la taula 1.1.

#### Evolució de la personalitat

Cal tenir en compte que la personalitat pot anar variant al llarg de la vida; així doncs, en l'adolescència s'acostuma a ser força egocèntric, només es pensa en un mateix, i amb el pas dels anys augmenta la responsabilitat i l'amabilitat.

FIGURA 1.5. Els 9 tipus de personalitat o eneatisps de l'eneagrama



Adaptat de [www.testeneagrama.com](http://www.testeneagrama.com)

TAULA 1.1. Descripció dels 9 eneatisps de la personalitat segons l'eneagrama

Eneatisp	Característiques
1. Reformador o perfeccionista	Persones perfeccionistes, detallistes i ordenades.

TAULA 1.1 (continuació)

Eneatip	Característiques
2. Servicial o ajudador	Sempre estan disposats a ajudar els altres.
3. Triomfador o eficaç	Persones molt treballadores i efectives.
4. Individualista o romàntic	Persones reservades, sensibles i creatives.
5. Observador o investigador	Tenen interessos científics, són objectius i innovadors.
6. Lleial	Són col·laboradors, previsors i analitzen les alternatives.
7. Optimista o entusiasta	Són optimistes, productius, espontanis i pràctics.
8. Desafiant o indòmit	Persones segures de si mateixes, fortes, protectores, decidides i dominants.
9. Pacificador	Pacífics, mediadors, conformistes i estables.

## Autoconcepte i autoestima

Hi ha dos aspectes de la personalitat que són molt importants per al dia a dia i que cal saber diferenciar:

- **Autoconcepte** és la representació que la persona té de si mateixa; l'autoconcepte és la percepció que es té d'un mateix.
- **Autoestima** és la valoració que es fa d'aquest concepte personal; l'autoestima és la valoració de l'autoconcepte.

L'autoconcepte i l'autoestima es construeixen a partir de les relacions amb les altres persones, per l'entorn familiar, educatiu o social. A partir de com creiem que ens veuen els altres creem la nostra pròpia imatge, a la qual després li donem un valor.

Algú que tingui una visió molt positiva de si mateix, pensant que és bon comunicador, amable amb les persones i que té èxit en allò que es proposa, direm que té una **autoestima positiva** o alta. Contràriament, en el cas d'una persona que creu que tot ho fa malament o que ningú vol estar amb ella, direm que té una **autoestima negativa** o baixa. És important adequar al màxim la imatge que es té d'un mateix amb la realitat.

Alguns estudis han destacat que tenir una baixa autoestima repercuteix negativament en la salut física de la persona, ja que s'associa a una major predisposició a tenir depressió, ansietat, fer menys activitat física, expressar més agressivitat, tenir anorèxia, bulímia, insomni...

Contràriament, una autoestima positiva afavoreix la seguretat amb un mateix i la capacitat per afrontar amb positivisme els reptes que ens proposem. Per exemple, el primer dia en una feina nova, si penso que soc una persona simpàtica i que caic bé a la gent segur que em sentiré amb més seguretat per presentar-me a la feina i conèixer els nous companys i companyes. En cas contrari, potser em quedaré més apartada i em costarà iniciar una conversa.

Com a tècnics d'atenció a persones en **situació de dependència** haureu de tenir en compte els següents aspectes per tal de potenciar l'autoconcepte i l'autoestima de les persones ateses:

- Reforceu sempre els aspectes positius de cada persona: “Que bé que t’ha quedat aquest dibuix!”.
- Valoreu els petits reptes de cada dia i animeu a assolir noves fites: “Avui has arribat passejant fins al jardí, demà intentarem arribar fins a la font”.
- Promoveu l'acceptació del grup i busqueu el reforç positiu de tots els seus membres: “Entre tots hem acabat el mural de la primavera, us felicito!”.

### 1.3 El cicle vital: etapes del desenvolupament humà

La psicologia evolutiva té per objecte descriure i **explicar els canvis psicològics**, intel·lectuals, socials i afectius que experimenta l'ésser humà durant el seu desenvolupament i al llarg de la seva vida. I pretén definir els nivells màxims de desenvolupament en totes les àrees que les persones poden arribar a assolir en les diferents etapes evolutives.

Per exemple, si es pensa en tres moments diferents de la vida de qualsevol persona, per exemple, la infància, l'adolescència i l'edat adulta, és fàcil veure que s'han produït grans canvis en els diferents àmbits: físic i motor, psíquic, lingüístic, social i de personalitat.

La intervenció dels tècnics d'atenció a persones en situació de dependència no es limita a una atenció assistencial, sinó que la seva tasca té un marcat **caràcter educatiu**. Per aquest motiu és important i necessari conèixer les etapes del desenvolupament humà, ja que permetrà adequar l'acció educativa al moment evolutiu de cada persona.

Per exemple, és important no infantilitzar certes conductes de les persones amb diversitat funcional intel·lectual només perquè el seu comportament aparentment respongui a una etapa evolutiva inferior, com repetir les coses o tenir un llenguatge molt bàsic, sinó que cal tenir en compte la seva edat cronològica i vetllar per fer una transició a la vida adulta inclusiva. Així mateix, en les persones grans, encara que perdin la memòria o tinguin dificultats en la mobilitat, sempre cal tenir en compte el seu bagatge i el moment maduratiu en què es troben.

#### Crisis evolutives

Conèixer les diferents etapes del cicle vital de les persones ajuda a comprendre que aquestes passen per diferents fases al llarg de la seva vida, i que per tant les seves necessitats i les seves característiques canvien. A vegades, en aquests moments de canvis es donen crisis evolutives.

La majoria d'autors coincideixen a diferenciar **quatre etapes** del desenvolupament humà: infància, adolescència, edat adulta i vellesa.



### 1.3.1 Infància

És l'etapa que va des del naixement fins a la pubertat, moment en què comença l'adolescència. Els canvis que es donen al llarg d'aquests dotze anys són molt importants; per aquest motiu, l'estudi de la infància es divideix en dues etapes:

- **Primera infància**, dels 0 als 6 anys:
  1. del naixement als 3 anys i
  2. dels 3 als 6.
- **Segona infància**, dels 6 als 12 anys.

En el moment de néixer, un nadó necessita l'adult per satisfer totes les seves necessitats per sobreviure i presenta una absoluta dependència respecte al seu cuidador. Els primers mesos de vida, menjar i dormir seran les funcions principals per tal d'afavorir el seu creixement.

Al llarg dels **dos primers anys** el nadó creixerà ràpidament i passarà d'una dependència total a una relativa autonomia, assolint grans fites com aprendre a caminar, començar a menjar sol i adquirir les primeres bases per a la comunicació, el llenguatge i el pensament.

El sistema nerviós dels infants quan neixen encara és immadur i es desenvoluparà al llarg d'aquesta primera etapa; per aquest motiu cal estar atent en cas que es presenti un trastorn del desenvolupament, per detectar-lo com més aviat millor, diagnosticar-lo i fer una intervenció terapèutica precoç. Els **Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç** (CDIAPS) són els encarregats de donar-hi resposta.

“Els serveis d'atenció precoç ofereixen un conjunt d'intervencions dirigides als infants de 0 a 6 anys, a les seves famílies i al seu entorn en els àmbits de la prevenció, la detecció, el diagnòstic i la intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, pel que fa als trastorns del desenvolupament. El model assistencial aplicat a aquest servei inclou actuacions de suport i acompanyament a les famílies en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral dels infants.”

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies ([tinyurl.com/vow9der](http://tinyurl.com/vow9der)).

**Dels tres als sis anys**, l'infant anirà guanyant habilitat en les activitats psicomotrius. Tot i que pugui començar a relacionar-se amb altres infants, la influència de la família és cabdal, perquè és quan es comencen a aprendre les normes socials.

El joc i l'exploració són molt importants per estimular les capacitats cognitives; per aquest motiu, si un infant té alguna limitació física o funcional cal donar-li una **atenció especial** per afavorir el seu desenvolupament.

#### Exemple d'atenció especial

A un infant amb mobilitat reduïda o dificultat per agafar objectes serà important acostar-li joguines o materials diversos i proveir-lo d'un ambient ple d'estímuls que afavoreixi la

#### Trastorn del desenvolupament

Segons el *Llibre Blanc de l'Atenció Precoç* ([tinyurl.com/y36rteoz](http://tinyurl.com/y36rteoz)), es tracta d'una desviació significativa del “curs” del desenvolupament, com a conseqüència dels esdeveniments de salut o de relació que comprometessin l'evolució biològica, psicològica i social de la persona.

descoberta de l'entorn, que estimuli els seus sentits i que li permeti ampliar el vocabulari, i fer raonaments i prediccions, per tal d'activar l'aprenentatge.

Dels sis als dotze anys té lloc la **segona infància**. Tot i que el desenvolupament psicomotriu continua sent important, són més rellevants els canvis que es donen en el desenvolupament social i intel·lectual. També s'experimenten grans avenços en la maduració socioafectiva, i per això és important rebre seguretat del seu entorn més proper per tal d'arribar a una etapa d'equilibri afectiu.

A mesura que l'infant creix, el grup d'amics comença a prendre major importància i s'inicia un lleuger distanciament del món familiar. A nivell cognitiu cal destacar els avenços en la capacitat d'anàlisi, de reflexió i de discussió.

### 1.3.2 Adolescència

#### Més llarga a Occident

A les societats occidentals, l'adolescència s'allarga una mica més. Aquest canvi s'explica, d'una banda, per l'avançament de la pubertat (els canvis físics que experimenta el cos) i, per l'altra, perquè s'allarga el període d'escolarització i s'endarrereix l'accés al món laboral.

L'adolescència és l'etapa que està entre la infància i l'edat adulta; tot i que pot variar segons cada cas, es podria dir que va dels 10-12 anys als 18-20, aproximadament. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'adolescència com l'etapa compresa entre els 10 o 11 anys fins als 19 anys, i diferencia **dues fases**:

1. l'adolescència primerenca, dels 11 o 12 fins als 16 anys, i
2. l'adolescència tardana, dels 17 als 19 anys.

És un període marcat pels **canvis en tots els àmbits** que viuen els infants: a nivell hormonal, físic, de personalitat, intel·lectual, afectiu i en les relacions socials i familiars, entre d'altres. Durant l'adolescència es trenca l'equilibri i la seguretat que caracteritzaven el període anterior i comença una etapa de maduració individual abans d'integrar-se en la comunitat dels adults i acceptar les responsabilitats que això suposa.

A l'adolescència s'experimenten tants canvis que sovint creen un estat de crisi personal que pot influir en la seva conducta. La imatge que es té d'ells en aquesta edat és la d'una persona amb moltes contradiccions, impulsiva, molt sensible i amb sobtats canvis anímics. Sovint critiquen i s'enfronten a les idees transmises per la família, que fins aleshores no havien qüestionat, ja que busquen la seva pròpia identitat principalment en els companys i colles d'amics.

La preadolescència, o **adolescència primerenca**, comença als 10-12 anys, i fins i tot una mica abans, amb els primers canvis físics que experimenta el cos, la pubertat. Alguns d'aquests canvis corporals són el creixement de pèl a les axil·les i a les zones genitals, el desenvolupament dels pits en les noies i dels testicles en els nois i l'aparició de la menstruació en les noies. En general, aquests canvis comencen un o dos anys abans en les noies.

En aquesta etapa de canvis tan marcats, l'acceptació del propi cos i la definició de la pròpia identitat seran dos aspectes a resoldre, sovint buscant la independència i la confrontació vers els pares o provant els límits que fins ara havien tingut marcats.

A l'**adolescència tardana** continuaran els canvis físics que van començar en la pubertat. En concret, en el cas dels nois destacarà el seu creixement sobtat (l'anomenada "estirada") i el canvi en la veu, mentre que en les noies els canvis físics es completaran abans.

Les discussions amb els pares continuaran, per refermar-se en les pròpies idees i per tenir més independència. Passaran més temps amb el grup d'amics, on l'acceptació per part dels iguals serà molt important. El cervell continuarà canviant i madurant, però no serà fins entrada l'edat adulta quan dominaran la presa de decisions complexes, el control dels impulsos o la capacitat per tenir en compte diferents opcions o les conseqüències de les pròpies decisions.

### 1.3.3 Edat adulta

Els adolescents es van convertint en adults joves en la mesura que reafirmen la seva individualitat amb uns valors propis i van definint els seus objectius vitals. En l'adulthood s'ha arribat al màxim desenvolupament físic i mental i és l'etapa en què les persones van adquirint **majors responsabilitats**: independència de la família i creació de la pròpia, estudis superiors, feina, integració social, cura dels fills i dels pares, estabilitat...

És una de les etapes més llargues de la vida, ja que el procés és gradual i no es donen tots els canvis de cop; en aquest sentit, es poden identificar dues etapes:

1. Adulthood jove o primerenca
2. Adulthood mitjana

L'**adulthood primerenca** va des de l'inici de l'edat adulta, que es pot situar en la majoria d'edat, els 18 anys, o fins i tot els 20, i s'allargaria fins, més o menys, els 40 anys. És una etapa en què el cos està en la seva plenitud i a nivell personal es poden assolir grans fites, com definir un perfil professional, incorporar-se al món laboral, tenir una parella estable, crear una nova llar, tenir fills, independitzar-se econòmicament...

Cap als 40 anys, quan més o menys s'han assolit totes les fites plantejades (estudis, feina, parella, fills, habitatge) es dona la crisi de la meitat de la vida, moment en què la persona fa una reavaluació de la seva vida, i sovint es planteja si allò que fa o allò que es respon al que realment volia.

L'**adulthood mitjana** aniria dels 40 als 65 anys, aproximadament. Si bé comença amb una crisi que fa replantejar-se qui s'és i allò que es fa, és una etapa de gran productivitat, en especial en l'àmbit professional, intel·lectual i artístic. Hi pot haver una època d'estabilitat, on l'experiència dona tranquil·litat, però de manera progressiva hi haurà una disminució de les capacitats físiques i també de les cognitives, sobretot a mesura que s'avança en la dècada dels seixanta.

El final de la vida laboral o productiva marca el canvi d'etapa, tot i que la persona pot continuar sent molt activa en altres àmbits, però es perd la valoració social que es dona al treball remunerat.

### 1.3.4 Vellesa

La vellesa és una etapa de la vida que cada vegada és més llarga a causa de l'augment de l'esperança de vida, que va incrementant gràcies als avenços mèdics, farmacològics, higiènics i fins i tot de promoció de la salut.

Ara bé, cal tenir en compte que no tothom envella de la mateixa manera; en funció del seu estat de salut, les experiències viscudes i l'entorn social el procés pot ser diferent. S'associa la vellesa a l'etapa en la qual moltes capacitats es veuen disminuïdes, com la memòria, la cognició, la mobilitat... Però també es considera que es consolida la maduresa personal.

En aquesta llarga etapa es poden donar alguns canvis físics i psicològics:

- **Canvis fisiològics i anatòmics:** els òrgans van disminuint la seva activitat, es perd claredat en la percepció, com per exemple la vista o l'oïda, en relació amb l'esquelet es perd força i coordinació, s'experimenta una reducció de la talla i la massa corporal, es perd dentició, apareixen les arrugues...
- **Canvis psicològics:** un dels més importants és la pèrdua de la memòria, en especial la de curt termini, però també disminueixen l'agilitat mental i la capacitat per aprendre, hi ha major rigidesa de pensaments...

Al llarg d'aquesta etapa es poden viure grans pèrdues; per exemple la mort de la parella o d'algunes amistats, ser conscient de la disminució de les pròpies facultats, la pèrdua de l'estatus social i econòmic, viure en solitud...

Es podrien distingir **dues fases** dins de la vellesa:

1. Dels seixanta i escaig, moment de la jubilació, fins als 80, o el moment en què comencen a aparèixer més senyals d'envelliment. En aquest primer moment es potencia la vida activa de les persones grans per tal de retardar al màxim els factors d'envelliment.
2. Comença quan la persona té un major debilitament de les funcions biològiques: hi pot haver debilitament mental, pèrdua d'autonomia i necessitat d'una atenció especialitzada.

### 1.3.5 Crisis al llarg del cicle vital

Al llarg de tot el cicle vital es poden donar crisis, enteses com aquelles situacions que per les seves característiques suposen un canvi important en la persona. Aquestes poden ser de dos tipus: crisis evolutives o crisis circumstancials.

Les **crisis evolutives o del desenvolupament** poden arribar a ser predictibles i esperades, ja que a mesura que la persona creix i es desenvolupa hi ha certs canvis en la vida que cal afrontar. Les crisis evolutives són desajustaments que es donen en diferents moments del desenvolupament físic, psicològic i social que indiquen que una etapa conclou i s'inicia una altra.

Tot i que els diferents moments evolutius van seguint el seu curs i no haurien de suposar una readaptació vital, a vegades poden comportar alguna situació d'**inadaptació o confusió**, a la qual cada persona hi donarà resposta en funció de les seves capacitats o recursos per fer-hi front. Algunes d'aquestes crisis previsibles són:

- Crisi del naixement i infància
- Crisi de la pubertat i adolescència
- Crisi de la primera joventut
- Constitució de la parella
- Crisi de la maduresa (o edat mitjana de la vida)
- Naixement i cria dels fills
- Niu vuit (quan els fills s'independitzen)
- Crisi de la tercera edat

D'altra banda, les **crisis circumstancials o imprevisibles** són produïdes per esdeveniments inesperats, com pot ser la mort sobtada d'un ésser estimat, perdre la feina, tenir un accident, contraure una malaltia... Normalment es relacionen amb situacions de pèrdua o amenaça de pèrdua, de manera que es perd l'equilibri personal i poden aparèixer alteracions emocionals, físiques i de conducta. Algunes situacions que poden desencadenar una crisi circumstancial són:

- Processos de separacions de parella
- Pèrdues (mort)
- Malalties
- Atur o canvis de treball
- Patir una situació d'abús o violència (física, psicològica, sexual)
- Accidents

En general, davant d'una situació de crisi es desencadena una primera resposta de **negació** o de xoc a la situació inesperada, seguida d'un període de **dol**; però progressivament, i en funció de les vivències de cada persona, el suport del seu entorn o les perspectives de futur, s'anirà trobant la manera de **fer-hi front**.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, quan aquesta situació de dependència és inesperada, caldrà donar suport a les persones implicades, l'usuari i els seus familiars, perquè entenguin i facin front a la nova situació, sempre des del respecte i amb empatia.

## 2. Autonomia personal i dependència

Al llarg del seu desenvolupament vital, les persones passen d'una etapa de dependència total, quan acaben de néixer, en la qual necessiten atenció constant per satisfer totes les seves necessitats bàsiques, a altres etapes evolutives en les quals, gràcies als aprenentatges que van fent, adquireixen autonomia per relacionar-se amb el seu entorn i per satisfer les seves necessitats personals per un mateix, sense l'ajuda d'altres persones, triant i decidint **què** volen fer, **quan** i **com**.

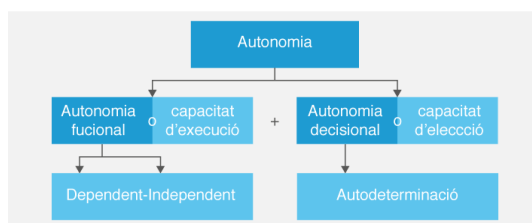
Ara bé, al llarg del cicle vital es poden donar circumstàncies, com una malaltia, un accident o un dèficit en el funcionament d'algun òrgan o aparell, que poden limitar aquesta autonomia i desencadenar una situació de dependència.

### 2.1 Autonomia personal

L'autonomia personal, entesa com la garantia que les persones, independentment de la seva capacitat, puguin desenvolupar el seu projecte vital i tenir el control de la seva pròpia vida, s'aprèn gràcies a la **interacció social**. Per aquest motiu, el paper del tècnic d'atenció a persones en situació de dependència és molt important: ha d'**ensenyar** i ha de **potenciar** que les persones ateses siguin al màxim d'autònomes possible.

El concepte d'**autonomia** ve de la unió dels termes grecs *auto* i *nomos*, i significa 'governar-se segons la pròpia llei'. Dins de l'autonomia, o la capacitat d'autogovernar-se, cal diferenciar dos aspectes importants, tal com es pot veure en la figura 2.1:

**FIGURA 2.1.** Elements de l'autonomia personal



- **L'autonomia funcional**, que fa referència a la possibilitat de fer un mateix les activitats de la vida diària, com aixecar-se, rentar-se, vestir-se, alimentar-se... En general, quan es parla de pèrdua d'autonomia es fa referència a l'autonomia funcional.

- **L'autonomia decisional**, o la capacitat de prendre decisions o gestionar els assumptes propis per un mateix. Aquest segon aspecte té a veure amb l'autodeterminació; va molt més enllà, ja que fa referència a la llibertat de cada persona de decidir sobre la pròpia identitat, la manera de fer les coses, els interessos i les preferències...

Es considera una **persona autònoma** aquella que té la capacitat de decidir i de prendre decisions personals, de manera lliure i no coaccionada, sobre com viure a partir de les seves preferències i tenint en compte les normes socials; és a dir, amb autodeterminació. I que, a més a més, pot realitzar les activitats bàsiques de la vida diària.

### Autonomia i independència

Autonomia funcional i independència es podrien considerar sinònims. Independència es refereix a la capacitat d'una persona per fer les activitats de la vida diària per si mateixa, sense l'ajuda d'altres persones.

La situació d'autonomia o dependència de les persones dependrà del seu estat de salut, entès aquest des del model biopsicosocial, i dels mitjans o suports dels quals disposi en el seu entorn. Tenir més o menys autonomia, o més o menys dependència, variarà en funció de l'estat físic de cada persona, de la seva competència cognitiva i emocional per actuar o decidir i del suport que tingui del seu entorn. Quan treballu amb persones amb situació de dependència cal mantenir i promoure la seva autonomia per escollir les pròpies opcions. Per potenciar el principi d'autonomia cal proporcionar a la persona la informació necessària, facilitant-li la comunicació amb un llenguatge senzill i comprensible, amb actitud d'escolta. A més a més, no se l'ha de jutjar i s'han de respectar les seves opinions, gustos i preferències.

#### 2.1.1 Activitats de la vida diària

Les activitats bàsiques de la vida diària són aquelles que es porten a terme quotidianament per tenir cura d'un mateix i per fer una vida autònoma, com ara la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles.

“Les activitats de la vida diària (AVD) són les que una persona haurà de realitzar diàriament per poder viure de manera autònoma, integrada en el seu entorn habitual i executant el seu rol social.”

*Llibre blanc de la gent gran amb dependència.*

Aquestes activitats es divideixen en tres grans grups, segons el seu grau de complexitat:

- **Activitats bàsiques de la vida diària:** inclouen tot allò que cal fer per tenir cura d'un mateix. Per exemple, menjar, anar al lavabo, vestir-se, llevar-se o ficar-se al llit, rentar-se i arreglar-se.
- **Activitats instrumentals de la vida diària:** són les que permeten fer una vida independent. Presenten un nivell de complexitat superior al de



les bàsiques i inclouen netejar la casa i mantenir-la en condicions, cuinar, comprar, rentar, tenir cura de la roba, fer servir el transport públic...

- **Activitats de la vida diària avançades:** són les conductes més elaborades i complexes (permetrien cobrir els nivells superiors de la piràmide de Maslow, l'autorealització), tenen a veure amb l'estil de vida personal i són les que permeten gaudir de major qualitat de vida, com per exemple les activitats dirigides a l'oci, com practicar un esport, *hobbies* o viatjar, i també les activitats laborals o de participació social, com ara el voluntariat.

## 2.1.2 Autodeterminació

L'autonomia es pot donar en dos nivells: poder desenvolupar les activitats de la vida diària i poder prendre decisions personals sobre com viure, tenint en compte les normes socials i les preferències personals. Aquesta capacitat per prendre decisions també s'anomena autodeterminació.

**L'autodeterminació** és un dret i una capacitat que permet actuar lliurement i prendre les pròpies decisions, establint les fites personals a les quals es vol arribar.

És un **dret**, en tant que cal garantir que totes les persones, independentment de les seves capacitats, han de poder dissenyar el seu projecte de vida. I és una capacitat, entesa com que posseeix les habilitats i facultats necessàries per entendre l'entorn, controlar els propis pensaments i emocions i prendre decisions responsablement.

Sense autodeterminació, les persones amb diversitat funcional, tot i poder tenir les seves necessitats bàsiques cobertes, no tindrien control sobre les seves vides ni prendrien les seves pròpies decisions. Vegem-ho en el següent exemple:

### Exemple d'autodeterminació: el cas de l'Annabel

L'Annabel és una dona de 27 anys que a causa d'un accident va tenir una lesió medul·lar i no pot moure cap de les extremitats. Tot i que no és independent per realitzar les activitats de la vida diària, com vestir-se, dutxar-se, etc., sí que pot decidir quines activitats vol fer, quina roba vol vestir, de què vol treballar o on vol viure. És en aquest sentit que podem dir que té autodeterminació per dissenyar el seu projecte de vida, malgrat que necessiti suport per realitzar determinades activitats del dia a dia.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència heu de tenir molt clar que amb la vostra actuació heu d'afavorir l'autodeterminació de les persones que atengueu. En el cas de les persones amb greus dificultats per prendre decisions, és a dir, considerades jurídicament incapaces, a causa d'un greu deteriorament cognitiu o fruit d'una malaltia mental, l'exercici del dret d'autodeterminació s'atorga a una altra persona o fundació, que assumeixen la seva tutela.

Fins i tot en el cas de les persones amb diversitat funcional intel·lectual cal **afavorir i potenciar** la seva autodeterminació; en aquests casos cal oferir-los informació clara i senzilla que els permeti triar en cada cas les seves decisions en funció de les seves necessitats i preferències. Així mateix, cal afavorir la possibilitat

### El paper dels professionals

Quin serà el paper dels professionals per preservar l'autonomia i l'autodeterminació de les persones en situació de dependència? En línies generals, caldria passar de la visió tradicional de "cuidar o fer-se càrrec de l'altre" a una visió d'acompanyament, de "recolzar la seva voluntat".

que defineixin un projecte de vida personal en relació amb els seus gustos o preferències, quin estil de roba volen portar, quines activitats d'oci els agraden més, com volen decorar la seva habitació...

### Què li demano al professional?

A continuació s'exposa una proposta d'aspectes que cal tenir en compte per fer una intervenció que respecti l'autodeterminació, redactada de manera conjunta per un grup format per persones amb discapacitat i personal de suport:

- Que faci l'esforç de conèixer-me, de saber el que m'interessa i el que m'agrada.
- Que tingui paciència, que es prengui el seu temps, les coses al meu ritme. Molta til·la!
- Que em respecti en qualsevol circumstància. Prou vergonya passo perquè em deixi clar que li fa fàstic.
- Que m'escolti amb interès.
- Que sigui flexible.
- Que no decideix per mi.
- Que em preguntí sempre el que vull.
- Que em recolzi, però sense manar.
- Que no parli de mi com si jo no hi fos.
- Que em preguntí el que necessito.
- Que sigui valent.
- Que no em tracti com un nen.
- Que sigui prudent i responsable.
- Que estigui ben informat.
- Que em deixi decidir.
- Que vegi que no som tan diferents. Ens agraden les mateixes coses.
- Que confiï en mi.
- Que cregui que puc fer coses per mi mateixa, per mi mateix.
- Que no pensi que soc una càrrega.

Extret de Castillo Arena, Tomás (2014). "La persona protagonista de la seva vida independent. Un model d'escolta de professionals i família". *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa* 58, pàg. 25-40.

## 2.2 Dependència

Una persona es troba en situació de dependència quan necessita altres persones o suports **per relacionar-se amb el propi entorn**; per exemple, per desplaçar-se o per cobrir les necessitats bàsiques, com ara l'alimentació, la higiene, el fet de vestir-se... Sovint la dependència apareix com una conseqüència de la pèrdua en

L'autonomia personal, que pot venir originada per l'edat, per una malaltia o per una anomalia en el funcionament d'alguna part del cos.

"(Dependència és) l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades 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 o ajudes importants per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres ajudes per a la seva autonomia personal."

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

La dependència vers altres persones es pot donar en diferents dimensions (és multidimensional), com per exemple a nivell econòmic, social, mental o físic. Segons l'àrea de funcionament afectada de la persona es poden distingir diferents tipus de dependència:

---

Cal tenir en compte que es pot donar una situació de dependència en una àrea determinada, per exemple la física, però això no implica dependència en les altres àrees.

---

- **Dependència física:** quan es perd el control de les funcions corporals i motrius i, per tant, es necessita altres persones per poder realitzar diverses activitats de la vida diària bàsiques, com rentar-se, vestir-se, menjar...
- **Dependència psíquica o mental:** quan la persona no té capacitat per prendre decisions pròpies o per resoldre problemes.
- **Dependència social:** es dona per manca de relacions significatives amb les persones de l'entorn, com pot ser quan hi ha pèrdues d'éssers estimats, per la mort d'amics o familiars, o quan es deixa de treballar o s'ha de canviar de domicili i d'entorn social.
- **Dependència econòmica:** està generada per la manca de recursos econòmics. Per exemple, el cas d'una persona que no tingui ingressos, o que tingui una pensió molt baixa i necessiti un aport econòmic suplementari, o necessiti que algú l'ajudi a tramitar la documentació per accedir a alguna ajuda econòmica o prestació de servei.

#### **Multidimensional i multicausal**

La dependència és multidimensional, però també és multicausal. En la dependència hi intervenen diferents dimensions, com els factors biològics, socioculturals, econòmics i ambientals. Si fem referència al seu origen cal tenir en compte la multicausalitat, la qual cosa vol dir que la dependència no és sinònim de vellesa: ni totes les persones grans són dependents ni totes les persones dependents són grans.

Visualitzeu el següent vídeo, *Dependència i autonomia: dues cares de la mateixa vida*, on el Xavi explica en primera persona la seva vivència d'una discapacitat, com l'afecta en l'autonomia funcional i en l'autonomia decisonal, i com amb autodeterminació ha pogut assolir els seus objectius professionals. Al final fa unes recomanacions que cal tenir en compte com a futurs professionals d'atenció a persones en situació de dependència.



<https://player.vimeo.com/video/389458878>

## 2.2.1 Graus i nivells de dependència

Per mesurar el nivell de dependència que presenta cada persona cal tenir en compte les característiques d'aquesta i com interactua en el seu entorn; així doncs, caldria tenir en compte com a mínim tres factors: les característiques de cada persona, el context social en el qual té lloc la conducta dependent i la interacció entre ambdós. La Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, classifica els diferents nivells de dependència que pot presentar cada persona en tres graus, segons un barem de valoració de la dependència (BVD), que valora la necessitat d'ajuda que cada persona en situació de dependència pot necessitar per desenvolupar les activitats de la vida diària. Aquests graus són:

- **Grau I. Dependència moderada:** quan la persona necessita ajuda per portar a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal (de 25 a 49 punts al BVD).
- **Grau II. Dependència greu:** quan la persona necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia però no li cal la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal (de 50 a 74 punts al BVD).
- **Grau III. Gran dependència:** quan la persona necessita ajuda per desenvolupar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, a causa de la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal (puntuació igual o superior a 75 punts del BVD).

Cadascun d'aquests tres graus de dependència es classifiquen en dos nivells segons l'autonomia de la persona i la intensitat del suport que necessita, tal com es pot veure en la taula 2.1. El nivell 2 requereix una atenció més intensa i el nivell 1, menys intensa.

TAULA 2.1. Classificació dels graus i nivells de dependència

Grau de dependència	Nivell	Exemple
Grau I Dependència moderada	Nivell 1	Persona gran amb una hemiplegia que no pot moure la meitat dreta del cos i necessita suport per fer-se la higiene personal.

TAULA 2.1 (continuació)

Grau de dependència	Nivell	Exemple
Grau II Dependència severa	Nivell 2	La mateixa persona, però que a més a més presenta gran inestabilitat a l'hora de caminar, amb risc de caigudes.
	Nivell 1	Persona gran amb malaltia d'Alzheimer en fase avançada que necessita suport a l'hora de preparar els àpats i supervisió per a la realització de tasques domèstiques.
Grau III Gran dependència	Nivell 2	La mateixa persona, però que a més a més tingui dificultats de comunicació.
	Nivell 1	Persona amb un retard mental elevat i poca mobilitat, que es desplaça en cadira de rodes i necessita suport per aixecar-se, vestir-se, fer la higiene, menjar...
	Nivell 2	La mateixa persona, però que a més a més presenta trastorns en la seva conducta, i que quan s'enfada manifesta conductes agressives que poden acabar amb autolesions.

El grau i nivell de dependència atorgat a cada persona, un cop feta l'avaluació, determina les diferents prestacions o ajuts a les quals pot optar, tal com determina el Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

#### La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i el SAAD

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, s'aprova per garantir el dret de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones amb dependència.

Amb aquesta finalitat es regula el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), que pretén organitzar la coordinació i cooperació de l'Administració general de l'Estat i de les comunitats autònomes per tal de promoure l'autonomia personal i garantir l'atenció i la protecció de les persones en situació de dependència, en un marc d'igualtat d'oportunitats.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència cal determinar en quins àmbits necessita suport cada persona, però també cal parar atenció a allò que pot fer pel seu compte. Les persones no són dependents en termes absoluts, i per això cal identificar les capacitats que conserven i potenciar les coses que encara poden fer, tot i que sigui amb dificultats. L'objectiu del tècnic serà mantenir, i si es pot millorar, els àmbits on cada persona tingui certa autonomia.

#### No és dependent, està en situació de dependència

L'afirmació "la meva mare és dependent, si no hi soc jo per ajudar-la no pot fer res" seria errònia. Seria més pertinent dir: "La meva mare té dificultats per dutxar-se, necessita que algú estigui pendent d'ella mentre es dutxa per ajudar-la si li cal".

Cal tenir en compte que el fet de presentar una discapacitat o limitació no és sinònim de tenir dependència. A vegades, amb l'ajuda de determinats **suports** es poden cobrir aquestes necessitats de manera autònoma. Per exemple, en el cas d'una persona amb diversitat funcional que no pugui caminar, potser sí que es pot desplaçar amb l'ajuda d'una cadira de rodes. O, tot i presentar dependència en algunes activitats de la vida diària, cal tenir en compte l'existència de diferents suports que faciliten la realització d'aquestes, com un bany adaptat, plats antilliscants, coberts adaptats...

#### El quart pilar de l'estat del benestar

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) suposa el quart pilar de l'estat del benestar, juntament amb l'atenció sanitària, l'educació i el sistema de pensions. Tot i que els tres primers pilars es van promoure als anys vuitanta, l'atenció a la dependència no s'ha regulat fins al 2006.

Els **productes de suport** es defineixen segons l'OMS com qualsevol producte (incloent-hi els dispositius, equips, instruments o *software*) fabricat especialment o disponible en el mercat, utilitzat per o per a persones amb discapacitat, destinat a facilitar la participació, a protegir, donar suport, entrenar, mesurar o substituir funcions o estructures corporals i activitats, o prevenir deficiències i limitacions en l'activitat o la participació.

Els productes de suport tenen les següents **finalitats**:

- **Prevenir:** donar seguretat, evitar caigudes i accidents, evitar lesions a la pell o altres, i especialment per al manteniment de la salut i per al manteniment de l'autonomia més temps.
- **Millorar l'autonomia:** compensar o suplir la limitació funcional i facilitar la participació de la persona en l'activitat.
- **Facilitar la tasca del cuidador:** evitar esforços en la cura de la persona amb discapacitat.

#### Productes de suport

Per saber-ne més sobre els productes de suport podeu consultar el web de la Generalitat de Catalunya: [tinyurl.com/s5ok7bn](http://tinyurl.com/s5ok7bn).

#### Dependència vol dir recórrer a un tercer

La "dependència" s'entén freqüentment com allò oposat de l'autonomia, o fins i tot com a sinònim de "pèrdua d'autonomia", quan el que passa és que es tracta de conceptes diferents: es pot ser dependent d'una persona, d'un objecte (bastó, cadira, pròtesi, etc., per al desplaçament, per exemple), però ser capaç de "gestionar la pròpia vida", ésser autònom.

Segons els instruments de valoració, la dependència s'entén a través de l'ajut ("s'aixeca amb ajut o sense") o de la capacitat funcional ("pot caminar en terreny pla, puja les escales").

Font: Gardent, H. (1992). *Alcance y límites de los instrumentos para la evaluación de la dependencia en los ancianos*, *Rev. Gerontol.*, 4:261-265.

## 2.2.2 Resposta psicoemocional davant una situació de dependència

Una situació de dependència es pot donar en diferents graus i nivells, pot estar originada per diferents causes i es pot donar en diferents moments del cicle vital, per exemple arran d'una malaltia, d'un accident o fruit de l'envelliment, i altres vegades es pot donar des del naixement a causa d'una deficiència. En funció del grau d'afectació, del moment en què es doni i si aquesta és més sobtada o no, l'impacte emocional i personal que suposa per a cada persona pot ser variat.

L'adaptació a aquesta nova situació de dependència pot seguir una sèrie d'**etapes** que fins a cert punt són habituals i previsibles, tot i que no sempre segueixen el mateix ordre ni es donen amb la mateixa intensitat. Aquestes etapes són:

- **Incertesa:** en un inici poden aparèixer una sèrie de símptomes, però encara no hi ha un diagnòstic. Aquesta situació pot preocupar i confondre la persona.

#### Impacte psicoemocional de la dependència

Segons cada cas, es poden donar unes alteracions emocionals i conductuals o unes altres associades a la pèrdua d'autonomia que suposa una situació de dependència.

- **Xoc:** és l'estat d'atordiment, que pot ser tant psíquic com emocional. És una reacció al diagnòstic efectuat. Pot durar més o menys temps. Al principi es fa molt difícil comprendre la magnitud o severitat de la situació de dependència.
- **Negació:** és un mecanisme de defensa que s'activa de manera natural com a protecció per no enfonsar-se psicològicament. Amb el temps la persona reconeix emocionalment allò que li ha passat.
- **Dol:** a mesura que la persona reconeix la nova situació que afronta, emergeixen la pena i la depressió. Aquests sentiments es consideren una reacció normal davant d'una pèrdua real, com pot ser una malaltia o la pèrdua d'autonomia i funcionalitat. Sovint van acompanyades d'una disminució de l'autoestima.
- **Acceptació:** amb l'acceptació es redueixen les falses expectatives i la persona s'adapta als nous rols basats en les limitacions adquirides. Tot i la malaltia o la discapacitat, la persona aconsegueix seguir amb la seva vida quotidiana i se sent còmoda davant la nova situació.

Les dificultats per adaptar-se a la nova situació poden aparèixer quan la persona té problemes per resoldre una de les etapes indicades o s'hi queda estancat, frenant l'avenç cap a la darrera fase d'acceptació. El procés per fer-hi front pot ser molt llarg i poden aparèixer altres afectacions a nivell psicològic i físic, com:

- **Depressió:** molta tristesa, anhedonia, sentiment de ser una càrrega, falta d'esperança..., que provoquen un malestar significatiu o pèrdua de funcionalitat.
- **Ansietat:** temor o sentiment de pèrdua de control excessiu o injustificat, que es pot expressar de manera verbal, gestual o motriu.
- **Agressivitat:** amb conductes físiques o verbals que poden causar dany físic o moral a les persones de l'entorn més proper.
- **Apatia:** falta d'interès i motivació, sentiment d'emoció o preocupació.
- **Irritabilitat:** mal humor, canvis d'humor ràpids no justificats, impaciència, intolerància.
- **Alteracions del son o de la gana:** dificulten el descans i l'alimentació de la persona, la qual cosa repercuteix en la seva salut.

En definitiva, afrontar una situació de dependència sobrevinguda comporta certs reptes en diferents nivells:

- A **nivell individual**, les persones han d'afrontar la pèrdua d'independència i han d'afrontar també la pèrdua d'autonomia. Saber que es dependrà d'altres persones per poder fer les activitats més bàsiques, com vestir-se, desplaçar-se o menjar, pot provocar la sensació d'indefensió apresada o el sentiment de no servir per a res que comporta una pèrdua d'autoestima, amb les conseqüències que se'n deriven.

- A **nivell familiar** sovint s'ha d'assumir la càrrega de feina que suposa, i que repercuteix de manera important en la vida social, laboral, la salut i la situació econòmica de la persona que esdevé cuidadora. En la mesura del possible, és recomanable anticipar-se a la possible situació de dependència preveient les actuacions que cal seguir, com sol·licitar la valoració i reconeixement del nivell de dependència per poder demanar les prestacions a les quals es pot tenir dret.
- A **nivell polític o institucional**, cal donar resposta amb més recursos per garantir la qualitat de vida de les persones amb dependència i per donar suport a les famílies que majoritàriament encara són les que atenen les necessitats dels seus familiars dependents. Amb aquest objectiu es va aprovar la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que regula el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

### 2.3 Valoració i reconeixement de la dependència

La Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, estableix el següent procediment perquè les persones que es trobin en situació de dependència, o les seves famílies, puguin tramitar algunes ajudes per fer-hi front:

1. **Sol·licitud:** el document per fer la sol·licitud es pot demanar als serveis socials del districte, municipi o consell comarcal i als punts d'atenció ciutadana de la Generalitat de Catalunya. S'ha d'omplir el formulari corresponent i presentar la documentació que es demani.
2. **Valoració:** l'equip de professionals del servei de valoració de la dependència avaluaran a la persona, tenint en compte un barem de valoració de la dependència (BVD) i a partir de l'observació de la persona, preguntes directes a ella mateixa o als seus familiars i els informes mèdics. Els equips de valoració es poden desplaçar al domicili de la persona sol·licitant.
3. **Resolució de grau i nivell:** una comissió de valoració reconeix el grau de dependència de la persona. El grau de dependència pot ser revisat si hi ha canvis en la situació de la persona beneficiària, com per exemple si experimenta una millora o si empitjora.
4. **Proposta Programa Individual d'Atenció (PIA):** un cop reconeguda la situació de dependència, els serveis socials del municipi o comarca es desplacen al domicili de la persona per establir el Programa Individual d'Atenció (PIA). Aquest programa determina els serveis i/o ajudes econòmiques a què té dret, d'acord amb el seu grau i nivell de dependència, entorn social i recursos econòmics. Durant tot el procés es té en compte l'opinió de la persona sol·licitant, que pot escollir entre les alternatives proposades.



### **Beneficiaris de la Llei de promoció de l'autonomia personal per a persones dependents: estadístiques**

Segons dades de l'IMSEERSO d'agost de 2019, sobre beneficiaris de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, 1.350.849 persones tenen reconeguda la prestació i 1.093.062 la reben, de manera que 257.787 persones resten fora del sistema, esperant l'assignació d'una ajuda. D'aquestes, 106.291 són persones amb graus III i II de dependència pendents de rebre una prestació. Respecte a l'edat de les persones beneficiàries, el 72,45% té 65 anys o més. En concret, un 18,21% té una edat compresa entre els 65 i els 79 anys, mentre que un 54,24% té 80 anys o més.

## **2.3.1 El barem de valoració de la dependència**

El barem de valoració de la dependència (**BVD**) permet determinar les situacions de dependència i el seu grau de severitat als efectes de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

El BVD és aplicable en qualsevol situació de discapacitat i en qualsevol edat a partir dels 3 anys. L'escala de valoració específica (**EVE**) s'aplica als infants menors d'aquesta edat.

L'aplicació del BVD es porta a terme utilitzant quatre procediments per obtenir la informació:

- Els informes de salut i de l'entorn de la persona que s'ha de valorar.
- L'entrevista.
- L'observació i la comprovació directa.
- L'aplicació de proves en un context estructurat.

El BVD proposa valorar la realització de diferents activitats desglossades en diferents tasques, que són les que es presenten a continuació:

#### **Activitats i tasques incloses en el BVD**

##### **1. Menjar i beure:**

- Reconèixer i/o agafar els aliments servits.
- Tallar o partir el menjar en trossos.
- Fer servir coberts per portar el menjar a la boca.
- Apropar-se el recipient de beguda a la boca.

##### **2. Higiene personal relacionada amb la micció i defecació:**

- Acudir a un lloc adequat.
- Manipular la roba.
- Adoptar o abandonar la postura adequada.
- Netejar-se.

##### **3. Rentar-se:**

- Obrir i tancar aixetes.
- Rentar-se les mans.
- Accedir a la banyera, dutxa o similar.
- Rentar-se la part inferior del cos.
- Rentar-se la part superior del cos.

#### 4. **Altres atencions corporals:**

- Pentinar-se.
- Tallar-se les ungles.
- Rentar-se el cabell.
- Rentar-se les dents.

#### 5. **Vestir-se:**

- Reconèixer i agafar la roba i el calçat.
- Calçar-se.
- Cordar-se botons o similar.
- Vestir-se amb les peces de la part inferior del cos.
- Vestir-se amb les peces de la part superior del cos.

#### 6. **Manteniment de la salut:**

- Sol·licitar assistència terapèutica.
- Aplicar-se les mesures terapèutiques recomanades.
- Evitar situacions de risc dins del domicili.
- Evitar situacions de risc fora del domicili.
- Demanar ajuda davant una urgència.

#### 7. **Canviar i mantenir la posició del cos:**

- Canviar d'estirat a assegut al llit.
- Mantenir-se assegut.
- Canviar d'assegut en una cadira a estar dret.
- Mantenir-se dret.
- Canviar d'estar dret a assegut en una cadira.
- Transferir el propi cos mentre s'està assegut.
- Transferir el propi cos mentre s'està ajagut.
- Canviar el centre de gravetat del cos mentre s'està ajagut.

#### 8. **Desplaçar-se dins de la llar:**

- Fer desplaçaments per vestir-se.
- Fer desplaçaments per menjar.
- Fer desplaçaments per rentar-se.
- Fer desplaçaments no vinculats a l'autocura.
- Fer desplaçaments entre estances no comunes.
- Accedir a totes les estances comunes de la llar.

#### 9. **Desplaçar-se fora de la llar:**

- Accedir a l'exterior.
- Fer desplaçaments al voltant de l'edifici.
- Fer desplaçaments pròxims en entorns coneguts.
- Fer desplaçaments pròxims en entorns desconeguts.
- Fer desplaçaments llunyans en entorns coneguts.

- Fer desplaçaments llunyans en entorns desconeguts.

#### 10. Tasques domèstiques:

- Preparar menjar.
- Anar a comprar.
- Netejar i cuidar l'habitatge.
- Rentar i cuidar la roba.

#### 11. Prendre decisions:

- Decidir sobre l'alimentació quotidiana.
- Dirigir els hàbits d'higiene personal.
- Planificar els desplaçaments fora de la llar.
- Orientar les seves relacions interpersonals amb persones conegudes.
- Orientar les seves relacions interpersonals amb persones desconegudes.
- Gestionar els diners del pressupost quotidià.
- Disposar del seu temps i les seves activitats quotidianes.
- Resoldre l'ús de serveis a disposició del públic.

En totes les tasques s'ha d'identificar el **nivell d'acompliment**, que pot ser:

- Acompliment positiu: quan la persona valorada sigui capaç de desenvolupar, per si mateixa i adequadament, la tasca en el seu entorn habitual.
- Acompliment negatiu: quan quedi demostrat que la persona valorada requereix el suport indispensable d'una altra o altres persones per portar a terme, d'una forma adequada, la tasca en el seu entorn habitual, o bé que no és capaç de realitzar-la de cap manera.
- Acompliment no aplicable: quan correspongui així per indicació expressa de la taula d'aplicació.

En les tasques en què es presenti dependència s'ha d'establir el **tipus** i la **frequència** del suport d'una altra o altres persones.

En relació amb el suport, cal identificar el **tipus de suport** que necessita la persona valorada per a la realització adequada de la tasca; per exemple, pot ser:

- Supervisió: comporta l'estimulació verbal o gestual a la persona valorada mentre aquesta executa per si mateixa la tasca a fi que la desenvolupi adequadament, així com l'orientació en la presa de decisions.
- Física parcial: comprèn la col·laboració física amb la persona valorada en l'execució parcial o completa de la tasca. Aquesta inclou la preparació d'elements necessaris per a la realització de la tasca per si mateixa.
- Substitució màxima: comporta que la persona valorada no pot executar per si mateixa la tasca completa de cap manera.

- Suport especial: quan a part dels suports abans esmentats cal un suport especial per donar resposta a situacions especials, com sordceguesa o obesitat mòrbida, entre altres.

Pel que fa a la **frequència de suport**, pot ser:

- Gairebé mai: 0-4 %.
- De vegades: 5-24 %.
- Força vegades: 25-49 %.
- La major part de les vegades: 50-95 %.
- Sempre.

La **determinació del grau i nivell** oficial de dependència s'obté a partir de la puntuació final obtinguda en el BVD d'acord amb l'escala de la taula 2.2:

**TAULA 2.2.** Escala de puntuació obtinguda en el BVD

Nre. de punts	Grau corresponent
De 0 a 24 punts	Sense grau reconegut
De 25 a 39 punts	Grau I nivell 1
De 40 a 49 punts	Grau I nivell 2
De 50 a 64 punts	Grau II nivell 1
De 65 a 74 punts	Grau II nivell 2
De 75 a 89 punts	Grau III nivell 1
De 90 a 100 punts	Grau III nivell 2

A part del barem de valoració de la dependència (BVD) existeixen altres escales que permeten centrar-se en diferents aspectes de la persona; per exemple, les capacitats cognitives, la memòria, l'àmbit més funcional, l'estat emocional o l'autodeterminació.

En la taula 2.3 veureu un exemple de **diferents escales** existents.

**TAULA 2.3.** Classificació de diferents escales estandarditzades

Àrea a valorar	Escales
Cognitiva	Miniexamen cognitiu de Lobo SPMSQ de Pfeiffer Escala d'incapacitat psíquica de Creu Roja Test de la torre de Londres Test del rellotge
Funcional	Índex de Katz Índex de Barthel Escala de Lawton i Brody Escala d'incapacitat física de Creu Roja
Relacions socials	Qüestionari de suport social funcional de Duke-UNC de relacions amb l'entorn
Estat emocional	Depressió de Hamilton Depressió geriàtrica de Yesavage
Autodeterminació	Escala Arc-INICO d'avaluació de l'autodeterminació

Aquestes escales es poden utilitzar per complementar la valoració de les persones en situació de dependència i també s'apliquen en molts centres d'atenció a les

persones en situació de dependència per tal de conèixer millor la situació de cada persona, les seves necessitats i les seves potencialitats.

### 2.3.2 Escales de valoració cognitiva

Les escales de valoració cognitiva permeten detectar la **presència i l'evolució de les malalties** que comporten demència, així com valorar el nivell d'autodeterminació de les persones. Són de gran importància per veure el nivell d'afectació en els processos cognitius bàsics, com l'atenció, la memòria, el raonament... N' existeixen de molts tipus, i els més destacats són el minixamen cognitiu (MEC) de Lobo i el SPMSQ de Pfeiffer.

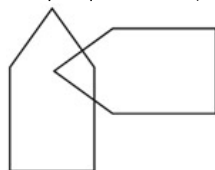
#### Minixamen cognitiu (MEC) de Lobo

El MEC de Lobo és la versió adaptada i revisada a les característiques de la població espanyola del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folsten. S'utilitza per detectar i avaluar la progressió del trastorn cognitiu associat a malalties neurodegeneratives com la d'Alzheimer.

És un test senzill que es pot aplicar en 5 o 10 minuts. Avalua **5 àrees cognitives**: orientació, fixació, concentració i càlcul, memòria i llenguatge, com es pot veure en la taula 2.4.

TAULA 2.4. Minixamen cognitiu (MEC) de Lobo

Àrea cognitiva	Exercici	Puntuació
1. Orientació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Digui'm el: dia.... data .... mes..... estació.... any...." (5 punts)</li> <li>• "Digui'm el: lloc ... planta ..... ciutat..... província... país.... " (5 punts)</li> </ul>	...
2. Fixació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Repeteixi aquestes tres paraules: bicicleta, cullera, poma" (repetir-les lentament fins que les aprengui) (3 punts)</li> </ul>	...
3. Concentració i càlcul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Si té 30 euros i me'ls va donant de 3 en 3, quants n'hi van quedant?" (5 punts)</li> <li>• "Repeteixi aquests nombres: 5 - 9 - 2" (fins que se'ls aprengui) "Ara cap enrere" (3 punts)</li> </ul>	...
4. Memòria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Recordi les tres paraules que li he dit abans" (3 punts)</li> </ul>	...
5. Llenguatge i construcció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar un bolígraf: "Què és això?". Repetir la mateixa pregunta mostrant un rellotge (2 punts)</li> <li>• "Repeteixi aquesta frase: Ni sí, ni no, ni però" (1 punt)</li> <li>• "Una poma i una pera són fruites, oi? Què són el vermell i el verd? Què són un gos i un gat?" (2 punts)</li> <li>• "Agafi aquest paper amb la mà dreta, plegui'l i posi'l damunt la taula" (3 punts)</li> <li>• "Llegeixi això i faci el que diu: <i>Tanqui els ulls</i>" (1 punt)</li> <li>• "Escrigui una frase" (1 punt)</li> <li>• "Copïï aquest dibuix" (1 punt)</li> </ul>	...
Puntuació total	...	...



Cada àrea té una puntuació. La puntuació màxima és de 35 punts, i es considera que hi ha deteriorament cognitiu si la puntuació final surt per sota de 23 punts, com es pot veure en la següent taula [2.5](#)

**TAULA 2.5.** Valoració del test MEC

Puntuació	Resultat
<b>Adults majors de 65 anys</b>	
24 o més	No hi ha deteriorament mental
23 o menys	Deteriorament mental
18 o menys	Deteriorament mental greu
Entre 9 i 27	Valorar una possible depressió
<b>Adults menors de 65 anys</b>	
28 o més	No hi ha deteriorament mental
27 o menys	Deteriorament mental

### SPMSQ de Pfeiffer

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer és un qüestionari de només 10 preguntes molt breu i senzill de contestar (vegeu la taula [2.6](#)).

**TAULA 2.6.** Qüestionari SPMSQ de Pfeiffer

Preguntes	Respostes	Errors
1. Quina data és avui? (dia, mes i any)	...	...
2. Quin dia de la setmana és avui?	...	...
3. On som ara? (val qualsevol descripció correcta del lloc)	...	...
4. Quin és el seu número de telèfon? (si no té telèfon, es pregunta: Quina és la seva adreça completa?)	...	...
5. Quants anys té?	...	...
6. Quina és la data del seu naixement? (dia, mes, any)	...	...
7. Com es diu el president del Govern?	...	...
8. Com es deia l'anterior president del Govern?	...	...
9. Quin és el primer cognom de la seva mare?	...	...
10. Resti de 3 en 3 des del número 20 fins a arribar a 0.	...	...
<b>Puntuació total</b>	...	...

En funció del nombre d'errors comesos, com es pot veure en la taula [2.7](#), es pot determinar si hi ha deteriorament cognitiu o no. En el cas de persones que tenen un nivell educatiu baix (estudis elementals) s'admet un error més per a cada categoria, i si el nivell educatiu és alt (estudis universitaris) s'admet un error menys.

**TAULA 2.7.** Puntuació SPMSQ de Pfeiffer

Errors	Resultats
0-2	Valoració cognitiva normal
3-4	Deteriorament lleu
5-7	Deteriorament moderat
8-10	Deteriorament sever

## Escala d'incapacitat psíquica de la Creu Roja

Les escales de la Creu Roja van ser molt utilitzades al nostre país fins als anys vuitanta i noranta, quan van aparèixer traduccions al castellà de les escales americanes. És molt fàcil i ràpida d'aplicar. Es pregunta a la persona en situació de dependència o al seu cuidador sobre l'estat psicològic. L'avaluador ha de classificar el grau de deteriorament que presenta la persona (vegeu la taula 2.8).

**TAULA 2.8.** Escala d'incapacitat psíquica de la Creu Roja

Graus	Descripció
Grau 0	Totalment normal.
Grau 1	Presenta alguns aspectes estranys, lleugers trastorns de desorientació en el temps. Es pot parlar amb ell amb lògica i coherència.
Grau 2	Desorientació en el temps. La conversa és possible, però no perfecta. Coneix bé les persones, tot i que a vegades oblidí alguna cosa. Trastorns de caràcter, sobretot si es disgusta. Incontinència ocasional.
Grau 3	Desorientació. Impossible mantenir una conversa lògica. Confon les persones. Clars trastorns de l'humor. Fa coses que no semblen explicables a vegades o temporalment. Incontinència freqüent.
Grau 4	Desorientació. Clares alteracions mentals que la família o el metge han etiquetat ja de demència. Incontinència habitual o total.
Grau 5	Demència senil total, amb desorientació de les persones. Vida vegetativa agressiva o no. Incontinència total.

## Test de la torre de Londres

El test ToL (Tower of London) permet avaluar la capacitat de planificació executiva. Es pot administrar en quinze minuts, però necessita cert material de suport, com es pot veure en la figura 2.2.

**FIGURA 2.2.** Torre de Londres



Per passar el test es necessita una taula amb tres pals d'alçada descendent i tres boles de colors (vermella, verda i blava) perforades. La tasca consisteix a fer en la taula el model que se li exposa amb el menor nombre possible de moviments i tenint en compte dues regles:

1. Només es pot moure una bola cada vegada.
2. No es poden posar més boles de les que pot aguantar cada pal.

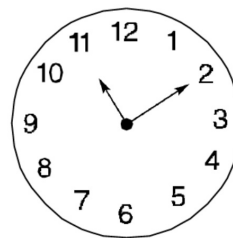
Hi ha un límit de 20 moviments per a cada assaig, i el temps que es deixa per a cada disseny és de 2 minuts. En cada assaig s'anota el temps d'execució, el nombre de moviments realitzats i el nombre de vegades que no s'han complert les regles.

### Test del rellotge

Aquest test es va dissenyar per valorar funcions visuoespacials, però també permet examinar el deteriorament cognitiu, ja que valora el funcionament cognitiu global. És un test senzill que es pot aplicar en cinc minuts, i el fet de ser analfabet no suposa un biaix. No és sensible per detectar una demència lleu.

Es demana a la persona que dibuixi l'esfera d'un rellotge amb les dotze hores i les manetes del rellotge que senyalin les onze i deu minuts, tal com es mostra en la figura 2.3.

FIGURA 2.3. Test del rellotge



La puntuació que s'obté és la que es presenta en la taula 2.9. Si s'obté una puntuació entre 0 i 6 se suposa que hi ha un deteriorament cognitiu.

TAULA 2.9. Puntuació del test del rellotge

Resposta	Puntuació
Col·loca el 12 a la part superior	3 punts
Dibuixa les agulles del rellotge	2 punts
Posa els 12 números	2 punts
Posa l'hora correcta (11:10)	2 punts

### 2.3.3 Escales de valoració funcional: escales de valoració de les activitats de la vida diària

Les escales de valoració funcional permeten avaluar la competència en les habilitats de la vida diària. Per exemple, l'índex de Katz i el de Barthel se centren en les activitats bàsiques de la vida diària, i l'escala de Lawton i Brody avalua les activitats instrumentals de la vida diària.



## Índex de Katz d'independència en les activitats de la vida diària

Valora en quina mesura les persones són dependents o independents en sis activitats de la vida diària: neteja, vestit, ús del vàter, mobilitat, continència i alimentació (vegeu la taula 2.10). Entén per independència que l'activitat es porti a terme sense supervisió, direcció ni ajuda de cap persona activa, amb algunes excepcions que es descriuen. Es basa en l'estat actual i no en la capacitat de poder realitzar-les.

**TAULA 2.10.** Índex de Katz d'independència en les AVD

Activitat de la vida diària	Independent	Dependent
<b>Banyar-se</b> (amb esponja, dutxa o banyera)	Necessita ajuda per rentar-se una sola part (com l'esquena o una extremitat incapacitada) o es banya completament sense ajuda.	Necessita ajuda per rentar-se més d'una part del cos, per sortir i entrar a la banyera, o no es renta sol.
<b>Vestir-se</b>	Agafa la roba, se la posa, es posa complements i abrics i utilitza cremalleres (s'exclou lligar-se les sabates).	No es vesteix sol o queda parcialment vestit.
<b>Ús del vàter</b>	Accedeix al vàter, hi entra i en surt, es neteja els òrgans excretors i s'arregla la roba (pot utilitzar o no suports mecànics).	Utilitza orinal o necessita ajuda per accedir al vàter i utilitzar-lo.
<b>Mobilitat</b>	Entra i surt del llit i s'asseu i s'aixeca de la cadira sol (pot utilitzar o no suports mecànics)	Necessita ajuda per utilitzar el llit i/o la cadira; no es desplaça.
<b>Continència</b>	Controla completament la micció i la defecació.	Incontinència urinària o fecal parcial o total.
<b>Alimentació</b>	Porta el menjar del plat a la boca (s'exclou tallar la carn, untar la mantega o similar).	Necessita ajuda per alimentar-se, no menja en absolut o requereix nutrició parenteral.

L'índex de Katz classifica en **8 grups** les persones en situació de dependència:

- A. Independent en alimentació, continència, mobilitat, ús del vàter i banyar-se.
- B. Independent per a totes les funcions anteriors excepte una.
- C. Independent per a totes excepte banyar-se i una altra funció addicional.
- D. Independent per a totes excepte banyar-se, vestir-se i una altra funció addicional.
- E. Independent per a totes excepte banyar-se, vestir-se, ús del vàter i una altra funció addicional.
- F. Independent per a totes excepte banyar-se, vestir-se, ús del vàter, mobilitat i una altra funció addicional.
- G. Dependent en les sis funcions.
- H. Dependent en almenys dues funcions, però no classificable com C, D, E o F.

## Índex de Barthel

Permet detectar 15 activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), ordenades en dos índexs: l'autocura i la mobilitat. Cal sumar-hi la puntuació obtinguda en la realització de cada tasca, segons si es fa amb independència, amb ajuda o no es fa (vegeu la taula 2.11).

TAULA 2.11. Índex de Barthel, modificació de Granger i altres

Índex d'autocura	Independència	Amb ajuda	Dependència
1. Beure d'un got	4	0	0
2. Menjar	6	0	0
3. Vestir-se de cintura cap amunt	5	3	0
4. Vestir-se de cintura cap avall	7	4	0
5. Col·locar-se una pròtesi o aparell ortopèdic	0	-2	0
6. Arreglar-se (pentinar-se, maquillar-se, afaitar-se...)	5	0	0
7. Rentar-se o banyar-se	6	0	0
8. Controlar l'orina	10	5	0
9. Controlar la femta	10	5	0
Índex de mobilitat	Independència	Amb ajuda	Dependència
10. Asseure's a la cadira i aixecar-se'n	15	7	0
11. Asseure's al vàter i aixecar-se'n	6	3	0
12. Entrar i sortir de la dutxa	1	0	0
13. Caminar 50 metres sense desnivell	15	7	0
14. Pujar i baixar un tram d'escales	10	5	0
15. Si no camina: moure la cadira de rodes	5	0	0

En finalitzar s'ha de sumar la puntuació obtinguda, que s'interpreta en funció dels següents valors:

- 0-20: Dependència total.
- 21-60: Dependència severa.
- 61-90: Dependència moderada.
- 91-99: Dependència lleu.
- 100: Independència.

## Índex de Lawton i Brody

Valora vuit activitats instrumentals de la vida diària. La màxima dependència s'obté amb l'obtenció de zero punts, i 8 punts representaria una independència total. A continuació podeu veure amb detall els aspectes que s'avaluen i, entre parèntesis, els punts corresponents:

**Escala de Lawton i Brody d'activitats instrumentals de la vida diària****A. Capacitat per utilitzar el telèfon:**

- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia. (1)
- És capaç de marcar bé alguns números familiars. (1)
- És capaç de contestar al telèfon, però no de marcar. (1)
- No és capaç d'utilitzar el telèfon. (0)

**B. Anar a comprar**

- Fa totes les compres necessàries de manera independent. (1)
- Fa petites compres de manera independent. (0)
- Necessita anar acompanyat per fer qualsevol compra. (0)
- És totalment incapaç d'anar a comprar. (0)

**C. Preparació dels àpats.**

- Organitza, prepara i serveix els àpats per si mateix/a de manera adequada. (1)
- Prepara adequadament els àpats si se li proporcionen els ingredients. (0)
- Prepara, escalfa i serveix els àpats, però no segueix una dieta adequada. (0)
- Necessita que li preparin i serveixin els àpats. (0)

**D. Cura de la llar:**

- Manté la llar sol/a o amb ajuda ocasional (per a feines pesades). (1)
- Fa tasques domèstiques lleugeres, com rentar plats o fer els llits. (1)
- Fa tasques domèstiques lleugeres, però no pot mantenir un nivell adequat de neteja. (1)
- Necessita ajuda en totes les feines de la llar. (1)
- No participa en cap feina de la llar. (0)

**E. Neteja de la roba.**

- Rentar per si mateix/a tota la seva roba. (1)
- Rentar per si mateix/a només peces petites. (1)
- Tota la neteja de roba l'ha de fer una altra persona. (0)

**F. Ús de mitjans de transport.**

- Viaja sol/a en transport públic o condueix el seu propi cotxe. (1)
- És capaç d'agafar un taxi, però no utilitza cap altre mitjà de transport. (1)
- Viaja en transport públic quan va acompanyat per una altra persona. (1)
- Només utilitza el taxi o l'automòbil amb ajuda d'altres. (0)

- No viatja. (0)

#### G. Responsabilitat respecte a la seva medicació

- És capaç de prendre's la medicació a l'hora i en la dosi correcta. (1)
- Es pren la medicació si se li prepara la dosi prèviament. (0)
- No és capaç d'administrar-se la seva medicació. (0)

#### H. Gestió d'afers econòmics

- S'encarrega dels afers econòmics per si mateix/a. (1)
- Fa les compres de cada dia, però necessita ajuda en les grans compres, per anar al banc...(1)
- És incapaç de gestionar els diners. (0)

### Escala d'incapacitat física de la Creu Roja

És una escala molt senzilla d'aplicar i permet classificar la capacitat d'autocura en 6 graus, de 0 a 5, des de la independència (0) fins a la incapacitat total (5). La persona que avalua pregunta a la persona en situació de dependència o al seu cuidador. Es pot aplicar en poc més d'un minut. Cal tenir en compte que no permet observar el canvi d'un nivell a l'altre amb tanta precisió com altres escales (vegeu la taula 2.12).

TAULA 2.12. Escala d'incapacitat física de la Creu Roja

Nivells	Descripció
Nivell 0	Es val totalment per si mateix, camina amb normalitat.
Nivell 1	Desenvolupa suficientment les activitats de la vida diària. Deambula amb alguna dificultat. Continència total.
Nivell 2	Té alguna dificultat en els actes diaris, per la qual cosa de vegades necessita ajuda. Deambula amb ajuda de bastó o similar. Continència total o incontinència esporàdica.
Nivell 3	Greu dificultat en les activitats de la vida diària. Deambula amb dificultats amb l'ajuda de com a mínim una persona. Incontinència ocasional.
Nivell 4	Necessita ajuda per a gairebé tots els actes. Deambula amb extrema dificultat amb l'ajuda de dues persones. Incontinència habitual.
Nivell 5	Immobilitzat al llit o al sofà. Incontinència total. Necessita cures d'infermeria contínues.

### 2.3.4 Escales de valoració de les relacions socials amb l'entorn

Una de les escales de valoració de les relacions socials és el qüestionari de suport social funcional de Duke-UNC. Es tracta d'un qüestionari que s'autoadministra i que consta d'11 ítems que s'han de valorar en una escala d'1 ("molt menys del que desitjo") a 5 ("tant com desitjo"). La puntuació obtinguda representa el suport

percebut, no el real. Una puntuació igual o menor a 32 indica la percepció d'un suport normal, i una puntuació menor indica la percepció de poc suport social.

A la persona se li exposa una llista de coses que altres persones fan per a ella, com es pot veure en la taula 2.13, i se li demana que triï la resposta que millor reflecteixi la seva situació.

**TAULA 2.13.** Qüestionari Duke-UNC

Acció	Molt menys del que desitjo	Menys del que desitjo	Ni molt ni poc	Quasi com desitjo	Tant com desitjo
	1	2	3	4	5
1. Rebo visites dels meus amics i familiars.					
2. Rebo ajuda en els assumptes relacionats amb la meva llar.					
3. Rebo elogis i reconeixements quan faig bé la meva feina.					
4. Compto amb persones que es preocupen del que em passa.					
5. Rebo amor i afecte.					
6. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes a la feina o a casa.					
7. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars.					
8. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics.					
9. Rebo invitacions per distreure'm i sortir amb altres persones.					
10. Rebo consells útils quan em passa algun esdeveniment important a la meva vida.					
11. Rebo ajuda quan estic malalt al llit.					
Puntuació total.					

### 2.3.5 Escales de valoració de l'estat emocional

Dins de la valoració de l'estat emocional de les persones, la depressió és un dels trastorns mentals amb més prevalença, i per aquest motiu destaquem l'escala de depressió de Hamilton i l'escala de depressió geriàtrica.

#### Depressió de Hamilton

Aquesta escala permet avaluar l'estat de depressió d'una persona. Hi ha una versió reduïda que valora 17 aspectes; cadascun té entre tres i cinc possibles respostes, amb una puntuació de 0-2 o de 2-4 punts. La puntuació total va de 0 a 52, i dins d'aquesta escala destaca:

- No deprimit: 0-7
- Depressió lleugera o menor: 8-13
- Depressió moderada: 14-18
- Depressió severa: 19-22
- Depressió molt severa o major: 23-52

A continuació s'il·lustren sis dels 17 aspectes que componen el qüestionari:

**Escala de depressió de Hamilton (selecció)**

**A. Humor depressiu (tristesa, desesperança, desemparament, sentiment d'inutilitat):**

- 0. Absent.
- 1. Aquestes sensacions les expressa només si li pregunten sobre com se sent.
- 2. Aquestes sensacions les relata espontàniament.
- 3. Aquestes sensacions no es comuniquen verbalment, sinó per l'expressió facial, la postura, la veu, la tendència al plor.
- 4. Manifesta aquestes sensacions en la seva comunicació verbal i no verbal de manera espontània.

**B. Sentiment de culpa:**

- 0. Absent.
- 1. Es culpa a si mateix, creu haver decebut la gent.
- 2. Té idees de culpabilitat o medita sobre errors passats o males accions.
- 3. Sent que la malaltia actual és un càstig.
- 4. Sent veus acusatòries o de denúncia i/o experimenta al·lucinacions visuals d'amenaça.

**C. Suïcidi:**

- 0. Absent.
- 1. Li sembla que la vida no val la pena de ser viscuda.
- 2. Desitjaria estar mort o té pensament sobre la possibilitat de morir-se.
- 3. Idees o amenaces de suïcidi.
- 4. Intents de suïcidi (qualsevol intent seriós).

**D. Insomni precoç:**

- 0. No té dificultat.
- 1. Dificultat ocasional per dormir, per exemple més de mitja hora per agafar el son.
- 2. Dificultat per dormir cada nit.

**G. Treball i activitats:**

- 0. No hi ha dificultat.
- 1. Idees i sentiments d'incapacitat, fatiga o debilitat (treballs, passatemp).
- 2. Pèrdua d'interès en la seva activitat (disminució de l'atenció, indecisió i vacil·lació).
- 3. Disminució del temps actual dedicat a activitats o disminució de la productivitat.
- 4. Va deixar de treballar per la malaltia. Només es compromet en les petites tasques, o no pot realitzar-les sense ajuda.

#### I. Agitació psicomotora:

- 0. Inexistent.
- 1. Juga amb els dits.
- 2. Juga amb les mans, els cabells...
- 3. No pot quedar-se quiet ni estar assegut.
- 4. Retorça les mans, es mossega les ungles, s'estira els cabells, es mossega els llavis.

## Depressió geriàtrica de Yesavage

Aquesta escala permet valorar si una persona més gran de 65 anys està en risc de depressió o bé si està deprimida. Conté quinze preguntes, com es pot veure en la taula 2.14.

**TAULA 2.14.** Escala de depressió geriàtrica de Yesavage

Preguntes	Sí	No
Està bàsicament satisfet amb la seva vida?	...	...
Ha renunciat a moltes de les seves activitats i passatemp?	...	...
Sent que la seva vida està buida?	...	...
Es troba avorrit sovint?	...	...
Està de bon humor (optimista, amb bon ànim) la major part del temps?	...	...
Té pot que li passi alguna cosa dolenta?	...	...
Se sent feliç la major part del temps?	...	...
Se sent sovint sense esperança?	...	...
Prefereix quedar-se a casa més que sortir a fer coses noves?	...	...
Pensa que té més dificultats de memòria que la majoria?	...	...
Creu que és meravellós estar viu?	...	...
Pensa que no val per a res tal com està ara?	...	...
Pensa que la seva situació és desesperada?	...	...
Se sent ple d'energia?	...	...
Creu que la majoria de la gent està millor que vostè?	...	...

Les respostes correctes són afirmatives en els ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 i 15, i negatives en els ítems 1, 5, 7, 11 i 14. Cada resposta errònia puntua 1. El resultat s'interpreta així:

- Puntuació de 0 a 5: normalitat
- Puntuació de 6 a 10: depressió moderada
- Puntuació de 10 o més punts: depressió severa

### 2.3.6 Escala de valoració de l'autodeterminació

En els darrers anys, l'autodeterminació en les persones amb diversitat funcional està prenent més força en la mesura que es vol promoure la qualitat de vida de les persones ateses, partint de la seva autodeterminació i prioritzant suports individualitzats per fer-ho.

Recentment, l'Institut Universitari d'Integració a la Comunitat ha elaborat l'escala ARC\_INICO per a l'avaluació de l'autodeterminació, que permet recollir informació sobre els factors que afecten l'autodeterminació d'adolescents i joves amb diversitat funcional intel·lectual.

#### Escala ARC-INICO d'autodeterminació

En la taula 2.15 podeu veure una breu selecció de l'escala de la secció d'autonomia.

**TAULA 2.15.** Escala ARC-INICO (secció 1 autonomia)

Afirmació	No ho faig mai, encara que tingui l'oportunitat	Ho faig a vegades quan tinc l'oportunitat	Ho faig sempre que tinc l'oportunitat
1. Jo mateix preparo algun dels meus àpats (per exemple, l'esmorzar, entrepans...)	...	...	...
2. Tinc cura de la meva roba	...	...	...
3. Faig algunes tasques de la llar	...	...	...
4. Endrego les meves coses	...	...	...
5. Si em fa mal alguna part del cos o m'he fet una ferida sé què he de fer per resoldre-ho.	...	...	...
6. Tinc cura de la meva imatge i la meva higiene personal.	...	...	...
7. Utilitzo el transport públic (autobús, metro...)	...	...	...
8. Quan vaig a botigues o bars jo mateix demano el que vull prendre.	...	...	...
9. Quan quedo amb els meus amics sé on he quedat i arribo puntual.	...	...	...
10. Els caps de setmana faig activitats que m'agraden	...	...	...
11. Participo en activitats organitzades per l'escola (excursions, trobades esportives...)	...	...	...
12. Escric cartes, SMS i correus electrònics, i truco per telèfon als meus amics i familiars.	...	...	...



Aquesta escala ofereix informació sobre el nivell d'autodeterminació dels estudiants d'entre 11 i 19 anys amb diversitat funcional intel·lectual. La componen 61 ítems distribuïts en quatre seccions:

- **Autonomia:** entesa com a independència funcional i capacitat per actuar i elegir a partir de preferències en diferents contextos.
- **Autoregulació:** avalua la capacitat de planificació i d'establir-se metes i la gestió d'estratègies d'autogestió personal, com l'autoavaluació.
- **Apoderament:** té en compte les expectatives de control i eficàcia i l'expressió de conductes d'autodefensa i autorepresentació.
- **Autoconeixement:** analitza el coneixement que es té de les pròpies capacitats i limitacions, així com la valoració personal que es fa d'un mateix.

Un cop corregida l'escala, s'obté una puntuació; com més elevada és, major nivell d'autodeterminació es presenta.

## 2.4 Promoció de l'autonomia personal

L'autonomia personal és la capacitat que té una persona per controlar, afrontar i prendre decisions personals, per si mateixa, sobre la manera com vol viure d'acord amb les normes i preferències pròpies, la manera de sentir-se realitzada (sent agent actiu del seu projecte de vida) i la capacitat de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària.

Per promoure l'autonomia personal i millorar la qualitat de vida de les persones serà de gran importància l'adquisició i el desenvolupament d'**habilitats d'autonomia personal**, a través d'activitats d'estimulació cognitiva o de manteniment de les capacitats físiques, amb productes de suport que faciliten les activitats diàries i ajuden a superar barreres físiques, arquitectòniques o d'accessibilitat.

Les habilitats d'autonomia personal engloben tots els comportaments que preparen la persona per funcionar en tot allò relacionat amb la vida diària, i per tant ofereixen un major grau d'independència. Podríem dir que és el conjunt d'habilitats conceptuals, socials i pràctiques apreses que permeten ser més autosuficients.

### Exemple d'habilitats d'autonomia personal

Les habilitats d'autonomia personal es poden classificar en diferents grups. Segons la seva complexitat i seguint la graduació de les activitats bàsiques de la vida diària, les activitats de la vida diària instrumentals i les activitats de la vida diària avançades, una proposta és la següent:

- **Habilitats de la salut i seguretat, autocura i aparença:** inclou habilitats relacionades amb el manteniment de la salut i la seguretat, com curar ferides, demanar auxili, neteja personal i les habilitats per cuidar i conservar el propi cos i el lloc on vivim.

- **Habilitats domèstiques o de vida a la llar:** comprèn les habilitats relacionades amb la gestió de la llar, com ara la neteja d'aquesta, la cura de la roba, reparacions, cuinar, la gestió del pressupost, comprar...
- **Habilitats d'orientació i mobilitat:** saber-se ubicar en l'espai i el temps, saber arribar als llocs, planificar rutes...
- **Habilitats d'utilització i relació amb la comunitat:** relacionades amb la utilització adequada del transport públic, comprar en botigues, utilitzar recursos públics com biblioteques, participar en festes...
- **Habilitats de comunicació i socials:** les primeres fan referència a la transmissió i recepció d'informació, sigui oral, escrita o gestual, i les segones, a la qualitat de les relacions socials amb l'entorn, amb habilitats bàsiques com saber iniciar una conversa, saber donar les gràcies o demanar un favor i d'altres que permeten fer front a l'estrès, expressar les pròpies emocions o saber resoldre conflictes.
- **Habilitats acadèmiques funcionals i de treball:** les habilitats cognitives i altres habilitats relacionades amb els aprenentatges escolars, però amb aplicació directa a la vida, i habilitats com realitzar i finalitzar les tasques laborals, respectar l'horari, saber buscar ajuda, rebre crítiques...
- **Oci i temps lliure:** totes les habilitats i tots els interessos d'oci i temps lliure que mantenen la persona activa.
- **Autodirecció:** habilitats relacionades amb el fet de fer eleccions, aprendre a seguir un horari, desenvolupar activitats adequades als llocs, resoldre problemes en situacions familiars noves, saber defensar-se o tenir una opinió pròpia.

L'objectiu de la promoció de l'autonomia personal és retardar al màxim l'aparició de situacions de dependència que a la llarga poden derivar en la institucionalització de les persones dependents en un centre residencial. Recordem que es considera que una persona té dependència moderada quan necessita ajuda per portar a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària almenys una vegada al dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal.

Un dels primers passos per promoure l'autonomia personal és la **prevenció de la dependència** incidint en la promoció de la salut de tota la població en general. Ara bé, si finalment es dona una situació de dependència la primera atenció que es rep ve generalment de l'entorn familiar; és l'anomenat *suport informal* que duen a terme els cuidadors no formals.

Davant els canvis de la societat actual, amb l'envelliment de la població, la incorporació de la dona al mercat de treball i els canvis en les estructures familiars, va sorgir la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència per tal de garantir l'atenció i la protecció a tot aquest col·lectiu, regulant els *recursos de suport formal*.

#### 2.4.1 Prevenció de la dependència

L'evolució d'una persona, ja sigui a nivell físic o psíquic, abans d'arribar a una situació de dependència acostuma a ser progressiva, quan és fruit de l'envelliment. En aquest cas cal estar atent als canvis que es poden anar succeint, i cal donar

eines a les persones grans i al seu entorn per tal de generar alertes i avançar-se als esdeveniments.

Una de les primeres vies d'acció és a través de la **promoció de la salut**. Les administracions fan campanyes de gran difusió sobre la promoció d'hàbits saludables, com la importància d'una bona alimentació, de fer activitat física amb regularitat, de mantenir una vida activa... En definitiva, de practicar un envelliment actiu per tal de minimitzar els possibles efectes associats amb la salut i l'edat.

Un segon pas important és la **detecció precoç**, és a dir, procurar un diagnòstic i un tractament adequat al més aviat possible. És especialment important en el cas de malalties que, detectades a temps, tenen major possibilitat de recuperació. Però també és important a l'hora de detectar situacions més vulnerables, com pot ser persones que viuen soles, amb pocs recursos econòmics, sense xarxa social... En la taula 2.16 s'enumeren alguns factors físics, psicològics i contextuals que poden ser antecedents i conduir a una situació de dependència. Saber identificar-los pot permetre avançar-se a una possible situació de dependència.

**TAULA 2.16.** Factors antecedents de situacions de dependència

Factors	Aspectes	Descripció
Factors físics	Fragilitat física	El deteriorament del sistema biològic de l'organisme (cardiovascular, respiratori, muscular...) provoca deteriorament de la força física, la mobilitat, l'equilibri, la resistència, etc., que s'associa a una disminució de les activitats de la vida diària.
	Malalties cròniques	Algunes malalties físiques cròniques que es donen en la vellesa, com l'osteoporosi, així com les limitacions sensorials, contribueixen a l'augment de la discapacitat i dependència física.
	Utilització de fàrmacs	L'alta prevalença de malalties entre les persones grans provoca elevats índexs de consum de fàrmacs, que en alguns casos poden comportar efectes secundaris com confusió, deteriorament cognitiu, etc., la qual cosa pot augmentar la dependència física i/o conductual.
Factors psicològics	Trastorns mentals	Alguns trastorns mentals, com la depressió, contribueixen significativament a la dependència. Cal tenir en compte també les demències en general, i l'Alzheimer en concret, ja que en els estadis inicials poden patir depressió.
	Factors de la personalitat	Algunes característiques de la "personalitat dependent" que algunes persones presenten poden augmentar el risc de patir trastorns de salut física i mental, i per tant augmentar la dependència.
Factors contextuals	Ambient físic	Un ambient físic ple d'estímuls, amb el suport de les pròtesis necessàries, que promouguin l'autonomia i la seguretat, contribueixen que les persones en situació de dependència funcionin en uns nivells òptims d'execució. El contrari podria incrementar la dependència conductual.
	Ambient social	L'entorn social, com les interaccions que es donen entre la persona amb dependència i els cuidadors, així com les expectatives o els estereotips sobre la dependència, poden afavorir o, al contrari, prevenir situacions de dependència.

Adaptat de Pinazo, S. (2011), "Autonomia personal y dependencia: bases teóricas y práctica social"

Finalment, davant d'una situació que pot portar a la dependència, com una malaltia o un accident, cal una **intervenció rehabilitadora** global que eviti l'aparició de possibles complicacions i potencii al màxim l'autonomia de la persona. Pot ser el cas de fer rehabilitació per millorar la mobilitat d'alguna part del cos o participar en tallers d'estimulació cognitiva per retardar la pèrdua de memòria.

#### Soledat no volguda

A Espanya, el 2018, més de dos milions de persones més grans de 65 anys vivien soles, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística. D'aquestes, 850.000 tenien més de 80 anys i 662.000 eren dones

## 2.4.2 Suport informal: els cuidadors no formals

Quan una persona en situació de dependència no pot realitzar les activitats de la vida diària autònomament necessita ajuda o suport extern. Segons el programa **Un cuidador. Dues vides**, la família és la font principal d'atenció de les persones que es troben en situació de dependència. En concret, es parla del "cuidador familiar", que són les persones que donen suport a l'entorn familiar de manera immediata.

### Impacte dels cuidadors no formals

S'estima que el 70% de les atencions que reben les persones grans provenen del seu entorn familiar, mentre que només el 30% és proporcionat pels serveis formals i professionals. En el cas de les persones amb diversitat funcional, el 50% dels casos de persones amb discapacitat intel·lectual són ateses pels seus familiars, mentre que per a persones amb discapacitat física també s'arriba al 70% de cuidadors no formals.

En relació amb el perfil de la persona cuidadora familiar o no formal, majoritàriament es tracta de dones amb una relació de parentiu directa, com les dones, les filles o les joves, que normalment conviuen en el mateix domicili. En alguns casos es pot tractar d'homes que han d'atendre les seves parelles o fills que atenen els seus progenitors. En el cas de persones amb diversitat funcional ens trobem un perfil de progenitors d'avançada edat que continuen tenint cura dels seus fills amb discapacitat física o psíquica.

Els cuidadors no formals necessiten el suport i orientacions que, com a tècnics d'atenció a les persones en situació de dependència, els podeu oferir.

### Principals necessitats dels cuidadors no formals

Tenir cura d'un familiar en situació de dependència implica una sobrecàrrega important, sovint difícil de gestionar. S'experimenten canvis a nivell personal, social, laboral i professional, fonamentalment perquè les hores de dedicació són tantes que sovint s'ha de renunciar o reduir les hores de treball productiu, de formació i d'oci. En la taula 2.17 s'exposen les principals dificultats amb les quals es poden trobar les persones cuidadores no formals, i algunes propostes d'intervenció que com a tècnics d'atenció a les persones en situació de dependència cal tenir en compte a l'hora de donar-los suport.

**TAULA 2.17.** Necessitats dels cuidadors no formals

<b>Organització del dia a dia</b>	Organització de les tasques	Cal saber prioritzar les tasques més importants per davant d'altres que poden esperar. És important apuntar en un lloc visible i portar l'agenda al dia de visites mèdiques o a altres especialistes.
	Gestió del temps	Buscar temps per a un mateix, com a mínim dos o tres cops per setmana, i fer coses que a un li agradin. Aprendre a delegar algunes tasques i buscar ajuda o suport en altres persones de l'entorn proper o buscar recursos existents.
<b>Emocional</b>	Pensaments erronis	Sovint apareixen pensaments del tipus "cuidar-lo és la meva obligació", "només ho puc fer jo"... És important identificar-los però també racionalitzar-los, pensant que no podem arribar a tot, no culpar-se per les coses que no es poden controlar...
	Soledat i aïllament	És important prevenir la soledat del cuidador no formal, aquest ha de gaudir d'un temps personal, ha de mantenir les relacions amb amistats o familiars, pot buscar alleujament en grups de suport...
<b>Problemes físics</b>	El cos pot manifestar malestar en forma de fatiga, molèsties digestives, tensió muscular, insomni, ansietat i fins i tot problemes de salut.	És important mantenir una vida activa, caminar diàriament, fer exercicis d'estiraments i de relaxació, evitar esforços físics fent canvis posturals, procurar descansar cada nit, seguir una dieta equilibrada i beure aigua i en el cas que apareguin problemes més severes, acudir al metge.

## Orientacions per als cuidadors no formals

L'objectiu principal dels cuidadors no formals és oferir suport a la persona en situació de dependència amb l'objectiu de potenciar la seva autonomia i allargar el temps d'estada al domicili amb la millor qualitat de vida possible.

En un principi tot els resulta nou, i per aquest motiu un dels primers passos que han de seguir és **informar-se** sobre la situació o la malaltia del familiar que cal atendre i fer una primera previsió de les cures que pot necessitar, com pot evolucionar la malaltia, quins recursos de suport hi ha...

El cuidador no formal sovint serà un suport indispensable per a la persona en situació de dependència per poder desenvolupar les activitats de la vida diària. En aquest cas cal anar amb compte, ja que hi ha el risc que aquesta ajuda externa no es limiti a fer o ajudar a fer aquestes activitats de la vida diària, sinó que pot passar a decidir en lloc de la persona allò que més li convé, deteriorant en aquest cas la seva presa de decisions o autodeterminació. Això a la llarga encara agreuja més la situació de dependència física i psicològica, com es pot veure en el següent exemple:

### Exemple de com promoure l'autonomia sense deteriorar l'autodeterminació

La senyora Maria ja no pot anar a comprar, i a ella sempre li agradava esmorzar alguna cosa dolça, com una pasta amb cabell d'àngel, una ensaïmada... Des que qui fa la compra és el seu fill ja no ho pot fer, i ell no l'hi compra perquè diu que els dolços no són un complement saludable per a la seva dieta i que s'ha de cuidar, però la senyora Maria ara esmorza molt poc i amb desgana.

Els cuidadors no formals hauran de vetllar per la seguretat i la comoditat de la llar, buscant els recursos de suport més adients. Les estances on generalment cal parar més atenció són el lavabo i l'habitació. A part, caldrà afavorir que la persona en situació de dependència faci autònomament el màxim d'activitats de la vida diària possibles, per la qual cosa també hi ha una àmplia gamma de productes de suport, però que sovint no es coneixen. I caldrà potenciar les seves activitats d'oci, mantenir la seva xarxa de contactes, respectar els seus hàbits i costums...

Un element molt important que contribueix a **donar seguretat i a enfortir el vincle** entre la persona en situació de dependència i el seu cuidador principal és la **comunicació**, que ha de ser fluida, oberta i positiva. Alguns aspectes que cal tenir en compte són:

- Utilitzar un vocabulari clar i senzill, amb un to de veu suau i tranquil, parlant a poc a poc i donant temps suficient per a les seves respostes.
- Donar instruccions senzilles i en positiu, evitar l'ús del "no".
- Repetir la informació tantes vegades com calgui, parlar a la seva alçada, mirant els ulls, i no infantilitzar el to de veu.
- Aprofitar qualsevol moment del dia per orientar-lo temporalment i espacialment, per exemple dient "Ara són les 9 del matí, sortirem de l'habitació i anirem a la cuina a esmorzar". També és important anticipar les situacions.

- Si té dificultats per comunicar-se, fer-li preguntes tancades que es puguin respondre amb un sí o un no. En aquests casos és important potenciar la comunicació no verbal.

Quan la persona en situació de dependència també presenta una **demència o trastorns de la conducta** és molt important adquirir eines per poder gestionar possibles situacions de crisi, com ara que la persona es negui a fer allò que li demanem, ens cridi o insulti, es mostri agressiva, tingui conductes psicòtiques (al·lucinacions o il·lusions falses), tingui ansietat, se senti depressiva... En aquests casos cal tenir en compte:

- Tenir molta paciència.
- Ser comprensiu, tolerant i flexible.
- Diferenciar entre la persona i els seus actes o paraules, que sovint responen més a la seva malaltia que a la seva persona.
- En cas d'ansietat s'ha d'intentar esbrinar què la hi provoca, revisar les seves hores de son, fer-la sentir segura amb les coses que controla, fer exercicis relaxants...
- En cas de situacions depressives cal escoltar la persona, ser empàtic, proposar-li activitats agradables, ampliar el cercle de contactes, fer-li veure que no tot és tan negatiu, donar alternatives al seu pensament i, si la situació persisteix, acudir al metge.
- Davant d'una situació d'al·lucinació no s'ha de discutir amb la persona si és veritat o no el que diu que veu o sent, i tampoc se li ha de seguir el fil simulant que veiem o sentim el mateix. S'ha d'intentar distreure centrant la seva atenció cap a una altra cosa i tranquil·litzar-la de manera pausada però segura.

Davant de qualsevol situació nova és important saber buscar ajuda. Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència hem d'oferir-nos com a referents, escoltar els cuidadors no formals, animar-los en la seva tasca, donar-los tot el suport que sol·licitin i recordar que som un exemple en totes les tasques que realitzem.

### **2.4.3 Suport formal: xarxa de recursos, serveis i ajudes**

La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència garanteix un nou dret per a tota la ciutadania, el dret d'atenció a les persones amb dependència. A Catalunya, la Llei s'ha concretat en el Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència, que es troba dins del sistema públic de serveis socials.

La Llei ha permès ordenar els serveis i les ajudes econòmiques que poden rebre les persones amb dependència. Les ajudes poden ser en forma de serveis o econòmiques i s'atorguen segons el grau i nivell de dependència i la capacitat econòmica de la persona sol·licitant. Les ajudes en forma de serveis són prioritàries.

És important que les persones en situació de dependència o les seves famílies **coneguin tots els recursos existents** als quals poden accedir per millorar la seva qualitat de vida. A continuació es presenten els serveis recollits en l'article 15 de l'esmentada Llei, en l'anomenat "Catàleg de serveis", que comprèn els serveis socials de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència.

### Ajudes en forma de serveis

L'objectiu d'aquesta àmplia oferta de serveis és donar suport a les famílies per millorar la seva capacitat de proporcionar una atenció adequada i així incidir positivament en la dinàmica intrafamiliar, que moltes vegades es veu afectada per l'estrès d'haver d'oferir una atenció continuada al seu familiar. El catàleg de serveis inclou:

- **Serveis de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal:** són actuacions i programes de caràcter preventiu i de rehabilitació destinades a evitar l'aparició o l'agreujament de malalties, discapacitats o les seves seqüeles.
- **Servei d'ajuda a domicili:** el servei d'ajuda a domicili consisteix en un equip de professionals que ofereixen atenció personal, ajuda a la llar i suport social a aquelles persones i/o famílies amb dificultats de desenvolupament o d'integració social o manca d'autonomia personal. Aquest pot oferir atenció de les necessitats de la llar, com la neteja, fer el llit, fer el menjar i rentar roba, i atencions de cura personal, com la higiene, vestir-se i desvestir-se, repassar i cosir la roba d'ús personal...
- **Teleassistència:** és una modalitat del servei d'atenció domiciliària que amb la tecnologia adequada permet detectar situacions d'emergència, com una caiguda, donar una resposta ràpida a aquestes situacions i garantir la comunicació permanent de la persona amb l'exterior. Aquest servei és especialment adequat per a aquelles llars on hi viu una persona gran sola, però cognitivament ha de poder fer ús dels aparells que componen el servei, un polsador i el telèfon.
- **Servei de centre de dia:** és un servei d'acolliment diürn que ofereix suport a persones grans, amb diversitat funcional o amb malaltia mental, que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària. L'horari dels centres de dia oscil·la entre les 8 del matí i les 8 de la tarda, de dilluns a diumenge, segons l'oferta de cada centre, per tal de donar suport a la família i als cuidadors segons les necessitats que tinguin.
- **Servei de centre de nit:** és un recurs d'atenció a persones en situació de dependència que per diferents motius necessiten supervisió en horari nocturn per controlar i regular el ritme del son o el comportament nocturn.

- **Servei d'atenció residencial:** són serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, que ofereixen assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependències, persones amb diversitat funcional o amb malaltia mental.

### Ajudes econòmiques

Tenen dret a rebre-les aquelles persones que no han pogut accedir a cap dels serveis públics o privats concertats, tot i tenir-hi dret. Hi ha tres tipus d'ajudes econòmiques:

- **Prestació econòmica vinculada al servei:** l'ajuda econòmica té un caràcter periòdic i s'atorga només quan no sigui possible l'accés a un servei públic o concertat d'atenció i cura, en funció del grau de dependència i de la capacitat econòmica del beneficiari.
- **Ajuda per a un/a cuidador/a no professional:** quan el beneficiari és atès pel seu entorn familiar es reconeix una prestació econòmica per a atencions familiars. La persona cuidadora no professional haurà d'estar donada d'alta a la Seguretat Social.
- **Ajuda per a un/a assistent personal:** la persona amb dependència pot rebre una ajuda econòmica per contractar un assistent personal durant un nombre d'hores perquè l'acompanyi al centre educatiu o laboral i li permeti una vida més autònoma en la pràctica de les activitats bàsiques de la vida diària.

### Altres recursos i serveis

A part d'aquests recursos i ajudes que preveu la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència existeixen altres recursos que poden suposar un suport per a les famílies que tenen persones en situació de dependència a càrrec seu. A continuació se'n presenten alguns dels que recull la cartera de serveis socials:

- **Servei de valoració de la dependència.** La funció d'aquest servei, compost per un equip de professionals multidisciplinari, és fer la valoració de la dependència, és a dir, avalua la persona i fa una proposta de grau i de nivell de dependència tenint en compte els informes de salut i el seu entorn social. La valoració es fa al domicili de la persona sol·licitant, d'acord amb els barems aprovats per la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
- **Centre per a l'autonomia personal.** En aquests centres, un equip de professionals informa i orienta sobre ajudes tècniques, d'accessibilitat i de comunicació per millorar l'autonomia personal en les activitats de la vida diària i la relació amb l'entorn. Un dels centres més importants és el Sirius,



promogut pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Podeu consultar més informació a la web [tinyurl.com/w7lodmv](http://tinyurl.com/w7lodmv).

- **Opcions alternatives d'allotjament, com llar amb suport o habitatge tutelat.** A part dels centres residencials hi ha altres opcions alternatives d'allotjament que també ofereixen una atenció les 24 hores del dia, però adreçades a persones amb una mica més d'autonomia. Es tracta de:
  - **Llar amb suport:** és un pis integrat en la comunitat on un equip de professionals ofereix atenció sanitària, psicològica i social per afavorir l'autonomia i la vida social de les persones que hi conviuen. Poden atendre persones amb diversitat funcional, malaltia mental o situacions d'exclusió social.
  - **Habitatge tutelat:** és un establiment que es compon d'un conjunt d'habitatges, reduïts o complets, en nombre variable i amb estances d'ús comú. Ofereixen un servei d'acolliment alternatiu a persones grans autònomes les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre en la pròpia llar.
- **Programa Respir.** És un programa de suport adreçat a les famílies cuidadores que tenen a càrrec seua persones més grans de 65 anys amb un determinat grau de dependència o persones amb diversitat funcional. Té com a finalitat millorar la qualitat de vida de les famílies cuidadores, proporcionant-los un temps de descans i donant resposta a determinades situacions familiars imprevistes. Poden gaudir d'aquest servei un màxim de 30 dies l'any, no consecutius, distribuïts en caps de setmana o períodes vacacionals. En aquests períodes la persona en situació de dependència és atesa temporalment en un centre residencial.
- **Servei d'atenció precoç.** Aquest servei s'adreça als infants d'entre 0 i 6 anys que presenten algun trastorn en el seu desenvolupament. Un equip de professionals els atén per tal de promoure i estimular al màxim les seves funcions motrius, cognitives, comunicatives i relacionals, amb l'objectiu de promoure la seva autonomia. Aquest seguiment pot anar des de l'embaràs fins als 6 anys. L'equip pot fer tractaments preventius si ho creu necessari.
- **Serveis ocupacionals per a persones amb diversitat funcional.** Les persones amb diversitat funcional psíquica majors de 21 anys, un cop finalitzen l'etapa escolar, poden accedir a dos centres diferents en funció del seu nivell d'autonomia i capacitat de producció:
  - **Centres ocupacionals:** destinats a les persones amb major nivell de dependència que al llarg del dia poden realitzar activitats de teràpia ocupacional i manteniment, d'ajustament personal, activitats formatives i prelaborals, entre d'altres.
  - **Centres especials de treball:** destinats a persones amb diversitat funcional amb major nivell d'autonomia que realitzen un treball productiu en un entorn laboral protegit.

- **Club social:** Adreçat a persones amb malaltia mental que, coordinades per un monitor, participen en activitats setmanals de lleure per fomentar les relacions personals, la participació i la inclusió social.
- **Tutela.** Servei dut a terme per persones jurídiques sense ànim de lucre, dedicades a la protecció de les persones grans incapacitades judicialment, en procés d'incapacitació o protegides per càrrecs tutelars designats judicialment, per promoure la seva autonomia i garantir els seus drets personals i patrimonials.

# Malaltia i dependència

Sussana Vidal

**Característiques i necessitats de les persones en  
situació de dependència**



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Persones amb malalties que generen dependència</b>	<b>9</b>
1.1 Salut i malaltia	9
1.1.1 Salut	10
1.1.2 Malaltia	10
1.1.3 Nivells de prevenció de la malaltia	12
1.1.4 Fases de la malaltia	12
1.1.5 Classificació de les malalties	13
1.1.6 Les persones malaltes davant la malaltia	15
1.1.7 Repercussions de la malaltia en l'entorn de la persona malalta	17
1.2 Malalties agudes	19
1.2.1 Necessitats de les persones amb malaltia aguda	20
1.2.2 Suport i orientació a les persones amb malaltia aguda i als seus assistents no professionals	21
1.3 Malalties cròniques	22
1.3.1 Necessitats de les persones amb malalties cròniques	24
1.3.2 Suport i orientació a les persones amb malaltia crònica i als seus assistents no professionals	26
1.4 Malalties terminals	28
1.4.1 Reaccions davant la malaltia terminal	28
1.4.2 Necessitats de les persones amb malaltia terminal	29
1.4.3 Suport i orientació a les persones amb malaltia terminal i als seus assistents no professionals	30
1.4.4 Cures pal·liatives	31
1.4.5 Com afrontar la mort: el dol	33



## Introducció

El model biopsicosocial d'atenció a les persones té en compte la seva triple dimensió humana: biològica (que fa referència a l'organisme), psicològica (inclou totes les funcions cognitives, personalitat, intel·ligència emocional) i social (inclou la família, grups d'amics i entorn). És en aquest sentit que es defineix la salut com un estat de complet benestar físic, mental i social.

La malaltia és la pèrdua puntual o crònica del benestar físic, psíquic i social. Cada malaltia té la seva evolució i afecta de manera diferent segons cada persona, la seva situació personal, característiques, edat, estil de vida... Però cal tenir en compte que algunes malalties més complexes, amb una evolució ràpida i agressives al cos humà, poden comportar l'aparició d'una situació de dependència.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència és important tenir en compte la reflexió que feia el doctor Gregorio Marañón quan deia que no hi havia malalties sinó malalts. En aquest sentit, tot i que cal saber identificar les característiques de les diferents malalties, el més important serà conèixer i adaptar-se a cada persona, saber escoltar-la per entendre com se sent, què experimenta, què li fa mal, què necessita o què li agrada.

A l'apartat **“Persones amb malalties que generen dependència”**, primerament s'estudia què és la salut i la malaltia. Dins de les malalties es descriuen els diferents nivells de prevenció existents, les fases del procés d'emmalaltir, s'ofereix una classificació de les malalties i finalment es tracta com poden afrontar les persones una malaltia, per exemple, com pot afectar el dolor, o com pot repercutir una malaltia en un infant, una persona amb diversitat funcional o una persona gran.

En segon lloc, s'expliquen les malalties agudes, les malalties cròniques i finalment les malalties terminals. De cadascuna d'elles se'n fa una breu descripció, s'anomenen les necessitats més importants que poden tenir les persones que les tenen i s'ofereix una àmplia proposta de quin tipus de suport i orientació poden necessitar les persones amb els diferents tipus de malaltia i els seus assistents no professionals.

En el cas de les malalties agudes cal parar atenció a la convalescència. Pel que fa a les malalties cròniques mereix especial atenció la promoció de l'autocura. I en relació amb les malalties terminals cal conèixer les cures pal·liatives i saber com afrontar el dol.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat, un cop llegit el contingut, es recomana respondre els exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades. En cas de dubte, podeu preguntar al fòrum de l'assignatura; en aquest espai us podran ajudar els vostres companys o el professor.





## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

2. Descriu les malalties generadores de dependència i sap determinar-ne els efectes sobre les persones que les pateixen.

- Caracteritza les malalties agudes, cròniques i terminals per la seva influència en l'autonomia personal de la persona.
- Identifica les principals característiques i necessitats psicològiques i socials dels pacients amb malalties generadores de dependència.
- Identifica les necessitats de suport assistencial i psicosocial de les persones malaltes en funció de la tipologia de malaltia que pateixen.
- Descriu les principals pautes d'atenció a les necessitats psicològiques i socials de les persones malaltes.
- Descriu les necessitats d'orientació i suport als assistents cuidadors no professionals de la persona malalta.
- Mostra sensibilitat sobre la influència de la malaltia en la conducta de la persona malalta.



## 1. Persones amb malalties que generen dependència

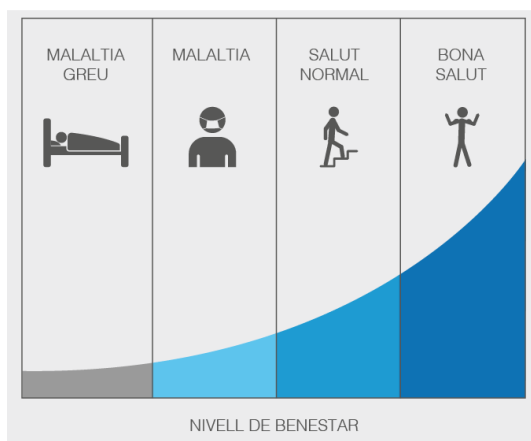
Al llarg de la seva vida, les persones poden contraure diferents malalties. En funció de quina sigui, en quin moment aparegui, la seva intensitat i en funció també de les característiques de cada persona (predisposició i reacció de l'organisme segons l'edat, el sexe, ambient, estils de vida, etc.) les conseqüències de cada malaltia poden ser diverses. En alguns casos només durarà un període de temps i si l'evolució és positiva desapareixerà, però en d'altres pot desencadenar una situació de dependència.

Per aquest motiu, és important definir els conceptes de salut i malaltia, diferenciar les característiques de les malalties agudes, cròniques i terminals quan generen dependència, saber quines són les necessitats de les persones que les contrauen i quin tipus de suport és apropiat en cada cas.

### 1.1 Salut i malaltia

La malaltia no és l'oposat de la salut, ja que hi ha un contínuum entre salut i malaltia, l'anomenat *procés salut-malaltia*, amb diversos estadis intermedis, tal com es pot veure a figura 1.1. Es pot donar el cas d'una persona que fa vida normal, no se'n sent però està malalta, o bé el cas contrari, la persona que malgrat que no es troba malalta té limitacions importants en el seu dia a dia generades per la malaltia.

FIGURA 1.1. Contínuum salut-malaltia



### 1.1.1 Salut

La salut no fa referència només a l'absència de malestars o signes de malaltia, sinó que és quelcom molt més ric i complex. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1946 va fer la següent definició:

“La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social”

OMS, 1946.

Segons aquesta definició en la salut, hi intervenen tres nivells que cal tenir en compte:

- **Nivell físic:** que fa referència a l'organisme o el propi cos, on aspectes de tipus genètic, la pròpia constitució del cos, edat, gènere o el fet de mantenir un estil de vida saludable hi tindrien un paper clau.
- **Nivell mental:** com se sent una persona, quines creences té en relació amb la salut, com viu l'experiència d'estar malalt...
- **Nivell social:** entorn mediambiental, seguir una alimentació equilibrada, tenir xarxes personals de suport, tenir accés a una xarxa sanitària àmplia...

### 1.1.2 Malaltia

Es pot entendre la malaltia com la pèrdua puntual o crònica del benestar físic, psíquic o social. Es considera malaltia la sensació o presència real de trastorns biopsicosocials en una persona.

En la vivència de la malaltia hi intervenen tres elements: un de subjectiu, o d'experiència personal, un segon que és la demanda d'ajuda i, el tercer, l'element social i cultural:

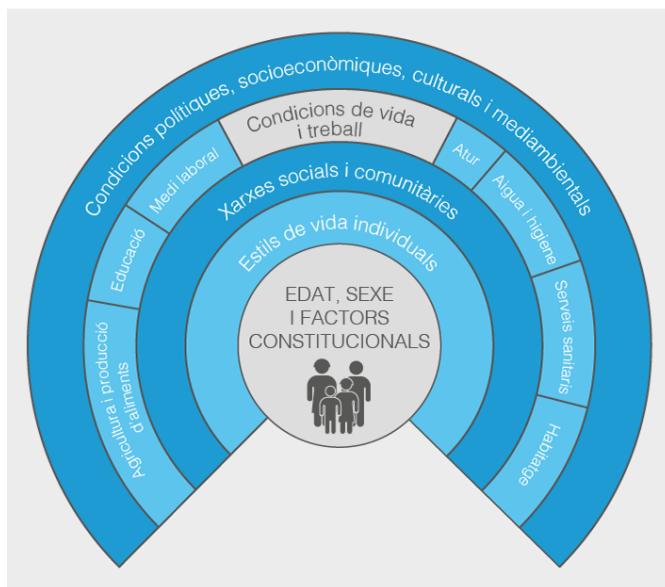
- L'element **subjectiu** fa referència al fet que la malaltia és una experiència personal, sovint és difícil expressar de manera precisa tot el que la persona viu, i encara més si es tracta de persones amb diversitat funcional, infants o persones amb situació de dependència.
- La **demanda d'ajut**, quan es reconeix que el que se sent i s'experimenta no es pot solucionar per un mateix
- L'element **social i cultural** té a veure amb com les persones aprenen a estar malaltes i com són reconegudes com a malalts per la societat.

A part del diagnòstic clínic d'una malaltia és important fer un **diagnòstic psicosocial** que tingui en compte l'anàlisi individual de la persona malalta en relació amb la seva situació familiar, els sentiments de la persona malalta i de la seva família respecte de la malaltia, les possibilitats de la persona i de la família per seguir les indicacions mèdiques i terapèutiques, les característiques de l'habitatge...

### Determinants en la salut

Els determinants de la salut de la població es poden representar com una sèrie d'estrats concèntrics, com es pot veure a la figura 1.2, al voltant d'unes característiques individuals com ara l'edat, el sexe i alguns factors constitutius que no són modificables.

FIGURA 1.2. Determinants en la salut



salutpublica.gencat.cat

Entre els determinants en la salut de les persones, hi ha una sèrie d'**influències** modificables per l'acció política:

1. En primer lloc, hi ha els estils de vida individuals, entre els quals s'inclou el consum de tabac o d'alcohol i l'activitat física.
2. En segon lloc, les persones interaccionen entre elles i amb el seu entorn integrades en xarxes socials i comunitàries.
3. Al tercer estrat hi ha les condicions de vida i de treball, l'alimentació, l'accés a béns i serveis fonamentals, com ara l'educació o els serveis sanitaris.
4. Finalment, les influències econòmiques, culturals i ambientals actuen com a mediadors de la salut, sobre totes les altres capes. A tots els països del món s'observen desigualtats socials en la salut de la ciutadania, que es deriven principalment de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen.

D'acord amb la Declaració Universal dels Drets Humans, tota persona té dret a un nivell de vida que assegurui, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment en relació amb l'alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i els serveis socials necessaris.

### 1.1.3 Nivells de prevenció de la malaltia

La malaltia, com a expressió de problemes de salut, es pot prevenir a partir d'una sèrie de factors de risc; es pot tractar per tal d'intentar guarir-la o curar-la; o es pot fer rehabilitació per tal de minimitzar possibles conseqüències o complicacions, en el cas que no hi hagi una cura definitiva.

#### L'alimentació

Una alimentació saludable és un aspecte rellevant per al manteniment de la salut; trobareu més informació en el següent enllaç: [bit.ly/3cjAG2x](https://bit.ly/3cjAG2x).

Les actuacions de prevenció es duen a terme a diferents nivells:

1. **Prevenció primària:** en són un exemple les activitats de promoció de la salut, que tenen per objectiu evitar el desenvolupament d'una malaltia o reduir els accidents. Per exemple les campanyes de vacunació, tant pediàtrica com per a la gent gran, consells de prevenció de malalties cardiovasculars, del càncer o de malalties infeccioses, o la promoció d'estils de vida saludables i d'hàbits adequats.
2. **Prevenció secundària:** promou la detecció precoç de les malalties, fet que afavoreix l'inici de la intervenció mèdica en un estadi presimptomàtic de la malaltia per tal d'evitar o retardar la progressió a una patologia més greu o fins i tot l'evolució cap a una situació de dependència. Per exemple els cribratges per detectar el càncer de mama, de còlon i recte són mesures de detecció precoç.
3. **Prevenció terciària:** fa referència al tractament i a la rehabilitació. Té per objectiu reduir l'impacte negatiu d'una malaltia ja establerta. La rehabilitació vol restaurar la funció de l'òrgan malalt i promou l'autonomia i l'autosuficiència de la persona en les activitats de la vida diària per tal d'evitar l'aparició d'una situació de dependència.

### 1.1.4 Fases de la malaltia

La malaltia en una persona evoluciona seguint diferents etapes, aquest seria el procés d'emmalaltir:

1. **Fase prepatògena:** és la fase prèvia anterior a la malaltia. En aquest moment la malaltia encara no s'ha desenvolupat, però en funció d'una sèrie de factors endògens (com l'herència genètica o l'edat) i uns factors exògens (com l'estil de vida o l'entorn de la persona) es podran contraure unes o altres malalties. En aquest sentit, és important la **prevenció primària**, que permet promoure estils de vida saludable i evitar conductes de risc per evitar l'aparició de certes malalties.
2. **Fase patogènica:** en aquest moment es considera que ja hi ha la malaltia. Aquesta fase es divideix en dues:

- **Fase presimptomàtica:** hi ha malaltia però encara no és detectable, la persona no és conscient dels signes o símptomes que comencen a aparèixer de forma molt lleu o bé pot atribuir els símptomes a causes concretes, com per exemple “em fa mal la panxa perquè potser vaig menjar massa”. En aquesta fase és important la **prevenció secundària o detecció precoç** per començar a intervenir com més aviat millor.
  - **Fase simptomàtica:** la malaltia ja és detectable, es pot declarar la malaltia gràcies als signes i símptomes que s'observen, se'n fa un diagnòstic i s'estableix un tractament. Un cop la persona accepta que no es troba bé busca ajuda al seu entorn, dirigint-se als serveis sanitaris. En aquest moment té lloc la **prevenció terciària o tractament**, que pot consistir en cirurgia, medicació, radioteràpia, quimioteràpia... Al llarg d'aquesta etapa la persona desenvolupa el rol de malalt, que en general implica trobar-se en una situació de certa dependència, ja que pot necessitar cures i atencions especials.
3. **Fase postclínica o de resolució:** en funció de la idoneïtat del tractament el desenllaç de la malaltia pot ser variat. Hi pot haver una etapa de convalescència i/o rehabilitació, en la qual progressivament desapareixen els símptomes i si tot va bé s'arriba a la recuperació, la curació definitiva i el retorn a l'autonomia. En algunes ocasions la curació potser no és total i deixa algunes seqüeles, en d'altres la malaltia es cronifica i persisteix. En altres casos la malaltia pot vèncer i acaba amb la mort del pacient.

### 1.1.5 Classificació de les malalties

Les malalties es poden classificar segons diferents criteris, com es pot veure a la taula 1.1:

**TAULA 1.1.** Diferents criteris per classificar les malalties

Criteri	Tipus de malalties
Segons la durada	Aguda o crònica
Segons l'aparell afectat	Digestiva, respiratòria, cardíaca, osteomusculars, genitourinària, psiquiàtrica
Segons la causa	Infecciosa, metabòlica, endocrina, genètica o hereditària, ambiental, carencial, professional
Segons la lesió	Inflamatòria, neoplàstica, degenerativa
Segons el moment en que s'origina	Congènita o adquirida després de néixer

- **Malaltia aguda:** és de durada breu, però de certa gravetat, apareix de forma brusca i puntual en el temps, fins un màxim de quaranta dies. Les cinc malalties agudes més freqüents que s'atenen a atenció primària són: els refredats, la bronquitis, les infeccions urinàries, les gastroenteritis i les amigdalitis agudes.
- **Malaltia crònica:** una malaltia esdevé crònica quan s'allarga més de quaranta dies. No té curació i els seus símptomes obliguen la persona

#### Lista de malalties

Si voleu més informació d'algunes malalties podeu consultar l'apartat Salut A-Z del Canal Salut: [bit.ly/38gICOF](https://bit.ly/38gICOF).

malalta a modificar el seu estil de vida perquè comporta unes limitacions que l'acompanyaran durant molt de temps, fins i tot anys. Els principals trastorns crònics a Catalunya són: malalties cròniques lligades a l'aparell locomotor (artrosi, artritis, reumatisme o mal d'esquena), malalties cardíacques, migranyes, depressió, al·lèrgies i anèmia.

- **Digestiva:** les malalties digestives van associades al sistema digestiu, com per exemple la disfàgia, els vòmits, les diarrees o el restrenyiment. Sovint hi ha inflamacions de les mucoses, com per exemple l'esofagitis, la gastritis o l'hepatitis.
- **Respiratòria:** hi ha nombroses malalties que afecten les vies respiratòries altes (fosses nasals, faringe, laringe) o baixes (tràquea, bronquis fins a pulmons), de caràcter lleu i de durada curta. Altres afectacions cròniques són l'asma, la tuberculosi o la malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- **Cardíaca:** les més freqüents són la cardiopatia isquèmica (com angina de pit i infart de miocardi), la hipertensió arterial (HTA) i les arrítmies.
- **Malalties i trastorns osteomusculars:** les malalties i els trastorns osteomusculars poden ser d'origen traumàtic (fractura, esquinç, luxació), degeneratiu (osteoporosi) o genètic (distròfia muscular). Els casos més lleus poden causar molèsties, però els més greus poden causar grans incapacitats.
- **Malalties de l'aparell genitourinari:** les malalties i les alteracions renals de l'aparell genitourinari porten associades alteracions de l'orina. Les més destacables són la insuficiència renal (IR), el còlic nefrític, la cistitis, les infeccions urinàries i els tumors.
- **Psiquiàtriques:** afecten la psique o ment i poden comportar alteracions en el comportament, les emocions, les relacions socials o el reconeixement de la realitat. També s'anomenen malalties mentals o psicopatologies. Per exemple l'esquizofrènia o el trastorn obsessiu compulsiu.
- **Infeciosa:** la malaltia és causada per agents infecciosos com bacteris, virus o fongs. En són exemples el VIH (virus d'immunodeficiència humana), la grip, la tuberculosi i l'hepatitis, entre moltes altres.
- **Metabòlica:** s'originen quan hi ha reaccions químiques anormals en el cos que no permeten realitzar correctament el procés metabòlic pel qual s'obté o es produeix l'energia a partir dels aliments ingerits. Un exemple és la diabetis.
- **Endocrina:** es caracteritzen per l'excés o el defecte en la producció d'una determinada hormona, per exemple, hipotiroidisme o diabetis.
- **Genètica o hereditària:** es transmet a través dels gens, de generació en generació.
- **Ambiental:** l'origen són agents químics o físics del medi que poden causar malalties com cremades, congelació o insolació.



- **Carencial:** es produeixen per dèficit de nutrients essencials a la dieta, per manca d'absorció del nutrient o per la incapacitat de produir alguna substància essencial. Per exemple l'escorbut, que es dona per un dèficit de vitamina C.
- **Professional:** són conseqüència directa del treball, com per exemple la silicosi en els miners, o el *burn out* o síndrome del professional cremat.
- **Inflamatòria:** es dona una reacció inflamatòria deguda a processos infecciosos, a agents físics (com calor o fred) o a agents químics. Per exemple apendicitis, bronquitis o sinusitis.
- **Neoplàstica:** l'origen és el ràpid creixement de cèl·lules anòmales, que generalment formen tumors. Per exemple els càncers.
- **Degenerativa:** són conseqüència de la degeneració per alteració cel·lular (per exemple, l'Alzheimer).
- **Congènites:** són malalties que es manifesten des del naixement, ja sigui perquè hi ha hagut un trastorn durant el desenvolupament embrionari, durant el part o per herència genètica.
- **Adquirides després de néixer:** són malalties que s'originen després del naixement, com les víriques o els traumatismes.

No totes les malalties tenen la mateixa repercussió. Com a tècnic d'atenció a persones en situació de dependència ens interessa conèixer les malalties que poden generar o agreujar una situació de dependència. Això pot passar principalment amb les malalties **agudes, cròniques o degeneratives**.

### 1.1.6 Les persones malaltes davant la malaltia

Contraure una malaltia comporta una sèrie de reaccions i canvis en la persona que seran diferents segons el moment evolutiu, les circumstàncies personals i el tipus de malaltia.

Abans de conèixer les especificitats de les malalties agudes, cròniques i terminals, és interessant tenir en compte alguns aspectes que poden condicionar la vivència de la malaltia i com fer-hi front.

#### **Afrontament de la malaltia**

El procés d'adaptació davant d'una malaltia pot ser més o menys llarg, en funció de les circumstàncies de la malaltia, de la persona que la contrau i del seu entorn, però sí que és important poder diferenciar un afrontament adaptatiu d'un no adaptatiu.

L'**afrontament adaptatiu** és el que ajuda a disminuir el malestar de la persona que ha emmalaltit, s'hi pot arribar des de dues estratègies diferents:

- Estratègies actives: consisteixen en buscar solucions i informar-se dels problemes. El fet de tenir informació i anticipar-se a la nova situació fa que pateixin menys depressions i que es recuperin millor.
- Estratègies de distracció de l'atenció: consisteixen en desviar l'atenció del dolor o molèstia, gràcies a la relaxació, socialització o fent activitats d'oci. Sembla una resposta força efectiva quan el malestar no és molt intens.

L'**afrontament no adaptatiu** indica que a través d'aquestes estratègies no s'arriba a la recuperació de la salut, ni disminueix el malestar sinó tot el contrari, minva la qualitat de vida. Algunes respostes no adaptatives són:

- Culpar els altres o autoculpabilitzar-se de la malaltia.
- Distorsions cognitives com sobregeneralitzar o pensar sempre en el pitjor dels escenaris, pensar que no milloraran, que no podran suportar la malaltia...
- Manipular: controlar les persones més properes, per aprofitar-se'n.
- Cridar l'atenció: voler ser el centre d'atenció, que tothom estigui pendent d'ells.
- Reduir les activitats: reduint les activitats físiques hi ha el perill de tornar-se inactiu, passiu i dependent.
- Aïllar-se del seu entorn: evitar relacionar-se o fer activitats d'oci que són tan beneficioses per la salut psicològica de les persones.

Una malaltia pot influir, i molt, en l'**autonomia de la persona** en les dues vessants:

- Pot comportar limitacions en la realització de les activitats bàsiques de la vida diària de la persona, com poden ser la higiene, vestir-se, l'alimentació, desplaçar-se...
- Però també pot comportar limitacions en la presa de decisions, degut a les conseqüències físiques, com el debilitament, i les psicològiques, com una depressió, situacions que no afavoreixen un raonament clar.

### **Dolor i malaltia**

Qualsevol malaltia acostuma a comportar dolor o malestar, una manifestació limitant i desgastadora per a la persona que el sent. Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència ens podem trobar persones que acumulen molt dolor, en especial en els casos de malalties cròniques. S'ha d'entendre que el **dolor crònic** es caracteritza per:

- Generar estrès contínuament, cosa que és molt difícil de gestionar.
- Necessitar altes dosis d'equilibri mental, per tal de no ser vençut per les conseqüències emocionals derivades del dolor.

- Crear patiment, desesperació i malestar, interferint significativament en la qualitat de vida de les persones que el senten.

Serà molt important saber donar suport a la persona atesa per millorar l'acceptació i la vivència del dolor.

#### **Com alleugerir el dolor**

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, haurem d'aprendre a relacionar-nos i donar suport a persones malaltes que poden sentir molt dolor. Serà important:

- Comprendre que la persona malalta en algunes ocasions sigui impacient o bé estigui enfadada fruit del dolor.
- Oferir suport emocional, establint una relació càlida i comprensiva.
- Donar eines a la persona malalta per gestionar el dolor o adaptar-s'hi, per exemple a través de la relaxació, exercicis, música...
- Considerar els efectes secundaris d'alguns medicaments que per alleugerir el dolor deixen a la persona malalta molt adormida, amb la consegüent pèrdua de les seves capacitats.

### **1.1.7 Repercussions de la malaltia en l'entorn de la persona malalta**

És important tenir en compte que les persones malaltes normalment compten amb un suport social i familiar, a qui també li afecta, i molt, la malaltia del seu familiar:

- Els familiars també han de viure el procés d'adaptació a la nova situació. Poden passar per les mateixes fases que la persona malalta (negació, ira, negociació, depressió i acceptació).
- Caldrà incorporar noves rutines i estratègies per cuidar el familiar, per oferir-li un entorn segur i estable.
- Caldrà fer front a les repercussions emocionals i psicològiques. Si la situació s'allarga en el temps, hi ha cuidadors no formals que s'hi impliquen tant que acaben "cremats".

Les repercussions poden ser lleugerament diferents, segons qui sigui el familiar que es posa malalt: infants, persones amb diversitat funcional o gent gran.

#### **Infància i malaltia**

Cal preveure possibles dificultats perquè l'infant sàpiga o pugui expressar amb precisió quin és el seu malestar i també com se li pot explicar allò que li està passant en funció de la seva edat. Mereix una especial atenció l'adolescència, ja que és un moment en què les relacions amb els iguals són molt importants, així com la imatge personal, i una malaltia podria dificultar-les.

En el cas que hi hagi un període d'hospitalització o la malaltia sigui crònica, les respostes poden ser variades. Hi ha infants que responen amb hostilitat, d'altres que assumeixen el rol de malalt per tal de manipular el seu entorn, alguns esdevenen veritables especialistes i es mouen amb seguretat en el món mèdic, i altres que s'aïllen i poden caure en una depressió.

#### Amb ulls de nen

Podeu consultar el vídeo de TV3 *Amb ulls de nen*, sobre com és viscuda la salut i la malaltia des de la infància:



[https://www.youtube.com/embed/xTMWGp\\_ecSI?controls=1](https://www.youtube.com/embed/xTMWGp_ecSI?controls=1)

Quan un infant té una malaltia aguda, crònica o de llarga durada repercuteix tant en ell com en la seva família. Les respostes de la família són diverses, en funció de les característiques dels membres que la formen, la xarxa de suport social de què disposin, les seves creences... En qualsevol cas, la intervenció en famílies on hi ha un infant amb una malaltia severa ha de **tenir en compte**:

- El suport al propi infant malalt: si bé l'infant pot viure la malaltia com una experiència de privació i frustració que no li permet fer les coses que estava acostumat a fer, caldrà educar-lo perquè conegui la seva malaltia i adopti les accions d'autocura necessàries per a la seva millora.
- El suport als germans: sovint passen en segon terme perquè el germà malalt requereix més atencions, però se'ls ha de tenir en compte. És important donar resposta a les seves necessitats emocionals, donar-los informació adequada a la seva edat, visitar l'hospital i fer-los participants de la malaltia sense demanar-los responsabilitats que no els corresponguin.
- Suport als pares: facilitar-los eines per afrontar aquesta situació, ajudar a expressar els seus sentiments i trobar l'equilibri en l'atenció amb els altres fills, si n'hi ha. Caldrà educar-los en relació amb la malaltia, si cal canviar d'hàbits, aprendre a fer algunes cures, utilització d'aparells sanitaris...

#### Diversitat funcional i malaltia

Les persones amb diversitat funcional, sigui física o psíquica, sovint tenen hàbits poc saludables (com fer poc exercici físic, seguir dietes poc equilibrades, etc.), i això pot fer que tendeixin a contraure més malalties. També poden patir malalties associades a la pròpia discapacitat, com epilèpsia, o bé poden tenir alteracions associades a malalties genètiques, com per exemple, les persones amb síndrome de Down, que tenen predisposició a tenir problemes de tiroides.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, quan treballeu en centres residencials, pisos assistits o al domicili de persones amb diversitat

#### 'Quan estic malalt... escolta'm'

Podeu consultar la guia *Quan estic malalt... escolta'm*, elaborada per Dincat i adreçada a les persones amb discapacitat intel·lectual per promoure el seu dret a rebre una assistència sanitària adequada ([bit.ly/2vmIS1n](http://bit.ly/2vmIS1n)).

funcional intel·lectual, heu de tenir en compte la importància de fer un bon acompanyament i **donar suport** a aquestes persones, en dues línies principals:

- Empoderar-los, donar-los eines i estratègies perquè coneguin el seu estat de salut i incorporin hàbits i un estil de vida més saludable.
- Donar-los eines per tal de ser més autònoms en els circuits mèdics, saber demanar una cita mèdica, saber administrar la medicació, saber identificar una emergència i saber actuar en conseqüència...

## Malaltia i gent gran

En aquest cas, l'augment de l'esperança de vida, juntament amb la millora de la qualitat de vida, els grans avenços mèdics i els estils de vida més saludables fan que la població de més edat, encara que emmalalteixi, pugui anar superant aquestes malalties. Però en moltes ocasions la malaltia desencadena una pèrdua de l'autonomia i pot suposar l'inici o l'agreujament d'una situació de dependència, on difícilment es puguin restablir els nivells inicials.

A l'apartat "Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans", de la unitat 3, trobareu explicades, àmpliament, les malalties més freqüents per a les persones grans.

## 1.2 Malalties agudes

Una **malaltia aguda** té un inici sobtat i una evolució ràpida, generalment inferior als quaranta dies.

Les malalties agudes es desenvolupen ràpidament i acostumen a tenir un diagnòstic ràpid i fàcil, ja que no passen desapercebudes. En general les malalties agudes afecten un òrgan o àrea específica del cos. Un cop s'ha realitzat el diagnòstic es passa a aplicar el tractament i la malaltia, generalment, remet. Cal tenir en compte que algunes malalties agudes, com un infart agut de miocardi, poden portar a la mort en pocs minuts.

Algunes de les malalties agudes **més freqüents** són:

- Bronquitis aguda
- Conjuntivitis
- Fractura d'un os
- Apendicitis
- Gastroenteritis
- Urticària aguda
- Crisis d'asma

- Cremades
- Infart agut de miocardi

En general, les malalties agudes es poden tractar a casa, seguint el tractament prescrit al centre mèdic, però en algunes ocasions s'ha de fer una intervenció quirúrgica, motiu pel qual cal acudir a un centre hospitalari. En aquests casos el procés de convalescència o recuperació pot ser una mica més llarg.

La **convalescència** és un període de recuperació gradual de la salut després de patir una malaltia aguda, un accident o una intervenció quirúrgica i fins a recuperar un nivell òptim de salut.

Ara bé, cal tenir en compte que la recuperació no és la mateixa per a tothom. En el cas de les persones grans pot ser un procés molt més lent i en alguns casos pot suposar l'inici de la pèrdua d'autonomia.

#### **La recuperació de la malaltia aguda en les persones grans**

Qualsevol procés agut, com una infecció urinària o respiratòria, un problema digestiu o trencar-se el fèmur, pot accelerar el deteriorament de la capacitat funcional de la persona gran, que pot veure com de cop té incontinència urinària, passa a dependre d'un respirador, ha de limitar la seva dieta o perd mobilitat, amb tot el que aquests canvis comporten a l'esfera personal, relacional i psicològica.

### **1.2.1 Necessitats de les persones amb malaltia aguda**

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, us podeu trobar persones amb dependència que emmalalteixin, i que passin per una malaltia aguda. En aquests casos és important saber quin suport heu de donar en el període de convalescència. També hi pot haver persones que, fruit d'una malaltia aguda, experimentin una **situació de dependència**.

En ambdós casos cal fer una intervenció que permeti recuperar al màxim els nivells d'autonomia existents abans de la malaltia, sempre vetllant per assolir la millor qualitat de vida possible. A banda, les necessitats que poden experimentar les persones amb una malaltia aguda poden ser molt variades; es poden mostrar tant físicament com emocional o social.

**Físicament**, en general, hi pot haver dolor o malestar, en funció de la dolència i l'àrea afectada, que pot dificultar la mobilitat i la realització de certes activitats bàsiques de la vida diària. En algunes ocasions poden necessitar alguna cura o la rehabilitació d'alguna part del cos, en cas d'una operació, o bé, senzillament tornar a activar el to muscular després d'un període d'estar enllitats, per afavorir l'activitat física diària i tornar a la capacitat de funcionament abans de la malaltia.

Pel que fa al **nivell emocional**, quan disminueix el nivell de benestar fruit d'una malaltia també s'experimenta una lleugera inestabilitat emocional, hi pot haver

una tendència a sentir-se trist, desanimat, amb poca motivació per fer coses... Si es gaudia de certa autonomia i es passa a dependre d'una altra persona, o en general es gaudia d'un nivell de benestar elevat, el canvi encara pot ser més difícil d'acceptar.

En aquest sentit, cal ajudar la persona a conviure amb la malaltia i a dibuixar-ne la magnitud de manera real, ajudar a expressar com se sent i fer-li entendre que es tracta d'una situació puntual. Alguns estudis destaquen que les persones més optimistes i amb més sentit de l'humor tendeixen a una recuperació més ràpida. Però el ventall de respostes emocionals és molt ampli, des de les persones que poden sentir ansietat per recuperar-se al més aviat possible fins a altres que per por d'una recaiguda s'acostumin a la inactivitat i no col·laborin en la seva recuperació.

Finalment, **socialment**, durant la malaltia i la posterior convallescència és possible que les activitats i relacions socials hagin de passar a un segon terme. A més a més, potser fins i tot el rol social canvia, i es passa de tenir la percepció de ser un subjecte actiu, que donava suport a altres persones, a passar a ser un membre passiu, que requereix el suport i ajuda dels altres.

Cal tenir en compte que aquestes necessitats poden variar en funció de la gravetat i la durada de cada malaltia, per exemple si ha calgut una intervenció quirúrgica, si s'ha estat molt temps enllitat; del procés de recuperació en la convallescència, de l'edat, les condicions físiques, el suport social i l'estat d'ànim.

### 1.2.2 Suport i orientació a les persones amb malaltia aguda i als seus assistents no professionals

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, cal tenir en compte els següents aspectes en el moment d'atendre una persona que s'està recuperant d'una malaltia aguda, i que cal compartir també amb els cuidadors no formals d'aquesta persona:

- Seguir curosament l'administració de la **medicació prescrita**: serà molt important per a la recuperació de la persona i per fer remetre la malaltia.
- Respectar al màxim les **pautes mèdiques** pel que fa a l'alimentació, descans i mobilitat: una alimentació sana i equilibrada pot afavorir la recuperació, així com seguir una dieta específica si s'ha aconsellat des del centre mèdic, descansar prou per poder tornar a agafar el ritme d'abans de la malaltia i promoure la mobilitat progressivament.
- **Activitat física**: en la mesura del possible cal anar introduint certa mobilitat a la persona malalta, per tal d'afavorir el trànsit intestinal, millorar la recuperació i sentir-se una mica més àgil. Així mateix cal fomentar la seva autonomia, anar retirant les ajudes en la mesura del possible i animar-la a assolir petites grans fites, com vestir-se sol, pentinar-se, menjar sol, aixecar-se una estona del llit, caminar una mica...
- **Recursos de suport**: cal preveure la necessitat temporal de determinats productes de suport, com podria ser una cadira de rodes, una crosca o un

caminador, en cas de tenir dificultats per a la mobilitat, alçadors del llit, del sofà o per al vàter, per facilitar el fet d'assentar-se o d'aixecar-se, posar agafadors per facilitar l'accés a la dutxa o banyera i evitar caigudes, matalàs antiescares...

- **Promoure l'oci:** és important facilitar entreteniment per tal de fer front a l'avorriment i ajudar a passar l'estona, per exemple facilitant conversa, posant música, proposar algun joc, aportar alguna lectura o *hobby*...
- Preparació i **manteniment de l'habitació** on s'estarà la persona malalta: en la mesura del possible, si la persona ha de passar més temps de l'habitual a l'habitació i/o al llit, és important que estigui en una habitació que tingui finestra exterior, i si aquesta està a prop del llit millor, ja que el fet de poder tenir cert contacte amb l'exterior i gaudir de la llum natural pot tenir beneficis, com saber orientar-se respecte a si és de dia o de nit i gaudir de les vistes.

També és important ventilar l'habitació i mantenir-la neta i endreçada.

Cal tenir en compte que si la persona passa més temps al llit, i hi ha de menjar, hi ha d'haver el mobiliari adient, o coixins que facilitin reincorporar-se. També cal preveure que tingui els objectes més necessaris a mà i accés a un timbre o alarma per poder demanar ajuda, en cas que sigui necessari.

L'**objectiu** de la nostra intervenció és recuperar al màxim la sensació de benestar de la persona atesa; per aquest motiu serà important procurar el retorn al màxim benestar tornant a recuperar al màxim la capacitat de funcionament normal, a part de seguir el tractament i les indicacions mèdiques.

Quan el retorn al domicili no sigui segur, per fer la convalescència es pot acudir a centres sociosanitaris que ofereixen estades per recuperar-se totalment abans de tornar al domicili habitual. És important informar els familiars dels recursos de suport existents per fer front a una situació temporal de convalescència en el cas de persones que viuen soles i necessiten un suport més continuat a l'inici.

### 1.3 Malalties cròniques

#### Malalties cròniques generadores de dependència

Segons el document de consens elaborat el 2011, a la Declaració de Sevilla d'atenció al pacient amb malalties cròniques, s'estima que les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat l'any 2020, i es preveu que, l'any 2050, un de cada tres espanyols tindrà diabetis tipus 2.

Una **malaltia crònica** s'allarga en el temps, té un tractament simptomàtic però no curatiu i amb freqüència interfereix en la capacitat de seguir amb les activitats habituals i les rutines de qui la té.

Una malaltia crònica és una patologia de llarga duració, d'evolució en general lenta i que, malgrat que la seva curació no es pot preveure clarament, necessita períodes de cures i tractaments llargs i sovint permanents. En molts casos suposarà incorporar nous hàbits d'autocura que caldrà aprendre. El seu impacte va més



enllà de l'esfera física i de salut, i repercuteix en la vessant personal, familiar i social de la persona malalta.

Les principals **característiques** dels pacients amb malalties cròniques són:

- Tenen visites a l'hospital freqüents, tant pot ser a urgències, com visites mèdiques de seguiment o ingressos programats.
- Polimedicació, acostumen a prendre molts fàrmacs.
- Disminució de l'autonomia personal, sovint amb situacions de diversitat funcional i dependència.
- Ús elevat de recursos o serveis sanitaris i socials.

#### **Reaccions emocionals davant una malaltia crònica**

Quan a una persona se li diagnostica una malaltia crònica de sobte ha d'assumir una sèrie de canvis significatius, permanents i sovint sobtats del seu estil de vida, i a més a més té una visió incerta del seu futur.

La primera reacció acostuma a ser de negació, incredulitat o sorpresa. En un segon moment la persona es pot aïllar, pot tenir sentiments d'ira, culpa, ansietat, irritabilitat, depressió o baixa autoestima. Fins que amb el temps s'accepta el caràcter crònic de la malaltia i els canvis que aquesta poc provocar a la seva vida quotidiana. Al llarg d'aquest procés es poden tenir vivències com:

- S'experimenten símptomes no controlats o limitadors.
- Sensació d'inutilitat, de pèrdua, no poder seguir el ritme a què s'estava acostumat.
- Pèrdua del rol social, que pot comportar dificultats econòmiques.
- Pèrdua de motivació.
- Efectes secundaris del tractament, que poden alterar la imatge personal o provocar malestar físic.
- Percepció negativa del propi cos.
- Disminució de l'autoestima i l'autoconcepte.
- Por del rebuig o desemparament social.
- Sentiment d'incapacitat per controlar la nova situació i afrontar el futur.
- Culpabilitat o negació davant la malaltia.

Hi ha moltes malalties cròniques, des de malalties mentals passant per les addiccions, fins a les insuficiències orgàniques cròniques. Algunes acostumen a afectar diversos sistemes de l'organisme, d'altres poden provocar gran dependència (com la insuficiència renal).

El fet que siguin permanents en el temps no significa que la seva evolució sigui progressiva, tot i que algunes són **degeneratives**. En aquest cas comporten un deteriorament progressiu i la seva evolució deriva a situacions incapacitadores fins arribar a la mort. N'hi ha d'altres, però, que requereixen la incorporació de nous hàbits i estils de vida saludables per tal de millorar la seva evolució.

En un intent de **classificar-les**, es podrien agrupar en funció de les següents característiques:

- Malalties que cursen dolor crònic, com per exemple fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica, o malalties reumatològiques com l'artritis reumatoide, artrosi, osteoporosi. Més de 7 milions de persones adultes a Espanya (17% de la població) pateixen dolor crònic.
- Malalties cardiovasculars: hipertensió arterial, insuficiència cardíaca crònica, cardiopatia isquèmica, arterioesclerosi.
- Malalties dermatològiques: psoriasi, dermatitis seborreica, dermatitis atòpica
- Malalties infeccioses: sida, tuberculosi, lepra o sífilis.
- Malalties metabòliques i endocrines: diabetis mellitus, obesitat, hipotiroidisme.
- Malalties neurològiques: malaltia d'Alzheimer, malaltia de Parkinson.
- Càncer.
- Insuficiència renal crònica.
- Malalties respiratòries cròniques: malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma.

#### **Detecció de les malalties cròniques**

La malaltia crònica acostuma a desenvolupar-se durant molts anys abans i en el seu inici pot passar desapercebuda fins que els símptomes són evidents. Per exemple, en el cas de persones a qui finalment se'ls diagnostica Parkinson, en un inici han pogut tenir depressió, restrenyiment, alteracions del son, molt abans de presentar els símptomes motrius, que són els més coneguts de la malaltia i que la fan més fàcilment detectable.

L'Alzheimer és una malaltia que evoluciona durant molts anys, fins i tot dècades, abans d'arribar al punt de provocar una demència. Al principi l'Alzheimer pot haver causat manifestacions més puntuals com l'oblit de fets o dificultat per trobar la paraula adequada.

### **1.3.1 Necessitats de les persones amb malalties cròniques**

El fet que les malalties cròniques no tinguin un tractament que les curi o remeti i la seva permanència en el temps provoquen un gran malestar físic i psicològic en les persones que les tenen. La primera reacció acostuma a ser de negació: costa acceptar els canvis que suposa una malaltia d'aquestes característiques. El fet de saber que el tractament no és curatiu, que només serveix per controlar els símptomes o reduir els efectes de la malaltia genera desconcert, frustració i desànim.

El procés d'acceptació de la malaltia i aprendre a conviure amb ella serà un procés llarg en el qual l'actitud de la persona malalta pot anar fluctuant entre ser negativa, positiva o fer veure que no ha canviat res en la seva existència, que és una manera de no acceptar la realitat.

Una de les necessitats més paleses és la de rebre **informació** sobre la seva malaltia i la seva evolució. Si es vol promoure un pacient actiu, que pugui conviure amb la malaltia mantenint al màxim la seva qualitat de vida, serà important mantenir una **comunicació fluida** amb els professionals sanitaris i sociosanitaris per aprendre l'autocura al llarg de la malaltia. Cal garantir que hagin entès quin tractament han de seguir, quins hàbits han d'incorporar, com poden alleugerir el dolor o els efectes de la mateixa malaltia.

Les **necessitats psicosocials** de les persones amb una malaltia crònica a les quals el tècnic d'atenció a les persones en situació de dependència pot donar resposta es donen a diferents nivells: personal, emocional, familiar, social i, d'alguna manera, també espiritual.

En primer terme cal atendre les cures personals que siguin necessàries en funció de la malaltia, que potser progressivament pot aprendre a fer la persona per si mateixa. A **escala personal**, en algunes ocasions necessitarà cert suport per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. En la mesura del possible cal promoure que la persona sigui el màxim d'activa possible i que participi en tot allò que pugui. Però principalment el que necessitarà serà suport psicoemocional i afectiu, és a dir, sentir-se acompanyada, celebrar les petites fites que es vagin assolint, animar a posar nous reptes, aprendre a gaudir dels nous hàbits, tornar a creure en un mateix, valorar en positiu tot l'esforç que s'està realitzant...

En l'àmbit **emocional** i a l'hora de gestionar les emocions, hi acostuma a haver força necessitats, com alleugerir l'ansietat que genera la nova situació, sovint incerta, reduir l'enfadament, mantenir l'autoestima, promoure la comunicació (el dolor o la tristesa poden provocar introversió i cal ajudar la persona a expressar els seus dubtes i temors); sovint han de conviure amb constants canvis d'estat d'ànim ja que l'evolució de la malaltia pot tenir alts i baixos. En especial, quan hi ha una recaiguda o la malaltia evoluciona deteriorant més l'autonomia de la persona, la fortalesa emocional serà més necessària.

A **escala familiar**, la persona que afronta una malaltia crònica en la majoria dels casos ho fa acompanyada dels seus familiars, que sovint poden ser els cuidadors no formals, i necessita que aquests estiguin a l'altura de la situació, per això cal formar-los i donar-los suport en tot allò que necessitin per tal que la resposta i acompanyament que facin al seu familiar sigui tan beneficiós com sigui possible. Alguns dels aspectes on cal incidir més és en l'alimentació, higiene, canvis posturals, cures, administració de la medicació, pautes d'actuació davant certes crisis i suport emocional. És important promoure la seva participació en grups de suport, ja que els poden donar un suport important per no afrontar des de la soledat i el desànim la tasca d'ajudar al seu familiar.

**Socialment**, totes les persones formem part de la societat i ningú se'n vol veure allunyat per una malaltia; tot el contrari, s'ha de potenciar retornar a les activitats de participació social que es feien abans. En aquest sentit algunes persones poden necessitar noves motivacions per fer noves activitats, potser necessiten redefinir les seves expectatives i conèixer l'oferta d'activitats específiques o adequades a la seva nova situació.

Cal potenciar la participació en activitats d'oci que permetin al malalt mantenir-se actiu, gaudir del temps lliure, tenir noves aficions, etc. D'altra banda, com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència també haureu de vetllar per donar eines a les persones del seu entorn social per saber tractar a les persones malaltes. És en aquest sentit que la població en general necessita ser educada sobre la malaltia, sovint només se'n percep la part limitadora, i cal veure altres potencialitats, com millorar certs hàbits, veure quines coses es poden continuar fent amb els suports adients, que sovint es desconeixen...

Finalment, en l'àmbit **espiritual** o més transcendental, a part del dolor del moment, propi de la malaltia, sovint s'experimenta un vuit o sentiment d'impotència davant l'amenaça de més sofriment. Pot passar quan hi hagi una recaiguda en la malaltia, o un retrocés en el cas de les malalties degeneratives.

A vegades es busca el significat de la malaltia, se sent por envers el futur, es dubta de les creences que s'havien tingut fins aleshores, es generen sentiments de culpabilitat... En aquest sentit les persones malaltes necessiten trobar respostes transcendents a la situació que estan vivint, i això els pot generar frustració o desesperació. Cal promoure arribar a un estat de pau interior amb un mateix, per poder fer front a la malaltia.

### **1.3.2 Suport i orientació a les persones amb malaltia crònica i als seus assistents no professionals**

Viure amb una malaltia crònica o de llarga durada planteja nous reptes a una persona. Aprendre a afrontar aquests reptes és un procés llarg. Entendre el que li passa i participar activament en la cura de la seva salut pot ajudar a afrontar aquests reptes. **En un primer moment**, serà important:

- Reduir el sentiment de malaltia, identificant els símptomes biològics i/o psicosocials que la persona percep com a amenaçadors per tal d'entendre'ls i reduir-los.
- Reforçar l'autoestima de la persona malalta, detectar i potenciar els recursos propis de la persona malalta per tal de contrarestar la situació d'impotència que podria experimentar i enfortir la sensació de control de la nova situació.
- Afavorir l'expressió de les emocions, per aconseguir una adaptació i acceptació de la situació.
- Donar-li molt suport social; serà molt important vetllar perquè tingui un bon suport emocional del seu entorn.

Un cop s'ha acceptat la malaltia, s'intentarà donar resposta a les possibles conseqüències d'aquesta, per exemple a la necessitat de seguir un tractament específic o bé de contrarestar les possibles pèrdues d'autonomia generades per la malaltia. Això s'assoleix gràcies a la promoció de l'autocura.

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, cal **donar eines**, tant a la persona malalta com als seus familiars que els ajudin a fer front a la nova situació, a controlar possibles respostes desadaptatives, com negar la situació o entrar en una depressió, a mantenir la percepció de control de la situació i a adquirir eines que millorin el seu estat de salut.

### Promoció de l'autocura i educar sobre la malaltia

Segons el *Diccionari d'Infermeria* del Termcat, entenem per **autocura** “un conjunt d'accions que duu a terme una persona per al manteniment de la seva vida, la seva salut i el seu benestar”.

L'autocura ressalta el rol de la persona malalta com a principal **responsable** de la cura de la seva salut, realitzant activitats dirigides a conservar la seva salut i prevenir malalties.

En el cas de les persones amb malaltia crònica, és especialment necessari vetllar perquè aquestes puguin viure plenament, amb el mínim possible de limitacions. L'educació en autocura ensenya coneixements i habilitats per resoldre els problemes que poden presentar-se i arribar a l'autogestió de la pròpia malaltia.

En aquest procés d'implicar-se i **esdevenir agent actiu** en la pròpia cura augmenta la confiança de la persona malalta amb ella mateixa, s'empodera i es motiva, i augmenten les seves possibilitats per afrontar la malaltia. Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, és important:

- Afavorir l'autonomia a l'hora de realitzar certes activitats amb els suports necessaris.
- Introduir hàbits saludables per millorar la qualitat de vida.
- Fer que la persona es responsabilitzi de petits controls rutinaris.
- Mostrar tècniques de relaxació que en ocasions poden reduir el nivell d'ansietat.
- Ensenyar a controlar el dolor, que pot ser físic, emocional o cognitiu.
- Adreçar-se a la persona sempre de manera positiva i calmada, afavorint la comunicació i expressió dels sentiments.

### Associacions de malalts o familiars

Aquestes associacions són molt importants perquè afavoreixen que les persones malaltes rebin suport d'altres persones que han passat o estan passant per la mateixa situació.

Aquestes persones, com a malalts experts, poden transmetre de manera molt directa i vivencial els seus coneixements sobre la malaltia, i a més a més, poden reconèixer amb facilitat les dificultats i el patiment que probablement estigui experimentant la persona malalta.

### El cas de la diabetis

La diabetis és una malaltia crònica que requereix un canvi en l'estil de vida, especialment en l'alimentació i fent exercici, i en molts casos comporta l'autoadministració d'insulina. Cal que la persona diabètica incorpori aquests nous hàbits per millorar la seva qualitat de vida.

El suport entre iguals és de gran importància. Hi ha persones a qui formar-ne part i veure que poden ajudar altres persones en una situació similar a la seva els ajuda a sentir-se realitzats, a trobar un nou sentit a la seva existència.

## 1.4 Malalties terminals

El terme *malaltia terminal* designa l'estadi d'una malaltia, generalment progressiva, que no té un tractament específic per curar-la i que comporta la mort, en un temps generalment inferior a sis mesos.

Segons la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL), per determinar una situació de malaltia terminal, s'han de donar una sèrie de **característiques**:

- Presència d'una malaltia avançada, i progressiva i incurable.
- Escassa possibilitat de resposta als tractaments específics.
- Presència de nombrosos problemes o símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants.
- Intens impacte emocional en el pacient, la seva família i l'equip terapèutic, molt relacionat amb la presència explícita o no de la mort.
- Pronòstic de vida limitat, inferior a sis mesos.

### Malaltia terminal i malaltia incurable

No podem confondre una malaltia terminal, en la qual la supervivència de la persona malalta pot variar entre setmanes o mesos, amb una malaltia incurable, com les malalties cròniques, en què, tot i que són incurables i requereixen una atenció permanent, les persones que les tenen poden viure durant molts anys amb una bona qualitat de vida.

En general, es relaciona amb les malalties cròniques, com el càncer, la sida o malalties neurològiques degeneratives, però també es pot donar fruit d'un trastorn agut, com malalties d'insuficiència d'algun òrgan, com el cor, el ronyó, el pulmó, el fetge...

### 1.4.1 Reaccions davant la malaltia terminal

Cada persona pot reaccionar de manera diferent davant la notícia que pateix una malaltia terminal, en funció de la seva situació personal, suport familiar o moment vital. Però, en general, encara que no segueixen el mateix ordre o puguin durar més o menys, les persones acostumen a passar per les cinc etapes descrites per la doctora suïssa Elisabeth Kübler-Ross:

1. **Negació**: una de les primeres respostes quan es coneix el diagnòstic d'una malaltia terminal és negar la realitat, o rebutjar-la. És un mecanisme de defensa d'evitació o negació que comporta pensaments del tipus "això no pot ser veritat", o buscar segones opinions.

2. **Ira:** un cop es reconeix la malaltia sorgeixen sentiments de ràbia, ressentiment i fins i tot agressivitat. Es pensa: “per què a mi?”. Aquesta ira fa que sovint sigui difícil de tractar amb la persona quan passa per aquesta fase. És important tenir paciència i no jutjar-la.
3. **Negociació o pacte amb la realitat:** quan es comença a acceptar la realitat, la persona malalta intenta negociar la situació per tal de retardar la mort, generalment amb un ens superior, com Déu. Genera pensaments com “d’acord, em moriré, però deixa’m viure fins que...”, “només et demano arribar fins...”.
4. **Depressió:** a mesura que la malaltia avança, amb les seves conseqüències, la persona es va debilitant i entén la certesa de la mort. Pot entrar en una fase depressiva, pot rebutjar les visites, pot estar més silenciosa, pot necessitar plorar i lamentar-se. En aquests casos cal mostrar suport i comprensió davant la seva tristesa. No és recomanable intentar alegrar algú quan està en aquesta etapa; al contrari, cal afavorir l’expressió del seu dolor.
5. **Acceptació:** és la darrera etapa, quan la persona accepta i afronta la mort amb comprensió i pau. La depressió pot donar pas a una situació en què la persona gairebé no expressi els seus sentiments. En aquesta fase és possible que la persona vulgui estar sola. Caldrà respectar els seus últims desitjos. En aquesta etapa la família necessitarà més suport i comprensió.

### 1.4.2 Necessitats de les persones amb malaltia terminal

La malaltia terminal es pot dividir en tres etapes, segons el temps de supervivència pronosticat; de manera que les necessitats en cada cas també seran diferents:

1. Fase **terminal:** quan el pronòstic és de mesos.
2. Fase **preagònica:** quan el pronòstic és de setmanes.
3. Fase **agònica:** quan el pronòstic és de dies o hores.

Ens centrarem en les necessitats de suport psicosocial, ja que serà el professional mèdic i sanitari qui atengui les necessitats físiques i pròpies de la malaltia.

Les necessitats psicosocials seran diferents en funció de cada persona, la malaltia, l’etapa de vida en la qual es presenti, les proves i tractament que s’hagin de seguir, la capacitat d’adaptació de la persona, el suport familiar i social, la relació amb els professionals sanitaris... Però, en general, les més importants són:

- **Informació:** la persona necessita saber què li està passant per tal de poder afrontar la realitat conscientment. La informació se li haurà de donar de manera entenedora, tenint en compte la que pot arribar a assimilar o la que vulgui saber. Cal respectar el dret de la persona a “no voler saber” però s’ha d’evitar enganyar-la o amagar-li informació.

- **Comunicació:** a part de rebre informació la persona necessita comunicar-se, el fet d'expressar els seus sentiments i emocions pot alliberar algunes tensions. A la fase inicial potser necessitarà expressar el seu enuig, tristor o impotència. En una fase més avançada, quan aquesta comunicació no pugui ser verbal, caldrà parar atenció a la comunicació no verbal, i són de gran importància les mirades, el somriure, les carícies o senzillament la presència, fent companyia.
- **Ajuda sense sobreprotecció:** tot i que requereixi ajuda per a algunes o moltes activitats de la vida diària cal procurar que continuï fent allò que pugui per si sol, o amb un suport puntual, per tal d'evitar que sorgeixin sentiments d'inutilitat, baixa autoestima o pèrdua d'autonomia.
- **Suport espiritual:** és necessari per poder respondre les preguntes, angoixes i temors que sorgeixen davant la mort i que li doni eines per poder afrontar-ho des de la dignitat i la serenitat.
- **Reconciliació i perdó:** és possible que la persona en fase terminal vulgui arribar a la fi dels seus dies sentint-se en pau; si percep que té algun conflicte pendent de resoldre buscarà la manera de solucionar-lo o de parlar-ne.
- **Preservar la dignitat i la intimitat:** malgrat que l'evolució de la malaltia dilueixi la identitat física i psíquica de la persona, cal tractar-la dignament i preservar la seva integritat i intimitat fins al darrer moment.

En la mesura que hi hagi temps abans del desenllaç de la malaltia terminal, és important preveure la possibilitat que la persona pugui expressar els seus desitjos en relació amb quin tractament mèdic preferiria i que pugui deixar constància de les seves darreres voluntats. Amb aquesta finalitat es poden redactar les voluntats anticipades.

#### **Voluntats anticipades i testament vital**

La declaració de voluntats anticipades és un document en el qual les persones poden descriure quin tractament mèdic voldrien rebre en cas de trobar-se en una situació de malaltia terminal que no els permetés expressar la seva voluntat. Amb aquest document la persona pot decidir en relació amb la seva pròpia salut, i aquestes decisions seran respectades en el moment que sigui necessari. Podeu consultar-ne més informació al Canal Salut: [canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades](http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades).

### **1.4.3 Suport i orientació a les persones amb malaltia terminal i als seus assistents no professionals**

Aquesta situació d'alta complexitat requereix una gran demanda d'atenció i suport, a la qual, com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, hem de saber donar resposta. Però no ho farem sols: en aquests casos l'**aportació mèdica i sanitària** serà de gran importància, així com l'aportació de psicòlegs, treballadors socials, fisioterapeutes, tanatòlegs...



**La família**, davant d'un membre amb malaltia terminal, té un doble i complex paper: d'una banda com a agent actiu, ja que proporciona cures i atencions al seu familiar; però, de l'altra, també necessita rebre atenció i cura per part dels professionals socio-sanitaris que atenen el seu familiar, que pretenen donar suport psicoemocional per fer front a la situació que estan vivint. Cal tenir en compte que, sovint, el fet de tenir una tasca concreta per fer ajuda a disminuir l'impacte emocional dels familiars, per aquest motiu és important comptar amb ells i donar-los certes responsabilitats en la cura del seu familiar.

En la mesura que la malaltia avança i ens trobem en les fases preagònica i agònica seran de cabdal importància les cures pal·liatives i donar suport per afrontar la mort, abans i després que succeeixi.

#### 1.4.4 Cures pal·liatives

L'OMS determina que les cures pal·liatives tenen per objectiu millorar la qualitat de vida dels pacients i dels seus familiars, que afronten els problemes associats a una malaltia que amenaça la vida, a través de la prevenció i pal·liació del patiment, per mitjà de la identificació primerenca i l'avaluació de tractaments que atenguin totes les problemàtiques que afecten la persona malalta, siguin de tipus somàtic, psicosocial, ètic o d'una altra naturalesa.

En concret, els **objectius** de les cures pal·liatives són:

- Alleugerir el dolor i altres símptomes que provoquin malestar.
- Supervisar l'estat general de la persona i cobrir les seves necessitats bàsiques: respiració, alimentació, eliminació, higiene, atenció de la pell...
- No allargar ni escurçar la vida.
- Donar suport psicològic, social i espiritual.
- Proporcionar sistemes de suport perquè la vida sigui tan activa com sigui possible.
- Donar suport a la família durant la malaltia i el dol.

#### Cures pal·liatives, mort digna i eutanàsia

Sovint aquests tres termes es confonen:

- Les cures pal·liatives són mesures de prevenció i alleugeriment del patiment mitjançant la identificació prèvia i el tractament del dolor o altres problemes físics, psicosocials i espirituals.
- La mort digna es produeix amb tots els alleugeriments mèdics adequats i el consol humà possible. No és una mort a petició o demanda. Seria un acompanyament altament humà.
- L'eutanàsia és una intervenció voluntària que produeix de manera directa i intencionada la mort d'un pacient terminal amb la intenció d'evitar-li patiment i dolor. Es poden distingir dos tipus d'eutanàsia:

---

Segons l'OMS, anualment 40 milions de persones necessiten cures pal·liatives. Només un 14% les rep.

---

#### Curar, alleujar i cuidar

En el següent vídeo, publicat al Canal Salut, trobareu més informació sobre les cures pal·liatives: [bit.ly/39gE8sL](https://bit.ly/39gE8sL).

- Eutanàsia activa: ocasiona la mort mitjançant l'ús de fàrmacs que resulten letals.
- Eutanàsia passiva: s'arriba a la mort mitjançant la suspensió del tractament mèdic que tenia, per exemple deixant d'administrar la medicació o retirar la respiració assistida, i de la seva alimentació per qualsevol via.

L'associació Dret a Morir Dignament (DMD) treballa per legalitzar l'eutanàsia, que es considera il·legal a Espanya. Entre altres accions recomana que les persones expressin la seva voluntat anticipada, l'anomenat testament vital, en relació amb les mesures mèdiques que voldria rebre o no, en cas de patir una malaltia terminal i irreversible i que li impedisís d'expressar la seva voluntat.

Arribat el moment, la persona amb malaltia terminal o els seus familiars poden decidir **on morir**: a l'hospital o bé al propi domicili. En aquest cas hi ha equips de professionals que donen suport al domicili en les atencions que es deriven de la malaltia; formen part del programa d'atenció domiciliària i equip de suport (PADES).

#### PADES

El PADES és un recurs sociosanitari d'àmbit domiciliari, format per equips interdisciplinaris que vetllen perquè la persona malalta rebi l'assistència que necessita al seu domicili, oferint assessorament i acompanyament a la persona malalta i als seus familiars.

En tot moment cal garantir els drets de les persones en la seva fase final, ja que sovint no podran expressar-los. Tot i que es comencen a recollir en iniciatives legislatives, o bé es tenen en compte en els codis deontològics de les professions sanitàries, l'Organització Mundial de la Salut ha establert uns drets de les persones amb malalties terminals.

#### Dret de les persones amb malalties terminals

L'OMS proposa els següents drets de les persones amb malalties terminals:

- Tinc dret a ser tractat com un ésser humà viu fins al moment de la meva mort.
- Tinc dret a mantenir l'esperança, sigui la que sigui.
- Tinc dret a expressar a la meva manera els meus sentiments i les meves emocions en relació amb la proximitat de la meva mort.
- Tinc dret a obtenir l'atenció de metges i infermers, fins i tot si els objectius de curació han de ser canviats per objectius de confort.
- Tinc dret a no morir sol.
- Tinc dret a ser alliberat del dolor.
- Tinc dret a obtenir una resposta honesta, sigui quina sigui la meva pregunta.
- Tinc dret a no ser enganyat.
- Tinc dret a rebre ajuda de la meva família i per a la meva família en l'acceptació de la meva mort.
- Tinc dret a morir en pau i amb dignitat.
- Tinc dret a conservar la meva individualitat i a no ser jutjat per les meves decisions, que poden ser contràries a les creences dels altres.
- Tinc dret a ser cuidat per persones sensibles i competents, que intentaran comprendre les meves necessitats i que seran capaces de trobar algunes satisfaccions ajudant-me a enfrontar-me a la mort.
- Tinc dret a que el meu cos sigui respectat després de la meva mort.

### 1.4.5 Com afrontar la mort: el dol

El dol és una reacció emocional i comportamental que experimenta una persona davant la pèrdua d'un ésser estimat. També es pot experimentar davant d'altres pèrdues importants, com la feina, la salut, com en el cas d'una malaltia crònica o terminal, o la casa.

"El dol és un estat transitori de pensament, sentiment i activitat (o inactivitat, perquè la persona pot restar al llit sense aixecar-se, negar-se a anar a treballar o, senzillament, no parlar), associat a símptomes físics i emocionals, que es dona com a conseqüència de la pèrdua d'una persona o cosa estimada."

Gea Romero, Alfons (2014). "Necessitats espirituals i procés de dol". Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 56, p. 127-140.

#### Fases del dol

En el procés d'elaboració del dol, o d'assumir la mort, s'acostuma a viure les següents fases:

1. **Fase d'atordiment:** és la primera resposta de xoc, en general costa acceptar el que ha passat. És un mecanisme de defensa, que pot durar entre hores i una setmana.
2. **Fase d'anhel i cerca de la figura perduda:** pot durar mesos i fins i tot anys. S'experimenta una forta tristesa, fins i tot ansietat en funció de la unió i afecció que se sentia per la persona difunta.
3. **Fase de desorganització i desesperació:** un temps després de la mort s'arriba a ser conscient de la pèrdua, s'intensifiquen els sentiments de desesperació i soledat i, a poc a poc, aquesta s'accepta. Es pot entrar en una etapa de depressió i apatia.
4. **Fase de reorganització:** es pot iniciar al cap d'un any de la mort, aproximadament. Un cop s'accepta la nova situació, la persona es pot redefinir i pot començar a fer plans de futur.

Tot i que més o menys s'experimenten totes les fases, la durada i intensitat d'aquestes dependrà de les circumstàncies en què s'ha produït la mort, com:

- **Qui era la persona:** cal tenir en compte quin membre de la unitat familiar era, quin vincle o afecció hi havia. Per llei de vida s'espera que els fills acomiadin als pares, quan passa a l'inrevés el xoc és més gran. Com més jove és la persona en decés, més costa elaborar la pèrdua. També cal tenir en compte el rol que exercia la persona dins el nucli familiar.
- **Tipus de mort:** si és fruit d'una malaltia que ha anat evolucionant, malgrat que el procés pot haver estat molt dolorós, en general s'ha pogut fer un

acomiadament, fet que ajuda a acceptar la pèrdua. Quan la mort és sobtada, sigui per causes naturals, un accident, suïcidi o homicidi, generalment costa més d'acceptar.

- **Variables de personalitat:** com l'edat, experiències prèvies amb la mort, situació laboral, familiar i econòmica, espiritualitat i creences religioses, moment vital, personalitat...
- **Variables socials:** l'entorn sociocultural, ètnic i religió aporta uns rituals concrets per al procés de dol. També és important si es compta o no amb una xarxa àmplia de familiars o amistats que puguin acompanyar en aquest procés.

Per poder elaborar el procés de dol, que pot durar entre mig any i dos anys, i anar superant les diferents fases, els experts remarquen la importància de realitzar quatre tasques per fer-hi front.

#### Les quatre tasques del dol

Cal entendre el dol com un procés, no com un estat. El psicòleg William Worden proposa quatre tasques o accions que cal emprendre en aquest procés:

- **Acceptar la realitat de la pèrdua.** Davant la mort d'un ésser estimat sempre hi ha certa sensació que no pot ser veritat. La primera tasca és afrontar plenament la realitat que la persona ha mort i no tornarà. Acceptar aquesta realitat implica temps perquè comporta una acceptació no només intel·lectual sinó també emocional.
- **Treballar les emocions i el dolor de la pèrdua.** És de gran importància reconèixer i treballar el dolor, que pot ser físic, emocional i conductual. Si s'evita aquesta tasca, bé perquè sembla que la societat ens demana sobreposar-nos tan de pressa com sigui possible, perquè es bloquegen les emocions o es busca l'evasió, no es podrà avançar en el procés del dol.
- **Adaptar-se a un medi en el qual la persona morta està absent.** Aquesta adaptació serà diferent per a cada persona en funció de la relació que es tenia amb la persona difunta. A vegades caldrà assumir els rols que desenvolupava l'altre, amb més o menys èxit. Si es fa bé aquesta tasca, el supervivent serà capaç de continuar amb les seves tasques i les noves.
- **Recol·locar emocionalment el difunt i continuar vivint.** Sovint és la tasca més difícil; no es tracta tant de "renunciar" a la figura del difunt com de trobar-li un lloc adequat en la seva vida emocional. Un lloc que li permeti continuar amb la seva vida després d'aquesta pèrdua, que li permeti iniciar o seguir amb altres relacions d'afecte amb altres persones, sense renunciar a l'estima que es tenia per la persona morta.

En algunes ocasions, es pot complicar el procés d'elaboració del dol. El **dol complicat, anormal o patològic** és la intensificació del dol, que fa que la persona se senti aclaparada, amb conductes desadaptatives sense avançar cap a la resolució d'aquest. Es poden donar quatre tipus de dol complicat:

- **Dol crònic:** quan té una durada excessiva i no arriba a un tancament satisfactori.
- **Dol retardat:** quan la resposta emocional en el primer moment de la pèrdua no és suficient, en el futur poden experimentar símptomes del dol, davant situacions que no haurien de requerir una resposta tan excessiva (com per exemple veure una altra persona que ha sofert una pèrdua o veient una pel·lícula).

- **Dol exagerat:** apareixen conductes desadaptatives, com consum de tòxics, trastorns psiquiàtrics majors, depressions, en la mesura que s'intensifica el dol i la persona se sent sobrepassada. En aquests casos és necessari l'atenció de professionals especialitzats.
- **Dol emmascarat:** es dona quan la persona experimenta símptomes físics o conductes desadaptatives que no reconeix que estiguin relacionats amb la pèrdua del familiar.

## El tècnic d'atenció a persones en situació de dependència davant la malaltia terminal i la mort

Els tècnics d'atenció a persones en situació de dependència és possible que vegin morir algunes de les persones ateses o bé que les acompanyin en els seus darrers moments. És inevitable que, com a professionals d'atenció directa, en la relació d'ajuda que s'estableix amb les persones ateses i els seus familiars es creïn certs **vincles**, s'agafi estima per les persones, fins i tot certa estima, ja que es comparteixen aspectes molt íntims de la seva vida i se'ls dona suport en moments de màxima debilitat.

Per aquest motiu, sovint es fa difícil assumir i gestionar la mort d'algunes persones que s'han atès, en especial si feia temps que es coneixien o si s'havia arribat a establir un vincle important. És important poder expressar el que se sent en cada cas, el fet de **ser professionals** no implica que en un moment donat ens puguem emocionar, plorar o estar tristos. Amb el temps s'adquireixen habilitats per sobreposar-se a situacions difícils.

Quan s'atenen persones amb un pronòstic de vida limitat no n'hi ha prou de conèixer els protocols que cal seguir o fer les tasques d'atenció higiènica, sanitària o de suport psicosocial. El repte és més gran, entra en joc la **dimensió emocional**: saber acceptar les limitacions de la nostra actuació (saber que hi haurà aspectes als quals no podrem donar resposta), saber gestionar les nostres emocions, les de la persona atesa i les dels seus familiars, saber trobar respostes a aspectes més espirituals o transcendents (què és la mort, què significa per a mi, que significa per als altres...)

Atendre persones en fase terminal i els seus familiars no és fàcil; cal una formació específica, tant en aspectes tècnics com ètics. Cal saber demostrar respecte per la dignitat de la persona, atendre les seves necessitats, amb una comunicació sincera, sense donar falses expectatives a la seva recuperació però donant esperances de poder passar els darrers dies sense dolor. Caldrà seguir les indicacions mèdiques, procurar alleugerir el dolor i confortar els acompanyants de la persona malalta. A més, cal respectar les creences, els valors, les actituds i la conducta tant de les persones ateses com dels seus familiars.

Cal tenir en compte que l'entorn en que es treballa, el volum elevat de feina, els torns llargs, la poca flexibilitat, la rotació de professionals, etc., no sempre faciliten l'atenció centrada en la persona que es voldria donar. Això pot generar en el professional un sentiment d'impotència, de no poder fer bé les coses, sentir-se

### La mort, un tema tabú

Acompanyar en el final de la vida és una experiència intensa que pot suposar prendre consciència sobre la pròpia mort. Reflexionar sobre la mort, tot i que és un tema que socialment s'evita, pot ajudar a estar preparat per atendre persones en una fase final de la seva vida.

### Síndrome del professional cremat o 'burn out'

La síndrome del professional cremat acostuma a aparèixer a conseqüència d'una situació crònica d'estrès laboral que es caracteritza per un estat d'esgotament emocional i físic, una sensació d'ineficàcia i de no fer les tasques correctament i una actitud distant envers el treball, com de despersonalització.

sobrepasat per la situació, creure que no s'està preparat per fer front a algunes de les exigències del lloc de treball, potser oblidar algunes de les vivències de l'entorn laboral quan acaba la jornada laboral... Algunes d'aquestes experiències poden ser l'inici d'un procés d'esgotament professional, o *burn out*.

És important parar atenció al dia a dia, per tal d'identificar possibles **senyals d'alarma** que avisin d'una situació d'estrès laboral, com per exemple:

- Sentir-se cansat, deprimat o angoixat.
- Estar nerviós i/o irritable, tant a la feina com a casa.
- Ser incapaç de relaxar-se.
- Gaudir cada vegada menys de la feina.
- No poder desconnectar de la feina un cop a casa.
- Tenir dificultats per dormir.
- Patir trastorns digestius, musculars, mals de cap...

Si en alguna ocasió es creu que s'està experimentant algun d'aquests símptomes és molt important demanar ajuda per tal d'analitzar la situació i poder buscar solucions al més aviat possible.

# Persones grans

Montserrat Pérez Fígols

**Característiques i necessitats de les persones en  
situació de dependència.**





# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 El procés d'envelliment</b>	<b>9</b>
1.1 Esperança de vida en la nostra societat . . . . .	10
1.2 Teories explicatives del procés d'envelliment . . . . .	11
1.3 Canvis biopsicosocials en les persones grans . . . . .	13
1.3.1 Canvis biològics . . . . .	13
1.3.2 Canvis en les capacitats cognitives . . . . .	18
1.4 Canvis en l'entorn socioafectiu i de la sexualitat de la persona gran . . . . .	22
1.4.1 La jubilació . . . . .	23
1.4.2 La pèrdua de persones properes . . . . .	24
1.4.3 El sentiment de soledat . . . . .	25
1.4.4 La sexualitat en l'envelliment . . . . .	28
1.5 Envelliment i gènere . . . . .	30
1.5.1 Jubilació i gènere . . . . .	30
1.5.2 Soledat i gènere . . . . .	31
1.5.3 Sexualitat i afectivitat amb relació al gènere . . . . .	32
1.5.4 Violència i gènere . . . . .	32
1.6 Incidència de l'envelliment en la qualitat de vida i autonomia de la persona gran . . . . .	33
1.6.1 Envelliment actiu . . . . .	34
<b>2 Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans</b>	<b>37</b>
2.1 Diagnòstic de les patologies en les persones grans . . . . .	37
2.1.1 Les síndromes geriàtriques . . . . .	38
2.2 Patologies més freqüents de les persones grans . . . . .	41
2.2.1 Diabetis . . . . .	41
2.2.2 Demència . . . . .	43
2.2.3 Artrosi . . . . .	47
2.2.4 Malalties cardiovasculars . . . . .	48
2.2.5 Parkinson . . . . .	50
2.2.6 La depressió . . . . .	52
2.2.7 La grip . . . . .	54
2.3 Identificació de les necessitats especials d'atenció i suport integral de les persones grans . . . . .	56
2.3.1 Necessitats especials d'atenció i suport integral de les persones grans . . . . .	57
2.3.2 Diversitat funcional i gent gran . . . . .	60
2.3.3 Maltractament a la gent gran . . . . .	61
2.3.4 Àmbits del maltractament a la gent gran . . . . .	66
<b>3 Atenció a les persones grans</b>	<b>69</b>
3.1 Model d'atenció centrat en la persona . . . . .	69
3.2 Recursos i serveis per a les persones grans . . . . .	71
3.2.1 Serveis d'orientació i assessorament . . . . .	72

3.2.2	Centres residencials	72
3.2.3	Habitatges tutelats	73
3.2.4	Centres de dia	73
3.2.5	Casals de gent gran	74
3.2.6	Servei d'atenció domiciliària	74
3.2.7	Servei de teleassistència	74
3.3	Programes i projectes per a la gent gran	75
3.3.1	Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imsero)	76
3.3.2	Aules d'extensió universitària	76
3.3.3	Programes de tallers de memòria	76
3.3.4	Programa Viure i Conviure	77
3.3.5	Programa Respir	77
3.3.6	Projectes de teràpies assistides amb gossos per a la gent gran	78
3.3.7	Projecte ECOI, espai de convivència intergeneracional	78
3.4	Identificació de necessitats de la persona gran i les actuacions d'acord amb aquestes necessitats	79
3.4.1	Identificació del maltractament envers la persona gran i actuacions	80
3.4.2	Identificació de situació d'aïllament social de la persona gran i actuacions	81
3.4.3	Identificació dels problemes de salut de la persona gran i actuacions	82
3.5	El procés d'adaptació de la persona gran al servei d'atenció i als professionals que l'atenen	83
3.5.1	Procés d'adaptació de la persona gran a un centre residencial	84
3.6	Actuacions del professional davant de diferents situacions de la persona gran i dels seus familiars	86

## Introducció

En aquesta unitat treballareu l'etapa de l'envelliment i les seves característiques, aprendreu a identificar les necessitats de la gent gran, les seves capacitats i potencialitats i els recursos i serveis que s'ofereixen. També observareu el canvi de model, actualment centrat en la persona, en el qual els principis es basen en la dignitat, l'autonomia i l'empoderament de la persona. La unitat es divideix en tres apartats, que es distribueixen de la següent manera.

El primer apartat, **“El procés d'envelliment”**, fa referència al procés i a les característiques de l'etapa de la vellesa, com també a les diferències existents entre persones (envelliment diferencial) i les teories de l'etapa. També s'observen els canvis en la nostra societat en els darrers anys i la seva repercussió en les persones grans, es treballa l'envelliment actiu i la seva implicació envers la persona i s'ofereixen mesures per prevenir algunes situacions, com per exemple la soledat de la gent gran.

En el segon apartat, **“Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans”**, s'observen les síndromes geriàtriques i les patologies més freqüents de les persones grans, com fer-ne la prevenció i/o evitar-ne complicacions, i també s'identifiquen les necessitats d'atenció i suport integral d'aquestes persones, com per exemple el maltractament i la diversitat funcional intel·lectual.

En el tercer i últim apartat, **“Atenció a les persones grans”**, es parla de l'atenció a les persones grans, dels canvis sorgits i del nou model d'atenció integrada social i sanitària, i també s'expliquen recursos, serveis, programes i projectes per a les persones grans, com el servei de teleassistència i els centres residencials.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat cal fer els exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades en el material. Cada tasca treballa algun dels continguts presents en la unitat i varia en funció de la seva realització; pot ser un cas pràctic, la visualització d'un vídeo o preguntes de marcar vertader o fals, entre altres tipologies.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Classifica els nivells de dependència i els ajuts requerits associats al procés d'envelliment, analitzant els canvis i deterioraments que produeix.

- Identifica les principals teories explicatives del procés d'envelliment.
- Relaciona els canvis biològics, psicològics i socials propis de l'envelliment amb les dificultats que impliquen en la vida diària de la persona.
- Identifica les patologies més freqüents en la persona gran.
- Descriu les principals característiques i necessitats de les persones grans.
- Identifica les principals manifestacions de deteriorament personal i social propi de les persones grans.
- Relaciona els nivells de deteriorament físic, psicològic i social amb els graus de dependència i el tipus de suport requerit.
- Descriu les conductes i comportaments característics de les persones grans durant el període d'adaptació al servei d'atenció a la dependència i al professional de referència.
- Identifica les necessitats d'orientació i suport dels assistents familiars i no professionals de la persona gran.
- Valora la importància de respectar les decisions i interessos de les persones grans.
- Mostra seguretat en determinar els tipus de suport a la persona gran i la seva família.



## 1. El procés d'envelliment

Com a futurs tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, cal conèixer què és l'envelliment i les seves implicacions, tenir en compte les característiques individuals, identificar les teories explicatives del procés d'envelliment i observar els canvis biològics, psicològics i socials propis d'aquesta etapa.

La **vellesa** és una etapa de la vida de l'individu que té unes característiques específiques que la diferencien de les altres etapes de la vida de la persona. S'hi donen uns canvis biològics, psicosocials, en les capacitats cognitives i en la personalitat. Aquests canvis no es donen de la mateixa manera per a tothom ni en el mateix moment, fins i tot en una mateixa persona les modificacions en aquests aspectes no es donen alhora.

Algunes de les **variables** que afecten el procés d'envellir són:

- L'entorn social de la persona.
- L'àmbit familiar de l'individu.
- La seva pròpia manera d'entendre i viure aquesta etapa de la vida.
- L'existència o no de malalties.
- L'acceptació i adaptació als canvis.
- Els serveis i suports que rep o dels quals pot disposar.
- L'autoconcepte i autoestima de la persona.

Actualment, hi ha un nou enfocament que deixa enrere la vellesa com un deteriorament físic i mental inevitable i irreversible, passant a ser un procés dinàmic, amb oportunitats i actiu. El nou paradigma va més enllà de l'atenció únicament sanitària i centrada en la dependència, es mou en un **model centrat en la persona**. Per tant, es basa en la individualitat de la persona i en les seves oportunitats.

L'Organització Mundial de la Salut defineix l'**atenció centrada en la persona (ACP)** com "aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient.

En els darrers anys l'objectiu s'ha centrat a adaptar els serveis a les necessitats de les persones, i per tant, implicar-les en la cura del seu benestar i de la seva salut. Això ha provocat un canvi en l'orientació del model d'atenció, i ha posat la persona com a eix del sistema social i sanitari.

### L'envelliment

La vida humana s'ha distribuït en diferents etapes. La vellesa n'és una, però s'han de tenir en compte les característiques específiques de cada persona, com també cada situació personal. L'afrontament d'aquestes circumstàncies comporta canvis en el procés d'envelliment d'un individu a un altre.

## 1.1 Esperança de vida en la nostra societat

Les millores en molts aspectes de la nostra vida (com en medicina, en higiene, alimentació, promoció de la salut, detecció precoç de malalties, prevenció d'aquestes, menys accidents laborals...) ha fet que es doni un **augment de l'esperança de vida**, que comporta un augment del segment de població de més edat, sobretot en els països desenvolupats.

Aquest fet també ha provocat **canvis en les malalties**, en la seva atenció i en les causes de la mortalitat; s'ha passat d'unes malalties infeccioses a problemes crònics relacionats amb l'envelliment.

Aquest augment de l'esperança de vida en la nostra societat té certes implicacions com:

- Aparició de **noves necessitats socials i econòmiques** en la nostra societat.
- Es fa necessari un canvi en **polítiques de salut i atenció** a aquestes persones; amb el nou paradigma es veu clara una modificació en els serveis i recursos existents, així com en la quantitat d'aquests serveis i recursos.
- Nou enfocament en l'àmbit de la **cura i la necessitat d'ajuda**. Actualment, els principals diagnòstics i causes de mort són per malalties degeneratives.
- Canvis en les **condicions de vida**, més persones grans viuen sense discapacitat i amb autonomia, per tant, apareix un augment en la demanda de serveis d'oci.
- Canvis en les **estructures familiars**. Necessitat d'ajuda, suport i orientació familiar. Nous rols de la persona gran.
- **Nova perspectiva educativa** per als professionals, formació basada en una atenció centrada en la persona (model d'atenció integrada social i sanitària).
- Canvi de **visió de l'etapa de la vellesa**, com un procés actiu i de noves oportunitats.

Com es pot observar en la taula 1.1 i en la taula 1.2, sobre la població a Catalunya per franja d'edat i sexe (comparativa any 1999 i any 2019), ha augmentat considerablement l'esperança de vida. També es pot veure com aquesta és més alta en les dones que en els homes. Això és degut a diverses causes, com són: els hàbits de consum d'alcohol i tabac (històricament les dones no en consumien o ho feien en menys mesura), els accidents de trànsit, els accidents laborals...

Actualment, però, aquesta tendència s'està igualant, ja que han canviat els hàbits de consum de les dones pel que fa a l'alcohol i el tabac, amb la incorporació al món laboral, l'augment considerable en la conducció de vehicles...



**TAULA 1.1.** Població de 1999. Per sexe i grup d'edat

Població a 1 de gener de 1999	Homes	Dones	Total
De 65 a 69 anys	151.315	174.533	325.848
De 70 a 74 anys	123.726	156.035	279.761
De 75 a 79 anys	85.807	124.872	210.679
De 80 a 84 anys	46.003	83.658	129.661
De 85 a 89 anys	23.603	50.534	74.137
De 90 a 94 anys	7.332	18.954	26.286
De 95 anys i més	1.580	4.396	5.976

Font: Idescat. Estimacions de població

**TAULA 1.2.** Població a 1 gener, 2019. Per sexe i grup d'edat

Població a 1 de gener de 2019	Homes	Dones	Total
De 65 a 69 anys	178.999	201.507	380.506
De 70 a 74 anys	159.972	189.307	349.279
De 75 a 79 anys	111.778	140.075	251.853
De 80 a 84 anys	85.972	126.224	212.196
De 85 a 89 anys	55.788	99.426	155.214
De 90 a 94 anys	20.375	48.358	68.733
De 95 anys i més	4.501	15.370	19.871

Dades provisionals

La manera d'envellir durant l'etapa de la vellesa és important, sobretot pel que fa a la qualitat de vida: s'ha de prioritzar viure força anys lliures de malaltia i de discapacitat per tal de mantenir-se autònom.

#### Esperança de vida en bona salut i en lliure discapacitat

L'esperança de vida en bona salut (EVBS) i l'esperança de vida lliure de discapacitat (EVLD) fan referència a un conjunt d'indicadors que es basen en dades de mortalitat, esperança de vida i dades de salut de la persona per obtenir la mesura de salut de la població.

## 1.2 Teories explicatives del procés d'envelliment

L'envelliment no és atribuïble a un únic factor, hi ha diverses variables que condicionen aquest procés. Les teories cerquen explicar les causes que provoquen els canvis que es produeixen en aquesta etapa de la vida, les quals es classifiquen en tres categories: sociològiques, psicològiques i biològiques.

**Teories sociològiques:** la base d'aquestes teories és l'adaptació de la persona al mateix procés d'envelliment i la relació existent entre la persona gran i el sistema social. Algunes de les més importants són:

- Teoria de l'activitat: es basa en el fet que les persones grans per tenir un envelliment saludable s'han de mantenir actives, és a dir, involucrar-se en

la societat i mantenir les relacions socials. Es dona importància als rols de l'individu perquè se senti útil.

- Teoria adaptativa: es basa en l'adaptació de les persones grans als canvis produïts en aquesta etapa i com influeix el medi ambient en tot aquest procés.
- Teoria de la modernització: tradicionalment, les persones grans es veien com a persones sàvies i amb experiència. Actualment, aquesta valoració ha canviat en la nostra societat.

**Teories psicològiques:** la base d'aquestes teories són els aspectes cognitius de la persona i la seva personalitat. Algunes de les teories més importants són:

- Teoria de l'individualisme de Jung: a mesura que la persona envellaix, hi ha un canvi d'enfocament des del món extern cap a una experiència interior. La persona per envellir correctament ha de reconèixer els seus propis èxits i els seus propis fracassos.
- Teoria de la integritat de l'ego: és l'acceptació que fa la persona de la seva vida, tant del que ha viscut en el passat com en l'actualitat.
- Teoria de la desesperació: aquesta teoria es refereix a la no integritat de l'ego; es dona quan la persona no accepta com ha viscut la seva pròpia vida.

**Teories biològiques:** aquestes teories es diferencien segons factors externs i interns; les primeres es basen en el fet que l'envelliment és degut a conseqüències d'alteracions que succeeixen al llarg de la vida i que es donen aleatòriament, en canvi, les segones es basen en el fet que l'envelliment és predeterminat, diuen que és la continuació del procés de desenvolupament i seria l'última etapa d'una seqüència de fets.

- Dues de les teories basades en **factors externs** són:

- Teoria de l'encreuament: la teoria determina que l'envelliment i el desenvolupament de malalties és a causa dels enllaços i encreuaments entre les proteïnes i altres macromolècules.
- Teoria dels radicals lliures: escrita per Denham Harman (1956), proposa que l'envelliment seria el resultat d'una insuficient protecció contra el mal produït pels radicals lliures (RL) als teixits. Els radicals lliures són molècules molt reactives que es produeixen com a residu durant el metabolisme cel·lular i provoquen un dany a través de les reaccions oxidatives.

- Dues de les teories basades en **factors interns** són:

- Teories genètiques: aquestes teories es basen en el codi genètic de cada individu, i afirmen que l'envelliment és en la informació genètica, ja està escrit en cada una de les nostres cèl·lules quan el cos inicia el procés d'envelliment.

- Teoria del cronòmetre cel·lular: afirma que el procés d'envelliment és un mecanisme programat, considera que les cèl·lules tenen un nombre predeterminat de reproduccions durant la nostra vida.

### 1.3 Canvis biopsicosocials en les persones grans

El procés d'envellir duu inherent una sèrie de canvis que incideixen en la persona. Aquests canvis no afecten tots els individus de la mateixa manera, per tant, hi ha unes diferències remarcables en les característiques d'aquests entre els individus.

Hi ha una gran variabilitat interindividual i intraindividual; cada persona envellaix a un ritme diferent. El que defineix aquesta etapa és l'heterogeneïtat; es pot afirmar que l'envelliment és un procés dinàmic, no estàtic. És en aquest sentit que parlem d'**envelliment diferencial**, ja que no totes les persones envellaixen al mateix ritme ni tots els sistemes i òrgans de la persona ho fan al mateix temps.

En l'explicació dels canvis biopsicosocials de la persona ens centrarem en el **model biopsicosocial**. El seu postulat bàsic és el fet que tant la salut com la malaltia no són més que la conseqüència de la interacció entre:

- factors biològics,
- factors psicològics i
- factors socials.

#### 1.3.1 Canvis biològics

Les persones grans pateixen una sèrie de canvis biològics, com per exemple una lentitud més gran en l'agudesia dels sentits; sobretot pel que fa a l'oïda i a la vista. També hi ha una menor resistència a l'activitat física i es donen modificacions en la digestió dels aliments i en la seva absorció.

Cada persona afronta de manera diferent aquests canvis biològics, segons les estratègies emocionals de cadascú, les quals també es poden treballar.

Els **canvis biològics** poden afectar els òrgans dels sentits, l'aparell digestiu, el sistema cardiovascular, l'aparell respiratori, el sistema urinari, la funció sexual, la capacitat física i motriu, el sistema immunitari i el sistema nerviós.

Trobareu més informació sobre el model biopsicosocial, a l'apartat "Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital", de la unitat "Autonomia personal i dependència", d'aquest mateix mòdul.

## Canvis en els òrgans dels sentits

En el procés d'envelliment es donen uns canvis en les capacitats sensorials; alguns òrgans dels sentits es veuen afectats de forma progressiva:

**La vista:** disminueix la capacitat de diferenciar colors, es redueix la secreció de llàgrimes, es perden pestanyes, es dona una pèrdua de la visió nocturna, hi ha una adaptació més lenta als canvis de llum, augmenten alguns trastorns que provoquen una disminució en l'agudesa visual. Els principals trastorns relacionats amb l'edat, que provoquen una disminució de l'agudesa visual, són:

- Presbícia: hi ha una pèrdua d'elasticitat del cristal·lí i una disminució de la capacitat de l'ull per enfocar els objectes.
- Cataracta: pèrdua de transparència del cristal·lí que permet enfocar a diferents distàncies. Mitjançant aquesta lent passen els raigs de llum cap a la retina i allà es formen les imatges. En la formació de la cataracta la lent es torna més opaca, i això fa que la llum no es pugui transmetre fàcilment a la retina i es produeixi una visió borrosa.
- Retinopatia: és un dany progressiu en la retina de l'ull que pot ocasionar pèrdua de visió; molts cops aquesta afectació és causada per hipertensió arterial o per una diabetis no controlada.
- Degeneració macular associada a l'edat (DMAE): afecta la visió central, és una malaltia de la retina que pot produir visió distorsionada i punts cecs.

### Cataracta

Als països desenvolupats, la cataracta és la patologia més operada. La seva prevalença és més gran a causa de l'envelliment de la població i l'augment de l'esperança de vida.

**L'oïda:** presbiacúsia, menys capacitat de percebre sons d'alta freqüència, més dificultat en les relacions socials a causa de la dificultat que es presenta al no distingir el llenguatge oral d'altres estímuls (problemes per sentir correctament una conversa quan hi ha soroll de fons), alteracions de l'equilibri.

**El tacte:** es percep de forma menys intensa la sensació tèrmica i el dolor, això és degut al fet que disminueix el nombre i l'estructura dels receptors. Per tant, aquest fet pot provocar no saber si un objecte pressiona la pell, en quin lloc, si la temperatura és molt elevada o si hi ha molta humitat.

**L'olfacte:** menys capacitat de percebre les olors. Això pot provocar situacions com la no detecció de fuites de gas, aliments en mal estat o altres olors que avisin d'algun perill.

**El gust:** hipogèusia (pèrdua de la capacitat gustativa), fet que pot perjudicar l'alimentació de la persona provocant pèrdua de pes, empitjorament d'algunes malalties, malnutrició...

### Alteracions del gust i l'olfacte

Hi ha fàrmacs associats als trastorns d'alteracions del gust i l'olfacte, com els antibiòtics i antidepressius entre d'altres.

### L'olfacte i el gust

Són dos sentits molt connectats entre ells, ja que per poder distingir la majoria dels sabors el cervell necessita informació dels dos. Així mateix, el reconeixement dels sabors està molt relacionat amb el sentit de l'olfacte.

## Canvis en l'aparell digestiu

La gent gran pateix canvis en els teixits i òrgans de l'aparell digestiu; això té conseqüències en la salut i en la seva funcionalitat: es generen trastorns en la ingestió, en la digestió i en l'absorció d'aliments.

Els canvis en l'aparell digestiu poden afectar l'alimentació de la persona, provocar canvis en la regulació de la gana, fer aparèixer restrenyiment i produir altres **alteracions**. Alguns dels més destacats són els següents:

- Deteriorament de l'aparell bucodental, situació que condiciona la conducta alimentària de la persona.
- Reducció en la secreció de saliva, fet que causa sequedat a la boca i pèrdua de gust.
- Incapacitat per deglutir (disfàgia).
- Procés digestiu més lent.
- Dificultat d'assimilació de nutrients i de secreció de substàncies necessàries per a la digestió.

### Canvis en el sistema cardiocirculatori

Amb l'edat es produeixen canvis en el cor i en els vasos sanguinis; si no es tenen en compte i no es tracten poden portar a una malaltia cardíaca. Alguns canvis en l'aparell cardiocirculatori són els següents:

- Augment de la pressió arterial: a les parets de les artèries s'hi concentren substàncies, calci i greix, que fan que aquestes s'endureixin i perdin elasticitat. Aquest fet provoca risc de patir accidents vasculars.
- Pot haver-hi anèmia, una de les causes de la qual és una absorció inadequada dels nutrients.
- El cor perd força, hi ha menys bombeig de sang, i per tant hi ha una disminució de la freqüència cardíaca, cosa que fa augmentar el problema de les arrítmies en persones grans. Quan es fa exercici físic o un esforç apareix més cansament i aquest sorgeix abans.

---

Les malalties de l'aparell circulatori es troben entre les primeres causes de mort.

---

Algunes de les **causes** que poden provocar que el cor hagi de fer més esforç són:

- Esforç físic
- Malalties
- Alguns medicaments
- Infeccions

Pel que fa a la **prevenció**, hem de tenir en compte: seguir una dieta saludable, fer revisions mèdiques periòdiques, no fumar, fer exercici físic regular, evitar l'estrès i fer un control de pes, entre altres.

“La insuficiència cardíaca és una patologia molt freqüent entre la gent gran, amb una prevalença en els majors de setanta anys que se situa entre el 15 i el 20 per cent. Tot

i que en el conjunt de la població aquesta xifra se situa al voltant del 4,5 per cent, en un context d'envelliment progressiu de la població, la **prevalença global augmentarà** en el futur. De fet, d'aquí a vint anys, un 40 per cent dels pacients tindrà més de seixanta-cinc anys, i això significarà que hi haurà més persones amb malalties cròniques i factors de risc que s'hauran de controlar.

En els darrers anys **hem millorat molt el tractament de les patologies agudes**, com l'infart de miocardi, en què la mortalitat ha baixat en un 50% en dues dècades. Tanmateix, tot i que les persones que tenen un infart avui dia gaudeixen de molt més bon pronòstic que abans, no podem oblidar que tenen un cor amb una cicatriu, que no acaba de desenvolupar correctament la seva funció i que això pot fer que presenti insuficiència cardíaca. Per tant, ens trobarem amb **més població amb risc a qui el cor els acabi fallant.**"

Font: Freixa, R. (2018) *"Maneig de la insuficiència cardíaca en el pacient geriàtric"*. Mutuam.cat.

## Canvis en l'aparell respiratori

Els canvis en el sistema respiratori en les persones grans afecten de manera precoç, abans que les pèrdues en el sistema cardiovascular. Es té menys resistència a l'exercici físic, i és necessari un esforç més gran per a la seva recuperació posterior. Això és perquè el volum d'aire en circulació és menor. La gent gran és més propensa a patir infeccions bacterianes i víriques.

Alguns dels canvis que es donen són els següents:

- Els pulmons perden elasticitat, hi ha més aire residual en els pulmons, fet que causa una disminució en la capacitat inspiratòria.
- Hi ha un dèficit d'oxigenació a causa del canvi de forma que pateixen els alvèols.
- Més prevalença a tenir infeccions de l'aparell respiratori, fet que té un efecte directe en la salut i en la qualitat de vida de la persona.

### Malalties respiratòries

Les tres principals malalties respiratòries que afecten la gent gran són: la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la grip i la pneumònia.

## Canvis en el sistema urinari i la funció sexual

Les persones grans pateixen canvis en el sistema urinari, especialment en els ronyons i en la bufeta, cosa que altera el seu funcionament normal de forma destacable.

Pel que fa a la sexualitat i l'afectivitat, en la gent gran té la mateixa importància que en etapes anteriors. En aquesta àrea hi influeixen factors fisiològics i socials, però els canvis fisiològics amb l'edat no comporten la pèrdua de la sexualitat de la persona.

Alguns dels canvis que es troben les persones en aquesta etapa de la vida són:

- Infeccions freqüents causades pel fet que la bufeta no es buida completament i queda orina residual, cosa que comporta la necessitat d'orinar de forma més seguida.

- Es veu afectada la funció dels ronyons, ja que aquests perden pes i volum.
- Augment de la incontinència urinària.
- Canvis fisiològics més importants en la dona: sequedat en la mucosa vaginal, pèrdua d'elasticitat de la vagina, picors, dolor durant la penetració...
- Canvis fisiològics més importants en l'home: augment de la pròstata, cosa que dificulta la micció, menys sensibilitat, menys erecció i més lenta, es pot produir manca d'ejaculació...

### **Canvis en la capacitat física i la funcionalitat motriu**

Es dona un deteriorament de l'estat físic i una disminució de la funcionalitat personal en l'envelliment. Es produeixen canvis destacables en la composició corporal, menys força i pèrdua de flexibilitat i equilibri.

Alguns dels canvis que es donen són els següents:

- Algunes alteracions metabòliques i esquelètiques freqüents, com ara: l'osteoartritis, l'artritis reumatoide i l'osteoporosi.
- Síndrome de fragilitat física de l'envelliment (moviment més lent en caminar i moure's), fet no associat a cap trastorn o malaltia.
- Més facilitat de lesions en les articulacions a causa de la fragmentació dels lligaments i les fibres dels tendons.
- Disminució de la massa muscular.
- Augment del teixit gras.
- Disminució de la massa òssia.
- Canvi en la postura corporal: inclinació cap endavant del cap.
- Reducció de l'alçada.
- Més limitació en la coordinació de moviments, pèrdua d'agilitat.
- Més cansament en els moviments i en la marxa.
- Por i risc de caigudes.

### **Canvis en el sistema immunitari**

El sistema immunitari ajuda a protegir el cos de diferents substàncies perjudicials o estranyes, com poden ser: virus, bacteris i cèl·lules canceroses.

L'envelliment cronològic causa canvis en el sistema immunològic, es dona una disminució progressiva de la funcionalitat del sistema anomenada **immunosenes-cència**. Aquest fet fa que es donin unes situacions que poden afectar la persona, com ara:

- Menys capacitat immunitària davant d'agents contagiosos; el sistema immunitari s'alenteix en el moment de donar una resposta, per tant, hi ha més risc de patir alguna malaltia. Augment de malalties infeccioses o inflamatòries.
- Les vacunes no tenen tanta eficàcia i no protegeixen de forma tan prolongada en el temps.
- El cos es cura més lentament.
- Més risc de patir càncer.
- La pell, l'òrgan més extens del cos humà, es veu afectada per l'envelliment. Aquest òrgan protegeix l'interior del cos d'agents infecciosos i és molt important per al sistema immunològic de la persona.

### Canvis en el sistema nerviós

El sistema nerviós també es veu afectat per l'envelliment. Els canvis que es donen tenen conseqüències en la vida diària d'aquestes persones.

En el sistema nerviós es diferencia el sistema nerviós **central** (cervell, medul·la espinal i cerebel) i el sistema nerviós **perifèric** (els nervis). En el cervell és on es dona la interpretació de la informació que ens arriba dels sentits, hi ha un control de la temperatura corporal i trobem la gestió dels moviments voluntaris i involuntaris, entre altres funcions. El cerebel té control sobre la mobilitat i l'equilibri, i la medul·la espinal envia les sensacions que es recullen dels òrgans dels sentits mitjançant els nervis perifèrics.

Algunes modificacions i **conseqüències** d'aquestes en el sistema nerviós són les següents:

- Pèrdua neuronal variable.
- Menys flux sanguini cerebral.
- Reducció o pèrdua de reflexos o sensibilitat.
- Alteració dels mecanismes de control de la temperatura i la set, fet que pot comportar deshidratació.
- Trastorns del son (menys hores de son i menys efecte reparador).
- Pot aparèixer incontinència urinària a causa de problemes en la regulació del control d'esfínters voluntaris i la regulació del to muscular.

### 1.3.2 Canvis en les capacitats cognitives

En la nostra societat hi ha la creença que l'envelliment comporta una davallada en les funcions intel·lectuals de la persona. Això no és així, ja que la persona gran pot mantenir les seves habilitats cognitives o en alguns casos fins i tot millorar-les.



Les capacitats cognitives afectades són, generalment, la memòria i el llenguatge; fets que provoquen canvis en la personalitat.

En l'evolució de les funcions mentals hi juguen un paper molt important els components socials i culturals, per tant, es pot parlar de l'existència d'una **gran variabilitat interindividual**: hi ha moltes variables que condicionen les capacitats psicològiques de la persona.

### La memòria i l'envelliment

La memòria és la capacitat del nostre organisme per codificar, emmagatzemar i recuperar la informació; permet a la persona retenir experiències del passat, i es pot classificar en:

- **Memòria sensorial:** quan es capta l'estímul extern. De manera automàtica, aquesta informació es registra, no més de 2 segons, i o bé es processa a la memòria a curt termini o es perd.
- **Memòria a curt termini:** es pot mantenir la informació fins a 30 segons. Si es produeix un dany en aquest tipus de memòria es perd la capacitat de mantenir la informació durant aquest període de temps. Per exemple, això podria fer que la persona perdi el fil d'una conversa.
- **Memòria a llarg termini:** podem codificar i retenir la informació durant un període llarg de temps. Els records poden ser-hi presents des d'uns segons fins a anys.

#### Exemple d'afectacions en la memòria recent

La memòria recent es veu més afectada, per exemple, en les persones grans, que tenen més dificultat per recordar llistes, noms de persones que han conegut fa poc, el lloc on han deixat un objecte... També es veu perjudicada l'evocació, per exemple, quan no els surt el nom d'una paraula o el nom d'un objecte.

La memòria és influïda per alguns factors que són presents en l'envelliment. En la taula 2.1 es poden observar les variables que condicionen la memòria en l'envelliment.

**TAULA 1.3.** La memòria i l'envelliment

Característiques de la memòria en l'envelliment	Variables que hi repercuteixen
La pèrdua de la memòria es dona de forma progressiva.	Durant aquesta etapa de la vida les malalties i els efectes d'alguns medicaments repercuteixen negativament en la memòria.
La memòria està connectada a altres capacitats cognitives, l'atenció, la percepció i el llenguatge.	La memòria no únicament es veu afectada per variables fisiològiques, també hi ha elements socials i l'afectivitat que hi poden repercutir.
En l'envelliment cognitiu s'ocasiona una disminució de la memòria recent.	Els trastorns del son (habituals en persones grans) afecten la capacitat de concentració i de memòria de la persona.

. . . . .

**TAULA 1.3** (continuació)

Característiques de la memòria en l'envelliment	Variables que hi repercuteixen
Problemes en la realització de diverses tasques en el mateix moment.	Pèrdua donada per diferents factors: canvis psicològics o del comportament, socioculturals i de l'organisme (modificacions en el cervell).
L'orientació espacial es veu afectada en l'envelliment.	La pèrdua en les capacitats sensorials fa que hi hagi més dificultat a l'hora d'adquirir, retenir i recuperar la informació.

### Prevenió del deteriorament cognitiu

Per evitar la davallada de les funcions cognitives i la pèrdua de memòria, és important tenir en compte diferents **mesures**; algunes d'aquestes són:

- Hàbits de vida saludables: alimentació apropiada per a la persona, entorn saludable, ús adequat dels medicaments...
- Relacions socials: evitar l'aïllament de la persona potenciant el contacte amb el seu entorn, participació en activitats del barri, assistir a un centre social, realització de tallers...
- Activitat física i mental: caminar, nedar, jugar a cartes, tallers de memòria...

"No hi ha altre secret que fer-la servir per no perdre-la. Aquesta pèrdua espanta molt perquè s'associa a malalties degeneratives com l'Alzheimer. Tenim moltes activitats a l'abast, com els tallers de memòria, la lectura, el càlcul, els passatemps, a més de les tasques del dia a dia: comptabilitat domèstica, gestions, llistes de compres..."

Font: Clopas, A. (2017). *Les persones grans aprenem?*. El diari digital de l'acció social a Catalunya.

Alguns aspectes que es poden treballar per tal de **millorar la memòria** són:

- L'atenció: una atenció òptima ens permet relacionar i donar resposta als estímuls rellevants.
- L'ansietat: una persona amb ansietat pateix problemes d'atenció.
- L'interès de la persona: una persona estarà més disposada a fer una activitat si aquesta és del seu interès.

"Fer una bona selecció de programes i tasques, ja que si la temàtica no té interès es produeix avorriment o un estrès innecessari. No hem d'oblidar que l'objectiu no és una preparació per al món laboral sinó arribar a tenir major satisfacció, autoestima, qualitat de vida i utilitat per als altres i la societat."

Font: Clopas, A. (2017). *Les persones grans aprenem?*. El diari digital de l'acció social a Catalunya.

## Aprenentatge i intel·ligència en l'envelliment

La persona quan envulleix presenta una sèrie de canvis condicionats per diversos factors. Un d'aquests canvis és l'**aprenentatge**, però això no vol dir que deixi d'aprendre, sinó que ho fa d'una altra manera i a un ritme diferent. La persona gran necessita més temps per realitzar un aprenentatge, però no perd la capacitat de fer-ne de nous.

En el següent **vídeo**, "*Soc gran, i què?*". *Diuen que les persones grans són rígides, ja no aprenen coses noves* (10 d'abril de 2017), podeu observar el testimoni de diferents persones sobre aquesta etapa de la vida i l'aprenentatge:



<https://www.youtube.com/embed/1uZYhqU1Nik?controls=1>



Trobem dos tipus d'intel·ligència:

- Intel·ligència **fluida**: capacitat de raonar de forma abstracta, realitzar operacions mentals, per resoldre problemes sense que hi condicionin les experiències prèvies i els aprenentatges anteriors.
- Intel·ligència **crystal·litzada**: resolució de problemes a partir dels recursos dels quals disposa la persona, els coneixements previs i les experiències anteriors.

Aquestes dues intel·ligències van evolucionant al llarg de la vida de la persona, però cada una d'elles aconsegueix el seu punt màxim en una etapa diferent, la fluida durant l'adolescència i la cristal·litzada al voltant dels seixanta-setanta anys. Per tant, les persones grans tenen més capacitat reflexiva, i això indica que la intel·ligència no es perd amb els anys, més aviat que es modifica.

## Llenguatge i envelliment

En aquesta etapa algunes funcions lingüístiques presenten més afectació que d'altres. La persona gran pot presentar dèficits sensorials i perceptius que afecten la capacitat lingüística i un desgast en la memòria de treball (permet emmagatzemar i manipular la informació en un espai de temps curt), això té conseqüències en el processament de la informació, que s'alenteix. Però en l'envelliment també es preserven algunes funcions com: el vocabulari, la fonologia (pronunciació de les paraules) i el llenguatge escrit.

### Exemple d'afectació en el llenguatge

Una persona gran amb problemes d'oïda es veu afectada per la comprensió de la conversa. També pot presentar més lentitud en el processament de la informació, ja que ha de retenir el que li diuen, processar-ho i donar una resposta (deteriorament de la memòria de treball associada a l'etapa de l'envelliment).

## Canvis en la personalitat

La **personalitat** és el conjunt de les característiques d'una persona que el fan diferent dels altres. Aquestes característiques marquen el comportament i la conducta de l'individu. Els gens, en gran part, determinen la personalitat de la persona, però també hi ha factors ambientals i de l'experiència que hi poden intervenir.

En el canvi de la personalitat d'una persona gran hi tenen molt a veure els **factors** següents:

- La gestió emocional en l'afrontament dels canvis físics, socials i biològics. Per exemple: una persona que veu minvada la seva capacitat física i té dificultats per fer les tasques de llar o una persona gran que ha perdut el seu marit i algunes de les seves amistats.
- Afectació de malalties físiques o mentals. Per exemple, una persona gran que pateix una depressió.

"...davant per exemple d'una pèrdua de visió rellevant pot haver-hi una persona que es torni reiteradament demandant a escala emocional, per suplir inconscientment aquest dèficit que està patint. Però igualment hi pot haver d'altre que accepti la seva condició i no es comporti de la mateixa manera."

Costa, N. (2014). *Conductes regressives en l'envelliment*. Grup Atlàntida.

Algunes persones grans desenvolupen uns trets més marcats de la seva personalitat; això és a causa de la interacció entre algunes variables situacionals més la base genètica de la seva personalitat. Per exemple: una persona introvertida, poc comunicativa, que es vegi afectada per una pèrdua de la parella pot accentuar més aquest tret de la personalitat.

### 1.4 Canvis en l'entorn socioafectiu i de la sexualitat de la persona gran

La persona gran pateix uns canvis biològics, psicològics i socials que el poden afectar en les seves relacions afectives i sexuals. No totes les persones pateixen els mateixos canvis ni de la mateixa manera, com tampoc reaccionen igual davant d'aquests. Un altre punt a destacar són els recursos dels quals disposa cada persona (propis o de l'entorn) per afrontar les diferents situacions en què es va trobant.

Alguns **factors** que condicionen l'entorn socioafectiu i sexual de la persona gran són:

- La jubilació
- La pèrdua de persones properes

- El sentiment de soledat
- La sexualitat en l'envelliment

### 1.4.1 La jubilació

La jubilació és una etapa que ha d'afrontar la persona. Hi ha qui viu aquesta etapa com una millora en la seva qualitat de vida, com un temps per dedicar-se a coses que abans no podia fer, però altres persones ho viuen com el final d'un cicle de vida. Sigui com sigui, la jubilació és un procés de canvis, en el qual és necessari un temps per tal que la persona s'adapti a la nova etapa.

La nostra societat no ha tingut en compte la necessitat d'una preparació per a aquesta vivència, tot i que actualment per treballar aquesta transició es fan formacions específiques a través d'entitats o fundacions.

Alguns dels factors que influeixen en el procés de jubilació són els següents:

- **Actitud de la persona:** tota persona reacciona diferent davant d'un canvi. En aquest punt entra en joc la manera de gestionar la nova etapa, en la qual apareixen molts sentiments i emocions. La persona té més temps lliure, ha d'aprendre a saber ocupar el temps adequadament amb nous projectes que li aportin satisfacció, no ha de passar a la inactivitat, però tampoc ha d'omplir tot el seu temps en activitats, ja que potser algunes d'aquestes no es basen en el seu interès.
- **Nou rol vital:** moltes persones veuen aquesta etapa com una pèrdua de la seva identitat. Això passa sobretot en les que han centrat el seu autoconcepte en el rol professional. També hi ha la visió que deixen de ser productius, fet que els causa ansietat i sentiment de perdre la seva capacitat laboral i les seves competències davant de la societat. Aquest fet també es veu condicionat per la professió que han realitzat i la dedicació que hi han destinat durant tot el temps que ha durat la feina.
- **Relacions socials:** a la feina es creen moltes relacions socials. Si pensem que al llarg de la nostra vida ens passem moltes hores en el nostre entorn laboral entendrem que en aquest context es formen molts lligams d'amistat i d'afectivitat. Molt sovint passem més hores amb les persones de la feina que amb altres amistats i familiars, això canvia en la jubilació, fet que pot causar una pèrdua de les relacions socials important.
- **Recursos de l'entorn:** els recursos que ofereix l'entorn també afavoreixen en major o menor mesura aquest procés de canvis. Els cursos de preparació, els centres on es porten a terme activitats, el suport a la persona; tot això i d'altres mesures potencien una millor adaptació a la nova etapa.
- **Càrregues familiars:** el tipus de família i la relació existent també té una influència directa en aquest procés de jubilació. Actualment, ens trobem

amb molta gent gran que cuida dels seus nets, però també hi ha casos de persones que tenen càrregues econòmiques envers els fills si aquests últims tenen dificultats per fer front a alguns pagaments. La persona gran pot gaudir d'una manera o d'una altra de nous projectes en la jubilació segons el que hagi de fer front davant de la família.

- **Salut:** la salut condiona com es viu aquesta etapa. Una persona que pot realitzar projectes en aquesta fase en condicions de salut favorables viu l'etapa com a molt més positiva que si per motius de malaltia o dependència no pot realitzar les activitats desitjades o ha perdut l'interès en qualsevol tema.

“Cuidar els nets pot causar estrès i una sobrecàrrega en la gent gran, i això pot agreujar les seves malalties i fer que descuidin la seva salut”, tal com explica la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG). Ha de ser “una activitat agradable per als avis i els nets, i s'ha d'evitar que es converteixi en una càrrega per a la persona gran, ja que aquesta situació pot comportar, a la llarga, problemes d'estrès, ansietat o depressió si els avis es veuen sobrecarregats d'activitats i responsabilitats amb els nets en detriment de les seves pròpies necessitats”, ha explicat el president de la SEGG, José Antonio López.

Europa Press (2015). *L'estrès per cuidar els nets pot afectar a la salut dels avis*.  
Elperiodico.cat

#### 1.4.2 La pèrdua de persones properes

El dol en la nostra societat encara és tabú, no ha estat tractat tal com seria necessari. Cada persona, davant d'una pèrdua o un dol, té uns recursos personals per **fer-hi front**; però també hi juguen un paper molt important altres variables, com ara:

- L'experiència de la persona.
- La personalitat.
- La xarxa social, el suport (família, veïns, amics...).
- La situació actual de la persona (salut).

Les persones grans tenen unes necessitats, com tota persona, davant del dol; han de ser escoltades, se'ls ha de donar suport i s'han de sentir estimades. En l'etapa de la vellesa la persona viu un moment de la seva vida en què les pèrdues són **força contínues**, no únicament de persones, sinó també físiques, materials, de memòria, d'autonomia, de rol, en seguretat, de salut, de la llar (quan va a viure en una residència), entre d'altres. El fet que la gent gran visqui la proximitat de la seva mort davant de les pèrdues de les persones estimades fa que molts cops aparegui angoixa per fer front a aquest sentiment.

Un dels fets que es pot donar en aquesta etapa és la pèrdua de la parella; això implica canvis en el dia a dia, en l'estil de vida, en el rol dintre de la llar i en la dedicació del temps compartit amb l'altra persona, entre d'altres. Hi ha

casos en què la persona té dificultats en la realització de les tasques que feia la seva parella, en feines marcades segons el gènere de la persona (en generacions passades aquesta situació era més establerta).

#### Exemple de rol dintre de la llar

El senyor Pere, de setanta-dos anys, s'ha quedat vidu fa dos mesos. La seva dona, la Palmira, va patir un càncer d'estómac, va estar hospitalitzada durant tres setmanes i finalment va morir a l'hospital. La Palmira era una dona que s'encarregava de les tasques de la llar: la compra, la neteja, la roba i la cuina. El senyor Pere mai no s'havia implicat ni preocupat de les feines que feia ella a casa, i ara es troba que no sap posar una rentadora, no sap cuinar un plat una mica elaborat ni tampoc sap com fer les tasques de neteja d'algunes parts de la casa.

#### Exemple del rol de cada persona

La Mercè, de seixanta-nou anys, s'ha quedat vídua fa quatre mesos. El seu marit, de setanta-nou anys, va morir d'un infart de miocardi. El Joan era una persona que s'encarregava de fer quasi totes les reparacions de la casa; la seva dona no mostrava gaire interès en aquestes tasques, mai les havia hagut de fer. Però ara la Mercè es troba que no sap com ha d'arreglar una aixeta que goteja ni com ho ha de fer per canviar el fluorescent fos de l'entrada.

### 1.4.3 El sentiment de soledat

Actualment, moltes persones tenen un sentiment de soledat, hi ha hagut canvis en la nostra societat que han propiciat això, com les noves estructures familiars, els prejudicis cap a l'envelliment i el temps lliure de la persona després de la jubilació. Aquest fet pot afectar la qualitat de vida de la persona i el seu benestar emocional.

“Una presó. Així descriu l'Amadeu, de vuitanta-nou anys, la soledat, mentre fa rodar una peça de dòmino entre els dits. El pis on viu sol des que va enviuar l'absorbeix. El silenci es converteix en un brunzit insuportable, i a l'estiu, les tardes són llargues i les trucades d'amics i familiars arriben, amb sort, un cop per setmana.

La sensació de soledat, però, pot arribar a ser permanent per a algunes persones. La Maruja se sent sola des que va morir el seu fill, ara fa quatre anys, i malgrat que en té un altre que viu al mateix carrer, aquest “treballa moltes hores fora i no sempre es pot fer càrrec” d'ella o de les seves necessitats.”

Garrido, G. i Saula, L. (2019). *Tots marxen i tu, que sempre has sigut molt actiu, et quedes sol*. Diari.cat.

#### Causas de la soledat

Algunes de les causes que propicien la soledat de les persones grans són:

- **Envelliment de la població i pèrdua d'autonomia:** la nostra societat es va envellint, les persones vivim més anys que fa unes dècades. Aquest fet, entre d'altres, és a causa de la millora en sanitat, alimentació i condicions laborals. Però viure més anys també comporta adquirir i desenvolupar més malalties al llarg del temps i perdre més autonomia, fet que fa que la gent

#### Cura i dinàmiques familiars

El paper de la dona com a cuidadora principal de fills i persones grans ha canviat en els últims anys amb la seva incorporació al món laboral. La falta de temps i recursos ha delegat aquesta tasca a professionals i/o a serveis específics. Les dinàmiques familiars també s'han empobrit: menys relacions i menys contacte. Aquesta situació comporta un sentiment de soledat per a la persona gran.

gran no pugui realitzar moltes activitats i tasques que feia anteriorment, com per exemple sortir al carrer com feien habitualment.

- **Canvis en les estructures i dinàmiques familiars:** actualment, en la nostra societat, el concepte de família ha canviat, han sorgit nous models i aquests han anat evolucionant. Algunes de les estructures d'avui en dia són: famílies monoparentals (constituïdes per una mare o pare sols, amb un o més fills), sense fills i reconstituïdes (persones amb fills que refan la seva vida amb una altra parella). Tradicionalment la família era compresa per avis, fills i nets, que molt sovint vivien tots junts, fins i tot en algunes llars hi podien residir d'altres persones com oncles (família extensa). L'emancipació dels fills, la residència d'alguns en un altre país per motius de feina, famílies nuclears, reducció de la quantitat de fills i el paper de la dona al món laboral (principal cuidadora de la gent gran) han comportat que moltes persones grans visquin soles.
- **Canvis en el món laboral i econòmic:** el fet que l'esperança de vida hagi augmentat en els últims anys ha fet que moltes persones un cop jubilades tinguin més temps lliure (algunes d'elles també jubilades anticipadament per causes de l'empresa), aquest canvi de vida i les seves conseqüències poden comportar un temps de solitud per a la persona si no es disposa dels recursos adequats o aquests no se saben gestionar adequadament. Uns altres fets, ja citats, són la incorporació de la dona al món del treball i la feina dels fills a l'estranger, molts cops ja formant una família en un altre país. Un fet econòmic a destacar és la pèrdua de poder adquisitiu de molta gent gran, com també l'existència d'abusos i estafes cap a aquestes persones. Tampoc ajuda en la nostra societat la necessitat d'adaptació constant al món laboral; la persona ha de formar-se contínuament per a una societat que canvia ràpidament, ha de fer front a noves oportunitats i molts cops ha de posar en joc molts valors professionals i personals, cosa que causa molt sovint deixar en un segon pla la família i les relacions socials.
- **Desvalorització de la gent gran:** s'ha donat un canvi important de la visió que té la societat de la gent gran i l'envelliment; hi ha estereotips i prejudicis envers aquesta etapa de la vida. No es dona importància a l'experiència que poden aportar aquestes persones, i això provoca baixa autoestima i ofereix un sentit negatiu de la vellesa. En aquests moments ens hem convertit en una societat de consum, en la qual no hi ha gaire temps per dedicar a la gent gran. Aquest fet fa que la xarxa social de suport s'hagi reduït considerablement.
- **Pèrdua de la parella i de persones properes:** la pèrdua de la parella i de les persones properes és un fet que causa angoixa, tristesa i solitud. La persona perd relacions socials, però també un dia a dia, unes rutines i un rol personal. La gent gran ha de fer una adaptació a aquests canvis, i molts cops els costa, ja que ells poden viure la mort de les persones estimades també com un final de la seva vida.

“No reconèixer l'estigma de l'edatisme ens aboca a una societat coixa, sense les experiències i l'expertesa dels qui més en saben dels errors i èxits de la nostra història.”



## Conseqüències de la soledat

La soledat té unes conseqüències tant físiques com psíquiques i emocionals per a la persona. Algunes de les més importants són:

- Menys realització d'activitats, les quals estimulen el funcionament físic, cognitiu, emocional i motivacional de la persona.
- Més probabilitat de patir accidents en la llar o en els entorns on es mou la persona.
- Es redueixen els suports quan hi ha propensió a patir abusos o ja existeixen.
- Més probabilitat de patir depressió.
- Pot causar trastorns del son.
- Augmenta la debilitat del sistema immunològic.
- Risc més alt de patir problemes cardiovasculars.
- Augment de dificultats en el sistema digestiu.
- Empitjora la mobilitat.
- Causa problemes en malalties neurodegeneratives.
- Eleva el risc de morir.

“La soledat mata. Ho diuen les recerques. O, almenys, és un factor de risc per a la mortalitat, segons conclou l'estudi conjunt de la Universitat Autònoma de Madrid i el Centre de Recerca Biomèdica en Xarxa de Salut Mental (CIBERSAM). Els autors han creuat la informació de trenta-cinc articles previs sobre la matèria en una metaanàlisi de la qual conclouen que la soledat té relació amb diversos problemes de salut, tant física com mental, que es tradueixen en depressió, alcoholisme, problemes cardiovasculars, amb el sistema immunològic, Alzheimer o insomni.”

Sánchez, D. (2018). *La soledat agreuja els efectes nocius de les malalties sobre la salut*. Diarisanitat.cat.

## Prevenició de la soledat

Per prevenir la soledat, hi ha diferents mesures que s'han de tenir en compte. Algunes les podem oferir com a tècnics d'atenció amb persones en situació de dependència, quan estem en contacte amb persones que viuen soles; altres les poden portar a terme entitats de caràcter social que promouen programes d'intervenció social. En aquest sentit, es poden prendre les **mesures de prevenció** següents:

- Observació i atenció a les necessitats de la persona; ja que sovint els costa expressar directament que se senten sols, però ho manifesten amb altres símptomes, dolors, depressions, trucades a teleassistència...

- Afavorir relacions socials i familiars satisfactòries.
- Aportar estratègies personals davant d'aquest problema, identificar algun veí que estigui en una situació similar.
- Potenciar els recursos familiars, buscar la seva implicació i acompanyament.
- Incentivar la xarxa social de la persona.
- Fer prescripció social oferint recursos socials: serveis, centres i voluntariat.
- Portar a terme programes de prevenció i control de la soledat, organitzant visites als domicilis de persones usuàries del programa de teleassistència que expressen la seva soledat.
- Realitzar programes d'educació intergeneracional, per prevenir estereotips i prejudicis i per promoure activitats on es relacionin infants, joves i gent gran.
- Promoure la formació específica de professionals per detectar i fer front a aquesta situació de soledat.

#### 1.4.4 La sexualitat en l'envelliment

**L'Organització Mundial de la Salut (OMS)** defineix la *salut sexual* com un estat de benestar físic, mental i social en relació amb la sexualitat. Requereix un enfocament positiu i respectuós de la sexualitat i de les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experiències sexuals plaents i segures, lliures de tota coacció, discriminació i violència.

La sexualitat de les persones grans s'ha vist, i es continua veient, com un **tema tabú**; es nega la seva expressió, però tot i aquest fet, la gent gran la pot viure de forma satisfactòria. Es donen uns canvis fisiològics que la poden afectar, com també algunes malalties, la medicació, les creences de cadascú i els efectes de l'envelliment del cos en l'autoestima i en l'estat emocional. Altres **circumstàncies** que hi poden influir són:

- La mort de persones estimades: pot afectar emocionalment i a conseqüència d'això pot disminuir la capacitat de sentir desig i gaudir de la sexualitat, com també pot afectar directament la pèrdua de la parella sexual.
- Falta d'intimitat en l'habitatge: això pot ser degut a diferents situacions: persona cuidadora residint a la mateixa llar, convivència amb altres familiars o persones grans vivint en una residència.

En l'etapa de la vellesa, les persones donen més importància a la comunicació, a un contacte íntim de carícies que a l'acte sexual en si mateix.

Cada societat té uns models sexuals; la manera de fer i pensar està influïda per aquestes pautes. En cas de persones grans amb diferent orientació sexual de la que

marca la societat de pertinença viurà una negació encara més accentuada. Hem de tenir en compte que tota sexualitat viscuda és diferent de les dels altres i que hi ha molts tipus de parella. S'ha de fomentar la sexualitat amb naturalitat.

“Per l'església érem pecadors, per l'Estat érem delinqüents i per la medicina érem malalts”. Aquesta és la realitat que vivien les persones homosexuals ara fa cinquanta anys. (...) sovint s'oblida que dins el col·lectiu LGTBI també hi ha gent d'edat avançada. La gent que actualment té seixanta-vuit anys o més i, per tant, nascuda com a molt tard l'any 1950, va viure la seva joventut en ple franquisme. Això implica que va haver de viure la seva sexualitat amagada, perseguida i estigmatitzada. És l'anomenada **generació del silenci**.

Asmarat, M. i Vega, S. (2018). *Envellir quan s'és homosexual, una realitat invisibilitzada*. Vilaweb.

Quan una persona ha d'entrar a viure en un centre residencial per a gent gran, la seva intimitat es redueix; el tema de la sexualitat en molts serveis no es té en compte i, per tant, no se'n parla ni s'afavoreixen aquest tipus de relacions. Aquesta situació també es dona en el mateix domicili; la persona necessita un suport, però l'ajuda molts cops no té en compte la part afectivosexual de la persona. Aquest fet invisibilitzat es fa més patent en persones amb altres orientacions sexuals.

“Entre la gent gran, el sexe és un tema tabú i l'heterosexualitat es dona per descomptada: una persona gran homosexual o transsexual no existeix.

En general viuen sols i quan s'acosten a la vellesa alguns temen *la tornada a l'armari*, sobretot si han d'entrar en una residència per a gent gran.

La Maite, una dona lesbiana de setanta-nou anys, és una d'aquestes persones que ha tornat a l'armari a la seva pròpia casa. De jove va passar per períodes molt tumultuosos: des d'una estada en un convent de clausura fins a experiències bisexuals i un matrimoni, a més d'una llarga i feliç relació amb l'amor de la seva vida, la Rosa.

“Em vaig enamorar de la Rosa a primera vista –explica amb gran nostàlgia–. Ella també tenia fills, i juntes vam formar una gran família. Vam ser molt felices durant catorze anys. En públic ens fèiem passar per cosines. Totes dues érem cuidadores i ens feia por perdre la feina. Però al barri se n'adonaven. A vegades trucaven per telèfon i cridaven: ‘tortillera fastigosa, lesbiana!’. No hi donàvem importància. Com nosaltres n'hi havia moltes. En general passàvem desapercebudes, perquè a ningú se li acudia que dues dones podien fer alguna cosa. Moltes dones de la meua edat segueixen així fins ara. La invisibilitat ens dona llibertat, però, d'altra banda, en molts llocs no podem compartir les nostres vivències”.

Jarzabek, H. (2019). *Avis LGTBI: el risc de tornar a l'armari quan arriba la jubilació*. Ara.cat.

Per a un millor tractament i actuació sobre la sexualitat de les persones grans són necessàries algunes **mesures d'intervenció**:

- Normalitzar la sexualitat entre la gent gran. Eliminar falses creences.
- Respectar orientacions sexuals, gustos i creences personals.
- Afavorir l'expressió d'opinions i dubtes. Coneixement d'un mateix per a poder prendre les pròpies decisions.
- Informar sobre la sexualitat en les diferents etapes de la vida (matèria d'educació sexual).

- Informar i orientar, impartició de xerrades per a les persones grans, familiars i professionals.
- Preservar la intimitat de la persona o persones dintre de la llar.
- Crear i desenvolupar protocols d'actuació, segons determinades situacions, en els recursos residencials per a gent gran.

## 1.5 Envel·liment i gènere

En l'etapa de la vellesa ens trobem algunes diferències segons el gènere de la persona; aquestes diferències condicionen la qualitat de vida. Alguns aspectes de la vida de la persona on es poden observar aquestes desigualtats són els següents:

- La jubilació
- Soledat
- Sexualitat i afectivitat
- Violència

### 1.5.1 Jubilació i gènere

En la jubilació, les **pensions públiques** actuals són molt més baixes en les dones que en els homes, aquesta situació està canviant molt lentament. Algunes de les seves causes són les següents:

- Dones que han tingut cura dels fills i/o familiars i no han pogut treballar o no ho han pogut fer durant un període de temps.
- Han realitzat feines amb menys retribució econòmica que els homes.
- No han tingut una feina fora de la llar.
- No han treballat a fora de la llar a temps complet.
- Han portat a terme feines sense contracte laboral.

“Les dones cobren una mitjana de 34% menys de pensió que els homes. Aquesta desigualtat s'atribueix al fet que les dones **van treballar menys anys** (ja que moltes s'encarregaven dels nens i la llar) i a la vegada tenien **feines pitjors** amb una **retribució inferior**.

Fins i tot moltes d'aquestes dones queden fora del sistema de pensions perquè no han cotitzat els quinze anys mínims que calen per accedir a una pensió contributiva.

Aquesta diferència provoca que moltes de les dones majors de seixanta-cinc anys visquin en **situació de pobresa**.”

Gallart, D. (2019). *Les dones cobren un 34% menys de pensió que els homes*. Xarxanet.org

El nombre de dones que cobren una **pensió de viudetat** és molt més elevat que el d'homes. Una de les causes d'això és que les dones tenen una esperança de vida actual més alta. La quantitat de diners que reben és molt reduïda, i això fa que moltes persones grans tinguin greus dificultats econòmiques, problema que s'incrementa quan han d'ajudar fills i/o nets, ja que la crisi econòmica va agreujar moltes d'aquestes situacions precàries.

"...el 96% de les pensions de viudetat corresponen a dones. Aquestes dones tenen unes pensions de 671 euros de mitjana, lleugerament per sota del llindar de la pobresa, 691."

Ferrer, T. (2018). *La bretxa salarial entre homes i dones es trasllada incrementada a les pensions, segons la UGT*. Diaritreball.cat

### 1.5.2 Soledat i gènere

"Segons dades de l'INE (Institut Nacional d'Estadística), en una de cada quatre llars hi viu una persona sola, i en un 42% dels casos, es tracta d'una persona més gran de seixanta-cinc anys, en la seva majoria dones."

Rubí, M. (2019). *Las mujeres mayores, el segmento más propenso a vivir en soledad*. Safe365.com.

Algunes de les **causes** perquè les dones grans pateixin soledat són les següents:

- Es donen pèrdues de relacions socials i familiars en l'edat més avançada de la vida i és en aquesta etapa on les dones tenen més esperança de vida que els homes.
- En la vellesa és més difícil crear nous vincles relacionals.

Vegeu el següent **vídeo**, guanyador del concurs de microrelats "Històries de dones grans que viuen soles" (Sara María Laborda, 2018):



<https://www.youtube.com/embed/zby2CfCOH2E?controls=1>



### 1.5.3 Sexualitat i afectivitat amb relació al gènere

“Diuen que quan li van preguntar a la princesa Carlota de França en quin moment desapareixia el desig sexual, la seva resposta va ser: “Com vols que ho sàpiga? Només tinc vuitanta anys”. Aquesta anècdota il·lustra una realitat que, malgrat tot, ha quedat oculta i tapada sota capes de prejudicis i tabús, el del desig i la sexualitat de les persones grans i, més concretament, el de les dones.”

Vives, J. (2018). *La sexualitat de les dones grans*. Valors.org.

En la nostra societat, la sexualitat s’ha vist com un tema tabú. Actualment patim aquesta herència, sobretot la gent gran i la seva manera de viure-la. Pel que fa a la nostra història es va viure una època, el **franquisme**, que va condicionar la visió de l’afectivitat i la sexualitat, sobretot en la dona. Alguns dels fets són els següents:

- La dona no casada era mal vista.
- El divorci va ser anul·lat.
- No existia l’educació sexual, i tampoc s’oferia informació sobre el tema.
- Els mètodes anticonceptius es van prohibir.
- L’adulteri de la dona era considerat un delictes.
- Hi havia una autoritat paterna o del marit cap a la dona.
- Rols molt marcats segons el gènere pel que fa a la sexualitat i afectivitat, funcions de cada un dintre de la família.

**Actualment**, encara es donen uns condicionants que afecten la dona i la seva sexualitat:

- Idea que el sexe s’acaba quan s’arriba a una etapa no reproductiva i amb la menopausa.
- La dona quan manté relacions amb un home més jove és mal vista; en cas contrari la visió no és negativa.
- L’atracció sexual i la bellesa és considerada exclusivament de la gent jove.

### 1.5.4 Violència i gènere

“**Abús o maltractament** és l’acció o l’efecte de perjudicar alguna persona pel fet de sentir-se d’alguna manera superior o tenir més poder o autoritat, incloent-hi l’engany o la submissió si hi ha dipositada una situació d’expectativa de confiança.

Tota relació d'abús implica imposició i inducció, ja sigui en l'aspecte físic, en l'emocional, en el sexual o en el moral; o bé per omissió, com és l'abandonament físic o emocional de les persones dependents. Algunes formes d'abús són molt difícils de detectar.”

ca.wikipedia.org (Abús)

S'està parlant molt de la violència de gènere cap a la dona, però molts cops s'entén aquesta dirigida a una persona adolescent o en etapa adulta, però no en una persona gran. Es fa necessària una actuació cap a aquesta situació existent i present, que actualment és poc tractada en la nostra societat.

Les **circumstàncies** que marquen aquesta situació són:

- Societat on hi ha més violència física cap a les dones.
- Herència d'una societat marcadament patriarcal.
- Dones que han patit violència de gènere i han “normalitzat” la seva situació o han callat pels fills, per la vergonya davant dels altres...
- Educació rebuda centrada a atendre la llar i el marit.
- Molts cops aquestes dones no tenen recursos econòmics i depenen d'una altra persona.
- Persones que no disposen de recursos socials o els desconeixen.

En aquest **vídeo** podeu veure el testimoni d'una dona gran maltractada:



[https://www.youtube.com/embed/5uVmbYyH\\_NM?controls=1](https://www.youtube.com/embed/5uVmbYyH_NM?controls=1)



## 1.6 Incidència de l'envelliment en la qualitat de vida i autonomia de la persona gran

En l'etapa de la vellesa es donen diferents factors que poden repercutir en l'autonomia de la persona. Aquesta situació varia segons els recursos personals i de suport de què es disposi. La qualitat de vida de la persona va en funció de l'**autonomia** que presenti, per tant, s'ha de treballar per la millora o pel seu manteniment. En la nostra societat s'han donat uns **canvis sociodemogràfics** que han modificat les necessitats de la gent gran, com també els seus interessos i motivacions. Això ha fet necessari un canvi de model i un major nombre de serveis i recursos destinats a aquestes persones. Els canvis sorgits han tingut diferents repercussions, tal com es mostra a la taula 3.1:

**TAULA 1.4.** Canvis sociodemogràfics i repercussions en la nostra societat

Canvis sociodemogràfics	Repercussions en la nostra societat
Augmenta considerablement l'esperança de vida	Més gent gran, més necessitat de serveis i recursos
Millores mèdiques, més esperança de vida	Noves necessitats en salut i d'enfocament integral a la persona
Canvis en les condicions laborals, jubilació	Més temps lliure, necessitat de recursos d'oci i de planificació
Canvis en les estructures familiars	Persones grans soles, noves atencions
Estructures socials canviants	Socialització de la persona, relacions amb l'entorn
Diversitat de situacions de salut	Autonomia de la persona, qualitat de vida

Els hàbits de vida saludable, com les millores mèdiques, fan que moltes situacions de salut i/o diversitat funcional es donin cada cop a edats més avançades.

En augmentar l'**esperança de vida** ha fet pujar el nombre de persones en l'etapa de la vellesa, cosa que ha repercutit en la necessitat de serveis i recursos, com la seva tipologia. El tipus de servei ha variat, sobretot a causa de les millores sanitàries. Anteriorment, la gent moria més jove i no es desenvolupaven tantes malalties per envelliment com actualment. Les persones viuen més anys, però hem d'aconseguir que aquest temps sigui amb bona qualitat de vida, no només en l'àmbit sanitari, per tant, cal una atenció integral.

"...el 90% dels casos de la **malaltia d'Alzheimer** afecta una de cada deu persones de més de seixanta-cinc anys i gairebé ja la meitat de les de més de vuitanta-cinc. Envellir bé, doncs, el principal factor de risc de patir-la."

Fundació Pasqual Maragall (2018). *L'envelliment de la població i la prevalença de la malaltia d'Alzheimer*. [blog.fpmaragall.org](http://blog.fpmaragall.org)

La gent gran també disposa de més temps lliure, que es pot destinar a activitats d'oci i, per tant, es fa necessària una oferta en aquest camp. La situació que ens podem trobar són persones vivint soles, sense capacitat de planificació ni coneixement dels recursos existents. La solitud de la persona gran, molts cops és deguda, com s'ha comentat, a les noves estructures familiars i el canvi en les relacions socials de l'entorn.

### 1.6.1 Envelliment actiu

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 2002 va definir el concepte d'**envelliment actiu** com "el 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". I l'any 2010, s'hi va afegir *l'aprenentatge al llarg de la vida*, arran de la Conferència Internacional sobre Envelliment Actiu que es va portar a terme a Sevilla.

Per tant, és important conèixer les oportunitats i possibilitats de viure amb més autonomia, i no només considerar l'atenció sanitària en aquesta etapa de la vida.



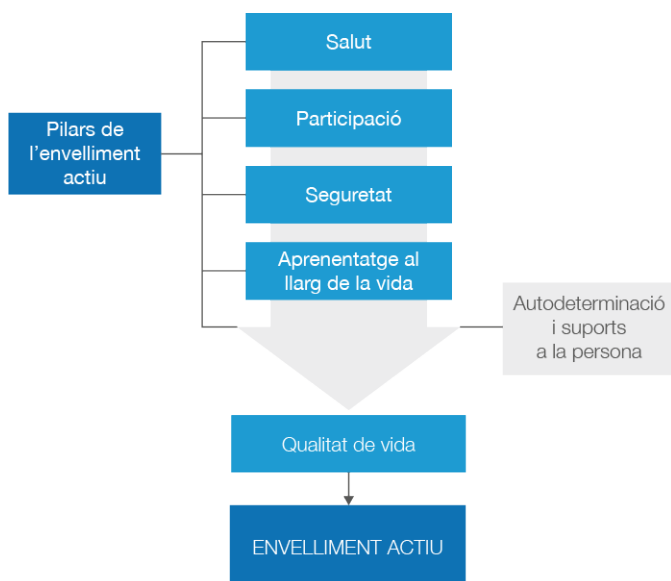
L'objectiu és arribar a aquesta edat en unes condicions òptimes de salut i qualitat de vida, i per això ha de donar-se una situació personal, social i econòmica que ajudi la persona a assolir-ho.

L'envelliment s'ha d'entendre com un *procés que es dona al llarg de la vida*. D'aquesta manera en cada etapa la persona ha de realitzar unes accions per arribar a una bona **qualitat de vida**. La gent gran ha de poder tenir la capacitat i l'autonomia per a la presa de decisions.

En aquest sentit, els quatre pilars de l'envelliment actiu són (figura 1.1):

- **Salut:** estat complet de benestar físic, mental i social, i no únicament l'absència de malaltia.
- **Participació:** àmbit familiar, comunitari i social i el desenvolupament d'activitats que promoguin l'autorealització personal.
- **Seguretat:** protecció, seguretat i dignitat de les persones grans.
- **Aprentatge al llarg de la vida:** adquisició de coneixements, habilitats, destreses i valors al llarg del cycle vital de la persona mitjançant diferents metodologies, com per exemple l'observació i la simulació pràctica.

FIGURA 1.1. Pilars de l'envelliment actiu



L'esquema ens indica que els quatre pilars de l'envelliment actiu **es retroalimenten**. És a dir, si una persona gaudeix de bona salut, podrà participar en la societat de forma adequada; de la mateixa manera que guanyarà seguretat en ella mateixa i el seu entorn i continuarà aprenent al llarg de la vida.

L'aprenentatge al llarg de la vida també ajuda a saber gestionar una bona salut, fet que condiciona la seguretat personal i la participació en diferents aspectes de la societat. Amb tot això cal l'autodeterminació de la persona i uns suports que s'han d'oferir per tal d'arribar a una qualitat de vida òptima en tot el procés de l'envelliment actiu.

“Els darrers anys s'està donant cada cop més importància al concepte d'envelliment actiu, que inclou no tan sols cuidar la dieta i fer un exercici sinó també aspectes com aprendre idiomes, estudiar, llegir o fer vida social.

Hi ha evidència que les persones grans que tenen una vida social més activa són més felices i tenen un millor estat de salut físic i mental. També s'ha establert una relació entre la participació en activitats de voluntariat i una millor percepció de bona salut i satisfacció amb la vida.”

Coll, M. (2016). *Envelleix activament i tindràs més qualitat de vida!*. Claror.cat

Un exemple on es treballa per l'envelliment actiu és el programa “Soc\_blogger!”, el qual pretén potenciar el talent i les habilitats de les persones grans com a reporters, periodistes i fotògrafs per a crear continguts que els siguin afins i històries en primera persona sobre com es viu a Barcelona.

#### **Exemple d'envelliment actiu: "Soc\_blogger!"**

“Soc\_blogger!” és un programa de periodisme ciutadà impulsat pel Departament de Promoció de la Gent Gran de la Direcció de Serveis d'Infància, Joventut i Gent Gran de l'Ajuntament de Barcelona.

En aquest programa la gent gran de Barcelona rep formació digital i periodística per tal d'impulsar els seus talents i habilitats com a periodistes i fotògrafs voluntaris de les xarxes socials municipals i del blog del web de gent gran.

Vegeu el següent vídeo amb els protagonistes del programa:



<https://www.youtube.com/embed/rB756Tc6AqU?controls=1>

## 2. Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans

Les millores sanitàries i el nou enfocament centrat en la persona i en propiciar un envelliment actiu han repercutit en la qualitat i l'esperança de vida de la gent gran. El procés d'envelliment comporta uns canvis, però aquests no són sinònim de malaltia, tot i que hi ha unes patologies més freqüents que són més propenses a donar-se en aquestes edats. Per tant, les necessitats i característiques de la gent gran pateixen uns canvis i cal un **nou enfocament**, ja que l'objectiu principal és la bona qualitat de vida de la persona.

L'etapa de la vellesa és un procés evolutiu de la persona; els hàbits saludables que s'han anat portant durant les altres etapes tindran conseqüències en aquesta, tot i que mai és tard per adoptar uns canvis en l'estil de vida per a una millora en la salut.

### 2.1 Diagnòstic de les patologies en les persones grans

Les persones grans poden presentar la simptomatologia d'una malaltia que es pot confondre amb les característiques de la mateixa etapa de l'envelliment, o fins i tot amb una altra patologia. Això és a causa dels **canvis** que es produeixen en aquesta etapa, com són: més dificultat en la mobilitat, més fragilitat en els ossos, menys capacitat visual, entre d'altres.

Per aquest motiu, una persona pot presentar algunes d'aquestes situacions produïdes per una malaltia i es poden atribuir a les característiques pròpies de la vellesa. És important, doncs, fer un diagnòstic acurat, com també un seguiment de la persona per evitar la detecció tardana d'una patologia.

Hi ha malalties que presenten una **simptomatologia similar**, com per exemple la síndrome confusional aguda (també anomenada *delírium*) amb la demència. Cal dir que la persona amb demència té un alt risc de patir la síndrome. A la taula ?? es poden observar les principals diferències entre la síndrome confusional aguda i la demència.

**TAULA 2.1.** Diferències entre la síndrome confusional aguda i la demència

Síndrome confusional aguda	Demència
Inici brusc de la síndrome	Inici de forma gradual de la malaltia
Caràcter agut (període curt de temps)	Malaltia de naturalesa crònica o progressiva
Causada per alguns medicaments, per infecció d'orina, problemes respiratoris... (en persones grans)	Causada per un dany en el cervell
La desorientació es dona molt aviat	En una fase avançada de la demència es dona la desorientació

## 2.1.1 Les síndromes geriàtriques

“Les persones d’edat avançada responen davant la malaltia amb una sèrie de manifestacions atípiques diferents dels signes i símptomes de les persones joves, i les seves conseqüències són les denominades *síndromes geriàtriques*.”

“Les síndromes geriàtriques són un seguit de signes i símptomes, propis de les persones grans, que succeeixen degut al deteriorament de múltiples sistemes, i fan que la persona es torni més vulnerable i poden provocar més mal que la mateixa malaltia.”

A. Comellas (2019). “Cuidem les síndromes geriàtriques”. Althaia.cat

Les síndromes geriàtriques són un conjunt de complicacions que es donen de forma freqüent en les persones grans, les quals poden afectar de forma negativa l’autonomia de la persona. Per tant, es fa necessària una atenció adequada i un tractament específic, ja que en aquesta etapa de la vida una complicació d’una síndrome geriàtrica pot portar a la mort.

Algunes de les **síndromes geriàtriques** més freqüents són:

- Incontinència
- Úlceres per pressió
- Immobilitat
- Caigudes
- Restrenyiment
- Trastorns de la son

### Incontinència urinària

La incontinència urinària és una **pèrdua involuntària d’orina**. Es pot donar sovint en l’etapa de l’envelliment, tot i que no es presenta únicament en aquesta etapa de la vida. Sovint es fa difícil detectar el problema, ja que a moltes persones se’ls fa complicat afrontar la situació per vergonya.

En la persona gran les causes no són únicament per problemes en l’aparell urinari, també es pot donar per afectacions en diferents òrgans o sistemes del cos. Les conseqüències poden ser força negatives en l’aspecte psicoemocional de la persona, com també en la seva autonomia i en la seva salut física (higiene i complicacions posteriors).

Vegeu el següent vídeo, que explica la incontinència urinària en primera persona:

#### Població afectada

La incontinència urinària afecta al voltant del 20-25% de les persones majors de seixanta-cinc anys; és més freqüent en dones i s’incrementa amb l’edat. (M. Parrilla, 2019).



<https://www.youtube.com/embed/ZIT3-LLUSLo?controls=1>



## Úlceres per pressió

L'úlcera per pressió és la lesió de la pell i dels teixits subjacents causada per la **pressió de l'os contra la pell** (falta de reg sanguini) en una superfície de suport (com per exemple, el llit, la cadira...). La gent gran pot tenir úlceres per pressió a causa de diferents patologies o complicacions, i les seves conseqüències poden afectar la qualitat de vida i tenir efectes molt negatius en la seva salut. Per la **prevenció** de les úlceres per pressió cal, entre d'altres, portar a terme les mesures següents:

- Fer una higiene adequada de la pell.
- Fer canvis posturals constants.
- Observar la pell diàriament.
- No deixar els bolquers gaire temps humits.
- Tenir cura que no hi hagi arrugues a la roba, protectors, llençols...

## Immobilitat

“Conjunt de símptomes físics, psíquics i metabòlics que resulten de la descomposició de l'equilibri fràgil de la persona gran pel fet d'estar sotmès a un repòs perllongat al llit i a una disminució de les seves activitats quotidianes.”

R. Nieto (2017). “Quines són les síndromes geriàtriques específiques de la gent gran?”  
Palaudecansunyer.com

L'origen de la immobilitat en les persones grans pot ser per diferents **motius**:

- Contraure malalties que poden causar aquesta síndrome, com l'artritis o la malaltia de Parkinson.
- Tenir problemes fisiològics com la pèrdua de capacitat sensorial, visual i auditiva, o el dolor.
- Tenir dificultats amb el pas del temps per fer moviments i a causa d'això la persona ho va deixant de fer.
- Després d'un enllitament per una operació o una malaltia.
- Por de caigudes que generen inseguretats i fan que la persona es mogui cada cop menys, també la por de les persones que l'atenen.

- Barreres arquitectòniques en el domicili que afecten la mobilitat de la persona.

La immobilitat afecta greument l'autonomia de la persona i tot el seu organisme (pèrdua de massa i força muscular, problemes urinaris, problemes respiratoris...).

## Caigudes

Les caigudes són accidents que succeeixen freqüentment en persones grans, poden arribar a afectar de forma greu la salut de la persona. Hi ha diferents **circumstàncies** que poden comportar una caiguda, com per exemple: la pèrdua de força muscular, els trastorns de l'equilibri, la pèrdua de visió, certs medicaments i les barreres arquitectòniques.

“Les caigudes representen la segona causa mundial de mort per lesions accidentals o no intencionals. A més, les persones majors de seixanta-cinc anys són les que pateixen més caigudes mortals. Cada any es produeixen 37,3 milions de caigudes que requereixen atenció mèdica. Precisament, el 75% de les caigudes es produeixen en persones de més de seixanta-cinc anys.

Així ho alerta l'Organització Mundial de la Salut (OMS), al mateix temps que adverteix que l'edat és un dels principals factors de risc de les caigudes: “Els ancians són els que corren un major risc de mort o de lesió greu per caigudes i el risc augmenta amb l'edat.”

Diari de Girona (2018). “El 75% de les caigudes les pateix gent gran”. Diaridegirona.cat

## Restrenyiment

### Afectació del restrenyiment

Aproximadament el 12% de la població mundial pateix restrenyiment, i la prevalença augmenta tres vegades més en els ancians; més en les dones que en els homes.

El restrenyiment es basa en deposicions dures, disminució de la freqüència i un esforç excessiu per evacuar. En les persones grans, les **causes** del restrenyiment poden ser, entre d'altres:

- Immobilitat.
- Alguns fàrmacs.
- Una alimentació poc adequada.
- Algunes malalties com la diabetis.
- Poca ingesta d'aigua.

## Trastorns del son

En l'etapa de la vellesa, es dona un canvi en els patrons del son; però alguns dels trastorns del son tenen una causa patològica, per tant, es poden diagnosticar i tractar. Algunes de les **situacions** en què es poden trobar aquestes persones són:

- Despertar-se durant la nit.
- Tenir menys hores de son reparador.

- Tenir menys quantitat de son profund.
- Durant el dia sentir més cansament i somnolència.

“Els desvetllaments nocturns són l'element principal en l'apreciació subjectiva de la qualitat del son. A mesura que avança l'edat, aquests desvetllaments són més nombrosos, entre 8 i 40 per nit, però sobretot duren més temps, fet que representa entre 1 o 2 hores de vigília nocturna, en comptes d'alguns minuts, com succeeix en l'adult jove. Essencialment, el que s'altera en el curs de l'envelliment és la capacitat de dormir de manera continuada.”

J. Albares (2019). “El son com a hàbit saludable”. [Envellimentsaludable.com](http://Envellimentsaludable.com)

## 2.2 Patologies més freqüents de les persones grans

En els darrers anys hi ha hagut una millora en sanitat, cosa que ha repercutit en l'esperança de vida. Uns hàbits saludables també ajuden a millorar la qualitat de vida de la persona. Aquests hàbits, com l'alimentació, l'activitat física, entre altres, ajuden a prevenir algunes malalties. Les persones grans també poden adquirir aquests hàbits en cas de no tenir-los incorporats, cal informar i portar a terme accions per poder potenciar un canvi en les actituds.

La malaltia no va associada a fer-se gran, es donen una sèrie de canvis on cal una adaptació de la persona en aquesta nova etapa, però sí que hi ha una **debilitat del sistema immunològic**, cosa que fa més susceptibles els òrgans del cos.

Algunes de les **patologies més freqüents** en persones grans són:

- Diabetis
- Demència
- Artrosi
- Malalties cardiovasculars
- Parkinson
- Depressió
- Grip

### 2.2.1 Diabetis

La diabetis que afecta més la població gran és la de **tipus 2**. Aquesta malaltia crònica es caracteritza per un augment de sucre a la sang (augment de la glicèmia

o hiperglucèmia). Això és degut a una dificultat per produir o utilitzar de forma correcta la insulina del mateix cos.

Els **factors de risc** de la diabetis de tipus 2:

- Augment de la longevitat de la població.
- El colesterol alt.
- Hipertensió.
- Malaltia cardiovascular.
- Hàbits saludables.
- Obesitat.
- Situació familiar de malaltia renal.

Pel que fa al **diagnòstic** els valors normals de glucosa en la sang són entre 70 i 100 mg/dl. Amb una analítica es pot observar el nivell de sucre en la sang i, per tant, pot indicar si la persona pateix diabetis. Quan una persona té la malaltia, presenta els següents valors:

- Sense haver ingerit cap aliment, en dejú, igual o superior a 126 mg/dl.
- Durant el dia, a qualsevol hora, nivells iguals o més alts a 200 mg/dl.

Alguns **símptomes** de la diabetis són:

- Cansament.
- Set habitual.
- Major quantitat i freqüència d'orina.
- Lentitud en la curació de les infeccions.
- Dolor de peus o mans.
- Rampes a les cames.
- Inflor de cames.
- Alteració de la funció renal.

#### Control de la diabetis

Un mal control i la mateixa evolució de la malaltia afecten la qualitat de vida del diabètic, provoquen un augment de la taxa de malalties cardiovasculars i de la mortalitat, que és tres vegades superior a la de la població general (Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, 2019).

#### Risc de patir un ictus

El risc de patir un ictus en els diabètics és de dues a quatre vegades més alt que en la població amb sucre normal (Fundació Ictus, 2019).

Amb la gent gran, aquests símptomes sovint passen desapercebuts perquè s'associen a l'edat. Per tant, es fa necessari un control o una analítica, sobretot si hi ha antecedents familiars. La malaltia pot tenir conseqüències en alguns òrgans del cos, per exemple més risc de patir malalties dels ronyons, artèries, del cervell i del cor.

Per prevenir-ho s'ha de seguir un **tractament** adequat; la persona haurà de mantenir una dieta adequada per la diabetis, fer l'exercici físic indicat per a aquesta



malaltia i la seva situació individual. Aquestes mesures poden retardar que la persona s'hagi de medicar, fàrmacs o insulina.

Algunes de les **complicacions més importants** de la diabetis són les següents:

- *Els problemes a la pell:* picor, infeccions i reducció de la sensibilitat, sobretot als peus, com el peu diabètic. La menor sensibilitat pot afectar que la persona no s'adoni de llagues, cosa que es pot agreujar i provocar una úlcera. Les úlceres del peu diabètic alteren la qualitat de la vida de la persona, es requereix un període llarg de tractament, unes cures constants i un bon seguiment de la situació. En cas que la duració de la cura sigui molt llarga hi pot arribar a haver una amputació.
- *Problemes en la visió:* cal un control constant per prevenir problemes derivats de la diabetis. El glaucoma, augment de la pressió de l'ull, és una de les complicacions que es dona més, juntament amb les cataractes. En casos molt greus la malaltia també pot causar ceguera.

## 2.2.2 Demència

“Demència és el nom genèric que reben el conjunt de signes i símptomes que produeixen determinades malalties i alteracions que afecten el funcionament normal del cervell. Aquests símptomes inclouen canvis en la personalitat, en la conducta i en l'estat d'ànim. La demència representa una pèrdua de funcions mentals que interfereix en el desenvolupament de les activitats de la vida diària de la persona que la pateix.”

Fundació Pasqual Maragall (2018). “Quins són els tipus i les causes de demència?”.  
Blog.fpmaragall.org.

La demència té més prevalença en l'envelliment, però no totes les persones grans en tenen, també es donen casos de gent més jove. La quantitat de persones amb demències va augmentant considerablement en els darrers anys, fet que causa la necessitat de més serveis i recursos per a ells i per a les seves famílies.

Tenir una malaltia que comporti una demència implica una pèrdua progressiva d'autonomia en les activitats de la vida diària. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) diu que és **una de les principals causes de dependència** entre les persones grans a tot el món i que l'Alzheimer és la forma més comuna, en un 60-70% dels casos.

En l'**Alzheimer** es dona una pèrdua en la memòria i en altres habilitats cognitives, com també té una afectació en les capacitats emocionals i conductuals, i això afecta la vida quotidiana de la persona. És una malaltia progressiva. En un primer moment potser no es detecta, ja que comença amb la dificultat per memoritzar coses noves i per recordar situacions i fets recents. Amb el pas del temps van apareixent alguns problemes com: desorientació en l'espai i en el temps, menys fluïdesa en la parla i menys coordinació de moviments. En l'etapa avançada, la persona depèn totalment dels seus cuidadors, i el desenllaç és la mort, causada per complicacions que provoca la mateixa malaltia, com per exemple una pneumònia.

### 50 milions de persones amb demència

El nou informe mundial estima que aquest és el nombre de persones amb demència, una xifra equivalent a tota la població espanyola o als habitants de Colòmbia. Dos de cada tres d'aquests casos són causats per l'Alzheimer.

### Els factors de risc de patir demència són:

- **Edat:** amb l'edat augmenta la probabilitat de patir demència, sobretot a partir dels seixanta-cinc anys.
- **Hàbits saludables:** com fer activitat física, intel·lectual, dieta saludable, no patir obesitat, no fumar i el consum d'alcohol moderat ajuden a reduir el risc de patir demència.
- **Factors genètics:** no és una malaltia que s'hereti, però sí que hi ha certs gens que la poden fer desenvolupar (conjuntament amb altres factors de risc com ara uns hàbits poc saludables).
- **Manca de relacions socials:** l'aïllament social comporta menys activitat mental, i aquest fet pot repercutir en el desenvolupament de la malaltia.

Per al **diagnòstic** de la demència s'observen els símptomes, els antecedents i es fa una exploració física; també es poden fer preguntes a les persones properes del possible malalt. Es porten a terme diferents proves: exploracions del cervell, anàlisis de sang, control de les capacitats cognitives i neuropsicològiques, revisió psiquiàtrica, entre d'altres.

La demència és progressiva, per tant, hi ha unes fases d'evolució de la malaltia, no es dona un temps concret per passar d'una etapa a una altra, ja que hi ha moltes variables que hi influeixen. A cada persona l'afecta de manera diferent, i això és degut a diferents factors, com ara: la personalitat, la manera d'afrontar la malaltia, els recursos, el suport de l'entorn, entre d'altres. Les fases també varien segons les característiques de la malaltia que provoca aquest estat de demència.

Hi ha diferents classificacions de l'**evolució de la malaltia**, però ens centrarem en les tres etapes que estableix l'Organització Mundial de la Salut (OMS):

1. **Etapa primerenca:** sovint passa desapercebuda, ja que l'inici és gradual. Els símptomes més comuns són:
  - Tendència a l'oblit
  - Pèrdua de la noció del temps
  - Desubicació espacial, fins i tot en llocs coneguts
2. **Etapa intermèdia:** a mesura que la demència evoluciona cap a l'etapa intermèdia, els signes i símptomes es tornen més evidents i més limitadors. Els símptomes més comuns són:
  - Comencen a oblidar esdeveniments recents, així com els noms de les persones
  - Es troben desubicades a casa seva
  - Tenen cada vegada més dificultats per comunicar-se
  - Comencen a necessitar ajuda amb la neteja i cura personal
  - Pateixen canvis de comportament, per exemple, donen voltes per la casa o repeteixen les mateixes preguntes

3. **Etapa tardana:** en l'última etapa de la malaltia, la dependència i la inactivitat són gairebé totals. Les alteracions de la memòria són greus i els símptomes i signes físics es fan més evidents. Els símptomes més comuns són:

- Dificultats per caminar
- Alteracions del comportament que poden desembocar en agressions
- Una creixent desubicació en el temps i en l'espai
- Dificultats per reconèixer familiars i amics
- Una necessitat cada cop més gran d'ajuda per a la cura personal

Cal conèixer les fases per determinar un millor **tractament** per a la persona. L'objectiu del tractament es basa a retardar el desenvolupament de la malaltia; això es fa a partir de programes individualitzats (suport, orientació, informació i ajuda) i quan és necessari també amb medicació. Les actuacions consisteixen en:

- Estimulació cognitiva; mantenir i afavorir les funcions cognitives a partir de diferents exercicis i activitats: lectura, cançons, citar el nom d'objectes o d'aliments, explicar situacions...
- Modificacions/adaptacions de l'entorn de la persona: mesures a la llar per evitar accidents, senyalització identificadora d'objectes i llocs, com per exemple col·locar un cartell en el bany per identificar-lo o una imatge en un calaix per saber on es guarden les estovalles de la taula.
- Simplificació de tasques (manteniment de les activitats de la vida diària): l'objectiu és facilitar l'execució de les tasques. Per això cal un entorn amb poques coses, únicament deixar a l'abast de la persona el que necessitarà, deixar els objectes sempre al mateix lloc, seguir unes rutines, donar el temps que necessiti per a la realització d'una tasca i oferir poques possibilitats a l'hora d'escollir (per exemple: triar la roba per posar-se només entre dues peces de roba) entre altres actuacions.
- Comunicació adequada amb les persones amb demència: parlar a poc a poc, donar temps a la resposta, utilitzar vocabulari conegut per la persona, potenciar que s'expressin en funció de temes que els interessin...

#### Exemples de treball per reforçar la cognició

A la senyora A, el fet de resoldre problemes de raonament lògic i de càlcul la fan estar amb un bon manteniment cognitiu. A ella no li agrada treballar de manera grupal, però s'engresca amb tasques individuals que a més la fan gaudir d'un bon estat anímic. Diferent és el senyor B, que assisteix a totes les activitats en grup, siguin de memòria, d'atenció o de pintura. El cas de la senyora C, una dona que presenta un deteriorament cognitiu moderat no és distint; participa en un grup on es treballa la memòria des de l'audició o l'olfacte, "traslladar-la" al passat mitjançant els sentits, l'ajuda a prevenir-la d'un deteriorament més greu.

Font: N. Costa (2014). "Factors de risc de l'Alzheimer i les altres demències". Residenciesgrupatlantida.cat.

Algunes de les principals **complicacions** de les persones que pateixen demència són:

---

Una caiguda o accident pot minvar l'autonomia de la persona i provocar un estat de dependència cada cop més marcat.

---

- **Caigudes i accidents:** el risc de patir un accident o una caiguda és més elevat que en persones que no pateixen demència, això és degut a les alteracions de mobilitat, l'equilibri, la deambulació, com també per alguns medicaments i a problemes en els sentits (vista i oïda). Per prevenir aquestes situacions cal portar a terme unes mesures, com ara:
  - Bona il·luminació: sobretot en llocs específics de la llar.
  - Evitar superfícies que siguin lliscants. Treure catifes, són causants de moltes caigudes.
  - No col·locar objectes que obstaculitzin el pas, com tauletes, cadires i gerros.
  - Precaucions en l'ús del gas, productes químics, aparells elèctrics, entre altres.
  - Acompanyament en les sortides de la casa: passeigs, visites mèdiques i altres assumptes personals.
  
- **Problemes amb la hidratació i l'alimentació:** les persones amb demència perden la sensació de tenir set; per tant, s'obliden de beure i això pot provocar deshidratació. També es poden oblidar de menjar, desnutrició, o s'alimenten únicament d'alguns aliments, mala nutrició. Per evitar aquestes situacions s'han de prendre unes mesures de prevenció, com ara:
  - Suport per a una dieta adequada a la persona.
  - Assegurar-se que ingereix líquids o gelatines (en cas de dificultat per empassar-se líquids).
  - Mantenir uns horaris regulars en els àpats.
  - Realitzar un control de pes.

La disfàgia és la dificultat en el pas dels aliments sòlids i líquids de la boca fins a l'estómac.

En les darreres fases de la malaltia, apareixen problemes de **deglució o disfàgia**; les funcions del cos es veuen afectades pel deteriorament cognitiu cada cop més present:

- **Úlceres per pressió i infeccions:** apareixen per diferents factors, com són: la manca d'higiene i la falta de mobilitat, pel que fa a aquesta última es va deteriorant fins al punt que la persona queda enllitada. Les persones amb demència es van oblidant de fer i que han de fer diferents activitats de la vida diària, finalment no recorden les activitats bàsiques de la vida diària, com la cura d'un mateix. Per a la prevenció d'úlceres per pressió i infeccions cal seguir una sèrie de pautes, entre d'altres:
  - Examinar la persona cada dia.
  - Realització de canvis posturals si passa moltes hores asseguda o enllitada.
  - Una higiene adequada a la persona amb demència.
  - Control de la micció/ficció.
  - Canvi dels bolquers sovint (en cas d'incontinència).
  - Utilitzar diferents recursos i materials com: coixins antiescares, matalassos adequats, proteccions...

### 2.2.3 Artrosi

En l'envelliment es produeix un desgast de les articulacions, cosa que pot portar a patir artrosi, de tipus reumàtic. Sovint es donen més casos en la població femenina que en la masculina. Quan apareix aquest problema la persona pateix rigidesa, dolor i problemes en el moviment. Pot afectar qualsevol articulació, però les més sensibles són els genolls, els malucs, les mans i la columna vertebral, per tant, hi ha una afectació lumbar i cervical.

La malaltia és una afectació degenerativa que perjudica el cartílag, el coixinet que està entre els ossos de l'articulació, el qual fa la funció de no fricció i de facilitador del moviment de l'articulació, en el transcurs de la malaltia va desapareixent, provocant un fregament dels ossos.

Els **factors de risc** de l'artrosi són:

- L'envelliment, pel desgast de les articulacions.
- Antecedents familiars, es dona un factor genètic important, entre un 40 i un 65%.
- L'obesitat, per la càrrega en diferents punts del cos (malucs, columna lumbar i genolls) provocant-ne un deteriorament.
- Per lesió, ús elevat d'aquestes estructures del cos per la professió o per activitat física alta.
- Menopausa, a causa de la reducció dels nivells d'estrògens.

Es fa un examen de les articulacions afectades i s'observen els símptomes que presenta la persona, cal una avaluació clínica i exploració física per fer el **diagnòstic**. Les radiografies ajuden a veure l'estat de l'artrosi o indiquen que hi ha un altre problema, l'ecografia articular permet veure si hi ha líquid en l'articulació i la ressonància magnètica és útil en alguns casos concrets.

Els **símptomes** que es donen en l'artrosi són els següents:

- Dolor articular: símptoma principal de la malaltia. Quan la persona està en moviment s'accentua el dolor.
- Deformatat: pot donar-se en persones que pateixen artrosi, sobretot en genolls i mans.
- Inflamació i rigidesa: la inflamació es dona freqüentment en el genoll i a les mans, hi ha episodis en què és més present que en altres.
- Cruiximent d'ossos: pot causar força dolor quan es fan moviments.

L'objectiu del **tractament** és reduir el dolor i millorar la funcionalitat de la persona. Per aconseguir això s'han de prendre algunes mesures, com per exemple:

#### Afectats per artrosi

El nombre d'afectats per artrosi s'ha duplicat en els darrers trenta anys. Ara mateix hi ha 300 milions de persones que tenen aquesta malaltia a tot el món (E. Muñoz, 2018).

- Control de pes: el pes és molt important, en cas de patir obesitat la persona potencia la sobrecàrrega en les articulacions afectades fent que hi hagi més dolor.
- Exercici físic específic: cada persona necessita fer una activitat física concreta, individualitzada pel seu cas, segons les condicions físiques i les indicacions d'un professional.
- Tractament farmacològic: l'objectiu és endarrerir o fer més lent el procés degeneratiu de la malaltia i apaivagar els seus símptomes, com el dolor articular i la inflamació. Els fàrmacs no eviten que l'artrosi sigui degenerativa.
- Tractament quirúrgic: en casos d'implantació de pròtesis o per temes de deformitat.
- Ús de calçat adequat: pot ajudar a reduir els símptomes de la malaltia. Cada persona necessitarà un calçat específic segons les seves característiques: alçada, pes, forma de posar el peu a terra, manera de caminar...

“Les causes, a més de l'edat, poden ser l'herència genètica, el sobrepès, la presa de determinats fàrmacs o l'ús d'un calçat inadequat. No hi ha un tractament per fer-la desaparèixer, però sí recomanacions que poden ajudar a controlar-ne la progressió. En aquest sentit, l'exercici pot resultar tremendament beneficiós, però també és important tenir en compte el tipus de calçat que s'ha d'utilitzar. Elegir l'adequat pot prevenir-ne l'aparició i millorar-ne la simptomatologia.”

El Nacional (2019). “Així és el millor calçat per prevenir i millorar l'artrosi quan facis exercici”.  
Elnacional.cat

Algunes de les principals **complicacions de l'artrosi** són:

- Inestabilitat.
- Caigudes.
- Insomni a causa del dolor.
- Estat de depressió causat per la malaltia, la pèrdua d'autonomia i la qualitat de vida.
- Infecció en l'articulació.
- Pinçament en un nervi (artrosi en la columna vertebral).

## 2.2.4 Malalties cardiovasculars

Les malalties cardiovasculars afecten el cor o els vasos sanguinis (artèries i venes). Cada any causen més de 120.000.000 de morts a tot el món (és la causa de mort principal a gran part del món). Les més freqüents són:

- Hipertensió arterial.

- Arterioesclerosi (engruiximent i enduriment de les parets de les artèries, així com una disminució de la seva elasticitat).
- Cardiopatia isquèmica: angina de pit i infart de miocardi.
- Accident cerebrovascular o ictus.

Hi ha un seguit de **factors de risc** que poden afavorir el desenvolupament de malalties cardiovasculars. Quan alguns d'ells es donen en la mateixa persona aquesta té un alt risc de patir-ne alguna. Si bé és cert que hi ha una sèrie de factors de risc que no són modificables, com els antecedents familiars, l'edat o el sexe de la persona, en general, hi ha un sèrie de factors que podem tenir en compte i canviar-los, per tal de prevenir la situació o per evitar-ne complicacions; són, entre altres:

- Tensió arterial alta.
- Sobrepès, obesitat.
- Colesterol alt en sang.
- Diabetis.
- Consum de tabac o alcohol.
- Alts nivells d'estrès.
- Mala alimentació, dieta inadequada.
- Sedentarisme (manca d'activitat física).

Pel que fa als **síntomes**, la malaltia cardiovascular no en sol donar en un principi; quan ja apareixen solen ser en forma d'ictus o d'atac de cor. Els símptomes varien d'un tipus de problema cardíac a un altre, o bé si els pateix una dona o un home.

Per exemple, els **síntomes de l'ictus** són els següents:

- Debilitat, problemes de moviment i entumiment.
- Problemes en la comprensió del llenguatge o en l'expressió.
- Dificultats en la parla o en el somriure (boca torçada).
- Alteracions en els sentits, com pot ser en el tacte o en la pèrdua sobtada de visió.
- Pèrdua de noció del temps.
- Sensació de confusió, desorientació, dificultat en la memòria.
- Problemes en la coordinació de moviments (equilibri).

#### **Proporció de persones amb risc**

A mesura que la gent es fa gran, augmenta la proporció de persones que tenen un factor cardiovascular de risc o més, de manera que, per exemple, en persones de seixanta-cinc a setanta-cinc anys, tres de cada quatre tenen hipertensió, un de cada cinc diabetis i dues de cada quatre el colesterol alt.

#### **Codi ictus**

Una trucada al 112 dona peu a un sistema d'activació d'emergències mèdiques: una xarxa d'hospitals comarcals i de referència en ictus. El codi permet la identificació dels símptomes i la derivació del pacient amb sospita d'ictus agut a una atenció mèdica adequada de la forma més precoç possible.

Hi ha diferents proves que ajuden en el **pronòstic i diagnòstic** d'aquest tipus de malalties; entre d'altres: l'ergometria (prova d'esforç), electrocardiograma (registre gràfic de l'activitat elèctrica del cor), ecocardiograma (registre del moviment del cor per mitjà d'ultrasons).

El següent vídeo ens parla de la insuficiència cardíaca a partir d'un testimoni:



[https://www.youtube.com/embed/N4n\\_7TVMT\\_o?controls=1](https://www.youtube.com/embed/N4n_7TVMT_o?controls=1)

L'objectiu del **tractament** es basa en la recuperació de la zona afectada i evitar, tant com es pugui, un altre episodi de la malaltia. El tractament consisteix en:

- Intervenció quirúrgica.
- Adequar els hàbits de vida (canvis en l'estil de vida).
- Tractament farmacològic.
- Rehabilitació per al tractament de les seqüeles.

Les **complicacions d'aquestes malalties** es basen en ingressos hospitalaris freqüents, pèrdua d'autonomia i de qualitat de vida, problemes respiratoris greus, insuficiència cardíaca, accident cerebrovascular, aturada cardíaca, atac cardíac, entre d'altres.

“Entre la gent gran, les malalties cardiovasculars són la principal causa de malaltia i mort. A més d'aquesta gran mortalitat, els ingressos hospitalaris i, finalment, les incapacitats són els principals problemes que es refereixen a aquest grup de població. És fàcil d'entendre aquesta incapacitat en una persona gran que es troba limitada seriosament en la seva mobilitat i autonomia i per problemes respiratoris secundaris.”

Mútua Penedès (2017). “Quines són les malalties cardiovasculars més freqüents en la gent gran?”

### 2.2.5 Parkinson

Després de l'Alzheimer, el Parkinson és la malaltia neurodegenerativa més freqüent. Es tracta d'un trastorn degeneratiu del sistema nerviós central. L'envelliment és el principal factor de risc i amb l'augment de l'esperança de vida també augmenta el nombre de persones que el pateixen.

Hi ha diversos **factors de risc** que poden influir en el fet de patir la malaltia, com poden ser:

- L'edat: el risc de patir Parkinson augmenta amb l'edat.



- La genètica: hi ha un factor genètic que pot condicionar contraure la malaltia.
- Factors ambientals: està exposat a toxines o a diferents situacions ambientals perjudicials.

En el Parkinson es donen uns **síntomes motors**, com són:

- Dificultat en la realització d'activitats de motricitat fina (cosir, cordar-se els botons de la jaqueta...).
- Tremolors en estat de repòs.
- Rigidesa muscular.
- Lentitud en els moviments.
- Inestabilitat postural, alteracions en l'equilibri i en la marxa.

Pel que fa a **síntomes no motors**, poden donar-se, entre d'altres:

- Depressió.
- Ansietat.
- Apatia.
- Cansament.
- Dolor.
- Problemes cognitius (deteriorament).
- Incontinència.
- Problemes en la comunicació.
- Alteracions del son.
- Alteracions en l'atenció i la concentració.

Pel que fa al **diagnòstic** de la malaltia, es fa mitjançant la història clínica de la persona, un examen físic, una revisió dels signes i símptomes que presenta i un examen neurològic. De vegades s'han de descartar altres malalties, ja que els primers símptomes que pateix la persona es poden associar al fet d'envellir, per tant, es poden realitzar algunes proves complementàries.

La malaltia de Parkinson no té cura, l'objectiu del **tractament** és frenar la progressió de la malaltia, controlar els símptomes que presenta la persona i minimitzar els efectes secundaris dels fàrmacs. Alguns dels tractaments que se segueixen en aquesta malaltia són els següents:

- Tractament farmacològic.

#### **Comunicació i Parkinson**

La comunicació es veu alterada, ja que és difícil comprendre el que diu la persona i la poca expressió facial ho dificulta més (causada per la rigidesa muscular).

#### **Afectació del Parkinson**

Un dels símptomes no motors pot provocar trastorns afectius i emocionals, com el baix ànim i la simptomatologia depressiva, que afecta de manera global fins a un 60% dels pacients."

- Activitats de rehabilitació: exercici físic per mantenir el to muscular i les funcions motores.
- Tractament de logopèdia.
- Massatges.
- Intervenció quirúrgica: indicada en pocs casos; s'actua sobre la part afectada del cervell.

Hi ha diferents **complicacions** que es poden donar amb la malaltia, com ara:

- Infeccions.
- Dificultat en el pensament.
- Depressió.
- Problemes nutricionals. Problemes en l'alimentació (mastegar, empassar).
- Caigudes i les seves conseqüències.
- Trastorns del son.
- Incontinència urinària i/o fecal.
- Estrenyiment.
- Úlcères per pressió.
- Bloqueigs de la marxa.
- Pneumònia per aspiració i bronquitis (problemes de deglució).

## 2.2.6 La depressió

La depressió és un trastorn de l'estat d'ànim que es manifesta amb símptomes psíquics i físics. La persona veu afectada de manera significativa la seva vida diària i la qualitat de vida, ja que repercuteix en l'esfera mental, física i social de l'individu. Per a la seva valoració i tractament cal valorar l'entorn de la persona.

En els darrers anys ha augmentat el nombre de persones grans que pateixen depressió, això és degut a **diferents factors**, com són:

- Factors psicobiològics de la depressió.
- La solitud.
- Problemes d'adaptació després de la jubilació.
- Pèrdua d'autonomia.

### Depressió i demència

La depressió és el trastorn afectiu més freqüent en persones més grans de seixanta anys. Molts estudis assenyalen que pot estar present entre el 30-50% de pacients amb demència.

- A causa d'altres malalties, com poden ser la diabetis, el Parkinson o les cardiopaties.
- Pèrdua de persones properes (familiars, amics).
- Situacions econòmiques no gaire favorables.
- Pèrdua de rols dintre de la família.
- Canvi de llar de la persona (possible ingrés en una residència i procés d'adaptació en el canvi).

“És un trastorn de l'estat d'ànim en el qual un dels símptomes ha de ser la tristesa o la pèrdua d'interès (capacitat per experimentar plaer). Aquesta tristesa en la persona gran no necessàriament és viscuda com a tal sinó que sovint s'expressa més com a avorriment, apatia o indiferència. Normalment s'acompanya d'algun dels següents símptomes: canvis de pes, problemes de son, agitació o alentiment, cansament o pèrdua d'energia, sentiment d'inutilitat o culpa i disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se.”

M. J. Jiménez (2019). *És tristesa o és demència?*. Fersalut.cat

Alguns dels **símptomes** d'aquesta malaltia són:

- Apatia.
- Sentiment de sentir-se buit.
- Cansament.
- Sensació d'irritabilitat i ansietat.
- Pèrdua d'interès per les coses i les aficions.
- Trastorns del son.
- Trastorns de la gana.
- Baixa autoestima.
- Esforç per recordar coses i per concentrar-se.

Per **diagnosticar** la malaltia es fa una valoració dels símptomes que presenta la persona, com també del temps durant el qual perduren i si presenta algun trastorn, com per exemple trastorn del son. S'estudia la història clínica de la persona, es té en compte si pateix alguna malaltia que pugui comportar depressió.

Pel que fa al **tractament** de la depressió s'ha de tenir en compte que afecta tots els àmbits de la persona; els diferents professionals haurien d'actuar conjuntament per combatre aquesta malaltia. Algunes de les intervencions són la psicoteràpia per a un tractament integral de la situació i els fàrmacs antidepressius.

Algunes de les **complicacions** que comporta la depressió en la gent gran són:

- Trastorns del son.

- Trastorns de la gana.
- Aïllament social.
- Suïcidi o intent de suïcidi.
- Possibilitat elevada de recaigudes.

“El risc que les persones de més de setanta-cinc anys es treguin la vida és tres vegades més alt que entre els joves de quinze a vint-i-quatre. A més, la taxa, que en la població en general és de 8,42 suïcidis per cada 100.000 habitants, s'eleva fins a superar els vint-i-dos entre els de més de vuitanta-cinc anys.

Hi ha molts factors que expliquen que a partir dels seixanta-cinc anys es dupliqui el risc de suïcidi. Són, per exemple, deixar el món laboral, problemes de salut o la solitud no volguda per la pèrdua del marit o la dona, un fill o un altre familiar.”

Societat Portal de Lleida (2016). “Com més edat, més suïcidis”.

### 2.2.7 La grip

La grip és una malaltia respiratòria contagiosa causada pel virus de la influença. Hi ha persones que estan en alt risc de patir aquesta malaltia, com també de presentar complicacions, per exemple: una pneumònia. Un d'aquests col·lectius amb més risc és la població de més de seixanta-cinc anys.

Els **factors de risc** de la malaltia són, entre d'altres:

- Edat: persones de més de seixanta-cinc anys; els infants també són un col·lectiu en risc.
- Dones embarassades: més possibilitats de patir la grip, com també les complicacions d'aquesta malaltia.
- Malalties cròniques: respiratòries, metabòliques i cardiovasculars.
- Ocupació laboral: àmbit educatiu, sanitat, serveis a la persona, entre d'altres.
- Sistema immunològic afectat: com per exemple una situació de cansament, d'estrès o d'ansietat.
- Situació de mala higiene: com per exemple personal o del lloc de residència.
- Serveis o centres: espais on hi ha molta gent, com per exemple centres residencials.
- Persones que pateixen obesitat mòrbida.
- Problemes de malnutrició.

### Exemple de persona gran amb grip

“La Maria, de vuitanta-set anys, fa un parell de dies que és a l'apartat de pacients fràgils de les urgències de Sant Pau en companyia dels seus fills, que es van alternant. Viu en una residència pel seu Alzheimer avançat i el dia 31 es va començar a ofegar. Ara que han aconseguit estabilitzar la seva situació, la portaran a un dels centres sociosanitaris que aquests dies són els més buscats i desitjats per la sanitat pública: clíniques i hospitals petits que s'ocupen de la convalsència de persones que tenen una llista enorme de problemes de salut amb què conviuen habitualment, però que amb la grip s'han descompensat. Aquest és el moment en què es veuen centenars d'ancians.”

Font: A. Macpherson (2018). “La grip ja omple les urgències de gent gran amb problemes greus”. Lavanguardia.com

Els **síntomes** que pot comportar la grip són els següents:

- Mal de cap.
- Congestió nasal.
- Mucositat.
- Dificultat per respirar.
- Tos (sobretot seca).
- Febre alta.
- Malestar general, debilitat.
- Dolor muscular.
- Dolor a les articulacions.
- Cansament.
- Nàusees i vòmits.
- Diarrees.

El **diagnòstic** de la grip és clínic, no es necessiten proves de laboratori, tot i que en persones de risc, com la gent gran, es pot portar a terme un diagnòstic microbiològic.

El **tractament** consta de medicació per fer front a la malaltia un cop ja instaurada en la persona, de vacunació (sobretot indicada per a persones en risc, com gent gran) i el seguiment de les següents mesures:

- Ambient humit (humidificador).
- Dieta adequada per mantenir de forma correcta el sistema immunitari.
- Hidratació (ingerir força líquid).
- Rentar-se les mans per mantenir unes condicions higièniques adequades (prevenció del contagi de la grip).
- Ventilació correcta de les habitacions.

- Evitar el corrent d'aire.

#### Estadístiques de vacunació

Un 68% de les persones ingressades amb pronòstic greu no estan vacunades. La majoria són gent gran. L'OMS recomana una cobertura del 75% en aquest sector de la població i aquí encara estem per sota del 50% (V. Pérez, 2018).

A Europa les recomanacions de vacunació antigripal és per a les persones de seixanta anys o més, perquè l'objectiu és evitar les complicacions de la grip en les persones amb patologies de base que es poden descompensar, evitar ingressos hospitalaris i morts (P. Puig, 2019).

La grip pot presentar diferents **complicacions**, afectacions en les vies respiratòries o en altres òrgans, com també agreujament de les malalties cròniques que ja pateix la persona. En una persona gran una complicació de la malaltia li pot suposar la mort. Les complicacions poden afectar:

- Les vies respiratòries: bronquitis, sinusitis, otitis, pneumònies i bronquiolitis.
- Les malalties cròniques (empitjorament): asma, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i problemes cardíacs.
- Malalties neurològiques i neuromusculars: epilèpsia, esclerosi múltiple...

---

Les persones amb asma, durant la grip, poden patir atacs d'asma.

---

### 2.3 Identificació de les necessitats especials d'atenció i suport integral de les persones grans

Per tal d'identificar les necessitats d'atenció i suport integral de les persones es fa necessari una valoració de la dependència. El **SEVAD** (Servei de Valoració de la Dependència) té com a objectiu el reconeixement de la situació de la dependència, emet les valoracions funcionals i fa un informe de grau i nivell de dependència. Es porta a terme un treball interdisciplinari amb professionals de diferents **àmbits**:

- Teràpia ocupacional.
- Treball social.
- Psicologia.
- Medicina.
- Infermeria.
- Fisioteràpia.

Per fer el reconeixement de la situació de dependència, es fa una entrevista personal, una visita al centre de residència de la persona o al seu domicili i un informe de valoració. L'elaboració del **PIA** (Programa individual d'atenció)

concreta les prestacions econòmiques i en forma de serveis de les persones que tenen la resolució del grau de dependència.

Un cop la persona disposa del PIA s'accedeix a la **Cartera de serveis socials**, on hi ha uns serveis socials especialitzats per a persones amb dependència.

També hi ha la possibilitat de fer una revisió del grau de dependència; això en els casos en què la situació millora o empitjora o bé quan el diagnòstic anterior és erroni.

#### Exemple d'ajudes a la dependència

“Les ajudes a la dependència poden ser prestacions econòmiques o mitjançant serveis com els d'atenció domiciliària, les residències o els centres de dia. Cal tenir present que el **grau de dependència** que tingui reconeguda una persona li permetrà accedir a uns recursos públics o a uns altres. Així, per ingressar en una residència és necessari disposar del grau II o III, mentre que per accedir a un centre de dia n'hi ha prou amb un grau I.”

M. Ropero (2019). “A quins ajuts i serveis públics poden accedir les persones amb dependència?” Mutuam.cat

#### Cartera de serveis socials

La cartera de serveis socials determina el conjunt de prestacions de serveis, econòmiques i tecnològiques de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública i és l'instrument que assegura l'accés a les prestacions garantides de la població que les necessita.

### 2.3.1 Necessitats especials d'atenció i suport integral de les persones grans

Les persones grans, tot i tenir unes característiques comunes de l'etapa de l'envelliment, conformen un grup molt heterogeni, per tant, s'ha de tenir en compte que tota necessitat ha de ser **individualitzada per cada cas concret\***. Les necessitats de la persona venen condicionades per la societat on resideix; n'hi ha unes que són universals, però la manera de satisfer-les depèn de cada cultura.

Cal prestar atenció a la **tipologia de necessitats** (fisiològiques, de seguretat, d'amor i pertinença, de reconeixement, d'autorealització...) i a la seva satisfacció, per tal que la persona pugui mantenir una bona qualitat de vida; per tant, cal valorar la situació de la persona i oferir la resposta més adequada.

#### Necessitats fisiològiques

La persona gran té unes necessitats d'acord amb les activitats de la vida diària bàsiques, com són l'**alimentació**, la **higiene**, la **cura**, la **mobilitat**... Tota persona quan envella necessita un suport per mantenir o alentir el procés de pèrdua d'autonomia, per tant, necessita una intervenció educativa que ajudi la persona a seguir fent les activitats o una ajuda assistencial, quan ja no les pot portar a terme per ella mateixa.

Els canvis que pateix la gent gran fan que s'hagi de modificar la dieta, ja que el que la persona necessita nutricionalment varia. Aquest canvi en l'alimentació pot ajudar a tenir un envelliment més òptim i saludable. L'activitat física, el procés digestiu (alentiment), el canvi en l'aparell bucodental, entre altres, seran situacions que portaran a una variació de les necessitats alimentàries de la persona gran.

### **Necessitats fisiològiques d'una persona gran**

Per exemple, una persona gran té necessitat d'una higiene adequada, canvi de bolquers, si en porta, també de mobilitat, ajuda del caminador o d'un bastó per desplaçar-se i d'alimentació, per exemple una dieta adequada a la diabetis, si en presenta, o als canvis en les seves necessitats nutricionals.

### **Necessitats de seguretat**

Les necessitats de seguretat es basen en la seguretat física de la persona, en la seva salut, en la familiar, en els recursos, entre d'altres. S'ha de promoure la seguretat de la persona, tant per la seva autonomia com per la seva qualitat de vida.

La gent gran pateix una pèrdua en les seves habilitats físiques, sensorials i psíquiques, d'aquesta manera es fa necessària una modificació de l'entorn i una optimització de les capacitats de les persones oferint els recursos i els suports necessaris.

Es fa necessari potenciar un **espai on no hi hagi perills**, ni possibilitats de caigudes, com també oferir una seguretat més emocional i afectiva a la persona que resideix sola. Això es pot portar a terme oferint una adaptació a la llar a les necessitats de la persona, com també un canvi en el mobiliari i un recurs de suport emocional i de contacte amb la seva xarxa social i familiar.

#### **Exemple de necessitat de seguretat en una persona gran**

La senyora Roser, de setanta-nou anys, viu sola en un pis amb espais estrets i amb mobiliari antic i poc funcional. La Roser té cada cop més dificultats en la mobilitat i té problemes per entrar i sortir de la banyera, ja que és força alta, també presenta problemes en el moment de desplaçar-se perquè és un pis on hi ha catifes i de vegades li han provocat alguna caiguda; pel que fa a les estanteries són molt altes i els calaixos costen molt d'obrir pel pas del temps.

A la llar de la senyora Roser li caldria una adaptació segons les seves necessitats de mobilitat, caldria canviar la banyera per una d'adaptada o una dutxa a peu pla, i també es faria necessari treure les catifes, ja que poden provocar caigudes, i canviar el mobiliari per un de funcional adaptat a l'estatura de la Roser (per tenir-ho tot més a mà) i a la seva capacitat en la força en les mans. Per superar la inseguretat pel fet de viure sola podria utilitzar el servei de teleassistència i es podria potenciar la seva xarxa social contactant amistats, veïns i familiars.

### **Necessitats d'amor i pertinença**

Dintre de les necessitats d'amor i pertinença trobem els vincles socials, l'amor, l'afecte, l'afiliació o la pertinença a un grup social concret, entre d'altres. Les persones grans presenten unes necessitats emocionals, viuen un moment de canvis en molts aspectes de la seva vida i aquest fet els pot portar a un estat emocional poc òptim.

Per tant, cal mantenir els **vincles socials** en la persona gran o potenciar-ne de nous, com també orientar-se cap a les relacions familiars, en el camp de la comunicació i suports. La gent gran pot perdre el contacte amb la seva xarxa social i familiar per diversos motius, com són la pèrdua de persones properes, el poc contacte amb l'entorn per problemes de mobilitat (no pot sortir tant de casa seva) o per



desvinculació familiar (canvi en les relacions i en les estructures familiars), en aquest cas es faria necessari mantenir els vincles existents i augmentar-los tenint en compte les possibilitats de l'entorn de la persona.

També la persona pot viure la seva situació de manera negativa emocionalment, pot sentir que no té els suports emocionals necessaris en aquest període de canvis.

#### **Exemple de necessitat emocional d'una persona gran**

"No entenc què vol el pare i sembla que cap dels germans fem les coses bé. Quan venim a veure'l sempre està enfadat i no sabem de quina manera tractar-lo per veure'l feliç", deia la filla del Sr. A. Cosa curiosa, ja que vertaderament el senyor A és un home alegre, que a la residència ha fet bons vincles socials, que participa en les activitats que se li proposen i que sol presentar un bon estat anímic dins de l'entorn residencial.

Sabem que una persona pot estar portant un bon procés d'adaptació a la residència, però a la mateixa hora pot estar "culpabilitzant" un fill de la decisió d'haver-lo portat a un centre. És una ambivalència que funciona de regulador psicològic.

L'exemple del Sr. A n'és un exemple. Ell pren una actitud positiva envers l'entorn residencial, però d'alguna manera quan ve un dels seus fills es posa a la defensiva. És una manera de dir "m'has abandonat" o "estic enfadat perquè no puc acceptar que m'he fet gran i tinc limitacions i sense adonar-me'n te'n faig responsable". Aquestes conductes són humanes i molt lògiques."

N. Costa (2015). "La manera de gestionar les necessitats emocionals de la gent gran". Residenciesgrupatlantida.cat

### **Necessitats de reconeixement**

Les necessitats de reconeixement es basen en el respecte de la persona, en el seu autoconcepte, l'autoconfiança, les fites personals, entre d'altres. La persona gran ha de **sentir-se valorada** dins de la societat i mantenir una autonomia suficient per tenir una autoestima adequada i una bona qualitat de vida.

La gent gran viu alguns canvis, tant físics, com socials com relacionals que els fan afrontar nous reptes: la jubilació, el canvi de rols, una modificació en l'estil de vida i en les activitats... Això fa que algunes persones perdin confiança en elles mateixes, sentin que ja no tenen la mateixa competència davant de les coses o que ja no tenen fites personals importants ni aporten res a la societat. Per tant, es fa necessari treballar aquestes necessitats de reconeixement per un bon envelliment actiu de la persona.

#### **Exemple de necessitats de reconeixement d'una persona gran**

El senyor Francesc sempre havia treballat en una empresa familiar de carn. Ell amb tot el seu treball va fer augmentar la producció i la venda, va obrir diferents botigues en poblacions de Catalunya i va exportar alguns dels seus productes. El senyor Francesc es passava moltes hores a la feina i quan estava a casa continuava treballant pel funcionament de la seva empresa, per això en el moment de la jubilació li va costar fer aquest pas i, en el transcurs del temps se'l veia cada cop més apàtic, amb menys confiança cap a les seves capacitats i amb una davallada de l'autoestima important.

És important el reconeixement de la societat cap a la gent gran, l'experiència i els coneixements que poden aportar, com també tenir cura de la seva autoestima, el seu canvi de rols i l'oferiment de recursos per mantenir les seves capacitats i autonomia.

## Necessitats d'autorealització

Les necessitats d'autorealització van lligades a un envelliment actiu adequat, la **participació de la persona** és essencial per a la seva autorealització personal. Per tant, la gent gran viu amb més autonomia, satisfacció i qualitat de vida si porta a terme diferents accions, com activitats de tipus solidari, si realitza algun tipus de formació, pren part en alguna organització, centre o servei de la comunitat...

### Exemple de necessitat d'autorealització d'una persona gran

En l'exemple anterior, el senyor Francesc podria ser un membre de l'equip consultor de l'empresa familiar o altres del sector, com també podria realitzar algun tipus de formació que l'interessés i que abans no havia tingut temps de fer. Això el faria participar en la societat, mantenir un envelliment saludable i augmentar la seva autoestima.

## 2.3.2 Diversitat funcional i gent gran

L'envelliment de les persones amb diversitat funcional és un fet que s'ha de tenir en compte, sobretot pel tema de la resposta de la societat, necessitat de serveis i recursos específics i formació centrada en el treball a realitzar pels professionals.

La gent gran que presenta discapacitat adquirida durant la infància o des del naixement viu un envelliment diferent de la resta de persones grans. El procés d'envelliment es pot iniciar abans dels seixanta anys, i això suposa un seguit de recursos específics per a les noves necessitats. Aquest fet és força actual, ja que amb les millores mèdiques, una més bona alimentació i uns hàbits més saludables s'ha augmentat l'esperança de vida de les persones amb diversitat funcional.

### Ampans construirà un equipament d'acollida per a persones amb discapacitat en situació d'envelliment

Ampans treballa des de fa temps en l'estudi de nous models d'atenció que responguin a les necessitats específiques de les persones amb discapacitat que es fan grans, i donin resposta a les mateixes famílies que envelleixen juntament amb els seus fills i que volen mantenir la unitat familiar.

L'avantprojecte de La Parada presenta un equipament distribuït en tres espais: llars residència, benestar i salut i espai comunitari. **Disposarà de seixanta places de llars-residència** per a persones que requereixin suport, **cinquanta places de servei diürn** de teràpia ocupacional per a persones amb necessitat de suport, i **dotze habitatges** destinats a persones i famílies amb necessitats de suport puntual per a la seva autogestió i vida independent.

Diari de la discapacitat (2018). "Ampans construirà un equipament d'acollida per a persones amb discapacitat en situació d'envelliment".

### Relació entre la discapacitat intel·lectual i l'envelliment

Un dels trets que diferencien el col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (DID) respecte a la resta de la població és l'**envelliment precoç**. Aquest envelliment es detecta per un augment de malestars físics i/o problemes de salut propis de l'edat, dificultats en els desplaçaments, una disminució del rendiment general traduïda en un alentiment i augment de la fatiga, una agudització dels trets de personalitat i problemes de conducta, una disminució de la relació amb els companys, una major probabilitat de desenvolupar demències (de tipus Alzheimer en persones amb síndrome de Down,

inestabilitat emocional...). Aquests són alguns dels trets que caracteritzen l'etapa de la vellesa en les persones amb discapacitat intel·lectual.

Fundació Finestrelles (2019). "Discapacitat intel·lectual i envelliment"

### 2.3.3 Maltractament a la gent gran

En la Primera Conferència Nacional de Consens sobre l'Ancià Maltractat (Declaració d'Almeria, 1995) es defineix el maltractament a les persones grans com qualsevol acte o omissió sofert per una persona gran que vulneri la integritat física, psíquica, sexual, econòmica, el principi d'autonomia o un dret fonamental de l'individu, que sigui percebut per aquest o constatat objectivament amb independència de la intencionalitat i el medi on succeeixi.

En la Declaració de Toronto per a la Prevenció Global del Maltractament vers les Persones Grans (2002) es defineix el maltractament a la gent gran com l'acció única o repetida o la manca de la resposta apropiada que succeeixi dintre de qualsevol relació on hi hagi una expectativa de confiança i que ocasioni dany o angoixa a una persona gran.

"El maltractament a la gent gran no és un problema només del nostre país, sinó que és un problema a escala internacional. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) el defineix com una de les formes de violència més oculta, més silenciada i menys estudiada i per tant també la més desconeguda i la menys detectada i tractada.

L'envelliment de la població suposa un increment de la cronicitat, més complexitat, més fragilitat, i per tant més vulnerabilitat en les persones grans i alhora malalties més avançades, fent-los en molts casos més susceptibles de patir maltractaments a diferents nivells."

A. Villanueva (2019). "El maltractament a la gent gran: una realitat oculta". Revista APSalut. Volum 7. Número 1. Article 122.

El maltractament, generalment, es dona dintre de l'àmbit familiar i en institucions. Per tant, les persones que el cometen són les que han d'atendre i tenir cura de la persona gran.

#### Maltractament en xifres

A Catalunya hi ha al voltant d'1,4 milions de persones de més de seixanta-cinc anys segons xifres de l'Institut d'Estadística (Idescat). Un 1% segons la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (Fategc), o sigui, uns quinze mil avis, han patit o pateixen algun tipus de maltractament.

Segons l'enquesta de seguretat pública de Catalunya, els **abusos psicològics** sumen el 44% dels maltractaments, seguits de les **negligències** (29%), els **abusos patrimonials** (15%) i els **físics** (12%).

Font: Pérez, B. (2019). "Els catalans que pateixen maltractaments psicològics dels seus fills podran desheretar-los". Elperiodico.cat.

Els **factors de risc** d'aquestes persones són:

- Aïllament social.

- Situació econòmica i precària.
- Edatisme: actitud discriminatòria envers una persona a conseqüència de la seva edat.
- Dependència física, psíquica o mental.
- Desvinculació familiar.

Els **tipus de maltractament** a les persones grans són:

- Negligència
- Abandó
- Vulneració dels drets
- Maltractament físic,
- Maltractament psicològic o emocional
- Maltractament sexual
- Maltractament econòmic

### **Negligència**

La negligència és l'omissió de les atencions cap a la persona gran. No es compleixen les obligacions i deures, ni s'atenen les seves necessitats bàsiques, com d'alimentació, d'higiene, de seguretat... Alguns **elements d'avís** d'aquest tipus de maltractament són:

- Roba bruta
- Habitatge brut i/o amb males condicions
- Mala olor corporal
- Persona malnodrida
- Falta d'ulleres, de pròtesis auditives, dentals quan es fan necessàries
- Infeccions
- Persona deshidratada

"(...) atemptar contra la seva dignitat no canviant-los la roba bruta i impedir-los que prenguin les seves pròpies decisions en els assumptes de la vida quotidiana; negar-los premeditadament una bona assistència per exemple permetent que se'ls formi una úlcera; oferir-los una medicació excessiva o insuficient o retenir la medicació que necessiten..."

Catalunya Press (2016). *Un 12% de la gent gran podria estar patint algun tipus de maltractament.* [Catalunyapress.cat](http://Catalunyapress.cat)

## Abandó

Aquest tipus de maltractament consisteix a abandonar la persona gran a una institució, residència, hospital, a casa seva... Alguns **elements d'alerta** d'aquest tipus de maltractament són:

- Persona gran que no rep visites.
- Cap contacte familiar.
- Poca o nul·la informació de la persona.
- Ningú porta a terme les gestions dels tràmits ni les visites mèdiques de la persona gran.
- Persones que moren soles en el seu domicili sense que cap familiar n'informi.

“Dilluns passat, al barri del Cabanyal de València, la Policia va trobar el cos momificat d'una dona gran que feia quatre anys que havia mort a sa casa. María Amparo, que ara tindria setanta-vuit anys, va morir per causes naturals.

Va ser un veí de l'edifici del costat qui, mentre estenia la roba, va veure el cos de la víctima. Durant quatre anys, però, ningú se n'havia adonat. A més a més, cap conegut ni familiar la va trobar a faltar.”

I. Lafita (2018). “Soledat i abandonament: l'epidèmia invisible que afecta la gent gran fins a la mort.” Diarilaveu.com

## Vulneració dels drets

La vulneració dels drets és un tipus de maltractament que comporta no reconèixer els drets fonamentals d'una persona, o privar-la d'aquests drets, com poden ser: el dret a decidir, el respecte, la privacitat, la participació, la dignitat i la confidencialitat. Alguns **elements d'avís** d'aquest tipus de maltractament són:

- La persona no té respectada la seva llibertat ni intimitat.
- La seva correspondència és revisada i censurada.
- No es tenen en compte els seus desitjos ni les seves decisions.
- La persona pateix tractes discriminatoris.
- Pateix aïllament.
- Hi ha evidències que està patint assetjament immobiliari.

“Inclou la pèrdua del dret a la intimitat, a la privacitat o les pertinences. La negació del dret a decidir sobre aspectes de la vida privada com casar-se, divorciar-se, sobre visites o relacionar-se amb amics. També inclou, forçar l'ingrés de la persona a una residència o institució, a més de desallotjar-la del seu domicili (assetjament immobiliari).”

Fundació Viure i Conviure (2007). “Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans.”

## Maltractament físic

El maltractament físic són accions que causen un dany o lesió física de manera intencionada, ús de la força física que pot donar lloc a cops, cremades, sacsejades, ferides... Alguns **elements d'alerta** d'aquest tipus de maltractament són:

- Talls.
- Esgarrapades.
- Contusions.
- Caigudes reiterades.
- Fractures múltiples.
- Marques de subjecció.

“Si parlem de maltractament físic les conseqüències solen comportar lesions, **des de rascades i blaus menors fins a fractures òssies i lesions cranials que poden provocar discapacitats**. Per a les persones grans les conseqüències del maltractament poden ser especialment greus perquè els seus ossos poden ser més fràgils i la convalescència més llarga; fins i tot lesions relativament menors poden provocar danys greus i permanents, o la mort.”

Catalunya Press (2016). “Un 12% de la gent gran podria estar patint algun tipus de maltractament.” [Catalunyapress.cat](http://Catalunyapress.cat)

## Maltractament psicològic o emocional

El maltractament psicològic o emocional es basa, a través d'actes o paraules, en causar intencionadament por, angoixa, amenaces, insults, humiliació, ridiculització, infantilització, invalidació... Alguns **elements d'alerta** d'aquest tipus de maltractament són:

- Eludeix el contacte físic.
- Eludeix el contacte visual.
- Mostra inseguretat i por.
- Presenta angoixa.
- Mostra ansietat i depressió.
- Intent de suïcidi.
- Baixa autoestima.
- Canvi de caràcter.

“Entrar en un bar i que ningú t'atengui perquè hi ha altres clients *prioritaris*, anar al metge i que es dirigeixi al teu acompanyant i no pas a tu, que et cridin amb el genèric *avi* i no t'anomenin pel teu nom o que el teu cuidador no et parli en tot el dia.”

L. Bonilla (2015). “El maltractament més invisible.” [Ara.cat](http://Ara.cat)

## Maltractament sexual

El maltractament sexual és qualsevol comportament o contacte sexual sense consentiment o amb una persona que és incapaç de donar-lo. Pot haver-hi: assetjament, nu forçat, fotografies, violació... Alguns **elements d'alerta** d'aquest tipus de maltractament són:

- Lesions físiques que puguin advertir d'un abús sexual.
- Ferides en les àrees genitals o mamàries.
- Canvi en el comportament sexual de la persona.
- Rebuig del contacte físic.
- Infeccions genitals.
- Roba interior estripada o tacada.

"L'abús sexual i la violació de gent gran segueix sent un tabú. Es manté en gran manera sense ser reportat i no detectat i per tant invisible. Amb l'envelliment de les nostres societats, s'espera que aquest problema creixi dramàticament.

Els estereotips negatius, com el de que les persones grans no són éssers sexuals, la seva major dependència dels altres, la seva possible lleialtat dividida als membres del personal o els residents, són barreres úniques per informar, detectar i prevenir l'agressió sexual en llars d'avis. Tot i les greus conseqüències per a la salut, els esforços per prevenir i abordar l'abús continuen sent inadequats."

Noticias ONU (2019). "El abuso sexual de personas mayores debe ser expuesto y denunciado". News.un.org

## Maltractament econòmic

El maltractament econòmic implica l'ús no autoritzat, il·legal, de recursos o propietats d'una persona gran, com també robatoris, frau, control de les finances, falsificacions de signatures, xantatges, modificacions d'un testament de forma obligada, entre d'altres.

Alguns **elements d'alerta** d'aquest tipus de maltractament:

- Pèrdua de diners de forma sobtada.
- Desaparició de joies i altres objectes de valor.
- Despeses dubtoses.
- Demandes no justificades d'incapacitació.
- Canvi de nom de propietats. Pèrdua de patrimoni.
- Canvis en els testaments o en la transmissió de poders.
- Retirades de diners no justificables a les despeses de la persona gran.

- Canvi en el nivell de vida de la persona.

“Dins d'aquesta classificació de maltractament es descriuen diferents graus d'abús, que van des del segrest de la pensió de la persona gran amb la qual es conviu, encara que sigui en règim de periodicitat, amb l'argument que se li dona tot el que pugui necessitar, fins a aquells casos en què es persuadeix la persona, que es troba generalment sola, que vengui la seva casa, lliuri els diners i es mudi amb la família, per després enviar-lo a una residència o llar geriàtrica.”

P. Romero (2019). “Violencia económica contra el adulto mayor, un problema sin atención”. Ambitojuridico.com

Visualitzeu el vídeo “Prevenint el maltractament a la gent gran” en el següent enllaç: [tinyurl.com/u7q7p3s](https://tinyurl.com/u7q7p3s).

### 2.3.4 Àmbits del maltractament a la gent gran

El maltractament a les persones grans es pot donar en diversos espais i pot ser causat per diferents agents, com poden ser familiars, professionals, cuidadors o per normes, legislacions o estructures organitzatives de la nostra societat en d'altres. Hi ha diferents àmbits on pot aparèixer el maltractament a les persones grans: l'estructural, l'institucional i el familiar.

L'**àmbit estructural** és el maltractament que es dona en diferents estructures de la nostra societat, mitjançant normes econòmiques, socials, culturals i legals.

“Abasta una gran varietat de qüestions, com les pensions insuficients, els prejudicis i les discriminacions contra les persones grans, les conductes d'abús de poder, la manca de respecte, les dificultats per tenir accés als serveis de salut i els serveis socials, entre altres.”

Protocol marc i orientacions contra el maltractament a les persones grans. Generalitat de Catalunya.

L'**àmbit institucional** fa referència als maltractaments que es donen en les diferents institucions; com poden ser en centres residencials, centres de dia, casals, centres socio-sanitaris... Els causants d'aquest tipus de maltractament poden ser els mateixos professionals, familiars, persones que resideixen en el mateix lloc o amics.

“El 33% de les persones grans de tot el món que estan en residències han patit abusos en l'últim any, segons un informe elaborat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).”

En concret, els actes d'abús en les residències poden consistir a deixar la persona gran amb la roba bruta, donar-los menys dosi de medicació o privar-los-en, i agressions físiques i psicològiques. En aquest sentit, l'OMS ha alertat que un estudi realitzat durant tretze anys va demostrar que la gent gran que és agredida té el doble de risc de morir prematurament, en comparació amb els que no pateixen aquesta violència.

A més, en l'àmbit mundial, es preveu que el nombre de casos d'abús de gent gran augmenti en els països que tenen una taxa més alta d'envelliment poblacional.”

Europa Press (2018). “La OMS advierte que el 33% de los ancianos en residencias sufre maltrato”. Publico.es



Finalment, en l'**àmbit familiar** trobem el tipus de maltractament que es dona en l'espai domiciliari; pot ser provocat per persones de l'entorn proper, per familiars o per cuidadors.

“Els autors d'aquest tipus de maltractament són les persones que viuen en el mateix domicili que la persona gran o hi tenen una relació familiar o de confiança. Segons les dades existents, els maltractaments dins del mateix domicili els solen dur a terme sobretot els fills, més rarament els cònjuges o altres familiars. No obstant això, les persones maltractades també poden ser veïns o altres coneguts. Un dels factors que genera un risc més elevat de vulneració dels drets de la persona gran és el fet que aquesta persona es trobi en una situació de dependència. De fet, aquest factor és un dels que més incideixen en els maltractaments a les persones grans.”

Centre de dia La Magnòlia (2016). “Els maltractaments a les persones grans”.  
centredediabcn.org



### 3. Atenció a les persones grans

Cada cop hi ha més persones que viuen més anys, que aconsegueixen arribar a una edat avançada i, per tant, l'objectiu de la nostra societat s'ha de centrar a millorar les condicions i la qualitat de vida. El canvi en les estructures familiars, en l'augment de l'esperança de vida, en les relacions socials, en el concepte d'envelliment, en l'estudi de les necessitats de les persones, entre altres circumstàncies, porten a un nou enfocament, no tant assistencial a la persona sinó integral. Aquest nou model és l'**atenció integrada social i sanitària**.

Amb el nou enfocament es pretén que la persona no requereixi tants suports per fer les activitats de la vida diària (AVD), sigui més autònoma, participi més en tasques, en el seu temps lliure i en la societat, millori la seva salut física i mental, pugui prendre les decisions que li calguin..., tot plegat amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida.

#### 3.1 Model d'atenció centrat en la persona

“La situació de complexitat que suposa donar una atenció integral a les persones si la mirada la posem en comptes de posar-la en la persona només a fer xarxes professionals, generar protocols de derivació i crear taules multidisciplinàries. Aquest model ha resultat poc útil a l'hora de donar un abordatge integral a la persona. Hi ha un aspecte rellevant quan són els altres qui decideixen sobre mi sense estar-hi present, la infantilització de la persona, la desresponsabilització del seu projecte vital. Sobretot quan parlem de persones amb situacions de dificultat personal, on cal més que mai que s'apoderin per emprendre el camí de la recuperació física, emocional, mental...”

La Baula (2018). “El model d'atenció centrat en la persona: el model ACP”. Labaula.org

El nou model deixa enrere una manera d'actuar que consistia en crear projectes, serveis i recursos per després oferir-los a les persones. Aquest nou enfocament té l'**objectiu** que la mateixa persona sigui la que marqui la direcció a seguir, és a dir les actuacions i la metodologia. Segons les seves capacitats i interessos individuals es crearà el suport, ajuda i/o orientació més adients.

Per tant, s'ha passat d'un **tractament fragmentat** (cada atenció se centrava únicament en un aspecte, majoritàriament un problema de salut) a un **tractament integral** (atenció global de la persona). Això ha permès que la persona pugui prendre decisions, saber les actuacions que es faran i el perquè d'aquestes, cosa que ha fet millorar la qualitat de vida i ha tingut una repercussió de millora o manteniment de l'autonomia.

Un altre canvi important és l'enfocament dels **objectius individualitzats**. Fins ara es basaven en les necessitats, dèficits i dificultats de les persones. En aquest nou model això canvia, es parteix de les potencialitats de les persones, es basa en el que la persona pot fer o és capaç de fer, i també en mantenir al màxim possible

#### Atenció integral

Atenció que incorpora la promoció, la prevenció, la recuperació i la rehabilitació i que garanteix una gestió global de les necessitats de la persona en la dimensió física, psíquica, funcional, social i espiritual.

la seva autonomia i qualitat de vida. A la següent taula 3.1 es poden veure els canvis més importants que ha suposat el nou enfocament d'atenció centrada en la persona:

**TAULA 3.1.** Canvis en el nou enfocament d'atenció a la persona

Línies d'actuació	Enfocament del model antic (no centrat en la persona)	Enfocament del model actual centrat en la persona
Metodologia de treball	Més assistencial, basat en la realització d'accions cap a la persona usuària.	Enfocament més educatiu, basat a potenciar o mantenir l'autonomia de la persona.
Disseny i planificació dels serveis i programes	Treball de forma autònoma de cada servei o programa, basat a oferir el seu propi plantejament.	Treball coordinat entre serveis i programes que parteixen dels interessos i potencialitats de l'usuari.
Actuacions dels professionals	Treball dirigit a un aspecte social o sanitari, fragmentació en les tasques.	Treball col·laboratiu i cooperatiu, interdisciplinarietat. Formació en aquest nou model.
Participació de les persones implicades	Decisions donades des del mateix servei o programa. Metodologia que parteix del recurs ofert.	Coparticipació dels agents implicats, metodologia comuna.

En aquest nou enfocament **la base és la persona**, per tant, cal conèixer el seu entorn i la situació en què es troba. També s'ha de portar a terme una **avaluació contínua** de tot el seu procés, ja que la seva autonomia anirà variant pel mateix envelliment i característiques de la persona; en tot moment s'ha de mirar per la seva qualitat de vida. Té gran importància el decàleg de l'atenció centrada en la persona aplicat a l'atenció de la gent gran (Martínez, 2013).

#### Decàleg de l'atenció centrada en la persona aplicat a l'atenció de la gent

- 1. Totes les persones tenen dignitat.** Amb independència de l'edat, les malalties, l'estat cognitiu o el grau de discapacitat o de dependència, la gent gran és posseïdora de dignitat. Per tant, ha de ser tractada amb la mateixa consideració i el mateix respecte que les altres persones.
- 2. Cada persona és única.** Cap persona gran és igual. Cada persona té el seu propi projecte vital. Per tant, l'atenció personalitzada és imprescindible.
- 3. La biografia és la raó essencial de la singularitat.** La biografia és el que converteix cada persona gran en única. Per tant, es converteix en el referent bàsic del pla d'atenció.
- 4. Les persones tenen dret a controlar la seva pròpia vida.** La persona gran és considerada com un agent actiu i protagonista del seu procés d'atenció. Per tant, es respecta l'autonomia de les persones i es busquen oportunitats i suports perquè tinguin control sobre el seu entorn i la seva vida quotidiana.
- 5. Les persones amb afectació cognitiva greu també tenen dret a exercir la seva autonomia.** L'autonomia no s'entén com una capacitat única i fixa. Per tant, no es renuncia a treballar des de l'autonomia amb les persones greument afectades, i s'identifiquen oportunitats i suports que permetin el seu exercici. L'autonomia també s'entén com un dret que, quan la persona no és competent per prendre decisions i actuar, és exercit de manera indirecta a través dels altres, que prenen decisions tenint en compte els valors i les preferències de la persona que és representada.
- 6. Totes les persones tenen fortaleces i capacitats.** La gent gran, tot i tenir nivells alts de dependència, també té fortaleces i capacitats. Per tant, la mirada professional no solament es fixa en els dèficits i les limitacions, també busca una relació que reconegui les fortaleces i capacitats de cada persona, i el seu enfortiment.
- 7. L'ambient físic en el comportament i en el benestar subjectiu.** Especialment en les persones en situació de dependència, l'ambient físic té gran importància en el benestar subjectiu. Per tant, cal aconseguir entorns accessibles, confortables, segurs i significatius.

**8. L'activitat quotidiana té gran importància en el benestar i salut de les persones.**

Allò que és quotidià, el que succeeix en el dia a dia, les activitats que realitza la gent gran influeixen de forma determinant en el seu benestar físic i subjectiu. Per tant, es procura fer activitats plenes de sentit que a més de fer servir d'estímul i teràpia resultin agradables i facin sentir bé les persones.

**9. Les persones són interdependents.**

L'ésser humà es desenvolupa i viu en relació social; necessita els altres i, alhora, influeix en ells. Per tant, els altres –els professionals, la família, els amics o els voluntaris– són essencials en el desenvolupament del projecte vital de la gent gran, i tenen un paper clau en l'exercici de la seva autodeterminació i en l'assoliment del seu benestar.

**10. Les persones són multidimensionals i estan subjectes a canvis.**

En la gent gran, hi interactuen aspectes biològics, psicològics, socials i espirituals. Requereixen suports diversos i ajustats a les diferents situacions. Per tant, cal oferir atenció des d'intervencions integrals, coordinades i flexibles.

T. Martínez (2013). "Decàleg de l'atenció centrada en la persona aplicat a l'atenció de la gent gran". [sumaracciosocial.cat](http://sumaracciosocial.cat)

En el següent vídeo, Alba Oms, directora del centre de dia per a gent gran La Masia de Sant Salvador de Guardiola, explica el model d'atenció centrat en la persona i la importància de l'envelliment actiu, ofereix informació sobre el canvi d'enfocament i la seva repercussió en la gent gran i en la nostra societat:



<https://player.vimeo.com/video/399061359>



### 3.2 Recursos i serveis per a les persones grans

Hi ha diferents recursos i serveis dirigits específicament a la gent gran i a les seves famílies.

Els **recursos i serveis** per a les persones grans són:

- Serveis d'orientació i assessorament
- Centres residencials
- Habitatges tutelats
- Centres de dia
- Casals de gent gran
- Servei d'atenció domiciliària
- Servei de teleassistència

Alguns d'aquests recursos ajuden a fer que la persona pugui continuar vivint a la seva pròpia llar, altres són destinats a persones que per diferents motius ja no poden seguir vivint al seu domicili i uns altres promocionen l'envelliment actiu, tant a la persona que viu en un centre residencial com a la que viu a casa seva.

### 3.2.1 Serveis d'orientació i assessorament

Els serveis socials bàsics ofereixen orientació, informació i assessorament sobre el sistema públic de serveis socials, prestacions econòmiques i tecnològiques, treballen conjuntament amb altres professionals d'altres entitats.

Els professionals fan diagnòstics i valoracions, i a partir d'això es poden detectar situacions de risc i, per tant, prescriure prestacions i, en els casos necessaris, serveis socials especialitzats.

En el cas que es vulgui sol·licitar la valoració i el reconeixement de la dependència, el primer pas és acudir a serveis socials, des d'on s'inicia tot el procés.

Trobareu més informació al punt "Valoració i reconeixement de la dependència", dins de l'apartat "Autonomia personal i dependència" de la unitat 2 d'aquest mòdul.

### 3.2.2 Centres residencials

Són centres dirigits a persones de seixanta-cinc anys o més en situació de dependència. Segons les característiques individuals de cada persona s'ofereix un servei o una prestació econòmica diferent. Bàsicament n'hi ha de dos tipus:

- **Servei de residència assistida.** Les persones usuàries d'aquest servei no poden portar a terme les activitats de la vida diària per elles mateixes i, per causes familiars i d'atencions no poden continuar vivint a casa seva.

El recurs de residència assistida pot ser un servei per un temps o permanent, i ofereix atenció i supervisió a la persona. Aquests centres treballen a partir d'un enfocament integral basat en la individualitat, prioritant la millora i el manteniment de l'autonomia de la persona gran.

- **Servei de llar residència.** Les persones usuàries d'aquest servei disposen d'un grau d'autonomia que els permet fer les activitats de la vida diària, però necessiten suport, orientació i organització. La gent gran pot gaudir de la llar residència per un cert temps o de forma permanent.

A banda, trobem altres serveis d'atenció a la persona, com són els **centres sociosanitaris**, que són centres d'atenció especialitzada, sanitària i social destinats a persones grans, o també a persones d'altres edats que pateixin alguna malaltia crònica discapacitant, deteriorament cognitiu, malalties degeneratives o que requereixin rehabilitació funcional o tractament i cures de forma continuada.

Hi ha serveis que són d'atenció de dia o de llarga durada o mitja estada. Els professionals que hi treballen formen un equip interdisciplinari. Per exemple

hi presten els seus serveis infermers, treballadors socials i fisioterapeutes, entre d'altres.

### 3.2.3 Habitatges tutelats

L'habitatge tutelat és un servei d'allotjament alternatiu que ofereix un recurs per a persones grans que disposen d'autonomia per a les activitats de la vida diària, però per altres circumstàncies no poden continuar vivint a casa seva.

Les persones usuàries utilitzen espais comuns i tenen unes tasques i despeses compartides, disposen de servei de teleassistència i els habitatges són lliures de barreres arquitectòniques. Podríem dir que cadascú viu a casa seva, un apartament reduït però amb les estances bàsiques i tria si fa més vida en comunitat i quins serveis de suport utilitza.

### 3.2.4 Centres de dia

Els centres de dia van dirigits a persones a partir de seixanta-cinc anys que necessiten que els ajudin o assisteixin en les activitats de la vida diària. És un servei diürn que pot ser temporal o permanent. Aquest recurs és una ajuda a les atencions familiars, es treballa per l'autonomia de la persona i per tal que aquesta pugui seguir vivint en el seu entorn tan bé com sigui possible i, per tant, es porta a terme una atenció integral i individualitzada.

La franja horària d'atenció pot ser només de matí, de tarda o de tot el dia. Les persones hi poden fer diferents àpats, des d'esmorzar a dinar o berenar. També s'hi poden dutxar. S'hi ofereixen diferents activitats d'estimulació cognitiva, rehabilitació física, podologia, perruqueria... Hi ha centres que atenen de dilluns a diumenge.

#### **Beneficis dels centres de dia**

"(...) són unitats de convivència de poques places (de 16-30 persones), són una bona opció per no estar sols, per socialitzar-se. Alhora, els ofereixen la possibilitat de mantenir-se actius, ja que s'hi porten a terme activitats al matí i a la tarda, cada cop més dinàmiques, s'hi celebren totes les festes, s'organitzen activitats (moltes de caràcter intergeneracional) i es programen excursions, sovint amb altres entitats del barri o ciutat... La seva vida quotidiana transcorre en un entorn segur i sense barreres arquitectòniques i amb suport d'un equip de professionals. Als centres, també els ajuden en el manteniment de la higiene personal. I tot això es produeix sense que els usuaris hagin de renunciar a l'entorn familiar.

D'altra banda, els beneficis per a les famílies tenen a veure sobretot amb la disponibilitat de més temps per als cuidadors de les persones grans, que els permetrà atendre les seves obligacions laborals, parentals o de qualsevol altra índole."

Grup Mutuam (2016). "El paper dels centres de dia en el món de la dependència". Mutuam.cat

### 3.2.5 Casals de gent gran

Els casals de la gent gran són equipaments cívics que tenen com a objectiu facilitar la participació i la implicació de la gent gran a la societat, promouen l'envelliment actiu de la persona.

En aquests espais s'hi fan diferents activitats, com per exemple sortides, balls, festes, activitats de formació i culturals. En molts casals ja es treballen les noves tecnologies per a la gent gran i les relacions intergeneracionals.

### 3.2.6 Servei d'atenció domiciliària

El Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) és un conjunt de serveis que ofereixen una ajuda temporal o permanent a les persones que per diferents situacions, com manca d'autonomia personal, situacions familiars complicades, entre d'altres, no poden portar a terme les tasques de la vida quotidiana en la seva pròpia llar.

El seu **objectiu** és la millora de la qualitat de vida i mantenir el màxim temps possible la persona en el seu propi domicili. En aquest sentit, el servei d'ajuda a domicili ofereix:

- Ajuda a la cura personal: higiene, alimentació, canvis posturals, control de la medicació...
- Suport a les activitats de la llar: neteja, cura de la roba i manteniment i ordre de la llar.
- Suport social i familiar: orientació, informació i ajuda a la família i/o a les persones cuidadores.
- Ajuda en la relació amb l'entorn: veïnatge, relacions socials, activitats fora de la llar...

### 3.2.7 Servei de teleassistència

És un servei d'atenció domiciliària que funciona totes les hores i cada dia de l'any. Va dirigit principalment a persones grans que viuen soles o ho estan moltes hores del dia, amb dificultats per moure's o fragilitat, amb risc de caigudes o altres situacions que els poden causar algun perill per a la seva salut.

També és un servei que pot anar dirigit a usuaris amb altres edats que per diferents motius necessiten aquest recurs, com per exemple per limitacions en la mobilitat o per malalties cròniques. L'**objectiu** és que la persona pugui continuar vivint al seu domicili amb seguretat.



### En què consisteix el servei de teleassistència?

Consisteix en la instal·lació d'un aparell molt senzill a l'habitatge de l'usuari, connectat mitjançant la línia telefònica a una central receptora, amb la qual es pot comunicar en cas d'urgència simplement prement un botó. Des del centre d'atenció, uns professionals atenen la consulta i activen, si cal, el recurs més adient a la situació (localitzen els familiars o persones de contacte, desplaçar al domicili de la persona usuària una unitat mòbil o activar altres serveis d'urgència com el 061, els Bombers, la Guàrdia Urbana...).

A més d'actuar en casos d'urgència, el servei també actua de forma preventiva mantenint un contacte telefònic continuat amb la persona usuària.

Institut Municipal de Persones amb Discapacitats (2019). *Servei de teleassistència*. Ajuntament.barcelona.cat

### Exemple de persona usuària del servei de teleassistència

La barcelonina Vicenta Jaridó té setanta-quatre anys, viu sola i camina amb dues croses. Des que es lleva, no es treu la "medalleta" per res del món. Fins i tot es dutxa amb ella. Així és com molts dels usuaris de la teleassistència anomenen el petit botó que duen penjat al coll per avisar el servei quan passa alguna cosa.

"Et dona molta tranquil·litat. Saps que estàs acompanyada", relata la Vicenta sobre el servei de teleassistència, que té des de fa nou anys. Si no prem mai el botó, li truquen cada mes per saber com està.

J. Bes i C. Capdevila (2017). "El rol indispensable de l'atenció a domicili: saps que estàs acompanyada". Naciodigital.cat

## 3.3 Programes i projectes per a la gent gran

Hi ha un sèrie de programes i projectes adreçats tant a la gent gran com als seus cuidadors. Se centren en l'atenció, en la prevenció de la dependència i promouen el desenvolupament integral en l'entorn de la persona gran.

Per tant, han de partir de les necessitats i dels interessos de les persones grans i dels seus familiars i/o cuidadors; els destinataris d'aquests recursos han de ser agents actius i han de poder prendre les seves decisions.

Aquests són alguns dels **programes i projectes** per a la gent gran:

- Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imsero)
- Aules d'extensió universitària
- Programes de tallers de memòria
- Programa Viure i Conviure
- Programa Respir
- Projectes de teràpies assistides amb gossos per a la gent gran
- Projecte ECOI, espai de convivència intergeneracional

La gent gran és un **grup heterogeni**, s'ha de donar resposta a les necessitats reals que presenten. És important que els programes i projectes se centrin en aquestes necessitats actuals i existents, tant de la persona gran com de la societat que l'envolta. Els professionals han de treballar de manera interdisciplinària amb una metodologia dinàmica que faci partícip l'individu.

### 3.3.1 Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imserso)

L' Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imserso) és una entitat gestora de la Seguretat Social d'Espanya que porta a terme la gestió dels serveis complementaris de les prestacions del Sistema de la Seguretat Social, com són: les estades de persones grans en balnearis i el turisme social, i la gestió de plans, programes i serveis d'àmbit estatal per a gent gran i per a persones amb dependència.

#### Què és l'Imserso?

Per a més informació podeu consultar la pàgina web de l'Imserso: [www.imserso.es](http://www.imserso.es) i aquest vídeo explicatiu sobre l'entitat i les actuacions que realitza: [tinyurl.com/rnxhg29](https://tinyurl.com/rnxhg29).

### 3.3.2 Aules d'extensió universitària

Les aules d'extensió universitària són associacions que ofereixen una formació a la gent gran a través de cursos, seminaris i conferències i promouen l'envelliment actiu i la capacitat de la persona.

Les universitats disposen d'algunes aules d'extensió universitària i donen assessorament sobre els programes i els procediments de treball, com es pot veure en el següent vídeo: *Anar a la Universitat a partir de 55 anys*. (2015).

Vegeu el següent vídeo sobre persones grans que decideixen anar a la universitat:



<https://www.youtube.com/embed/SxZYdNP7Bkk?controls=1>

### 3.3.3 Programes de tallers de memòria

Els programes de tallers de memòria són projectes dirigits a gent gran i que tenen com a objectiu el manteniment dels factors que intervenen en la memòria, per tant, tenen un caràcter **preventiu**. També hi ha cursos destinats a professionals i a persones cuidadores per tal que aquestes puguin portar a terme un treball de manteniment de la memòria en la persona gran. En els següents vídeos, podeu observar alguns exemples. En aquest primer, més de 300 persones participen en un taller de memòria per a la gent gran (2019):



<https://www.youtube.com/embed/woBy8yGPvUI?controls=1>



I en aquest, trobareu una entrevista a l'associació de familiars de malalts d'Alzheimer del Baix Llobregat (2017):



<https://www.youtube.com/embed/3q7fUwXvB-0?controls=1>



### 3.3.4 Programa Viure i Conviure

Pel que fa a la problemàtica de la soledat de molta gent gran, s'ha portat a terme un treball basat en la convivència de **joves estudiants i persones grans** que presenten necessitat de companyia. Aquestes persones viuen juntes i comparteixen la vida quotidiana; això es porta a terme sense ànim de lucre i repercuteix positivament en la comunicació entre generacions, fet que en els darrers anys s'ha vist afectat pels canvis estructurals en les llars familiars, entre altres motius.

En el següent vídeo s'expliquen tres històries viscudes en el marc del programa Viure i Conviure:



<https://www.youtube.com/embed/ddODBoryGUg?controls=1>



### 3.3.5 Programa Respir

El programa Respir consta d'una **estada residencial de caràcter temporal** per a gent gran. Això permet a la persona disposar d'atenció a les seves necessitats bàsiques de la vida diària, atenció mèdica, rehabilitació, entre altres serveis i suports, i també ofereix a la família o persona cuidadora orientació, assessorament i suport psicològic. En el següent vídeo s'explica l'experiència de la Rosario, una persona gran que utilitza el programa Respir de la Diputació de Barcelona, situat a les Llars Mundet:



<https://www.youtube.com/embed/SV2mT0q9oDw?controls=1>

### 3.3.6 Projectes de teràpies assistides amb gossos per a la gent gran

En la teràpia amb animals es treballa el **vinde persona-animat** com un tractament per a la persona gran, amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida. Moltes d'aquestes persones tenen problemes de salut, de relacions socials, d'estima, d'afecte i de comunicació; aquest treball que es realitza en la teràpia aporta diferents beneficis que poden ajudar en aquests aspectes de la persona. Alguns dels **beneficis** són:

- Habilitats socials.
- Demència: estimulació cognitiva i sensorial.
- Tristesa: afavoriment de l'expressió de les emocions.
- Activitat motriu.
- Ansietat: disminuir la tensió muscular, reduir l'estrès.

El següent vídeo presenta una experiència de teràpia amb gossos a la residència Maria Gay:



<https://www.youtube.com/embed/0B-p2HLhXKo?controls=1>

### 3.3.7 Projecte ECOI, espai de convivència intergeneracional

El projecte ECOI, situat a la població de Sant Salvador de Guardiola, és un centre de dia de gent gran que comparteix espai amb la llar d'infants; s'enllaça a través d'un pati i un passadís. El projecte es basa en un espai on poden conviure persones de totes les edats, tant infants com gent gran poden circular lliurement per les diferents sales i racons, tots ells pensats per ser còmodes i agradables per respondre als interessos dels qui en fan ús. Les persones grans estableixen una relació amb els nens de l'escola bressol a partir del contacte i les activitats que es porten a terme, les quals són lliures per a tothom. Els professionals ofereixen els mitjans

necessaris perquè la persona pugui escollir lliurement la seva participació. Es fan **propostes obertes a gent gran i a infants**, entre d'altres:

- Tallers de cuina.
- Audicions musicals.
- Espai de retrobada.

En el següent vídeo, Alba Oms, directora del centre de dia per a gent gran La Masia, presenta el projecte ECOI. En aquest material es fa referència al funcionament del projecte, el seu enfocament i metodologia, als participants, a la participació de l'entorn i l'assoliment d'objectius:

#### Web de l'ECOI

Per a més informació, podeu consultar el web de l'ECOI: [www.ecoi-guardiola.cat](http://www.ecoi-guardiola.cat).



<https://player.vimeo.com/video/399061281>



### 3.4 Identificació de necessitats de la persona gran i les actuacions d'acord amb aquestes necessitats

Per tal d'aconseguir que la persona mantingui (o fins i tot millori) la seva autonomia i, per tant, la seva qualitat de vida, s'han de conèixer les seves necessitats; però també s'ha de saber actuar davant d'aquestes, potenciant totes les capacitats de l'individu. Actualment, la **personalització de cada situació** passa per davant de la mera assistència a tot el col·lectiu de gent gran; per tant, hem de conèixer cada persona i hem de valorar-la de forma integral, el seu entorn, la seva salut, les seves potencialitats, els seus interessos, la seva família...

En determinades ocasions, alguna situació de solitud, de maltractament, de problemes de salut pot passar desapercibuda per la falta d'una bona xarxa social i d'uns protocols de detecció adequats. Les persones grans molts cops no manifesten el que els està passant, per diferents motius, com ara pel poc contacte amb la gent, per vergonya, per desconeixement i pel fet que no saben a qui dirigir-se.

Cal saber **identificar** les necessitats de la persona gran i **actuar** en conseqüència en cas de:

- Situacions de maltractament
- Situació d'aïllament social
- Identificació dels problemes de salut

### 3.4.1 Identificació del maltractament envers la persona gran i actuacions

En algunes situacions es fa **difícil detectar** un cas de maltractament a la persona gran. Això pot ser degut a diferents fets, com per exemple: incapacitat de l'individu per comunicar-ho, per por o per falta de recursos i de xarxa adequada en la detecció.

És important establir unes **mesures de prevenció** del maltractament; cal sensibilitzar a la població sobre aquestes situacions i les seves conseqüències, com també treballar en contra de l'estigma a la gent gran. Per això també és important conèixer els **factors de risc** que poden portar a un maltractament de la persona gran, com poden ser: l'aïllament social, la dependència de la persona gran, la personalitat del causant del maltractament...

#### Detecció d'un cas de maltractament i actuacions posteriors

Quan un professional de qualsevol àmbit o servei sospita d'una possible situació de maltractament ha d'actuar per tal de confirmar o descartar aquest fet. La detecció també pot ser expressada per una denúncia de la mateixa víctima o d'un testimoni. Per tal de poder detectar una situació de maltractament els diferents àmbits d'atenció tenen un seguit d'instruments per identificar la situació. És molt important el registre i la unificació, per tal d'establir un marc comú de detecció. Alguns d'aquests instruments són: l'entrevista, les valoracions geriàtriques integrals i les escales estandarditzades.

El centre de **serveis socials bàsics i l'equip d'atenció primària de referència** es posen en contacte per treballar conjuntament i fer-ne **la valoració** pertinent. En cas d'una situació greu de salut s'actua de forma immediata. En el procés d'exploració s'observa l'estat físic i emocional de la persona, la seva autonomia, la seva situació econòmica...

Un cop s'ha confirmat el cas de maltractament i fet el diagnòstic de la situació es realitzarà un pla d'actuacions per al cas concret. El **pla de treball** es basa en protegir a la persona del maltractament. Aquestes accions parteixen de l'objectiu que la persona gran pugui seguir residint a casa seva, si és possible, oferint-li els recursos necessaris i adequats.

En aquestes actuacions cal un treball conjunt de tots els agents implicats, uns objectius comuns, una bona xarxa comunicativa i, sobretot, l'autonomia de la persona afectada o persones en la presa de decisions (en cas de gaudir de la capacitat suficient). També cal treballar en els factors que han portat al maltractament, com l'aïllament social, els pocs recursos existents, la falta de coneixement en cures i atenció de la persona cuidadora...

Un cop es porten a terme les actuacions es fa necessari **un seguiment** acurat i continu d'aquestes actuacions i de la situació de l'individu i de la seva família i/o cuidadors.

## El protocol marc i les orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans

El protocol marc i les orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans són una eina utilitzada en l'exercici professional i en l'àmbit institucional. Es fa servir en centres residencials, en serveis d'atenció domiciliària, en centres de dia, en l'atenció primària entre d'altres.

Aquest recurs permet fer un tractament interdisciplinari per fer front als casos de maltractament, però també per portar a terme actuacions de prevenció i mesures de protecció a la persona. En aquest document hi ha una explicació dels tipus de maltractaments i els seus indicadors. També es poden trobar els factors de risc, l'avaluació per al diagnòstic i el pla d'intervenció, els procediments i les actuacions a seguir. La normativa per als professionals sobre la comunicació dels casos detectats és present en aquesta eina.

### 3.4.2 Identificació de situació d'aïllament social de la persona gran i actuacions

Per **detectar** un cas d'aïllament social hi ha d'haver un treball conjunt de diferents professionals i serveis. Alguns casos passen desapercebuts o només s'observen quan s'ha donat alguna situació com un problema de salut, accident en el domicili o un incident en l'habitatge (situació de foc, de fuga de gas...), també es poden observar per vulnerabilitat econòmica, precarietat en l'habitatge o a través d'un testimoni.

Per tal de **prevenir** aquestes situacions d'aïllament social cal incidir en els factors de risc, com per exemple: canvis en les estructures familiars, situacions econòmiques, estigma social, manca de xarxa social adequada...

Per tal d'**actuar** en un cas d'aïllament social o prevenir-lo, els professionals han de tenir en compte les següents mesures:

- Oferir una bona xarxa social i de serveis.
- Promoure la participació de la comunitat en els casos o possibles casos d'aïllament social.
- Oferir suport psicològic a la persona en aïllament social.
- Implicar la família i el seu entorn en els casos possibles.
- Treballar per un envelliment actiu per a la persona, activant la seva participació en l'entorn i la comunitat.
- Promoure les habilitats socials i comunicatives de la persona gran i de la seva família.
- Donar suport a l'aspecte emocional de la persona.

#### Protocol contra el maltractament

En aquest enllaç podeu consultar el document "Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans": [tinyurl.com/uacgqvy](https://tinyurl.com/uacgqvy).

### 3.4.3 Identificació dels problemes de salut de la persona gran i actuacions

Per detectar canvis en la salut de la persona és important disposar d'una bona xarxa social i de serveis. Els problemes de salut física són més fàcils de detectar que els de salut mental. Molts cops els problemes de salut mental són causats per l'afectació emocional de les repercussions de l'envelliment en la vida quotidiana de les persones grans i el seu entorn, per tant, cal oferir informació sobre aquesta afectació i sensibilitzar tant la persona com el seu context i societat.

Els professionals que treballen directament amb aquestes persones han d'utilitzar registres i protocols per tal d'observar modificacions en el seu estat de salut. També s'ha de fer una valoració integral de la persona i s'ha de treballar de forma interdisciplinària amb altres professionals.

Hi ha diferents **instruments** per detectar situacions d'afectació de la salut, com poden ser les escales estandarditzades, les entrevistes, tant amb la família o persona cuidadora com amb la persona gran, i l'observació directa. Un cop es detecta el problema cal portar a terme les actuacions necessàries, si cal assistint al recurs o servei adequat.

#### Actuacions davant dels problemes de salut

Algunes **actuacions** que ha de portar a terme el professional d'atenció directa a la persona gran, quan es detecten determinats problemes de salut sense resoldre, són les següents:

- Oferir els serveis i recursos adequats segons la situació.
- Donar informació, orientacions i suport, tant a la família com a la persona gran.
- Millorar o mantenir l'autonomia de la persona potenciant les seves capacitats.
- Donar les ajudes necessàries en la salut de la persona i potenciar l'autocura (segons les possibilitats de cada cas).
- Sensibilitzar sobre els canvis i repercussions de l'envelliment en la salut i en la vida quotidiana.
- Treballar les emocions de la persona (expressió i coneixement d'aquestes).
- Potenciar un envelliment actiu tot implementant mesures de prevenció, hàbits saludables, com una alimentació adequada i una bona activitat física i mental.
- Activar les relacions socials per a una millor salut emocional i mental.
- Establir una bona comunicació i un bon suport psicològic.



### 3.5 El procés d'adaptació de la persona gran al servei d'atenció i als professionals que l'atenen

La gent gran ha d'afrontar un seguit de canvis en aquesta etapa de la vida. Un dels més importants és el que es produeix en la seva salut física i mental i, en conseqüència, en la seva capacitat d'autonomia per continuar vivint en el seu domicili.

Tota intervenció ha d'estar centrada en la millora o el manteniment de l'autonomia, per tal que la persona pugui seguir portant a terme la seva vida en les millors condicions possibles. L'últim recurs dels professionals i dels serveis és que la persona gran hagi de **deixar el seu domicili**; fet que, per salvaguardar la seva qualitat de vida, en algunes ocasions es fa necessari.

Abans de l'ingrés de la persona en un centre residencial es poden portar a terme altres mesures perquè la gent gran pugui seguir vivint a casa seva; ens referim a **suports i ajudes** com ara:

- Servei d'orientació i assessorament a familiars i a persones cuidadores.
- Centre de dia.
- Servei d'atenció domiciliària.
- Servei de teleassistència.
- Programa Respir.

#### Recursos per seguir vivint en el mateix domicili

La Carmeta és una dona de vuitanta-un anys que viu sola i presenta alguns problemes de mobilitat, però amb ajuda i suport pot realitzar les activitats de la vida diària. La Carmeta disposa del servei d'atenció domiciliària, del qual rep ajuda en algunes tasques i suport en les que ella encara pot anar realitzant. També té el servei de teleassistència per si algun dia té una caiguda i, cada dimarts i dijous, va al centre de dia, on té un espai de suport i socialització molt important que li facilita mantenir una vida més activa.

La persona gran ha d'adaptar-se a tots els canvis que se li presenten, però els **professionals** també, ja que el servei o recurs que s'ofereix s'ha d'adaptar a cada cas, a cada situació, s'ha de treballar de forma individualitzada.

Un professional ha de tenir en compte que la persona passa per diferents moments de la seva vida que requereixen una modificació, s'ha d'acompanyar en el seu procés d'adaptació i facilitar-li. Per tant, s'ha de tenir **respecte i cura de la seva intimitat, de la presa de decisions i la seva participació.**

En el moment que la persona gran ha de deixar el seu domicili, per diferents motius que no li permeten tenir una bona qualitat de vida, se l'ha de preparar per a un possible ingrés en un centre residencial.

### **Cas d'una persona que requereix un ingrés en un centre residencial**

El Francesc, un home de setanta-quatre anys que viu amb el seu fill, que per motius de feina està quasi tot el dia fora de casa, presenta problemes de memòria, cada cop més accentuats. Fa una setmana es va deixar l'aigua de la pica engegada i fa dos dies se li va cremar una paella que tenia als fogons. El senyor Francesc rep ajuda domiciliària, però quan està sol és fàcil que no recordi el que estava fent. També disposa del servei de teleassistència, però molts cops es treu la medalleta i algun cop ha sortit de casa i s'ha desorientat.

### **3.5.1 Procés d'adaptació de la persona gran a un centre residencial**

Tant per a la gent gran com per a la família, el fet que la persona hagi d'anar a viure en un centre residencial és una situació difícil, per tots els sentiments i emocions que remou. La persona gran possiblement ha viscut en el seu domicili molts anys i allà hi evoca molts records. Per aquest motiu, cal un procés d'adaptació per a tothom en aquest canvi: família, professionals i sobretot per a la mateixa persona.

En aquest sentit, es donen diferents **etapes en el procés d'adaptació** en un centre residencial; són les següents:

1. **El preingrés.** El contacte inicial del centre amb la família i la persona gran és molt important. Han de conèixer el lloc on viurà i els professionals que l'atendran i li donaran suport. Aquest primer contacte permetrà al centre saber més coses de l'usuari i de la seva família, això ajudarà a portar a terme aquest canvi d'una forma més adequada per les persones implicades, reduint l'angoixa i la inseguretat d'aquests moments, ja que deixar el domicili és un procés de dol al qual les persones han de fer front.

El preingrés és un moment adequat per resoldre dubtes i explicar com anirà tot el procés d'adaptació, que ha de ser personalitzat i s'ha de portar a terme de forma progressiva. En el nou enfocament d'atenció centrada en la persona aquesta participa i pren decisions en el seu ingrés i en l'estada al centre residencial.

2. **L'ingrés.** L'acompanyament de la família és molt important en aquests moments. El centre hauria de poder oferir la possibilitat que la persona pugui fer l'ingrés de forma progressiva. El professional de referència i direcció fa l'acolliment de la persona, l'acompanyament en les estances i les presentacions d'altres usuaris i professionals. És important conèixer el següent Protocol d'acollida i adaptació de cada centre que té per objectiu facilitar l'adaptació del nou resident al centre (vegeu quadre inferior).
3. **L'adaptació.** Es fa un seguiment en tot aquest procés d'adaptació que és diferent en cada usuari. La persona durant aquest període coneix més el centre, el seu funcionament i els companys i companyes. Els professionals observen les seves necessitats, creen un vincle de confiança i fan les valoracions pertinents, juntament amb la família i la persona gran. Es té en compte la seva participació en les activitats i la relació que manté amb

els altres usuaris, com la seva salut emocional i autonomia, entre altres aspectes.

4. **La integració.** La integració és quan la persona s'ha adaptat de forma satisfactòria al centre residencial. Per això és molt important el paper dels professionals i sobretot de la família, que s'ha d'implicar en tot el procés, participar en reunions, en visites, en la cura, en activitats...

Un cop la persona s'ha adaptat al centre, es continuaran portant a terme els **seguiments i les valoracions**, per si es produeixen canvis i cal modificar els suports, ajudes i els recursos.

#### **Protocol d'acollida i adaptació**

Descripció de l'actuació:

1. Fer un recorregut per la residència amb el nou resident perquè conegui el centre i la seva habitació.
2. Formalitzar la documentació d'ingrés (contracte, informe mèdic previ a l'ingrés...)
3. Explicar els mecanismes d'informació als residents i, si escau, de la participació, així com els costums de la residència.
4. Ajudar el resident a instal·lar-se a l'habitació amb les seves coses.
5. Presentar-li el personal del centre i els companys (en general i els de referència).
6. Facilitar l'adaptació del resident a la nova situació personal.
7. Seguiment i valoració del procés d'adaptació (durant tres mesos).

Font: [www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com)

#### **Factors que condicionen l'ingrés**

No tothom reacciona de la mateixa manera davant d'un ingrés en un centre residencial. Els motius d'anar a viure a una residència poden variar molt d'una persona gran a una altra. Per exemple, hi ha casos en què la persona està sola, té uns sentiments negatius envers aquesta situació i a més pateix una disminució de la seva capacitat per a fer les activitats de la vida diària; també hi ha casos en què la família no pot afrontar la situació i no pot mantenir en unes condicions adequades al seu familiar en el domicili.

Hi ha alguns autors que han indicat un seguit de factors que condicionen l'ingrés de la persona; són els següents:

- **Nivell de preparació per l'ingrés.** La persona ha de conèixer els motius del seu ingrés i ha de tenir una informació adequada del centre residencial, del seu funcionament i conèixer els professionals. En tot moment s'ha de sentir acompanyat en aquest procés de canvi. Això afavorirà una millor adaptació i una disminució de la inseguretat i neguit.

- **Ingrés voluntari.** L'ingrés voluntari afavoreix l'adaptació de la persona en el seu nou domicili; fa que aquesta s'adapti millor als canvis i de forma més ràpida i satisfactòria. En canvi, quan l'individu no vol fer aquest ingrés en un centre residencial, les resistències fan que es doni una adaptació més lenta o fins i tot mai acceptada i una angoixa en tot el procés.
- **El grau de canvi entre el domicili i el centre residencial.** La ubicació del centre residencial i el seu entorn condicionen el procés d'adaptació de la persona, com més llunyà del seu context habitual més dificultat té l'individu d'adaptar-se al canvi. Si la persona manté les amistats, els llocs coneguts, els familiars a prop se li farà més fàcil tot el procés i fins i tot hi viurà amb més qualitat emocional i per tant física i mental.
- **La salut de la persona i el grau de dependència.** La persona que gaudeix de més bona salut i de més autonomia té més facilitat en el procés d'adaptació en aquest nou domicili, ja que pot participar en més activitats, fer més sortides del centre i pot prendre decisions sobre temes personals i situacions que l'afecten.
- **Tipologia del centre residencial i el seu funcionament.** El tipus de centre residencial és molt important per a l'adaptació de la persona, ja que com més semblant sigui a la llar de millor manera viurà aquest procés de canvi. Els centres que ofereixen més serveis, més possibilitats de visites, millors horaris, una bona qualitat en els àpats, més activitats i siguin més oberts a la comunitat més afavoriran el procés d'adaptació de l'individu en aquest nou espai.

### 3.6 Actuacions del professional davant de diferents situacions de la persona gran i dels seus familiars

Per tal d'oferir ajuda, suport i orientació adequada a la persona gran i a la seva família, calen unes actuacions per part dels professionals que facilitin tot el procés. La gent gran ha de conviure en uns centres nous, però també ho ha de fer amb unes persones noves que abans no coneixien, però que ara seran presents en aquesta etapa de la vida.

En qualsevol cas, els professionals d'atenció a persones en situació de dependència han de mantenir unes **actituds i actuacions** davant de la persona gran i dels seus familiars i/o cuidadors; com per exemple:

- Preservar sempre la intimitat de la persona atesa.
- Identificar les necessitats de la persona i les de la seva família i actuar amb rigor durant tot el procés.
- Identificar situacions que facin perillar la integritat de la persona gran: solitud, maltractament, problemes de salut...

- Conèixer els recursos i serveis existents en l'entorn de la persona i en l'àmbit més general.
- Oferir el suport i l'ajuda necessària segons cada situació.
- Orientar la persona gran i els seus familiars i/o cuidadors.
- Donar la informació necessària segons requereixi cada cas.
- Respectar les decisions i els interessos de la persona gran i dels seus familiars i/o cuidadors.
- Oferir una qualitat de vida a la persona gran tot orientant cap a un envelliment actiu.
- Saber treballar en equip i oferir la informació adequada en cada moment.
- Utilitzar els protocols adequats en cada situació.
- Saber demanar ajuda quan sigui necessari.
- Mantenir el codi ètic de confidencialitat.



# Persones amb malaltia mental

Meritxell Torres Casas

**Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència.**





# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 La malaltia mental i les seves característiques</b>	<b>9</b>
1.1 Salut i malaltia mental	9
1.2 Principals símptomes i afectacions de la malaltia mental	10
1.2.1 Alteracions en l'àrea cognitiva	11
1.2.2 Alteracions en l'àrea emocional: alteracions de l'estat anímic	12
1.2.3 Alteracions en l'àrea conductual	13
1.2.4 Simptomatologia negativa	13
1.3 Aparició, causes i desenvolupament de les malalties mentals	14
1.4 La personalitat de l'individu i la malaltia mental	16
1.5 Classificació de les malalties mentals	19
1.6 Les malalties mentals greus	20
1.6.1 Esquizofrènia	21
1.6.2 Trastorn bipolar	24
1.6.3 Trastorn depressiu	25
1.6.4 Els trastorns d'ansietat	26
1.6.5 Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments	31
1.6.6 Demències	34
1.7 Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius	35
<b>2 Atenció a les persones amb malaltia mental: necessitats i recursos</b>	<b>39</b>
2.1 Necessitats de les persones amb malaltia mental	39
2.1.1 Necessitats en el funcionament quotidià	40
2.1.2 Necessitats en la participació social	41
2.1.3 L'estigma i l'autoestigma social: principals problemes de les persones amb malaltia mental	42
2.1.4 Els drets de les persones amb malaltia mental	44
2.2 L'atenció a les persones amb malaltia mental	45
2.2.1 De la intervenció medicoassistencial a la rehabilitació social	46
2.2.2 La prevenció de la malaltia mental	47
2.2.3 Circuit d'atenció a les persones amb malaltia mental	47
2.2.4 El suport familiar forma part de l'atenció a les persones amb malaltia mental	52
2.3 Recursos per a les persones amb malaltia mental	54
2.3.1 Recursos socio-sanitaris i socials adreçats a persones amb malaltia mental	54
2.3.2 Recursos sanitaris adreçats a persones amb malaltia mental	58



## Introducció

Aquesta unitat formativa, “Persones amb malaltia mental”, pretén que aprengueu a identificar què és la malaltia mental, quines característiques i quines necessitats poden tenir les persones amb malalties mentals, així com els serveis que els atenen, tant els recursos socio-sanitaris com els sanitaris.

En l'apartat “**La malaltia mental i les seves característiques**”, a partir d'integrar què és una malaltia mental, podreu conèixer quines són les malalties mentals severes amb les quals us podeu trobar en els centres de treball com a tècnics d'atenció a les persones en situació de dependència, per exemple l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, els trastorn depressiu, el trastorn d'ansietat o els trastorns de la conducta alimentària. Amb els casos pràctics que es proposen a les activitats podreu posar-vos a prova sobre la dificultat de fer un diagnòstic de la malaltia mental.

En l'apartat “**Atenció a les persones amb malaltia mental: necessitats i recursos**” podreu reflexionar sobre les necessitats que presenten les persones amb malaltia mental i els serveis i recursos que la nostra societat ha anat creant al llarg del temps, des dels serveis públics o des de la societat civil, per donar resposta a aquestes necessitats. S'ha considerat important referir-se a l'estigma i l'autoestigma en el qual les persones amb malaltia mental estan immerses, ja sigui per la dinàmica de la societat en què vivim, o per les característiques que presenta la malaltia mental.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat, un cop llegit el contingut, és convenient respondre els exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades. En cas de dubte, podeu preguntar al fòrum de l'assignatura, ja que així us podran ajudar els vostres companys o el professor.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Descriu les malalties generadores de dependència i en determina els efectes sobre les persones que pateixen malaltia mental.

- Caracteritza les malalties agudes, cròniques i terminals per la seva influència en l'autonomia personal de la persona amb malaltia mental.
- Identifica les principals característiques i necessitats psicològiques i socials dels pacients amb malalties mentals generadores de dependència.
- Defineix les principals característiques de les malalties mentals més freqüents.
- Descriu la influència de les malalties mentals en l'autonomia personal i social de les persones que les pateixen.
- Identifica les necessitats de suport assistencial i psicosocial de les persones amb malaltia mental en funció de la tipologia de la malaltia que pateixen.
- Descriu les principals pautes d'atenció a les necessitats psicològiques i socials de les persones amb malaltia mental.
- Descriu les necessitats d'orientació i suport als assistents cuidadors no professionals de la persona amb malaltia mental.
- Mostra sensibilitat sobre la influència de la malaltia en la conducta de la persona amb malaltia mental.



## 1. La malaltia mental i les seves característiques

Les malalties estan presents en la vida de les persones; ningú està lliure de patir-ne una. Una de les malalties que les persones poden contraure al llarg de la vida és la malaltia mental. Pot aparèixer en una o altra etapa de la vida i pot durar més o menys, i per tant convertir-se en **crònica o temporal**. Pot ser una malaltia **més o menys greu**, depenent de molts factors que la persona i els qui l'acompanyen en el seu recorregut de vida poden anar controlant.

Com a futurs tècnics en atenció a les persones en situació de dependència és necessari tenir informació sobre les malalties mentals que pot contraure una persona i quines són les seves característiques, amb l'objectiu principal de portar a terme l'atenció a les persones amb malalties mentals.

### 1.1 Salut i malaltia mental

Entendre la frontera entre salut i malaltia mental és complex. Una de les dificultats per a comprendre la malaltia mental són els **factors subjectius**, sobre com ho viu i ho expressa cada persona. Per això ens cal el suport de les institucions i els professionals que s'esforcen per entendre les malalties mentals. Són aquests professionals els qui ens donaran pautes tècniques per poder actuar en el món del malalt mental; fer-ho des dels serveis creats per assolir la qualitat de vida de les persones serà la millor manera d'actuar.

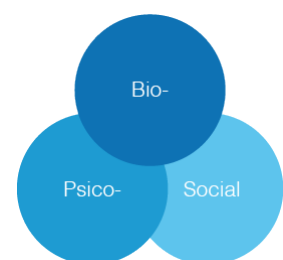
**L'Organització Mundial de la Salut (OMS)** defineix *salut* com l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència d'afeccions o malalties. Descriu la salut mental com la capacitat d'establir unes relacions harmonioses amb els altres, i la participació constructiva a les modificacions de l'ambient físic i social. En aquest sentit, la salut mental és la base per al benestar i funcionament efectiu d'un individu i d'una comunitat.

El 23,7% de la població catalana de més de divuit anys presentarà al llarg de la seva vida un trastorn mental, segons el Departament de Salut de la Generalitat ([obertament.org](http://obertament.org)).

Si ens situem en el **model biopsicosocial**, aquest ens parla dels diferents factors que intervenen en l'assoliment d'un equilibri personal. La persona ha de poder cobrir les mancances que li comporten les diferents necessitats biològiques, necessitats psicològiques i necessitats socials.

#### Exemple de model biopsicosocial

Una persona que se sent trista (esfera psicològica), no menja (esfera biològica) i no té ganes de sortir al carrer i relacionar-se amb altres (esfera social). Iniciem l'exemple per l'esfera que vulgueu i veureu com sempre les tres esferes es veuen influïdes per les altres. Proveu de mantenir la vostra atenció quan teniu una necessitat biològica (micció, set, tristesa...); no podreu!



L'equilibri personal es basa en un model biopsicosocial.

A partir d'aquesta definició podem entendre que les malalties mentals estan vinculades a moltes variables relacionades amb les tres esferes següents:

- Variables vinculades a l'**esfera biològica**: totes les necessitats que fan referència al cos com a element físic, que necessita aigua, menjar, aire...
- Variables vinculades a l'**esfera psicològica**: funcions psíquiques i emocionals del comportament humà, des de l'estimulació cognitiva per poder pensar i crear idees fins a les emocions que ens acompanyen cada dia.
- Variables vinculades a l'**esfera social**: xarxa social, família, amics i companys, lleure, feina.

Si una d'aquestes esferes no cobreix correctament les necessitats que representa, de ben segur que les altres es veuran repercutides i presentaran també mancances.

Si reprenem un cop més les aportacions de l'OMS, veurem que la salut mental té a veure amb:

- **Com ens sentim amb nosaltres mateixos.** Les nostres emocions ens aclaparen (culpa, ràbia, pors...)? Ens sentim bé respecte a les nostres habilitats?
- **Com ens sentim amb els altres.** Confiem en les altres persones? Ens sentim bé en companyia? Ens sentim part d'un grup?
- **De quina forma responem a les demandes de la vida.** Com ens enfrontem als problemes? Com encarem el futur?

No podem parlar d'una frontera que separi la persona mentalment sana de la que no ho està. Parlarem de graus de salut mental, ja que no existeix una sola característica que defineixi la persona amb malaltia mental, sinó que un conjunt de variables ens portaran a evidenciar la malaltia.

## 1.2 Principals símptomes i afectacions de la malaltia mental

### Simptomatologia

Entenem per *simptomatologia* el conjunt de símptomes que presenta una persona malalta. Els símptomes són els canvis que es perceben en el cos o en les conductes de la persona que es consideren indicadors de que està passant alguna cosa. Per exemple, un dels símptomes d'un refredat serà la febre i l'excés de mucositat.

Considerarem que una persona presenta una malaltia classificada com a malaltia mental quan presenta un determinada **simptomatologia**:

- Quan els símptomes provoquin un **comportament social desajustat** (deteriorament significatiu en les àrees bàsiques de la vida: familiars, laborals, afectives...).
- Quan els símptomes causin un **malestar subjectiu important**.
- Quan els símptomes siguin **persistents en el temps**.



Es considera **malaltia mental** qualsevol alteració de l'àrea conductual, de l'àrea cognitiva i de l'àrea emocional, que persisteix en el temps, que comporta una afectació en el funcionament dels processos psicològics bàsics que causa desajustament social i patiment a la persona.

Per tant, les malalties mentals són complexes i cursen amb un seguit d'alteracions relacionades amb un seguit d'àrees afectades:

- **Àrea cognitiva:** què pensem i com ho fem; inclou les alteracions del pensament, alteracions neurocognitives i alteracions de l'estat anímic.
- **Àrea emocional:** com ens afecten les nostres emocions, què sentim; comporta alteracions sensoperceptives.
- **Àrea conductual:** què i com fem les coses; comporta alteracions de la conducta.

#### Exemple de simptomatologia en una malalta mental

Quan van notar els pares de la Marta que a la seva filla li passava alguna cosa estranya?

La Marta va començar a canviar la seva conducta en general. Ella era una noia que no havia tingut mai gaires relacions socials però les poques que tenia les mantenia. En poc temps va perdre el contacte amb tothom, no volia sortir de casa, manifestava tenir por de la gent. Tancada a la seva habitació, plorava davant la insistència familiar d'accedir a activitats familiars; les seves justificacions per no sortir eren tan esbojarrades que, si no fos perquè ella plorava quan les explicava els haguessin fet riure. Els familiars de la Marta no recorda quant temps va durar però sí que pensen que van trigar massa a donar la importància que mereixien aquests canvis de conducta.

Així, en el cas de la Marta, podem veure com li afecta les diferents àrees: plorava, **àrea emocional**; no sortia al carrer i perdia amics, **àrea conductual**, i justificava la seva por amb idees esbojarrades, **àrea cognitiva**.

### 1.2.1 Alteracions en l'àrea cognitiva

Les alteracions en l'àrea cognitiva fan referència a com la persona realitza les funcions cognitives bàsiques: des del seu pensament (com la persona fa l'activitat de raonar i la imaginació), fins a la percepció, l'atenció i la memòria. En aquest sentit, distingirem entre alteracions del pensament, neurocognitives i sensoperceptives.

Quan parlem d'**alteracions del pensament** ens referim a que la persona presenta unes creences respecte a la vida i a la resta de persones que l'envolten que són falses. A més, aquestes idees són totalment il·lògiques –no passen per la raó– i no es poden modificar. Aquestes idees s'anomenen **idees delirants**.

Quan les idees que envaeixen el pensament de l'individu –**idees obsessives**– fan referència al mal que presumptament volen fer els altres a la seva persona,

s'anomenen **idees persecutòries**. Són idees que causen molt patiment en els pacients.

#### **Exemples d'alteracions del pensament: idees delirants i obsessives**

La persona que ens diu que és un espia secret i que té com a missió salvar la humanitat manifesta una idea delirant. Una persona que ens diu que la vigilen i que hi ha persones que controlen els seus moviments té una idea persecutòria. La persona que ens parla de la necessitat de rentar-se les mans vint vegades abans de col·locar els coberts, abans de seure a la taula, està manifestant una idea obsessiva.

D'altra banda, quan es parla d'**alteracions neurocognitives** ens referim a que la persona presenta alteracions en l'atenció, en la memòria, corresponent a alteracions en les funcions cognitives bàsiques.

Una persona que presenta malaltia mental pot presentar dificultats per concentrar-se en les seves activitats habituals: estudiar, escoltar activament la conversa dels seus amics. La persona pot presentar mancances en la memòria a curt i llarg termini.

Finalment, les **alteracions sensoperceptives** ocorren quan la persona malalta capta sensacions i percepcions inexistents, anomenades *al·lucinacions*. Poden afectar diversos sentits, però les més habituals són les auditives.

#### **Exemples d'al·lucinacions**

Són alteracions de la percepció les al·lucinacions visuals que manifesta una persona quan ens diu que veu àngels que venen del cel a la Terra. També parlem d'al·lucinacions auditives quan una persona sent veus sobrenaturals que li diuen què ha de fer. Finalment, ens referim a **al·lucinacions tàctils** quan una persona sent que algú l'agafa per l'esquena.

### **1.2.2 Alteracions en l'àrea emocional: alteracions de l'estat anímic**

L'àrea emocional fa referència a les emocions i sentiments de la persona. Així doncs, es considera en aquesta àrea com la persona s'enfronta a les emocions en el seu dia a dia, i la gestió dels sentiments que se'n deriven.

Les alteracions en l'estat anímic es donen quan la persona presenta un desequilibri emocional que acostuma a mostrar-se amb **alts i baixos en la motivació** i l'interès per les activitats de la seva vida.

Aquestes alteracions formen part de **l'àrea emocional**. La persona pot presentar des d'una situació de tristesa extrema, amb falta d'interès per la vida, fins a una sensació d'incapacitat per fer res i falta de motivació. Pot passar que una persona amb alteracions anímiques es tanqui a la seva habitació sense ganes de fer res, o només amb ganes de plorar.

### 1.2.3 Alteracions en l'àrea conductual

L'àrea conductual fa referència a les conductes que la persona fa per a ella mateixa i envers els altres, dins de la seva quotidianitat. El comportament habitual de la persona sol està condicionat per la societat en què viu; ja que la vida en comunitat marca les conductes acceptades pel grup.

Les **alteracions de la conducta** es presenten quan la persona perd el control sobre el seu comportament.

Aquesta pèrdua de control es manifesta en el desacord amb les pautes socials. D'alguna manera la persona passa per davant de tots els seus desitjos, deixant de banda les normes socials. Podem parlar de conductes extravagants o de conductes asocials.

#### Exemple d'alteració de la conducta

La Maria va començar a canviar la seva conducta en general. Va deixar de relacionar-se i no mantenia relacions socials, va perdre el contacte amb els altres, no volia participar en les activitats familiars.

Com es veu en aquest cas, no es tracta de fer coses que no havia fet abans, es tracta de deixar de fer les coses que feia. Aquest és el canvi que es percep com a alteració de la conducta.

Vegeu el vídeo sobre malaltia mental i trastorns específics, a la secció "Annexos" del web del mòdul.

### 1.2.4 Simptomatologia negativa

La simptomatologia negativa fa referència a les alteracions funcionals que fan que la persona malalta no pugui mantenir la seva vida quotidiana, ja que, principalment, es veuen afectades les seves **activitats de la vida diària**.

Més enllà de les alteracions per àrees, la persona malalta presenta unes alteracions funcionals que l'incapaciten per a la vida diària; com ara: passivitat, apatia, absència de les facultats considerades normals, com pensar amb claredat, tenir iniciatives, mantenir relacions socials, fer activitats plaents, expressar-se o mostrar afecte... S'acompanyen, generalment, de deixadesa en la imatge i la higiene personal. Aquestes alteracions funcionals són anomenades **síntomes negatius** en el malalt mental i són el principal motiu de dependència.

Cal que distingim entre:

- La **simptomatologia negativa** representa allò que el pacient perd en la seva vida, i té a veure amb la deixadesa personal, l'apatia, la pèrdua de mostres d'afectivitat, la passivitat, la manca d'interès...
- La **simptomatologia positiva** és allò que la persona guanya, encara que siguin alteracions en àrees funcionals. Se'n diu *positiva*, encara que

sovint inclou aspectes considerats negatius, perquè fa referència a aquelles “accions o conductes” que es fan de més, que s’incorporen de nou, per exemple:

- Alteracions del pensament: deliris.
- Alteracions de la conducta: com per exemple comportaments estranys.
- Alteracions de l’estat anímic: com per exemple tristesa extrema o alegria extrema.
- Alteracions sensorceptives: al·lucinacions auditives, tàctils, visuals...
- Alteracions neurocognitives: memòria, atenció, llenguatge...

#### Exemples de testimonis

Ara que ens hem endinsat en conèixer la malaltia mental, és interessant veure la col·lecció de testimonis “Veus com la teva”. Es tracta d’un seguit de vídeos creats per “Activa’t per la salut mental”, un projecte promogut per la Generalitat de Catalunya i la Federació Salut Mental Catalunya, conjuntament amb la Federació Veus (Entitats Catalanes de Salut Mental en 1a Persona). Els trobareu a l’enllaç següent: [bit.ly/36WsrqB](https://www.youtube.com/embed/TULOCqU1kBA?controls=1). I aquí teniu una mostra del primer, per si voleu subscriure-us al canal:



<https://www.youtube.com/embed/TULOCqU1kBA?controls=1>

### 1.3 Aparició, causes i desenvolupament de les malalties mentals

Una malaltia mental no està limitada per l’edat de qui la pateix. Les malalties mentals afecten nens, joves, adults i avis. Tothom és susceptible de desenvolupar una malaltia mental.

Una de cada quatre persones experimentarà un problema de salut mental en algun moment de la seva vida, segons l’Organització Mundial de la Salut.

Les malalties mentals poden aparèixer en **qualsevol fase de la vida** de la persona, tot i que en determinades edats es constata que la persona té més probabilitats de desenvolupar malalties mentals.

L’aparició de la malaltia i el seu reconeixement no són actes que es donin alhora en el temps. Les característiques de la malaltia mental fan que els malalts triguin temps en reconèixer la seva malaltia i els professionals en diagnosticar-la. Això comporta que la malaltia vagi avançant en la persona abans de ser definida i tractada com a tal.

Parlar de malaltia mental i no plantejar-se les causes és totalment impossible. Les **causes d’una malaltia mental** són múltiples i, en alguns casos, seran causes que no tindran resposta i quedaran com a causes desconegudes. Per aquesta raó és més

adequat parlar de factors que porten al desenvolupament de la malaltia. Factors com la predisposició genètica, l'ambient, les lesions cerebrals o el consum de determinades substàncies poden influir en l'aparició de les malalties.

Segons el tipus de malaltia mental, un factor pot influir més que un altre. D'altra banda, la malaltia segueix un procés que pot passar per diferents fases.

Les **fases del procés de malaltia** són:

1. Aparició dels símptomes
2. Acceptació de la malaltia
3. Contactar amb els professionals de la salut
4. Acceptació del tractament
5. Recuperació

Aquest procés es pot manifestar de manera diferent segons la persona. Per exemple, des de l'aparició dels símptomes de la malaltia (**fase 1**) fins a l'acceptació (**fase 2**), pot passar molt temps. Aquesta és una de les característiques que defineix moltes vegades l'actitud de la persona amb malaltia mental.

A més, hem d'afegir que, a vegades, el contacte amb els professionals de la salut (**fase 3**) triga molt a fer-se, perquè la persona no sap on anar i a qui adreçar-se. D'altra banda, un cop el professional de la salut pot donar un diagnòstic de la malaltia, el malalt ha d'acceptar el tractament (**fase 4**), i això comporta a vegades un temps d'acceptació que és de vital importància per al desenvolupament de la malaltia. Així doncs, entrar en el procés de recuperació de la malaltia (**fase 5**) és un camí a vegades llarg i feixuc.

#### **Exemple del procés d'una malaltia mental**

En Bernabé té actualment vint-i-quatre anys. És el fill petit de la senyora Emília, que té dos fills més: en Ricard, de trenta anys, i la Marta, de trenta-dos.

La Marta i en Ricard ja fa temps que no viuen a casa de la mare, tenen les seves pròpies famílies. En Bernabé no ha pogut marxar mai, primer, perquè no tenia feina estable, i ara per la malaltia, que li genera dependència.

Segons el que explica l'Emília, tot va començar quan en Bernabé es va apuntar a un grup de reflexió religiosa. Primer era ioga, i altres disciplines més "esotèriques" que ni ella mateixa sap anomenar. Després tot va anar derivant a unes conductes estranyes que l'Emília no sabia entendre però que en Bernabé semblava que necessitava. En Bernabé va canviar les seves conductes habituals, i el discurs parlat que utilitzava era molt complex i gairebé no se l'entenia (**Fase 1: aparició de símptomes**).

Davant d'aquesta situació l'Emília va proposar anar a veure un especialista però en Bernabé negava la necessitat d'anar a trobar cap metge. Deia que ell no estava malalt!

Un dia en Bernabé la va fer molt grossa: va deixar al carrer la seva mare durant tota la nit, van haver de venir els Mossos d'Esquadra!

El fet d'haver d'intervenir els mossos va repercutir en que els serveis sanitaris es vincuessin al cas i van recomanar que en Bernabé durant un període fos atès pels serveis sanitaris del

territori, especialistes en salut mental. Semblava que en Bernabé acceptava que alguna cosa li passava, però al cap de poc temps va deixar d'anar al servei sanitari que l'atenia perquè deia que ell no estava malalt. Va ser mesos més tard que ell mateix va dir a la seva mare que no podia continuar amb el malestar que l'envaïa (**Fase 2: acceptació de la malaltia**).

En Bernabé va anar amb la seva mare als serveis sanitaris per demanar ajuda (**Fase 3: contactar amb els professionals de la salut**).

Acceptar el tractament que els professionals li proposaven va ser un altre recorregut complex per a en Bernabé. Els professionals no sabien exactament quin diagnòstic donar al malestar d'en Bernabé i van haver de passar mesos i provar diferents tractaments farmacològics per poder treure l'angoixa que les alteracions de sensopercepció li feien patir. Acceptar els efectes secundaris del tractament no va ser fàcil: què podia perdre i què podia guanyar amb aquelles pastilles? Va ser un treball que va fer amb el professional durant molts dies i que finalment va tenir els seus fruits, perquè es va poder establir la malaltia (**Fase 4: acceptació del tractament**).

En Bernabé actualment està immers en la seva recuperació, seguint el seu tractament farmacològic i psicològic, i també fa rehabilitació psicosocial (**Fase 5: recuperació**).

Vegeu, a l'annex, testimonis de vida de persones que presenten malaltia mental. Es poden conèixer en primera persona les afectacions de les malalties mentals.

## 1.4 La personalitat de l'individu i la malaltia mental

És interessant veure la vinculació entre la personalitat d'un individu i la malaltia mental, perquè l'estudi de la personalitat pot avançar un diagnòstic de malaltia i, fins i tot, millorar-ne el pronòstic. Per això, a banda de les fases de la malaltia, cal aturar-se en l'estudi de la personalitat de l'individu, peça clau moltes vegades per entendre les causes i el desenvolupament de la malaltia mental.

Entenem per **personalitat** un patró profundament incorporat, de trets cognitius, afectius i conductuals manifestats, que persisteixen durant llargs períodes de temps i són relativament resistents a l'extinció. Dit d'una altra manera, la personalitat:

- És el comportament habitual de cada individu.
- Es desenvolupa al llarg de la vida, fet que permet treballar modificacions en els comportaments habituals dels individus quan aquests comportaments són erronis a les conductes integradores a la societat.
- Es genera de la interacció entre els elements heretats i l'ambient de l'individu (aprenentatge social i les experiències viscudes).

### Element heretat

Quantes vegades hem sentit a dir que ens assemblam al pare per la manera que tenim d'entomar els conflictes? En aquest cas, parlem d'un element heretat.

Les **àrees de la personalitat** que es poden veure afectades per la malaltia mental són tres: la conductual, la cognitiva i l'emocional. Aquesta interacció ha definit la distinció actual que es fa entre **caràcter i temperament**.

- **Temperament:** és la part heretada dels nostres pares i avis que ens defineix com a persones. S'entén com el material biològic des del qual emergeix la nostra personalitat.
- **Caràcter:** és la part de la personalitat que es va formant al llarg de la vida a través de les influències socials i culturals .

Donada la complexitat del concepte, moltes **teories** han intentat explicar aquesta herència i aquest aprenentatge que conforma la personalitat de l'individu; sempre amb l'objectiu de poder explicar per què presentem un patró de comportament concret. D'entre aquestes teories, destaquen:

- Teoria d'Hipòcrates (460-357 aC)
- Teoria psicoanalítica de Freud (1856-1939)
- Teoria humanista de Rogers (1902-1987)
- Teoria constructivista de Kelly (1905-1966)
- Teoria dels trets i els tipus d'Eysenck (1967)
- Teoria de l'aprenentatge social de Bandura (1977)
- Model dels 5 Grans de McCrae i Costa (1990)

#### **Orígens de la teoria: la personalitat a l'antiguitat**

La primera teoria que es va crear sobre la personalitat dels individus, originada per Hipòcrates, formulava la hipòtesi que les persones presentaven determinats comportaments habituals segons la quantitat de **fluids corporals** que hi havia al seu cos.

Així doncs, una persona que presentava un excés de bilis groga era una persona amb un comportament irascible. Per definir aquest comportament s'utilitza la paraula **colèric**.

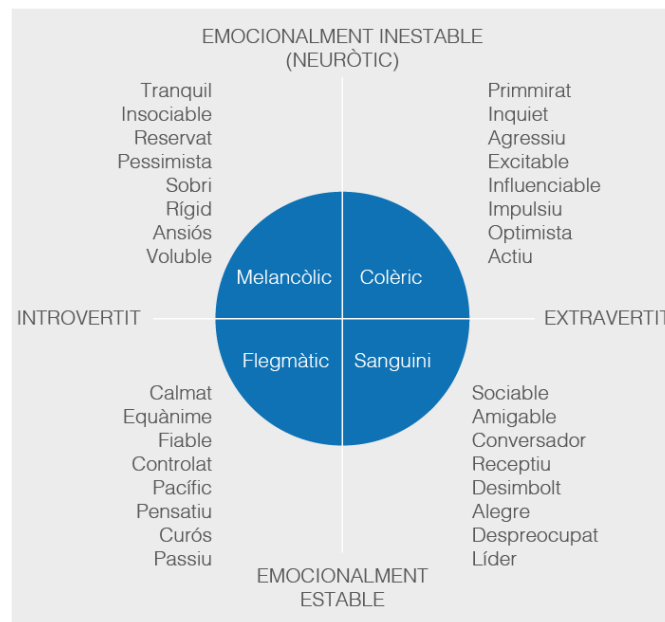
Un predomini de sang produïa una persona amb un comportament alegre i desenfadat. Es deia que la persona tenia una personalitat **sanguínia**.

Una persona amb un predomini de flegmes mostrava apatia i mandra, i es deia que era **flegmàtica**.

Un excés de bilis negra portava la persona a desenvolupar-se segons un comportament **melancòlic**.

A partir d'aquesta classificació de la personalitat se'n van anar creant moltes altres.

La teoria dels fluids, explicada per Hipòcrates, va ser la primera classificació dels tipus de personalitat. Encara es manté avui dia, i altres teories generen les seves idees a partir d'aquesta, com és el cas de la teoria dels trets i els tipus d'Eysenck (vegeu la figura 1.1).

**FIGURA 1.1.** Teoria dels trets i els tipus d'Eysenck

reddolac.org, 2019

La teoria dels trets i els tipus ens ajuda a entendre que les respostes habituals dels individus es converteixen en els trets de la seva personalitat, i confereixen un tipus de personalitat a cada individu.

**Definim la personalitat de l'individu a partir de les seves conductes.**

Una persona que habitualment es relaciona obertament amb els altres, es mostra amic dels seus amics i és optimista presenta unes conductes habituals que fan pensar en un tret de la seva personalitat sociable i en l'extraversió com a tipus de personalitat.

En un principi, els estudis de la personalitat havien donat valor a la personalitat per poder diagnosticar la persona; és a dir, el seu objectiu era **donar nom a les conductes** que feia.

Més endavant, es comença a considerar la personalitat com a **recurs del que disposa la persona** per fer front al seu medi social. D'aquesta manera, es van començar a preguntar si el tret de personalitat que té un individu li impedeix funcionar en el medi en què està immers, o bé si la persona, pel fet de tenir uns trets de personalitat (i no uns altres), podia respondre als canvis que la cultura li presentava.

**El tret de personalitat influeix en la nostra capacitat per afrontar la vida**

El fet de ser una persona amb un tret de personalitat rígid (segons la teoria presentada per Eysenck) que treballa en una fàbrica, podria explicar que li costés molt més adaptar-se als canvis del món laboral, com ara el canvi de màquines per a la millora de la producció laboral.

Actualment, es considera que conèixer els trets de la personalitat ha de permetre aconseguir canvis en les persones, però no ha de servir sols per diagnosticar les persones de manera determinista.



L'expressió **aconseguir canvis** no vol dir fer que la persona sigui una altra, sinó que fa referència a aconseguir que les seves conductes siguin socialitzadores; és a dir, conductes que permetin la seva plena integració en la societat, aconseguint reduir la dependència i millorant la seva qualitat de vida.

La identificació dels trets de personalitat en les **fases premòrbides**, o una vegada declarat el trastorn, pot portar a millorar el pronòstic de la malaltia mental.

#### **Fase premòrbida d'una malaltia**

És quan encara no es perceben els símptomes que la defineixen. La persona està experimentant la malaltia sense que la resta, potser ni ella mateixa, se n'adoni.

## **1.5 Classificació de les malalties mentals**

Des dels primers estudis de les malalties mentals, es va fer palesa la necessitat d'iniciar una classificació dels anomenats trastorns que podia patir la persona. Avui es classifiquen els trastorns mentals entre **greus i lleus**, i això equivaldria, en llenguatge tècnic, a la distinció entre psicosi i neurosi.

La **psicosi** és un terme psiquiàtric genèric que designa un estat mental en què el pensament i la percepció estan severament deteriorats, i això produeix una pèrdua de contacte amb la realitat. Inclou malalties mentals greus com l'esquizofrènia.

La **neurosi** és un trastorn lleu referit a qualsevol desequilibri mental que causi angoixa, però sense interferir en el pensament racional; hi ha moltes formes de neurosi, com per exemple la piromania o la depressió menor.

Actualment, amb el desenvolupament de les ciències de la salut, i en concret de la psicologia, hi ha **diferents classificacions** que ens permeten parlar de diverses malalties mentals. Aquestes classificacions es poden trobar en diferents manuals. Els més destacats són:

- **DSM** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- **CIE** (*Clasificación Internacional de Enfermedades*)

Les classificacions es van renovant, ja que han d'incloure els trastorns que la societat va generant en els seus individus. És evident que viure en un temps o un altre de la línia històrica de la societat comporta uns determinats problemes en matèria de salut mental.

El fet de poder consultar els manuals que presenten les classificacions de les malalties mentals ens deslliura de saber-nos totes les malalties mentals de memòria, a més de la simptomatologia que les caracteritza.

Així doncs, aquestes classificacions estan obertes a possibles nous trastorns que es van desenvolupant en les nostres societats. Així doncs, actualment hi ha la

---

L'elevat índex de pacients amb trastorns de la conducta alimentària no hagués estat possible en una societat de postguerra dels anys 50.

---

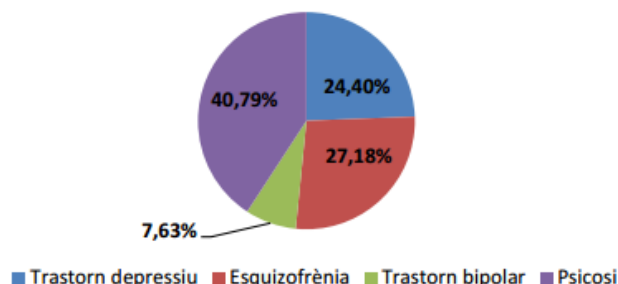
cinquena versió de la classificació DSM i la desena de la CIE. L'actual DSM-5 planteja una classificació en la qual apareixen aquests **grups de trastorns** (i que inclou malalties mentals greus i lleus):

1. Trastorns del neurodesenvolupament
2. Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics
3. Trastorn bipolar i trastorns relacionats
4. Trastorns depressius
5. Trastorns d'ansietat
6. Trastorn obsessivocompulsiu i trastorns relacionats
7. Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès
8. Trastorns dissociatius
9. Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats
10. Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments
11. Trastorns de l'excreció
12. Trastorns del son-vigília
13. Disfuncions sexuals
14. Disfòria de gènere
15. Trastorns disruptius, del control dels impulsos i de la conducta
16. Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius
17. Trastorns neurocognitius
18. Trastorns de la personalitat
19. Trastorns parafílics
20. Trastorns motors induïts per medicaments i altres efectes adversos dels fàrmacs

En aquesta unitat formativa ens ocuparem de les malalties mentals que generen més dependència. Si voleu informació sobre les altres malalties, podeu consultar els manuals indicats a la secció "Referències" del web del mòdul.

## 1.6 Les malalties mentals greus

Tal com es pot observar a la figura 1.2, dintre de les malalties mentals greus que s'estan atenent en els centres de salut mental de Catalunya (CSM), el 40,79% dels casos pertanyen al grup de les psicosis.

**FIGURA 1.2.** Malalties mentals greus més comunes*Distribució del nombre de visites per grups de diagnòstics seleccionats. CSMA, 2015*

Salut Mental Catalunya ©. salutmental.org, 2020

En psiquiatria, *psicosis* és un terme que designa un mena d'estat mental on està danyada la relació entre el pensament i la percepció de la realitat. Dins d'aquest trastorn mental greu, destaca l'**esquizofrènia**, el **trastorn bipolar** i el **trastorn depressiu**. A la taula 1.1 teniu un llista de les principals malalties mentals greus.

**TAULA 1.1.** Principals malalties mentals

Malaltia mental greu o severa	Subtipus
Malaltia mental greu o severa	
Esquizofrènia	Idees delirants, al·lucinacions, comportament/llenguatge desorganitzat, símptomes emocionals negatius
Trastorn bipolar	
Trastorn d'ansietat	Ansietat generalitzada, crisi d'angoixa / atac de pànic, trastorn obsessivocompulsiu, fòbies, estrès posttraumàtic
Trastorn depressiu	
Trastorn de la conducta alimentària	Anorèxia/Bulímia nerviosa
Demències	

### 1.6.1 Esquizofrènia

L'**esquizofrènia** és un trastorn psicòtic d'aparició aguda, caracteritzat per un deteriorament de la capacitat de pensar de manera lògica, diferenciar entre experiències reals i irreal, dominar les emocions pròpies i relacionar-se adequadament amb els altres.

Quan ens trobem amb una persona amb trastorn esquizofrènic hem de saber que es tracta d'una malaltia mental greu. En funció del moment en què es trobi, haurà passat, o estarà passant, per una fase de la malaltia en la qual haurà començat a **sentir, pensar i parlar de manera diferent** de com ho feia abans. En aquesta fase, el malalt haurà **perdut el contacte amb la realitat** i no presentarà consciència de la malaltia.

La simptomatologia de l'esquizofrènia ens permet exemplificar aquestes alteracions de la malaltia mental en idees delirants, al·lucinacions, comportament i llenguatge desorganitzat i símptomes emocionals negatius; vegem-ho detingudament:

#### Testimoni d'al·lucinacions auditives

“Vaig ser convocat a una reunió secreta on em van encomanar la missió de salvar la meua comunitat de veïns. Les ordres les rebia telefònicament cada cert temps”.

- **Idees delirants:** consisteix en l'alteració del pensament que es concreta en conviccions errònies, il·lògiques i extravagants; la persona considera aquestes idees com l'única realitat vàlida.
- **Al·lucinacions:** són alteracions sensorceptives, especialment auditives.
- **Comportament desorganitzat:** són alteracions en la conducta, com un estat d'agitació, incapacitat per organitzar-se i fins i tot per mantenir la higiene personal. El comportament que presenta la persona no és funcional, s'anomena comportament disfuncional, perquè no serveix per funcionar en el seu dia a dia. Tots gestionem la nostra vida a partir de conductes que, enllaçades, ens permeten avançar operativament en la nostra vida quotidiana. Les persones amb malaltia mental no gestionen els seus comportaments sota un criteri funcional.
- **Llenguatge desorganitzat:** suposa una alteració neurocognitiva que es caracteritza per utilitzar frases que no tenen sentit per als altres, pèrdua del fil de les converses, respostes que inclouen pensaments fora de tema, repetició insistent d'una idea. Seria el cas d'una persona que canvia les seves conductes habituals, i el discurs parlat que utilitza és molt complex i gairebé incompreensible.
- **Símptomes negatius:** pobresa afectiva, apatia, pèrdua de la voluntat i de l'interès, motivació i autoestima baixa.

#### Testimoni de comportament desorganitzat

“Haver de sortir cada nit quan es feia fosc a la bústia per recollir el correu que m'enviaven era farragós, però no hi havia una altra manera de no ser vist”.

Les persones que presenten **pobresa afectiva** no donen mostres d'afectivitat a les persones que els envolten. Els éssers estimats que conviuen amb ells no reben paraules maques ni accions no verbals afectives, com petons o abraçades.

Per altra banda, la persona amb **apatia** no es mostra activa en el seu dia a dia. És una persona que no fa accions per a ella ni per als altres. Aquesta apatia es vincula a una **pèrdua de voluntat i d'interès** per fer qualsevol tipus de coses.

Moltes vegades aquesta **manca de motivació** per actuar (sortir al carrer, relacionar-se, fer activitats que abans feia...) està lligada amb la baixa autoestima. Considerant que l'autoestima és la valoració que fa una persona sobre ella mateixa, entenem per **autoestima baixa** quan la persona fa una valoració negativa de la seva persona.

En el següent vídeo podeu sentir el testimoni d'una persona amb simptomatologia vinculada a l'esquizofrènia i identificar alguns d'aquests trets:



[https://www.youtube.com/embed/x\\_EYGjurvtI?controls=1](https://www.youtube.com/embed/x_EYGjurvtI?controls=1)

## Com s'origina i es desenvolupa l'esquizofrènia?

En l'origen de l'esquizofrènia podem trobar diversos factors, però la presència del factor genètic és fonamental en el seu desenvolupament; tal com s'explica en el següent vídeo:



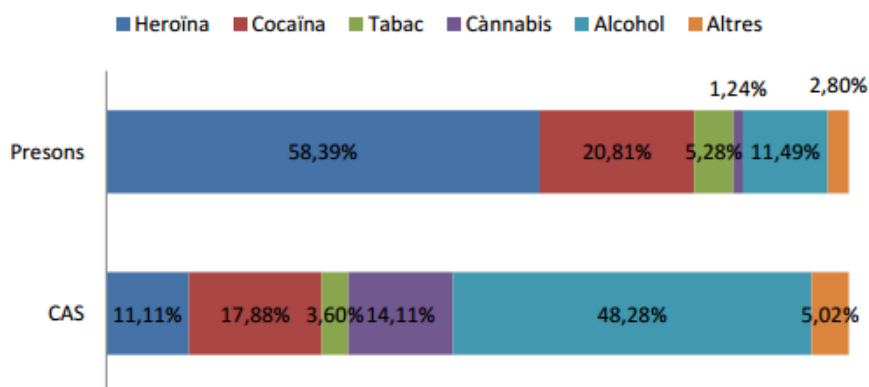
<https://www.youtube.com/embed/OJkVJA7MW-c?controls=1>



De la mateixa manera, aquesta malaltia mental també es pot presentar associada al consum de substàncies com la cocaïna, el cànnabis o l'alcohol. I moltes persones inicien el tractament de la malaltia mental per haver fet ús de substàncies tòxiques; tal com es pot observar en la figura 1.3.

FIGURA 1.3. Relació entre el consum de substàncies tòxiques i malaltia mental

### Substàncies que motiven l'inici de tractament. Centres penitenciaris i CAS, 2015



Salut Mental Catalunya ©. salutmental.org, 2020

La malaltia es pot desenvolupar des de l'adolescència fins entrada l'edat adulta. Es podria marcar un període comprès entre els setze i els quaranta anys. En la infància, aquest trastorn és de difícil diagnòstic, perquè els trastorns de conducta poden passar per davant i eclipsar l'esquizofrènia.

L'aparició de la malaltia es pot donar amb un **inici agut** en forma de crisi, tot i que a vegades es presenta progressivament de manera solapada, i això dificulta reconèixer-la quan comença. La persona malalta pot passar per **fases agudes** on es manifesta clarament la simptomatologia fins a **fases de remissió** dels símptomes, en què el malalt no pateix tant i està més tranquil.

S'ha de tenir en compte que la repetició d'aquests símptomes deixa uns estats residuals o seqüeles que evolucionen cap a la cronificació de la malaltia. És per això que és molt important anar-se avançant a les crisis, els anomenats *brots* de la malaltia.

Com que l'esquizofrènia és una malaltia mental greu i no presenta curació ara per ara, el tractament essencial és el farmacològic (antipsicòtics) i s'adreça als malalts

Trobareu les característiques del tractament en l'apartat "Atenció a les persones amb malaltia mental: necessitats i recursos", d'aquesta mateixa unitat.

amb esquizofrènia amb l'objectiu de remetre els símptomes i permetre viure d'una manera més o menys normalitzada, integrats a la societat.

D'altra banda, és interessant que el pacient pugui participar de tractaments terapèutics centrats en la seva persona, com poden ser la **psicoteràpia grupal i familiar**, que té com a objectiu reforçar les capacitats de la persona per enfrontar-se a l'estrès i adaptar-se als efectes de la malaltia.

## 1.6.2 Trastorn bipolar

El trastorn bipolar és un desordre de l'estat d'ànim caracteritzat per la presència cíclica d'episodis corresponents a la **fase de mania** (elevació de l'estat d'ànim, eufòria i irritabilitat) i a la **fase de depressió** (pèrdua d'interès, apatia, infravaloració...).

Aquests episodis de crisis recurrents es poden alternar amb períodes d'estat d'ànim normal; la simptomatologia és diferent en funció de la fase del trastorn bipolar en què es trobi.

### Testimoni d'una persona amb trastorn bipolar

Al senyor Miquel li agradava anar al cinema, quedar amb els amics per a fer excursions i tenia una família (dues nenes i una esposa), i eren feliços.

De sobte, el seu humor va canviar i les activitats que feia normalment les va deixar de fer. No tenia ganes de fer res, plorava la major part del dia, estava desesperat. En uns mesos això va canviar, no parava de fer coses, treballava a casa, a la feina, el cap de setmana, els festius... No parava en tot el dia i gairebé no dormia. Estava convençut que ho podia fer tot, i així ho deia a tothom.

Alguna cosa no anava bé, perquè en pocs mesos va tornar al punt de no veure res clar i no poder-se ni aixecar del llit.

El trastorn bipolar no té curació, es tracta d'encaminar el tractament a controlar la malaltia i els seus símptomes evitant les crisis. Es proposa a la persona amb malaltia mental un **tractament farmacològic** (antipsicòtics o antidepressius) que té com a objectiu estabilitzar l'estat d'ànim o regular la fase de crisis. Així mateix, es proposa al pacient un **tractament psicològic** o psicoeducatiu per aconseguir el màxim d'integració del pacient a la societat.

### Característiques de la fase de mania

Quan parlem de fase mania parlem d'alteracions en l'**àrea emocional**. La persona malalta es mostra amb una exaltació de l'estat d'ànim, que fa que els altres el percebem amb un humor expansiu, fins i tot amb un component d'irritabilitat.

En l'**àrea conductual** presenten un augment exagerat de les activitats (fan moltes coses a totes hores), amb un alt nivell d'hiperactivitat (presenten una disminució de les hores de son, no tenen necessitat de dormir). Aquest nivell exagerat en les activitats es dona fins i tot verbalment, poden presentar un alt nivell de verborrea.

Aquesta hiperactivitat pot comportar conseqüències negatives des d'un descontrol de les activitats sexuals, un augment desmesurat de les despeses econòmiques i fins i tot negocis absurds.

Pel que fa a l'**àrea cognitiva**, es presenta una hiperactivació de totes les funcions psíquiques (el seu pensament va a un ritme accelerat, molt ràpid i presenten idees magnànimes, la creença que poden amb tot).

Així doncs, el fet característic de la malaltia d'incrementar les despeses econòmiques aniria vinculat a la idea de grandiositat que té la persona, una persona que pot comprar-ho tot, perquè pot abastar tot el que vulgui; vinculat a l'estat d'ànim exultant.

### Característiques de la fase de depressió

Quan parlem de fase de depressió ens referim a una simptomatologia molt determinada, caracteritzada per tristesa i sensació de buit, sentiments d'inutilitat o culpa que no corresponen a la realitat, i falta d'interès o plaer. Tot plegat fa pensar en una **àrea emocional** alterada.

També destaca l'**àrea fisiològica** amb alteracions, des de la disminució o l'augment de la gana, l'insomni i hipersomni, passant per una agitació o alentiment psicomotriu, i una fatiga o falta d'energia. Pel que fa a l'**àrea cognitiva**, es presenta una disminució de la capacitat de pensar o concentrar-se. La persona malalta té un únic focus d'atenció: la seva malaltia.

En els episodis maníacs de la malaltia, hi ha un **deteriorament de l'activitat laboral i social**. Amb freqüència és necessari protegir el subjecte (i el seu medi familiar i laboral) de les conseqüències que poden derivar-se de l'empobriment de la capacitat de judici o de la hiperactivitat; cosa que sovint provoca la necessitat d'una hospitalització involuntària. Tanmateix, la persona malalta, a part de no tenir consciència de la malaltia, se sent millor que mai.

### 1.6.3 Trastorn depressiu

El **trastorn depressiu** es caracteritza per anomalies en l'àrea emocional per la presència d'una tristesa extrema, una pèrdua d'interès o plaer (anhedonia), sentiments de culpa, ansietat o manca d'autoestima, que afecten l'àrea fisiològica, amb alteracions de la son i de la gana, sensació de cansament, i es reflecteix en l'àrea cognitiva en la manca de concentració.

El perquè del desenvolupament d'un trastorn de l'estat anímic es troba en els factors personals, socials, cognitius, familiars i genètics; en aquest sentit, la

---

Recordem que encara que presentem la simptomatologia per àrees, cada símptoma pot referir-se a més d'una àrea a la vegada.

---



---

Una proposta per reflexionar sobre aquesta malaltia és veure la pel·lícula *Mr. Jones* (Mike Figgis, 1993).

---



---

El terme *anhedonia* fa referència a la falta d'impuls per fer activitats.

---

vinculació de la personalitat i la malaltia mental ens permet **entendre les causes** d'aquest trastorn. Els factors vinculats al desenvolupament de l'estat anímic són:

- Factors personals (trets de personalitat característics)
- Factors socials (baix nivell econòmic)
- Factors cognitius (distorsions cognitives)
- Factors familiars i genètics (context familiar amb aquest trastorn anímic)

Pel que fa als **factors personals** que es vinculen al desenvolupament del trastorn mental, podem dir que uns trets neuròtics de la personalitat presenten més incidència en el desenvolupament d'aquestes malalties.

#### Exemple de trets neuròtics i trastorn depressiu

La persona que té com a resposta habitual a la demanda d'interacció social el retraïment, és a dir la negativa a sortir i relacionar-se, pot presentar més probabilitat del desenvolupament d'aquest trastorn.

La persona que té com a resposta habitual al desordre una desesperació i una necessitat de mantenir l'ordre establert, pot presentar més probabilitat del desenvolupament d'aquest trastorn.

El baix nivell de recursos econòmics, i les circumstàncies laborals, l'estrès crònic, i l'exposició a adversitats al llarg de la vida són alguns dels **factors socials** que poden portar la persona a desenvolupar la malaltia mental.

#### Les distorsions cognitives

Entenem per distorsions cognitives quan la persona genera un pensament sobre els fets que no és el real. Direm que són interpretacions errònies que dificulten el seu benestar.

Pel que fa a **factors cognitius** que poden portar la persona a desenvolupar una malaltia mental depressiva trobem: els esquemes de pensament negatius, els pensaments automàtics, les distorsions cognitives i creences disfuncionals que tenen un paper fonamental en com la persona processa la informació.

Finalment, en relació amb els **factors familiars i genètics**, els estudis confirmen el risc de patir una malaltia mental d'aquestes característiques a partir de factors genètics i factors vinculats al temps compartit amb la família amb presència de persones amb malalties mentals depressives.

Per conèixer més dades sobre el trastorn depressiu es pot consultar l'annex: el trastorn depressiu

### 1.6.4 Els trastorns d'ansietat

Els principals trastorns d'ansietat tipificats segons la classificació de malalties mentals són:

- Ansietat generalitzada
- Crisi d'angoixa / Atac de pànic
- Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)
- Fòbies (agorafòbia, fòbia social, fòbies específiques...)



- Estrès posttraumàtic

Els **trastorns d'ansietat** es caracteritzen per l'element ansietat, que correspon a un sentiment de por, inseguretat, malestar davant situacions on no seria comú patir aquests sentiments.

Les persones que pateixen aquest tipus de trastorn no presenten pèrdua de la percepció de la realitat, però sí que es dona malestar i patiment, així com la dificultat per al funcionament quotidià.

## Ansietat generalitzada

El trastorn d'**ansietat generalitzada** és molt més que l'ansietat normal que una persona pot experimentar en el decurs del dia a dia; és un trastorn crònic i qui el pateix sent una preocupació i tensió exagerades, sense que hi hagi res que ho provoqui.

El fet de tenir aquest trastorn significa anticipar sempre un desastre, preocupant-se excessivament per qüestions de salut, diners, família o treball. A vegades, si més no, l'origen és difícil de definir. El sol fet de pensar a afrontar un nou dia provoca ansietat.

### Exemple de trastorn d'ansietat generalitzada

Sempre vaig pensar que simplement em preocupava per tot; en tot moment estava a punt de saltar i era incapaç de relaxar-me. De vegades, l'ansietat anava i venia, i en altres moments era constant. Podia durar fins i tot dies. Em preocupava per tot i per tots, des de les coses més minses, els fets més bàsics. No podia deixar escapar res en absolut.

Tenia problemes per seguir una lectura o una pel·lícula. Anar a dormir era un suplici i si em despertava a mitja nit ja no hi havia res a fer. Sovint sentia com el cor se m'accelerava, em sentia marejada. Sempre m'imaginava que les coses eren pitjors del que eren en realitat; una malaltia incurable, una intervenció quirúrgica insuperable.

Quan vaig arribar a un punt insostenible, vaig haver de faltar a la feina, i això em va fer sentir encara pitjor, perquè pensava que la perdria. La meua vida es va convertir en un turment fins que, finalment, vaig buscar ajuda i vaig aconseguir un tractament adient.

Com es pot veure en el testimoni anterior, les preocupacions estan acompanyades de **síntomes físics**: especialment fatiga, mal de cap, tensió i dolor muscular, dificultat en la deglució, tremolors, contraccions, irritabilitat, suor i acalorament. També es poden experimentar marejos, manca d'aire, nàusees o haver d'anar sovint al lavabo.

Hi ha persones que poden sentir **incapacitat per a relaxar-se** i espantar-se més fàcilment que altres. A més, tenen tendència a experimentar més **dificultat en la concentració** i, sovint, tenen problemes per **agafar o sostenir el son**.

Quan els problemes associats són menors, les persones poden funcionar amb normalitat tant en les seves relacions socials com a la feina. Si el problema és sever, pot arribar a ésser discapacitant i crear dificultats per dur a terme fins i tot les activitats quotidianes més comunes.

### Diferència entre l'ansietat generalitzada i els altres trastorns d'ansietat

Contràriament a les persones amb trastorns d'ansietat diversos, els afectats per l'ansietat generalitzada no eviten certes situacions com podrien ser:

- Passar-ho malament en públic (com en la fòbia social).
- Agafar una malaltia (com en el trastorn obsessivocompulsiu).
- Estar lluny de casa o dels éssers volguts (com en el trastorn d'ansietat per separació).

El trastorn d'ansietat generalitzada pot anar acompanyat d'un altre trastorn d'ansietat, depressió o abús de substàncies; que s'han de tractar junts.

El trastorn d'ansietat generalitzat afecta milions d'adults i el pateixen, en general, dues vegades més dones que homes. El trastorn es presenta gradualment i pot començar en qualsevol moment del cicle de la vida, si bé el risc és més alt entre la infantesa i la mitjana edat.

Es diagnostica quan alguna persona passa com a mínim sis mesos preocupant-se excessivament per problemes quotidians. Hi ha evidència de que el factor genètic té un paper modest en el trastorn.

### **Crisi d'angoixa / Atac de pànic**

Una crisi d'angoixa o un atac de pànic es defineixen per una aparició temporal i aïllada de por o malestar intensos en els quals s'observen, com a mínim, quatre dels **síntomes** que es relaten a continuació:

- Palpitacions, acceleracions del cor o augment de la freqüència cardíaca
- Sudoració
- Tremolors o rampells
- Falta d'alè o sensacions d'ofec
- Sensació d'ennuegar-se
- Opressió o malestar toràcic
- Nàusees o molèsties abdominals
- Inestabilitat, mareig o desmai
- Despersonalització (sensació d'estar "separat" d'un mateix) o desrealització (sensació d'irrealitat)
- Por de tornar-se boig o de perdre el control
- Por de morir
- Parestèsies (sensacions de formigueig o entumiment)
- Calfreds o acoloraments

L'inici és sobtat i, en poc temps (deu minuts o menys), la crisi arriba a la màxima intensitat. Sol anar acompanyada d'una sensació de perill imminent i d'impuls o necessitat d'escapar. La crisi d'angoixa es diferencia de la d'ansietat generalitzada per la naturalesa intermitent i la **gran intensitat**.

Inicialment, hi ha un estímul que la desencadena, que pot ser intern (pensament, sensació, imatge) o extern (situació). Amb aquest estímul hi ha una percepció d'amenaça o por que genera la hiperventilació. A la figura 1.4, podeu veure el **cicle** que s'esdevé durant la crisi d'angoixa.

**FIGURA 1.4.** Cicle de la crisi d'angoixa

Quan la respiració és ràpida, es produeix una entrada excessiva d'oxigen (i una eliminació excessiva de diòxid de carboni), que provoca uns **canvis químics** que es relacionen amb algunes sensacions corporals i mentals: sensació de mareig, alteracions visuals i sensació d'irrealitat, hipersensibilitat a la llum (fotofòbia), al soroll (hiperacúsia), taquicàrdies, batecs irregulars, tremolors, cansament, calfreds, pressió i dolor toràcic...

És molt important **respirar lentament** (just el contrari de la hiperventilació), fent inspiracions que durin entre 2-3 segons i les espiracions entre 3-4 segons. La respiració lenta redueix les sensacions corporals amb una certa rapidesa. També es pot respirar dins d'una bossa de paper o, si no se'n té cap, dins de les mans per reduir l'efecte de la hiperventilació.

### Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)

Si ens ajudem de la definició de malaltia mental, podem dir que el trastorn obsessivocompulsiu (TOC) és l'alteració del pensament i de la conducta que comporta malestar en la persona i no permet desenvolupar-se en la vida diària.

De fet, el trastorn és pròpiament una **idea que passa a ser executada**. Aquesta idea s'instaura en la ment de la persona malalta i no aconsegueix allunyar-la. Aquesta idea, pel fet de ser recurrent, fa que la persona actui en conseqüència tantes vegades com calgui, fins al punt de produir malestar i disfuncionalitat en la vida diària.

Els pensaments que caracteritzen aquest trastorn són **pensaments intrusius** que es repeteixen de forma constant i persistent, sense que la persona pugui exercir-hi cap control.

Per evitar-ho, la persona decideix passar a l'acció (la compulsió) i comença a fer certs rituals, amb la creença que així aquestes idees desapareixeran. En són exemple la neteja, l'acumulació d'objectes o l'obsessió amb algun aspecte físic.

---

La pel·lícula *Mejor imposible* (James L. Brooks, 1997) ens presenta, des de la teatralització, com un personatge que té TOC afronta la seva vida diària.

---

## Fòbies

La fòbia és un trastorn que consisteix en sentir por, una por intensa. En realitat és una por absurda i infundada que comporta en la persona malalta conductes d'evitació. Els principals tipus de fòbies són:

- **Agorafòbia.** És un trastorn caracteritzat per la por i evitació dels llocs públics i estar fora de casa. La por es presenta en llocs o situacions en què sigui difícil escapar o en què no es pugui disposar d'ajuda en cas de tenir un atac de pànic. La persona com a conseqüència evitarà les situacions temudes, o les suportarà amb gran ansietat i necessitat d'estar acompanyada.
- **Fòbia social.** Es caracteritza per una por intensa, persistent i excessiva en resposta a situacions socials en les quals la persona es veu exposada. La majoria de vegades es dona en situacions en què la persona es veu exposada a gent desconeguda. La persona té por de ser observada, d'actuar d'una manera humiliant. Quan la fòbia social és generalitzada a la majoria de relacions socials, la persona presenta greus dèficits pel que fa a les relacions socials, laborals i en les habilitats socials.
- **Fòbies específiques.** En aquest trastorn es presenta una por intensa davant de determinats objectes o situacions. Quan la persona es troba davant de l'estímul fòbic, aquest provoca respostes immediates d'ansietat.

L'ansietat presenta una intensitat relacionada amb la proximitat o amb la possibilitat d'escapar-se. En funció de l'estímul podem parlar de: fòbia animal, mediamabiental (tempestes), a la sang, situacional (un túnel, volar, ascensors, ponts...) o altres, com contagiar-se d'una malaltia.

Cal tenir en compte que el subjecte **reconeix** que la seva por és excessiva o irracional.

## Estrès posttraumàtic

La persona que pateix estrès posttraumàtic reviu en la seva ment, de forma recurrent, un fet que l'ha colpit emocionalment. La persona es defensa rebutjant totes aquelles situacions que puguin recordar-li el fet.

### Exemple d'estrès posttraumàtic, la síndrome d'Ulisses

Les experiències traumàtiques poden fer que els immigrants pateixin, recurrentment, pensaments dolorosos relacionats amb els fets viscuts. La culpa, la tristesa, l'ansietat són elements de l'estrès crònic múltiple. L'estrès posttraumàtic de l'immigrant ha donat lloc a definir l'anomenada síndrome d'Ulisses.

### 1.6.5 Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments

Les dues malalties que caracteritzen els trastorns alimentaris són l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa, cadascuna amb característiques diferenciades sobre simptomatologia i alteracions (físiques, cognitives, emocionals).

Els **factors de risc** relacionats amb els trastorns de la conducta alimentària, i que poden afectar a la població en general, són:

- Pressió cultural a la dona per ser prima.
- Desig per assolir una imatge idealitzada del cos perfecte per compensar la baixa autoestima i la por al rebuig.
- Estats emocionals negatius, com ansietat o depressió.
- Estrès interpersonal amb el desenvolupament de poques habilitats assertives i resolució de problemes.
- Hàbits alimentaris i control de pes pobres, potenciats per l'intent d'una dieta rígida irreal i dràsticament restrictiva.
- Pensaments desadaptats sobre nutrició, pes, aparença física.

#### Anorèxia nerviosa

L'**anorèxia** es presenta com un trastorn mental en el qual la persona rebutja mantenir el pes corporal en els valors mínims normals, degut a que té una por intensa de convertir-se en una persona obesa. A més, la persona presenta una alteració de la seva imatge corporal.

La **simptomatologia** associada a aquest trastorn és:

- Amenorrea: pèrdua de la menstruació durant tres cicles consecutius.
- Pèrdua de pes exagerat (es fa un seguiment de dietes molt restrictives) per exemple passar de 42 a 32 kg en poques setmanes.
- Es fa ús de conductes compensatòries (vòmits, laxants, diürètics).
- En la història familiar hi ha algun antecedent matern d'obesitat o història familiar amb persones amb anorèxia.

Entre les **alteracions físiques** de l'anorèxia nerviosa trobem:

- Alteracions gastrointestinals, com dilatació gàstrica, dolors abdominals, restrenyiment.

#### Conducta compensatòria

És l'estratègia que fa servir la persona per tal d'encobrir una acció que considera errada. En aquest cas la conducta errada, segons el malalt, seria haver menjat massa.

- Alteracions metabòliques, com hipoglucèmia (baix nivell de glucosa o sucre a la sang).
- Alteracions cardiovasculars, com hipotensió, arrítmies (pertorbació del ritme de la freqüència cardíaca), bradicàrdia (descens de la freqüència cardíaca normal).
- Alteracions hematològiques, com l'anèmia (falta de ferro a la sang).
- Alteracions dentals, com càries, descalcificació.
- Alteracions de temperatura, per exemple tenir fred en dies calorosos.
- Alteracions de la pell, com tenir la pell resseca o descamacions.
- Alteracions en la sensibilitat gustativa.
- Altres alteracions: com hiperazotèmia (augment de nitrogen a la sang), formació de càlculs renals (material sòlid al ronyó).

Pel que fa a les **alteracions emocionals** de l'anorèxia nerviosa, destaquen els sentiments de disfòria i depressió. La persona se sent trista amb més freqüència i perd interès per les coses que li agradaven.

Quant a les **alteracions cognitives**, trobem un pensament dicotòmic o la lògica irracional, simple i concreta, en la qual la informació que no entra dins de la seva lògica produeix estrès i rebuig.

Els **factors de risc** que es vinculen especialment a l'anorèxia nerviosa són:

- Baixa autoestima, sentiments d'inferioritat.
- Desig de perfeccionisme.
- Dificultats per prendre decisions i resoldre problemes (dèficit del funcionament autonòmic)

#### **Exemple d'anorèxia i alteració emocional per depressió**

Vaig començar a pensar que no queia bé a ningú, que era rara, i sempre plorava abans de sortir de casa. Pensava en l'hora del pati, en què em quedava tancada al lavabo de l'escola esperant que el rellotge deixés passar el temps. Jo estava tancada al lavabo i la resta reia i jugava al pati. La meua mare sempre m'animava i deia que m'esforcés, que podia passar-m'ho bé si aconseguia fer amics.

El meu cap va començar a pensar que jo no valia per a res. Les notes, que eren sempre de 8 i 9, eren per mi negatives. Vaig acabar amb una depressió que em va treure les ganes de menjar. Em veia grassa, no em preocupava no menjar, sinótot el contrari, ja estava bé no fer ni un mos i llençar el menjar. Vaig començar a aprimar-me i això em va fer sentir millor. El que digués la gent no m'importava, estava convençuda que feia el millor per a mi.

#### **Anorèxia i internet**

En aquest enllaç podeu veure el vídeo "Anorèxia i internet", que exemplifica la malaltia del trastorn alimentari, partint del testimoni de diferents adolescents, els seus familiars i professionals:  
[tinyurl.com/y8nd8pd6](http://tinyurl.com/y8nd8pd6)

## Bulímia nerviosa

La **bulímia** és un trastorn de la conducta alimentària en el qual la persona presenta una autoavaluació exagerada pel que fa a pes –silueta corporal–, i això li comporta episodis cíclics i recurrents de voracitat (afartar-se) seguits de conductes compensatòries inadequades com el vòmit autoinduït, l'abús de laxants i diürètics, el desdèjuni dràstic i/o l'exercici excessiu.

La **simptomatologia** associada a la bulímia es caracteritza perquè:

- Hi ha un cicle repetitiu d'atac de voracitat/conducta purgativa que té per objectiu el manteniment del pes corporal.
- Els pacients s'adonen del seu comportament desadaptat i tenen una preocupació extrema per la seva imatge corporal.
- No presenten problemes de pes que siguin un risc per la seva vida.
- Episodis cíclics d'afartar-se i després tenir conductes compensatòries, dues vegades per setmana en tres mesos.

Cal tenir en compte que s'ha de descartar sempre que no sigui un trastorn anorèxia i que estigui donant aquesta simptomatologia afegida.

Les **alteracions cognitives** relacionades amb la bulímia són aquelles que provoquen pensaments que no potencien l'adaptació de l'individu a la societat, pensaments d'inferioritat que no ajuden la persona a formar part del grup i dificulten la resolució de problemes.

La bulímia també comporta unes **alteracions emocionals** que afecten els sentiments i emocions de la persona malalta; com ara:

- Sentiment d'inferioritat, desmoralització, canvis sobtats de l'estat anímic, irritabilitat, baixa autoestima (pot ser un tret de personalitat de la persona bulímica), que produeixen dificultats per establir contactes i aïllament
- Males relacions familiars, que produeixen males relacions socials.
- La depressió sembla un trastorn secundari al problema alimentari i desapareixen tant la depressió com els sentiments de desmoralització i baixa autoestima quan el pacient obté de nou el control sobre l'alimentació.

Les **alteracions fisiològiques** vinculades a la bulímia són:

- Les fluctuacions del pes poden alterar la composició corporal i el ritme metabòlic.
- Dilatació gàstrica que ve donada pels vòmits reiterats.
- Erosió dental per ingerir aigua després de vomitar.

- Complicacions renals i deshidratació per la manca de consum de líquids.

#### Exemple de bulímia i el cicle voracitat - conducta compensatòria

M'averkonyia del meu cos i vaig decidir aprimar-me. Vaig decidir-ho fent trampes: vaig començar menjant menys, però tenia tanta gana!!! La gana em devorava per dins i cada cop que deixava de menjar tenia més ganes de menjar el que fos! L'ansietat em portava a devorar tot el que trobava. Això, creieu-me, porta conseqüències. La primera va ser que com que devorava tot el que trobava la meua família s'enfadava, em menjava menjar que era per als altres.

Agafava coses de la nevera i me les emportava a l'habitació, al lavabo; a l'hora que fos. Un cop havia menjat em mirava al mirall i m'agafa el remordiment, una sensació de malestar perquè m'inflaria. Com que cada vegada m'engreixava més vaig trobar la solució: vomitar. Menjar el que volia i després vomitar, la solució perfecta que vaig trobar en aquell moment de la meua vida. Més endavant hi vaig afegir anar al gimnàs i fer exercicis compulsivament després de menjar tot allò que sabia que no havia d'haver menjat.

### 1.6.6 Demències

Per saber-ne més sobre la demència, podeu consultar l'apartat "El procés d'envelliment", de la unitat "Persones grans", d'aquest mateix mòdul.

En la demència, el deteriorament s'inicia a l'àrea cognitiva, seguida de l'àrea motora i emocional. És impossible separar l'àrea física de les àrees psíquica i emocional, i en aquest cas la persona amb una demència conforme va reconeixent el seu deteriorament va generant manifestacions en l'àrea emocional, com ara tristesa, irritabilitat...

Les **demències** són un trastorn mental que tenen una base orgànica i que es manifesta en un deteriorament de les àrees cognitiva, motora i emocional de la persona.

La pèrdua de capacitats cognitives, com la memòria, l'atenció o el llenguatge, dificulta progressivament la capacitat del malalt de realitzar les activitats de la vida diària.

La causa més comuna de la demència és la **malaltia d'Alzheimer**. Segons la Fundació Pasqual Maragall, és una malaltia cerebral, no contagiosa, progressiva i irreversible que altera la personalitat i destrueix de forma gradual la memòria d'una persona, així com les habilitats per aprendre, raonar, fer judicis, comunicar-se i portar a terme les activitats quotidianes. Aquestes habilitats es perden com a conseqüència de la mort d'un tipus de cèl·lules del cervell, les neurones.

Tot i que la paraula *demència* ens porta a pensar en l'Alzheimer, aquesta no és l'única que existeix. Hi ha altres tipus de demències que, tenint com a denominador comú l'afectació i la degeneració cognitiva irreversible, cursen amb característiques diferents, segons la part afectada del cervell; alguns exemples són la malaltia de Pick, la demència de cossos de Lewy o la demència vascular.

#### Tipus de demències

- Alzheimer: es produeix la mort de cèl·lules del cervell anomenades neurones

#### Fundació Pasqual Maragall

Podeu ampliar la informació respecte d'aquesta malaltia, a la pàgina de la fundació: [fpmaragall.org](http://fpmaragall.org)



- Malaltia de Pick: en algunes zones del cervell les neurones acumulen cossos o cèl·lules Pick que alteren la proteïna Tau de les neurones afectades.
- Demència de cossos de Lewy: es generen dipòsits de proteïna, que s'anomenaran cossos de Lewy, en les cèl·lules nervioses de les zones cerebrals vinculades al moviment, memòria i pensament.
- Demència vascular: és deguda a un accident cerebrovascular per la interrupció del reg sanguini en qualsevol zona del cervell.

## 1.7 Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius

Aquests trastorns s'associen a alguna **addicció**, entesa com una dependència fisiològica i psicològica a una substància o a una pràctica, més enllà del control voluntari.

És interessant centrar-se en els **factors de risc** per poder treballar des de la prevenció d'aquesta dependència. A continuació s'exposen alguns factors de risc vinculats l'abús de substàncies:

- **Factors familiars**, com baixa disciplina, consum d'alcohol i drogues per part dels pares, conflictes familiars constants, actituds parentals favorables envers el consum de substàncies, baixes expectatives dels infants o joves pel que fa a l'èxit.
- **Factors comunitaris**, com la desorganització en l'entorn comunitari més proper, disponibilitat i accessibilitat a les drogues, pobresa econòmica i social, baixa percepció de risc del consum, normes socials favorables o permissives envers els consum.
- **Factor dels companys**, com sentir rebuig per part dels iguals, actitud favorable dels companys envers les drogues, companys consumidors, conductes delictives.
- **Factors escolars**, com rendiment acadèmic baix, conducta escolar conflictiva, baix vincle a l'escola o institut.
- **Factors individuals**, com factors genètics vinculats al consum dels pares, problemes de salut mental com estat anímic depressiu, entre d'altres, personalitat amb trets de neuroticisme.

Podem parlar de l'aparició de problemes psicològics i psicopatològics que augmenten la probabilitat d'ús d'aquestes substàncies tòxiques i pràctiques addictives, principalment en l'adolescència.

S'ha intentat descobrir una possible relació entre el consum habitual de substàncies i la personalitat dels individus que les fan servir, amb l'objectiu de predir la possible aparició posterior d'abús i dependència, així com millorar el tractament i la prevenció.

Una característica de la personalitat clàssicament associada a les investigacions en addiccions és la impulsivitat, que consisteix en la dificultat per demorar la recompensa i la necessitat de reforç immediat.

Considerar els factors de risc porta el professional a poder entendre el perquè de l'alt consum d'una substància o l'excés de realització d'una conducta. Reflexionar sobre els possibles factors que han empès l'individu a realitzar les conductes permet posicionar-se millor envers la persona malalta.

### El perquè de les addiccions

A vegades, des de "l'altra banda", aquella en la qual es col·loca el professional (la de l'equilibri mental) costen d'entendre les conductes dels individus. Qualsevol element de reflexió que el pacient aportí és molt preuat per al professional.

De la mateixa manera, com a professionals és important entendre les **fases de les malalties**; en aquest cas, les fases del trastorn addictiu. Un cop més, la capacitat (i la dificultat), per part del malalt, de reconèixer la seva malaltia, és cabdal per iniciar la recuperació.

#### Fases per les quals passa una persona amb un trastorn addictiu

1. **Precontemplació:** la persona no té intenció de canviar (cal parlar d'una avaluació de la conducta de contemplació de la malaltia cada sis mesos).
2. **Contemplació:** la persona té intenció de canviar a mitjà termini (en els propers sis mesos).
3. **Preparació per a l'acció:** la persona té la intenció de canviar en un termini curt (30 dies) i ha fet un intent d'abandonament del consum en el darrer any, i ha estat almenys un dia sense consumir en el darrer any.
4. **Acció:** la persona deixa de consumir, durant almenys 24 hores i menys de sis mesos.
5. **Manteniment:** la persona porta almenys sis mesos sense consumir la substància.

Així doncs, veiem que el camí de retorn de la dependència és llarg i feixuc, un camí en el qual la persona malalta necessita l'acompanyament dels seus familiars i propers. En aquestes fases és molt important l'acompanyament dels **grups d'ajuda mútua**.

En l'annex "El consum de substàncies", podeu trobar testimonis i accions terapèutiques a les addiccions.

Volem tancar aquest apartat destacant l'**addició a les pantalles**, un trastorn associat als canvis de la nostra societat del segle XXI. Ho entenem com la pràctica addictiva a un aparell relacionat amb les noves tecnologies que pot comportar una alteració en les pràctiques habituals de la persona així com en les relacions socials.

Tot i que podem pensar que la població més exposada a les noves tecnologies és l'adolescent, a mesura que les noves tecnologies han envaït les nostres vides qualsevol adult també hi està exposat; ja que és molt fàcil passar **de l'ús a l'abús**.

#### Addició a les pantalles

Des de la Diputació de Barcelona es presenta el programa de suport a les persones que puguin presentar addicció a les pantalles, amb la intenció de modificar els patrons d'ús problemàtic de les tecnologies digitals i restablir-ne un ús responsable: [bit.ly/2U3pFuo](http://bit.ly/2U3pFuo).

Un 25% dels espanyols entre 18 i 64 anys mostra símptomes d'estar enganxat a internet i un 26% reconeix que la seva vida personal depèn bastant del mòbil.

Per arribar a aquesta conclusió, l'OCU ha elaborat una enquesta a una mostra representativa de la població espanyola de 18 a 64 anys. En l'estudi hi van participar més de 1.900 persones que van contestar a diverses preguntes que han permès avaluar l'ús d'internet i dels mòbils i detectar pràctiques de risc.

Ocu-Salud, núm. 117 (2014), p. 32-36 Madrid, 2014

En general, quan parlem dels **factors de risc** de la persona amb addicció, podem parlar de persones més vulnerables a fer de l'ús un abús per diferents motius: déficit en el desenvolupament maduratiu de la personalitat, com la impulsivitat,

la intolerància a la frustració, la falta d'autocontrol, la dificultat per ajornar els desitjos, les dificultats de comunicació; inclús factors biològics que determinen la tendència a l'addicció.

Com en qualsevol procés de desintoxicació de la conducta addictiva, la persona malalta haurà de fer un tractament centrat en els seus hàbits i actituds pel que fa al control d'impulsos. És important que aprengui a detectar, analitzar, afrontar i gestionar els desitjos de realitzar l'acció. Participar en les teràpies de grup pot ser una eina molt adequada per a aquest tipus de trastorn.

Fent un cop més referència al consum de substàncies com a factor destacat en el desenvolupament de les malalties mentals, no podem deixar de mencionar l'anomenada **patologia dual**. Es dona quan, en una mateixa persona, coexisteixen la dependència a una o més substàncies, a més d'un trastorn de salut mental.

La patologia dual és més present en trastorns mentals severos (psicòtics), com l'esquizofrènia, així com en trastorns d'ansietat i d'afectivitat. En aquest casos, és més difícil poder plantejar un pronòstic positiu de la malaltia mental, ja que la simptomatologia bàsica del trastorn es veu emmascarada per l'abús de les substàncies.



## 2. Atenció a les persones amb malaltia mental: necessitats i recursos

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, el primer pas que hem de fer per atendre les persones amb malaltia mental és **detectar les seves necessitats** i les dels seus familiars, que sovint són els cuidadors no formals. Aquest primer pas és bàsic per tal de poder donar una atenció centrada en la persona.

També serà important **conèixer tots els recursos existents** als quals es pot accedir per donar una atenció holística en la qual necessàriament hi ha d'intervenir una àmplia diversitat de professionals per donar resposta a les necessitats que es presenten en les diferents àrees de la persona.

### 2.1 Necessitats de les persones amb malaltia mental

A partir de les característiques de les persones amb malaltia mental i considerant les seves àrees afectades podem definir les necessitats que presenten en dos grans blocs:

- **Necessitats pel que fa al funcionament quotidià:**
  - Necessitats en les AVD bàsiques
  - Necessitats en les AVD instrumentals
  - Necessitats en les AVD avançades
- **Necessitats en la participació social:**
  - Necessitat d'autocontrol
  - Necessitat de relacions socials
  - Necessitat de participar en la societat
  - Necessitat de regularitzar la seva assistència als serveis socials i sanitaris
  - Necessitat laboral

La classificació d'aquestes necessitats es basa en la importància que tenen en la vida diària de la persona amb malaltia mental, des de la seva higiene diària fins a les activitats com el maneig dels diners; aspectes, entre d'altres, que defineixen el seu funcionament quotidià.

D'altra banda, les característiques de les malalties mentals porten la persona a una manca de relacions socials que restringeixen la seva participació social. La

facilitat per accedir a recursos socials, fer-ne ús i sentir-se part de la societat a través d'ells desapareix quan la malaltia mental es fa present.

### 2.1.1 Necessitats en el funcionament quotidià

El funcionament quotidià es basa en les activitats de la vida diària, com la higiene, el seguiment d'uns horaris establerts, l'autocura d'un mateix, la distribució de l'economia, la presa de decisions respecte a la vida pròpia, entre altres activitats fonamentals per al dia a dia de la persona.

Les persones amb malaltia mental presenten dificultats per mantenir una higiene, seguir uns horaris, manejar adequadament els diners, en la presa de decisions simples i complexes, entre d'altres activitats fonamentals per al dia a dia, i això fa que es trobin en una situació de dependència envers els altres en tots aquests aspectes de la seva vida quotidiana.

Les persones amb malaltia mental presenten **limitacions pel que fa al seu funcionament en la vida quotidiana**. Això es tradueix en deficiències en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), o activitats avançades de la vida diària.

Vegeu simptomatologia negativa, explicada en l'apartat "Principals símptomes i afectacions de la malaltia mental" dins la unitat "Característiques de les persones amb malaltia mental".

Alguns dels símptomes negatius que es poden donar en les malalties mentals són, per exemple, una apatia i un desinterès general que fa que les seves activitats de la vida diària es vegin afectades.

L'afectació en l'àrea emocional representarà un afegit a aquesta apatia de la simptomatologia negativa, i això comportarà un dèficit en les seves accions. Les persones amb malaltia mental presenten un desinterès per les activitats tant quotidianes com extraordinàries de la seva vida. Aquesta desmotivació per avançar en la vida diària és fruit d'un estat emocional alterat que comporta des de baixa autoestima fins a tristesa.

#### Les afectacions per àrees i les activitats de la vida diària(AVD)

La senyora gran que presenta un trastorn depressiu no tindrà disponibilitat per llevar-se del llit i sortir de casa a fer la compra; això, anomenat apatia, dificultarà el desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària, per exemple, no es voldrà dutxar, ni rentar. Així mateix, el fet de no voler sortir al carrer afecta les activitats instrumentals de la vida diària, com anar a comprar. Segur que també es veuran afectades les activitats de la vida diària avançades, perquè aquesta senyora no participarà en sortides culturals i de lleure en el seu entorn.

En l'exemple anterior es pot veure com aquestes mancances en el funcionament quotidià van conformant la persona amb malaltia mental en una persona dependent.

Per veure les característiques que defineixen una persona amb dependència, podeu consultar l'apartat "Autonomia personal i dependència", dins de la unitat dos d'aquest mateix mòdul.

## 2.1.2 Necessitats en la participació social

Les persones vivim en societat i, com a éssers socials, s'espera de nosaltres que ens relacionem. És per això que les nostres ciutats i els nostres pobles estan organitzats a partir de serveis que les persones utilitzen i alhora gestionen; és el que es coneix com la **participació social**.

De les persones en societat, s'espera que hi diguin la seva, que interaccionin amb altres persones i que aquestes interaccions siguin realitzades amb control personal; tal com defineixen les normes socials de la cultura a la qual pertany l'individu. Doncs bé, les persones amb malaltia mental tenen dificultats per dur a terme aquestes interaccions socials, i per això parlem de deficiències en la participació social.

Les persones amb malaltia mental presenten greus mancances pel que fa a la participació en la societat. La seva manca d'autocontrol, vinculat a les deficiències en l'àrea conductual i emocional, i les **dificultats per establir relacions interpersonals**, caracteritzen les necessitats dels malalts mentals.

Les deficiències en les habilitats socials són un dels greus problemes que es troben les persones amb malaltia mental. La **pèrdua d'habilitats socials bàsiques** per part de moltes persones amb malaltia mental genera en la població uns prejudicis envers el col·lectiu, que deriven en l'**estigmatització**.

### Les habilitats socials de la persona amb malaltia mental

Imagineu-vos una persona amb malaltia mental que no saluda mai quan entra al forn de pa, agafa el pa, posa la moneda sobre el taulell i marxa.

El fet de que un dia darrere de l'altre el malalt mental faci aquesta alteració conductual comporta que la població general accentuï d'aquesta persona el comportament asocial que demostra.

Per aconseguir entendre la conducta que fa el malalt mental se n'ha de fer una lectura valorant l'esforç del malalt mental per superar la seva pèrdua d'habilitats socials, i incrementant l'interès social per canviar la mirada envers el malalt.

Les persones amb malaltia mental poden trigar anys a tenir un diagnòstic encertat de la malaltia mental. Si pensem que per fer un diagnòstic es necessiten mesos de presentació dels símptomes, és evident que passaran anys abans no es pugui encertar en el diagnòstic, i encara més en aconseguir el tractament que farà desaparèixer els símptomes incapacitants de la malaltia.

Això ens porta a pensar que les necessitats que presenten les persones amb malaltia mental es manifesten durant molts anys de la seva vida, i deixen les conseqüents seqüeles.

Aquests llargs períodes per diagnosticar la malaltia i trobar el tractament adequat comporten més seqüeles que porten a un abandonament de la vida laboral. A causa d'aquest abandonament, la persona malalta trobarà dificultats per reinserir-se laboralment.

### Evitar el desinterès

El diagnòstic ha de permetre encarar directament el tractament farmacològic i terapèutic de la persona amb malaltia mental, però una llarga espera del diagnòstic fa que les persones amb malaltia mental es cansin i generin un desinterès per acudir a serveis socials o sanitaris.

### El temps del diagnòstic i les seqüeles en les AVD

Quan una persona des dels vint anys és diagnosticada amb una malaltia mental greu, i presenta un alt nivell de dependència pel que fa a les seves AVD, durant molts anys manifestarà aquestes mancances i trigarà anys poder recuperar independència en les diferents àrees de la seva vida.

Les persones amb malaltia mental restringeixen les seves relacions socials fins a mantenir com a úniques relacions les derivades de la pròpia família. El fet que la persona amb malaltia mental passi per períodes d'ingrés hospitalari, a més dels períodes d'apatia i malestar, fan que el malalt resti tancat a casa i les seves relacions es vagin perdent i quedin com a únics referents els familiars més propers (pares, parella, fills).

Trobareu més informació a l'annex: "La por de reconèixer que es té una malaltia mental".

### Testimonis de persones amb malaltia mental

Vegeu el següent vídeo, "Les reflexions dels usuaris del Club Social l'Encenall", que aporta diferents testimonis que parlen sobre les necessitats de les persones amb malaltia mental.



<https://www.youtube.com/embed/aBw7EqDI3qU?controls=1>

### 2.1.3 L'estigma i l'autoestigma social: principals problemes de les persones amb malaltia mental

Les necessitats de les persones amb malaltia mental estan vinculades als **estereotips** que es generen sobre elles. Es considera que les persones amb malaltia mental tenen unes característiques definides, pel fet de tenir aquestes malalties; per exemple, alguns d'aquests prejudicis poden ser pensar que són persones que no són aptes per treballar, que no es poden casar perquè no poden ser bones parelles, que no poden ser bons pares... En tots els casos, hi ha una actitud hostil (de rebuig) envers la persona malalta. Aquests estereotips estan vinculats a judicis preconcebuts amb connotació negativa envers les persones amb malaltia mental. Són els anomenats prejudicis.

S'entén com a **prejudici** el fet que l'estereotip comporti actitud hostil. Aquests prejudicis el que fan és estigmatitzar les persones amb malaltia mental.

Segons l'OMS, l'estigma per raó de salut mental és un problema global i la lluita per erradicar-lo ha de ser una prioritat en qualsevol societat democràtica i lliure.

Trobareu més informació a l'annex: "L'estigma social i la malaltia mental".

"És l'estigma un dels principals problemes per a les persones que tenim un trastorn mental? Sí. Una de les barreres més grans per recuperar-se d'un trastorn mental és afrontar les actituds negatives de l'altra gent. Això sovint suposa aïllament social i discriminació pel sol fet d'haver tingut un trastorn.



Una actitud positiva i de suport per part de familiars, amics, companys de feina, serveis de salut, professionals i altres membres de la comunitat cap a la gent amb trastorn mental és vital per assegurar la qualitat de vida i la recuperació.”

“Les persones amb trastorn mental són violentes?” No. Les persones que patim un trastorn mental no tenim més conductes violentes que la resta de la població. De fet, tenim més probabilitat de ser víctimes d’actes violents que no pas de ser-ne les autores. A més, normalment evitem les situacions violentes, ja que ens generen un estrès excessiu. La majoria dels crims violents i homicidis són comesos per persones que no tenen cap trastorn mental. Tenir un caràcter agressiu és independent del patiment d’un trastorn mental.”

Font: obertament.org

Un dels grans eixos prioritaris d’actuació del Pla integral d’atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions és la lluita contra l’estigma.

#### Pla d’actuació en la malaltia mental

Els grans eixos prioritaris d’actuació del Pla integral d’atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions plantejats per al període 2014-2016, són:

- Lluita contra l’estigma
- Millora de l’atenció a la població infantil i juvenil
- Millora de l’atenció i promoció dels drets de les persones en entorns assistencials
- Promoció de la participació i l’associacionisme
- Suport a les famílies i a les persones amb problemàtiques de salut mental
- Inclusió social i desplegament d’un nou model de prestació de serveis d’habitatge
- Desenvolupament del model d’inserció sociolaboral
- Suport en l’àmbit judicial i penal

Des de la Generalitat de Catalunya, i recuperant els objectius i les actuacions que s’han de dur a terme segons el Pla integral d’atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions el període 2017- 2019, la línia estratègica 1 es refereix a l’impuls de les accions necessàries per al desplegament del **programa de lluita contra l’estigma**.

“El comportament davant les persones amb trastorns de salut mental tot sovint està marcat per estereotips, fruit d’aquest desconeixement, de la por, dels prejudicis, actituds totes elles que dificulten la recuperació de les persones i la seva plena integració en la comunitat. De fet, el rebuig social, l’aïllament i el patiment que provoca, poden arribar a ser pitjors que la situació de salut en si mateixa.

Aquest rebuig es tradueix en aïllament i exclusió social, en manca d’integració i de participació en les activitats de la comunitat (estudiar, anar a comprar, fer activitats de lleure...), en dificultats per accedir a un habitatge, aconseguir o mantenir una feina i altres aspectes vitals importants que acaben afectant encara més la salut de les persones i condicionen, fins i tot, els tractaments; ja que moltes d’elles no recorren als serveis de salut o ho fan tard per por de ser estigmatitzades.”

*Pla integral d’atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019.*

Un exemple d’accions per trencar els estigmes en la població amb malaltia mental és el que presenta la cooperativa Moltacte:

#### Els prejudicis i la malaltia mental en xifres

El 28% de la població general no entrevistaria per a una feina una persona amb un trastorn mental. El 18% de la població considera que les persones amb malaltia mental són perilloses. El 44% dels familiars de les persones amb un trastorn mental no llogaria un pis a una persona afectada. El 51% de les notícies sobre la malaltia mental estan relacionades amb assassinats (obertament.org).

“Volíem generar oportunitats de treball dignes”, assegura Miquel Isanta, un dels fundadors d’una cooperativa, Moltacte, que facilita la inserció laboral de persones amb trastorn mental com en Carles Rubio, que feia vuit anys que era a l’atur.

L’Andrea Quintana (39) s’ha trobat en diverses ocasions discriminada pel seu diagnòstic. “La primera lliçó que et dona un diagnòstic, per com veus que reacciona la gent, és el silenci”, lamenta. “En una entrevista de feina se’m va escapar que tenia un trastorn mental [depressió] i em van demanar de parlar abans amb la psicòloga per decidir si m’incorporaven o no. Al final va anar bé però que et facin passar per una entrevista psicològica és realment dur”, recorda.”

Blanca Blay. “Entorns laborals que trenquen amb l’estigma envers el trastorn mental”. El Diari de la Sanitat (07/10/2016).

L’autoestigma és un problema real en les persones amb malalties mentals greus. Des de el seu revers, parlar d’autoestigma implica també parlar d’autoconfiança, és parlar d’**autoestima**. És un exemple clar de l’enfrontament a un problema greu que la societat genera en el propi malalt. Si la societat no acompanya les persones amb malaltia mental a creure en elles mateixes, elles difícilment podran fer-ho.

Algunes persones amb malaltia mental, adonant-se que aquesta societat no els accepta tal com són, **rebutgen la seva pròpia malaltia** amb pensaments del tipus: “Jo no tinc aquesta malaltia que em fa diferent a la societat” o “Jo no soc com aquests malalts”. Es tracta d’una estratègia del malalt per sentir-se bé amb ell mateix i lluitar (erròniament) pel seu lloc a la societat, que com a persona malalta el rebutja.

Això comporta que el malalt no accepti la seva malaltia i no li permeti identificar els aspectes que ha de modificar per millorar en la seva vida quotidiana i general. La persona amb malaltia mental desconfia del professional, de les teràpies que el poden ajudar en la seva recuperació de la malaltia. Dir que es va a un professional de la salut mental, que es consumeix un determinat fàrmac, és un tabú per **evitar ser exclòs**.

D’altra banda, la persona amb malaltia mental, des del rebuig de la societat, creu que no podrà fer mai el que aquesta li demana i, com a conseqüència, desisteix de participar-hi; ja no es marca reptes a la seva vida i queda aturat en el seu procés vital. El mateix malalt es posa la barrera de la inclusió, des de la seva inadaptació; avançant-se a la societat que l’exclou.

Podeu trobar més informació sobre les accions sobre els prejudicis i l’estigma social en l’annex “Prejudicis en la salut mental”.

## 2.1.4 Els drets de les persones amb malaltia mental

Vinculat a l’autoestigma és important remarcar la necessitat que tenen les persones amb malaltia mental de conèixer, i donar a conèixer, els seus drets com a persones. Moltes vegades, l’estigma social fa que la mateixa persona amb malaltia mental obli que té uns **drets com a ciutadana**. Aquest drets, que són d’interès tant per a les persones amb malaltia mental com per a les seves famílies, impliquen aspectes com:

- Rebre un tracte igualitari i no discriminatori.

- Rebre informació comprensible.
- Expressar-nos lliurement.
- Decidir sobre les nostres vides i sobre el nostre tractament.

Una societat oberta a la malaltia, que vetlla per la seva integració, ha de poder contemplar els interessos dels malalts des dels seus drets com a persones. Tal com s'expressa en la seva web, tots podem contribuir pels drets de les persones amb malaltia mental i contribuir a la seva rehabilitació.

#### **Servei per mantenir els drets de les persones amb malaltia mental**

Un exemple de com tractar el tema dels drets, amb persones amb malaltia mental, és la tasca que es fa des de *Justament. Assessorament en drets i salut mental*. Es tracta d'un servei d'assessorament jurídic que dona resposta a les necessitats d'assessorament legal específiques del col·lectiu de persones amb problemes de salut mental. També s'adreça als seus familiars, que sovint s'han d'implicar en la presa de decisions importants.

El servei aplega l'expertesa de juristes i professionals de la salut mental, comptant amb la col·laboració de diversos juristes independents i d'agrupacions professionals, com és el cas del Col·lectiu Ronda.

Ofereix assessorament previ a qualsevol acció o decisió que s'hagi de prendre en l'àmbit jurídic, defensa legal en cas que la persona afectada s'hagi vist involucrada en actes il·lícits de caire civil o penal i requereixi una assistència especialitzada, i defensa en situacions de vulneració dels drets de la persona afectada.

Podeu ampliar la informació, en el següent enllaç: [bit.ly/2z2BvxO](http://bit.ly/2z2BvxO).

Com a societat, i en concret com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, ens correspon treballar en l'acceptació de l'altre com a **persona**; una persona amb les seves característiques, peculiaritats, expectatives i necessitats.

Per a les persones amb malaltia mental, la possibilitat de convida en normalitat representa la possibilitat de donar-se sentit i de **donar sentit** als seus esforços d'integració. Per això, el paper de la societat és fonamental en l'acceptació de la malaltia mental.

“Les associacions ciutadanes tan importants en el procés al voltant d'un objectiu de crear vincles facilitant la participació; les empreses obrint la possibilitat de llocs de treball protegit o bé concertant serveis amb centres especials de treball; les administracions locals i també les associacions culturals obrint espais de reflexió i xerrades per sensibilitzar a la ciutadania; els serveis sanitaris i socials permetent que s'obri pas a les necessitats de les persones afectades; els mitjans de comunicació locals difonent un missatge sense prejudicis i informant de la realitat de la malaltia mental...”

Font: [bit.ly/2XtXLdq](http://bit.ly/2XtXLdq)

## **2.2 L'atenció a les persones amb malaltia mental**

L'atenció a les persones amb malaltia mental ha anat evolucionant al llarg de la història per arribar a l'actual **model biopsicosocial**; que té en compte totes les dimensions de la persona i que, per tant, necessita una **intervenció personalitzada**.

Des d'aquesta perspectiva personalitzada, trobarem professionals, com el tècnic d'atenció a les persones en situació de dependència, que, amb les seves eines professionals donen suport al malalt mental per aconseguir una millor qualitat de vida.

### 2.2.1 De la intervenció medicoassistencial a la rehabilitació social

Al llarg de la història de la societat humana, les persones amb malaltia mental han patit marginació. Aquesta marginació partia d'excloure de la societat tots aquells que manifestaven problemes, una exclusió realitzada a partir de la reclusió en residències anomenades institucions psiquiàtriques o psiquiàtrics. Aquesta reclusió destinava les persones amb malaltia mental a viure llargs períodes, gairebé sempre tota la vida, en aquestes institucions, apartades de la societat i de les seves famílies.

Podeu veure el recorregut històric de la discapacitat en la nostra societat, a l'apartat "Definició i conceptualització de la discapacitat", dins de la unitat "Persones amb diversitat funcional física", d'aquest mateix mòdul.

En un inici, la intervenció professional envers les persones amb malaltia mental estava bàsicament centrada en l'**internament**. Es tractava d'una intervenció íntegrament assistencial i molt medicalitzada.

No és fins a partir de l'**any 1980** que s'inicia la proposta d'intervenció amb les persones amb malaltia mental des de la comunitat, deixant de banda la internalització psiquiàtrica. Això es fa possible gràcies als grans avenços en la farmacologia que faran que les persones amb malalties mentals greus puguin controlar el que hem anomenat *simptomatologia positiva*.

#### Regulació del canvi en la intervenció professional

L'informe de la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica i la Llei general de sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril) estableixen els principis que regulen el desenvolupament d'una nova intervenció professional per a les persones amb malaltia mental.

Atendre les persones amb problemàtica mental dins del seu àmbit comunitari, potenciar els recursos assistencials de tipus ambulatori, l'hospitalització parcial i l'atenció a domicili, sempre amb la idea de reduir al màxim la reclusió de la persona amb malaltia mental en institucions hospitalàries, seran les **noves línies d'intervenció** que canviaran el paradigma de la intervenció professional envers el malalt mental.

A partir d'aquestes noves línies d'intervenció s'estableix el desenvolupament dels **serveis de rehabilitació i reinserció social**, serveis necessaris per a l'atenció integral de les persones amb malaltia mental.

Pel fet d'aparèixer aquestes línies d'intervenció sorgeix la necessitat que els serveis sanitaris, que fins ara tenien l'exclusiva intervenció amb els malalts mentals, es relacionin amb els serveis socials.

A partir d'aquest moment serà imprescindible establir una estreta coordinació entre el sistema sanitari i els serveis socials per poder donar resposta a la intervenció professional adreçada a les persones amb malaltia mental.

## 2.2.2 La prevenció de la malaltia mental

Segons l'Institut Català de la Salut, s'entén per **prevenció** qualsevol activitat de salut pública dirigida a reduir la càrrega de la mortalitat o la morbiditat deguda a una determinada malaltia en una població o subpoblació humana. Aquesta idea de prevenció queda subdividida en tres subtipus: primària, secundària i terciària.

La **prevenció primària** té per objectiu evitar el desenvolupament de la malaltia. La majoria d'activitats de promoció de la salut són mesures preventives primàries.

Una de les associacions que ens permet reconèixer la importància de la prevenció en aquest nivell és l'Associació Althaia i des de l'equip d'infermeria de l'Hospital de Dia de Salut Mental es parla de difondre hàbits de vida saludable i fomentar-ne l'aprenentatge des de la infància, potenciar les interaccions satisfactòries en el nucli familiar, així com l'educació i el respecte, com a factors de protecció de salut mental.

La mateixa ciutadania pot contribuir a crear un ambient propici pel creixement personal, com a eines per poder fer prevenció de les malalties mentals.

Quan parlem de **prevenció secundària** ens referim a fer un treball per a la detecció precoç, amb la intenció d'intervenir per tal de reduir l'impacte que té la malaltia en la persona. Aquesta prevenció permet aconseguir resultats favorables amb tractaments adequats a les característiques de la persona amb malaltia mental.

Recordem que és essencial la detecció precoç de la malaltia i intervenir com a professionals i familiars abans que la malaltia es manifesti.

Com més aviat es comenci a parar atenció a la malaltia, millor en serà el pronòstic.

La **prevenció terciària** consisteix en reduir l'impacte negatiu d'una malaltia que ja està establerta en la persona i es treballa per reduir-ne els efectes.

Les característiques que presenten les malalties mentals greus comporten en la persona malalta un impacte en les seves relacions socials i en el seu funcionament quotidià que cal alleugerir des d'aquesta prevenció.

## 2.2.3 Circuit d'atenció a les persones amb malaltia mental

L'atenció a les persones comença des dels primers símptomes de la malaltia fins a la seva recuperació total o parcial, que permeti a la persona fer una vida amb garanties de qualitat i independència.

Per abordar aquesta atenció, diferents equips de professionals posen en joc estratègies d'intervenció centrades en tècniques psicològiques per donar resposta a les inquietuds de malalts i familiars.

### Prevenció i promoció de la salut

Podem ampliar informació en els següents enllaços: [tinyurl.com/y75zujf2](https://tinyurl.com/y75zujf2) i [tinyurl.com/yazcl3fh](https://tinyurl.com/yazcl3fh).

### Què és la salut emocional?

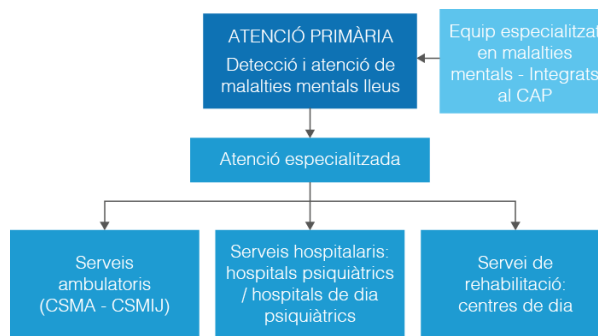
En el següent enllaç, podreu conèixer els factors que influeixen en la salut emocional i a on acudir quan tenim dubtes: [bit.ly/36TOWNS](https://bit.ly/36TOWNS).

### La prevenció de les malalties mentals

Des de l'organització Activa't per la salut mental es parla de prevenció de les malalties mentals i s'aconsella al ciutadà fer servir estratègies com parlar dels sentiments propis i les emocions, tenir cura dels altres, menjar bé i beure amb seny, mostrar-se actiu fent activitats amb les quals se senti bé, relacionar-se i vincular-se amb els altres, descansar si es necessita, demanar ajuda ([activatperlasalutmental.org](https://activatperlasalutmental.org)).

A la figura 2.1 es pot veure el circuit d'atenció a les persones amb malaltia mental. Com es pot veure, la persona amb malaltia mental és atesa en primer lloc per l'assistència primària des del centre d'atenció primària (CAP) que li correspon.

**FIGURA 2.1.** Circuit d'atenció a la persona amb malaltia mental



Els equips mèdics de salut comunitària i família reben ajuda d'un equip especialitzat en la detecció i atenció de les malalties mentals lleus. Quan l'atenció primària no pot abordar l'atenció de la persona amb malaltia mental, es deriva el cas a l'atenció especialitzada.

Els serveis ambulatoris que atenen el malalt des del tractament psicoterapèutic són el **centre de salut mental d'adults (CSMA)** o el **centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ)**, en funció de si el malalt és major o menor de divuit anys.

Si la persona amb malaltia mental necessita un ingrés hospitalari serà derivat a un **hospital psiquiàtric**, on segons el cas podrà trobar resposta al seu moment de la malaltia en les **unitats de crisi**. Si es considera que cal una atenció concreta per la malaltia del malalt sense necessitat de quedar-se les 24 hores al centre hospitalari, el pacient serà derivat a l'**hospital de dia**.

Pel que fa al servei de rehabilitació de la malaltia, es pot fer al **centre de dia per a malalts mentals**.

### Atenció psicoterapèutica

Quan la malaltia s'instaura en l'individu, cal fer una atenció terapèutica que, en casos severos i amb l'objectiu d'alleugerir els símptomes positius de la malaltia, inclou el tractament farmacològic.

Com a tècnics en atenció a les persones en situació de dependència és necessari conèixer l'atenció psicoterapèutica a la qual pot estar vinculat un dels usuaris dels serveis socio-sanitaris. Aquesta atenció és l'eina central del treball per tal que la persona malalta recuperi la seva salut.

L'administració de la farmacologia de la persona amb malaltia mental pot ser una de les funcions dels tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, així com l'acompanyament a les sessions de treball terapèutic.

El **tractament farmacològic** permetrà combatre símptomes positius de la malaltia, retardar l'evolució, i també atenuar els efectes derivats de la malaltia, els símptomes negatius com l'ansietat o l'agitació.

L'atenció que fa el psicoterapeuta, anomenada **psicoteràpia**, consisteix en una conversa entre professional i malalt, i té com a objectiu principal millorar-li la qualitat de vida. La recerca de les causes dels **pensaments irracionals** de la persona amb malaltia mental seran el focus de la teràpia. Les tècniques cognitives són les principals eines per al treball terapèutic, que ha de donar fruit aconseguint una adaptació del malalt a la realitat.

A l'hora que cerca l'origen de la malaltia, el psicoterapeuta proporciona eines per tal que el malalt pugui anar interpretant la realitat d'una manera més lògica.

Aquest diàleg periòdic amb el terapeuta ha de permetre a la persona amb malaltia mental que els efectes de la malaltia s'alleugin; és a dir, que l'ansietat, l'agitació, la tristesa i l'autoestima baixa es redueixin.

El psicoterapeuta haurà de vetllar pel seguiment de la medicació evitant que la persona amb malaltia mental l'abandoni. Psicofàrmacs com ansiolítics, antidepressius, neurolèptics, segons les característiques de la malaltia mental, són els més utilitzats des de la psicoteràpia.

S'ha de tenir en compte que els efectes del psicofàrmac no són immediats i que el cervell de la persona amb malaltia mental necessitarà un temps per assimilar la substància que rep del psicofàrmac. Aquest temps posa molt neguitós al malalt, que voldria una resposta immediata. Aquest neguit redueix la paciència i fa que el malalt abandoni la medicació.

Els efectes secundaris de la medicació se sumen a la necessitat d'immediatesa i acaba sent un dels motius pels quals el malalt pot no voler-se prendre la medicació i abandonar el tractament, que tan important és per reduir la simptomatologia positiva.

Aquestes efectes secundaris preocupen molt el malalt i cal acompanyament per tal pugui acceptar i no abandonar la medicació. El tècnic d'atenció a les persones en situació de dependència pot acompanyar la persona malalta en aquest procés de rebuig a la farmacologia per tal que no l'abandoni.

El psicoterapeuta té com a objectiu fer un seguiment acurat de l'evolució de la malaltia en general, perquè la malaltia no s'agreugi i que no es donin crisis o recaigudes quan el malalt està estable. Els **objectius de la psicoteràpia** són:

- Buscar les causes dels pensaments irracionals del malalt
- Aconseguir que els efectes de la malaltia s'alleugin
- Vetllar pel seguiment de la medicació i vigilar que no s'abandoni

#### Tècniques cognitives

Aquestes tècniques treballen partint de la idea que els nostres sentiments i emocions ens fan interpretar el món que ens envolta. Aquestes emocions a vegades comporten distorsions de la realitat, és a dir, no ens permeten interpretar el món com realment és. Les tècniques cognitives que utilitza el psicoterapeuta permetran identificar el món sense distorsions que ens poden portar problemes.

---

Alguns dels efectes secundaris dels psicofàrmacs són somnolència, disfunció sexual, sequedat de boca o apatia.

---

- Fer un seguiment acurat de l'evolució de la malaltia
- Prevenir crisis o recaigudes

## Rehabilitació psicosocial

Els professionals que tenen cura de les persones amb malaltia mental poden ser de l'àmbit sanitari o bé de l'àmbit social. En aquest treball de rehabilitació psicosocial és on prenen forma les intervencions dels professionals socials, així com del tècnic en atenció a les persones en situació de dependència.

Entendrem per **rehabilitació social** totes aquelles intervencions que tenen com a objectiu ajudar les persones a recuperar o adquirir les seves habilitats i capacitats que li permetin desenvolupar una vida quotidiana autònoma.

Aquesta rehabilitació s'estructura en diferents àrees de treball:

- **Àrea d'orientació.** Consisteix en intervenir per tal que el malalt aconsegueixi tenir un projecte de vida. Ens referim a que el malalt amb l'ajuda del professional dibuixi un horitzó en la seva vida, aquesta mirada a l'horitzó pot estar definida per una formació, un lleure, una feina... Les persones amb malaltia mental han perdut l'interès pel seu futur i necessiten marcar-se uns objectius que, com a tothom, els motivin i col·loquin fites a la seva vida.
- **Àrea d'oci i lleure.** Des de la intervenció professional s'intentarà que el malalt desenvolupi les seves aficions en l'àmbit del lleure formal i informal. Les activitats d'oci més sol·licitades des de la rehabilitació psicosocial són: jugar a escacs, anar a la piscina, fer partits de futbol, escriure relats, cuinar receptes, pintar quadres, o altres activitats de lleure plaents que des de la intervenció social el malalt pot realitzar potser vinculant-se primer a una entitat o equipament i després sol.
- **Àrea de les activitats en la vida diària (AVD).** Tant els efectes secundaris de la medicació com la simptomatologia negativa fan que el malalt perdi les seves actituds envers les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. Tenir cura personal i mantenir les tasques domèstiques són algunes de les prioritats en aquesta rehabilitació psicosocial de la persona amb malaltia mental.
- **Àrea d'educació per la salut.** És important que des de la presència de la simptomatologia negativa es faci una especial atenció en que la persona amb malaltia mental tingui cura de la seva salut. Formar-la en la necessitat de mantenir una bona salut és molt important. La persona amb malaltia mental acostuma a adquirir **hàbits no saludables**, moltes vegades derivats del temps que passa sense fer res, de la necessitat d'ocupar el temps en alguna cosa. Són hàbits no saludables que s'han de trencar i des de l'educació per la salut es pot intentar fer. Ens referim a hàbits com ara:
  - Consum de substàncies tòxiques com el tabac o el mateix alt consum de cafeïna



- Sedentarisme, derivat moltes vegades de l'apatia, element de la simptomatologia negativa
- Deixadesa en la pròpia higiene personal.
- **Àrea psicoeducativa.** Des de la rehabilitació social s'informa i es consciència el malalt sobre la seva malaltia i les repercussions que comporta. De la mateixa manera és tasca de la rehabilitació donar pautes per tal que la persona amb malaltia mental pugui viure la seva vida amb la màxima qualitat possible.
- **Àrea de les habilitats socials.** La necessitat de recuperar les habilitats socials és una dels principals àrees de treball dels professionals que intervenen amb les persones amb malaltia mental.

Acompanyar per crear noves relacions, mantenir aquestes relacions amb garanties de poder fer lligams afectius nous, o bé recuperar els vells, també és una de les fites importants dels recursos que atenen les persones amb malaltia mental.

Les persones amb malaltia mental des de la simptomatologia positiva moltes vegades es converteixen en persones reticents a la societat (tenen por dels altres) i altres vegades el rebuig de la societat (els prejudicis socials) els fa mantenir-se al marge.

Aquest còctel de variables s'uneix per deixar la persona amb malaltia mental fora de joc, un fora de joc que cada vegada fa que practiqui menys les habilitats socials, enteses com les normes socioculturals que ens defineixen com a grup i que són necessàries per a la integració social. Aquesta poca pràctica és acumulativa i cada vegada la persona amb malaltia mental sap menys com relacionar-se.

#### **Grups de suport mutu adreçats a les persones amb malaltia mental**

En aquesta línia d'intervenció per a la rehabilitació destaquen també els grups de suport mutu adreçats als malalts mentals, que tenen per objectiu millorar el benestar de les persones diagnosticades amb un trastorn mental mitjançant la promoció del suport entre iguals. El suport mutu té un paper important en la recuperació. La seva implementació professional ofereix, a més, oportunitats d'ocupació que promouen la independència i l'esperança en persones amb problemes de salut mental. Aquests programes es basen en un model anomenat «enfocament de recuperació» (Anthony, 1993; Davidson, 2016).

Font: [veus.cat/acompanyament-i-suport-mutu/](http://veus.cat/acompanyament-i-suport-mutu/).

#### **Les crisis en les malalties mentals**

Es parla de crisi quan la situació que es presenta és una situació d'emergència, vinculada a l'**esfera emocional**. En determinades situacions les persones amb malaltia mental poden viure una crisi. Per exemple, sobtadament, la persona sent veus, se sent molt trista, presenta ansietat, conductes i pensaments que feia temps que no manifestava.

Les situacions de crisi en les malalties mentals formen part del propi procés de la malaltia i per això es poden donar a pesar que la persona hagi estat seguint l'atenció psicoterapèutica o la rehabilitació psicosocial.

#### **L'art de la lluita contra la depressió**

Moltes vegades les activitats d'oci en la malaltia mental es converteixen en teràpies sanadores per als malalts. És el cas del programa que presenta Creu Roja, *Dexpresionismo* ([www.dexpresionismo.es](http://www.dexpresionismo.es)). Les persones propenses a la depressió són sensibles i creatives escullen la pintura, la literatura, la interpretació o la fotografia per expressar-se. Compartir la creativitat, la comprensió mútua i l'empatia són bases de l'experiència que cura.

Detectar aquestes situacions de crisi és molt important per atendre la persona amb malaltia mental com més aviat millor. Aquestes situacions de crisis es poden detectar **observant i escoltant** la persona, per exemple:

- Potser s'observa en la persona un comportament estrany que no correspon a les seves conductes habituals.
- La persona verbalitza que se sent desconnectada de la realitat, d'ella mateixa.
- Observem que la persona mostra canvis en les seves AVD, principalment en les ABVD com la higiene, el son, els àpats.
- La persona pot dir-nos que sent veus, que veu objectes que no hi són.

Hem de pensar que com més coneguem la persona i la seva malaltia, millor detectarem les situacions de crisi. També hem de saber que la importància de poder aturar una crisi es vincula a les seqüeles que aquesta pot tenir en el procés de la malaltia mental de la persona.

Per atendre les persones en situació de crisi de la malaltia hi ha les **unitats de crisi** ubicades en els serveis d'hospitalització i adreçades a persones que presenten crisis en la malaltia. La durada dependrà de la gravetat de la crisi, normalment no sobrepassen els quinze dies. La intervenció té com a objectiu estabilitzar la medicació i protegir el pacient i les persones del seu voltant.

#### 2.2.4 El suport familiar forma part de l'atenció a les persones amb malaltia mental

La família és una peça clau per a la recuperació de la persona amb malaltia mental. En aquest sentit, els familiars reclamen recursos per a la seva capacitació que permetin tenir eines per afrontar la malaltia i el seu desenvolupament.

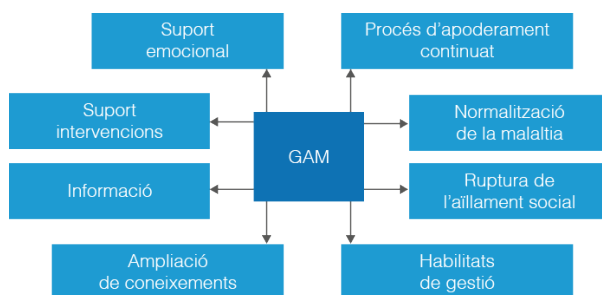
Els familiars moltes vegades se senten perduts davant la malaltia mental i la seva intervenció, i això fa que es generin molt dubtes. Aquests **dubtes** poden referir a l'origen (el perquè) de la malaltia; però també a com actuar en el dia a dia amb el familiar que la pateix. A les preguntes que per als familiars no tenen resposta, cal afegir-hi l'angoixa i el malestar per la situació, que primer és novetat i després genera imprevistos que cal afrontar.

Els familiars troben resposta i acompanyament a les seves inquietuds en els anomenats **GAM, grups d'ajuda mútua o grups de suport**. Aquests grups constitueixen un espai de suport i acompanyament continuat entre iguals, per lluitar contra l'estigma i refer i/o enfortir la xarxa de suport social, i també per compartir estratègies de convivència amb els trastorns mentals. Hi ha GAMs per a persones amb problemes de salut mental i GAMs per a familiars. En ambdós casos, són les persones del mateix grup les que dinamitzen les trobades.

Trobareu més informació als annexos: "La malaltia mental i la família".

A la figura 2.2, podeu veure què aporten els GAM a les famílies; des del suport emocional, convertir-se en un element per trencar amb l'aïllament social, un espai on poder trobar respostes a moltes de les preguntes que sovint sorgeixne... Aquestes són algunes de les propostes d'aquests grups, que es duen a terme a les associacions locals de salut mental, per tot el territori català.

**FIGURA 2.2.** Grups d'ajuda mútua



Font: activatperlasalutmental.org

## Associacions i entitats socials

Les associacions de familiars de persones amb malaltia mental tenen un paper molt important de suport als afectats, de suport a les famílies i de reivindicar davant de les administracions i de la societat en general un lloc d'igualtat per a aquest col·lectiu.

En el procés de transformació i millora de l'atenció a la salut mental, les associacions han posat sobre la taula les necessitats dels malalts mentals i han fet palès que poden ser una eina d'ajuda a les pròpies famílies i un element de constant presència i promoció de reflexions assistencials i socials per als pacients.

Les famílies són imprescindibles per a la socialització en el seu context particular i promouen recursos com clubs socials o altres.

En aquest apartat les associacions disposen d'un espai de difusió de notícies, activitats, jornades, i de tot allò que considerin necessari i important.

### VEUS

Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona – VEUS, és una organització de Catalunya que aplega el teixit associatiu de persones amb experiència pròpia en salut mental, un ventall d'entitats, creades i dirigides per les mateixes persones amb diagnòstic de salut mental que han unit les seves forces per promoure i enfortir el moviment associatiu en primera persona, per a la defensa dels drets i perquè la veu del col·lectiu tingui influència en les polítiques públiques.

Podeu saber-ne més, consultant el seu web: [veus.cat/entitats](http://veus.cat/entitats).

### La societat civil i la malaltia mental

En aquesta pàgina podeu trobar un llista d'associacions amb els seus contactes, de territori català; diferents exemples de com les associacions de familiars de persones amb malaltia mental són imprescindibles en el procés de recuperació dels malalts: [bit.ly/3ct53Cp](http://bit.ly/3ct53Cp).

El tècnic en atenció a la dependència pot ser un referent en la relació d'ajuda a la família des d'aquests grups de suport. El caracteritza ser un professional que escolta i dona pautes per saber com intervenir davant de situacions que pot presentar el malalt mental.

## 2.3 Recursos per a les persones amb malaltia mental

Els recursos que s'ofereixen a les persones amb malaltia mental es poden classificar en dos grans grups: recursos sanitaris i recursos socials o sociosanitaris. La classificació està basada en el propi recorregut històric de l'atenció a la malaltia mental, on es constata que els serveis sanitaris van començar a intervenir amb els malalts mentals molt abans que els recursos socials. De la mateixa manera, els recursos sanitaris estan regulats per la Llei de aanyat, mentre que els socials i sociosanitaris ho estan per la Llei de serveis socials.

### Recursos sanitaris

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, en el seu article 8.g) estableix que el Servei Català de la Salut, en el desenvolupament de les funcions que li son encomanades, portarà a terme les activitats d'atenció psiquiàtrica i prevenció, protecció i millora de la salut mental ([tinyurl.com/y9d6onlx](http://tinyurl.com/y9d6onlx)).

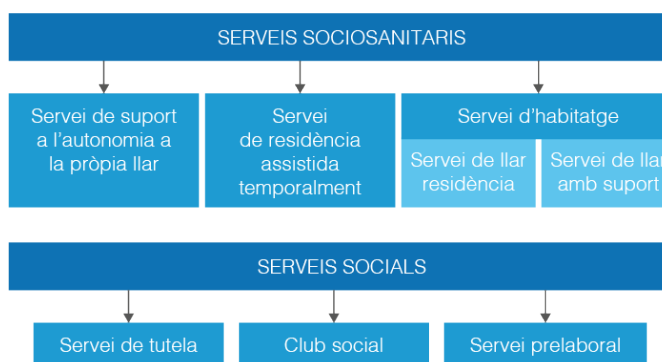
### 2.3.1 Recursos sociosanitaris i socials adreçats a persones amb malaltia mental

Segons l'article 15 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, el sistema públic de serveis socials s'estructura en serveis socials bàsics i en **serveis socials especialitzats**. Aquests últims s'organitzen en funció de la tipologia de les necessitats per tal de donar resposta a situacions i necessitats que requereixen una especialització tècnica o la disposició d'uns recursos determinats; en aquest nivell s'enquadra l'atenció a persones amb malaltia mental.

Així, els diferents recursos per a les persones amb malaltia mental es poden classificar segons siguin de caire social o sociosanitari (vegeu la figura 2.3):

- **Serveis sociosanitaris:** servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar; servei d'habitatge, on podem trobar el servei de llar residència i el servei de llar amb suport, i el servei de residència assistida temporal o permanent.
- **Serveis socials:** servei de tutela; club social i servei prelaboral

**FIGURA 2.3.** Recursos sociosanitaris i socials d'atenció a les persones amb malaltia mental



### Serveis socials especialitzats

Podem ampliar la informació en el següent enllaç:  
[tinyurl.com/ybn3d9y4](http://tinyurl.com/ybn3d9y4).

## Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar

El servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar ofereix orientació i suport a les persones amb problemàtica social derivada de la malaltia mental. Les persones que s'acullen a aquest servei viuen soles, en parella o conviuen amb altres persones (màxim 4) i presenten necessitats de suport, ja que tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes. La llar on s'ofereix el suport pot ser un habitatge de la pròpia persona, de les persones que hi viuen o bé pot ser de l'entitat que presta el servei de suport.

L'**objectiu** del servei és contribuir al desenvolupament de la persona en les activitats de la vida diària, tant a la seva llar com en la comunitat, i així possibilitar la seva autonomia.

## Servei d'habitatge

Dins dels serveis d'habitatges per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental trobem dos recursos diferents: la llar residència i el servei de llar amb suport.

La **llar residència** és un servei d'acolliment residencial, que pot ser temporal o permanent, facilita un entorn que substitueix la llar i és adequat a les necessitats d'assistència de la persona malalta. S'adreça a persones amb malaltia mental de llarga evolució i problemàtica social i d'edat entre els divuit i els seixanta-cinc anys. Són establiments d'atenció permanent i flexible en què les persones amb malaltia mental poden viure les vint-i-quatre hores i rebre el suport d'un equip multidisciplinari de professionals.

En aquest servei la persona malalta rebrà: allotjament, manutenció, suport personal, acompanyament, atenció a la salut i seguretat de la llar, foment dels hàbits d'autonomia personal, foment de les relacions interpersonals i socials, foment de l'oci i del lleure. És un servei que permet potenciar l'autonomia personal i social i afavoreix la integració a la vida comunitària.

### Exemple de llar residència

A continuació, podeu veure un vídeo-presentació de la Llar Residència Amposta, de la Fundació Pere Mata, destinada a persones amb trastorns mentals severos. Aquí us mostrem una petita part del treball que fan els professionals i els usuaris, sempre amb un objectiu rehabilitador i integrador.



<https://www.youtube.com/embed/z3VZDVhYBN0?controls=1>



El **servei de llar amb suport** inclou habitatges alternatius a la residència on viuen de tres a quatre persones amb un suport extern eventual. Són pisos integrats en una comunitat que acullen persones amb malaltia mental que gaudeixen d'un bon nivell d'autonomia i que necessiten suport extern en el procés d'inclusió social.

Aquestes persones viuen amb la supervisió i el suport d'un equip professional que treballa per la seva plena integració a l'entorn comunitari normalitzat. Tenen per objecte facilitar un entorn substitutiu a la llar adequat i adaptat a les necessitats d'assistència de la persona que permeti potenciar l'autonomia personal i social, afavorint la integració a la vida comunitària.

El servei de llar amb suport constitueix, per tant, un recurs intermedi entre les llars residència i la vida autònoma. Pot tenir caràcter temporal o permanent. Segons el nivell de suport podem parlar de pisos terapèutics o pisos supervisats. En els pisos terapèutics el suport al malalt és permanent, mentre que en els supervisats el suport és puntual segons les necessitats dels malalts.

#### Exemple de llars amb suport

Un exemple de llars amb suport el podem trobar en aquest clip de Sant Pere Claver - Fundació Serveis Socials. Ens explica com persones amb malaltia mental i risc d'exclusió social que viuen soles o en grups de tres compten amb el suport de l'equip educatiu per aconseguir la seva integració psicosocial.



<https://www.youtube.com/embed/OmgoXMPHzqw?controls=1>

#### Servei de residència assistida temporal o permanent

El servei d'acolliment residencial, temporal o permanent, atén persones amb malaltia mental de llarga evolució i problemàtica social, com els serveis d'habitatge explicats anteriorment, però en aquest cas les persones amb malaltia mental necessiten més suport d'atenció psiquiàtrica i de salut. L'**objectiu** de les residències assistides és facilitar un entorn substitutiu a la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència integral de la persona amb malaltia mental. Es vol potenciar l'autonomia personal i social de les persones ateses tot afavorint la integració a la vida comunitària.

Aquí la persona malalta rebrà els següents serveis: allotjament, manutenció, suport personal, acompanyament, atenció a la salut i seguretat de la llar, foment dels hàbits d'autonomia personal, foment de les relacions interpersonals i socials, foment de l'oci i del lleure.

En les residències assistides les persones amb malaltia mental reben **serveis** similars al servei d'habitatge, com són: allotjament, manutenció, suport personal, assessorament i supervisió, atenció a la salut i seguretat de la llar, foment dels hàbits d'autonomia personal i foment de l'oci i del lleure. Però a més a més es fa especial èmfasi en l'acolliment, la convivència i foment de les relacions interpersonals i socials, el suport sanitari i el suport en les AVD.

## Servei de club social

Si parlem de club, estem parlant d'un grup de persones que, guiades per uns interessos comuns, s'organitzen per assolir uns **objectius** que poden ser esportius, lúdics, culturals...

En el cas dels clubs per a persones amb malaltia mental, hi ha un vessant assistencial que es configura amb la tasca d'un equip professional i amb l'orientació rehabilitadora de la seva activitat.

El servei de club social és un programa de suport a la integració i inserció comunitària mitjançant el lleure adreçat a persones amb malaltia mental en situació de dependència. Es basa en la creació i l'estímul de vincles relacionals per millorar el sentiment de pertinença de la col·lectivitat en la lluita contra l'estigmatització social.

Les activitats que es realitzen poden ser de diferents tipus:

- **Activitats internes:** les organitza l'estructura del club social i les fan les persones usuàries a la seva seu, amb el suport dels professionals i les infraestructures del club social.
- **Activitats externes:** el servei de club social ha de treballar en i amb l'entorn comunitari per afavorir el contacte amb persones i recursos de la comunitat. Les activitats que fomenten aquest apropament es consideren externes, es fan dins o fora de la seu del servei.
- **Activitats autoorganitzades:** són les activitats organitzades per les persones usuàries amb el suport indirecte de l'estructura del servei, a través de grups de treball prèviament supervisats. L'activitat del club és la planificació, la supervisió i el foment de l'ús autònom del lleure i no l'execució en si mateixa.

### Exemple de club social

Un exemple de club social que ens pot aportar més informació el trobem en el següent enllaç, en què la Fundació Salut i Comunitat presenta el Club Social d'Atenció a la Salut Mental "Relaciona't", com un projecte que compta amb el suport del Departament de Benestar de la Generalitat de Catalunya, i que és un servei creat per donar resposta a persones amb un diagnòstic de malaltia mental, que algunes vegades està relacionat amb el consum abusiu de drogues.



<https://www.youtube.com/embed/Xnue4selleQ?controls=1>



## Servei prelaboral

El servei prelaboral és un servei social especialitzat que, coordinat amb els serveis socials, sanitaris, formatius i laborals, té com a finalitat capacitar les persones amb malaltia mental perquè adquireixin les competències necessàries per incrementar el seu nivell d'ocupabilitat i facilitar la seva inserció laboral. Les persones destinatàries del servei prelaboral són persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental, que han de presentar un nivell d'autonomia personal que els permeti treballar i adquirir hàbits i capacitats laborals.

### Exemple de servei prelaboral

El prelaboral és un servei de rehabilitació laboral per ajudar persones amb alguna malaltia mental a preparar-se per a l'obtenció d'una feina. Com a exemple d'un servei d'aquestes característiques presentem aquest vídeo del servei prelaboral de Femarec.



<https://www.youtube.com/embed/j-Yh0-53WMo?controls=1>

## Servei de tutela

El servei de tutela és un servei dut a terme per persones jurídiques sense ànim de lucre, dedicades a la protecció de les persones amb malaltia mental incapacitades judicialment o protegides per càrrecs tutelars designats judicialment. Té per **objectiu** cobrir les necessitats de suport, protecció i garantia de tots els drets (personals i patrimonials) i promoure l'autonomia personal de les persones incapacitades judicialment o en procés d'incapacitació en els termes que estableixi la resolució judicial corresponent.

Es pot reflexionar sobre la vinculació entre la malaltia mental i la justícia en l'annex: "La justícia i malaltia mental"

### 2.3.2 Recursos sanitaris adreçats a persones amb malaltia mental

#### Atenció a la salut mental i addiccions

Podeu ampliar la informació en el següent enllaç: [bit.ly/2zMAIBz](http://bit.ly/2zMAIBz).

Segons el catàleg de serveis d'atenció a la salut mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya, els serveis que es presenten tenen per **objectiu** contribuir a la millora de la qualitat de vida de les persones amb malaltia mental i la de les seves famílies i garanteixen una atenció integral que tingui en compte la promoció de la salut, la prevenció, el tractament i la rehabilitació, així com la inserció social i laboral de les persones afectades.

L'atenció a la salut mental prioritza la inserció a la comunitat i combina diverses possibilitats d'atenció en l'àmbit ambulatori, comunitari de rehabilitació, d'inter-nament i d'atenció a les addiccions, tenint en compte les necessitats de les persones malaltes i de les seves famílies.



El model preveu, doncs, una atenció interdisciplinària, amb equips formats per professionals de la psiquiatria, la psicologia, el treball social i la infermeria, entre d'altres.

**L'atenció primària** és la peça clau en la **detecció precoç** i l'**atenció dels problemes de salut mentals més lleus**, com l'ansietat i la depressió. Un equip de professionals especialistes en salut mental donen suport als equips d'atenció primària i s'integren en els centres d'atenció primària (CAP). A banda, i per a casos més greus, els serveis d'atenció a la salut mental es presten des de diferents serveis especialitzats.

Els serveis de salut mental i addicions formen part dels serveis assistencials coberts de manera completa per finançament públic. Aquests serveis especialitzats són els següents:

- Centres de salut mental
- Hospital psiquiàtric
- Hospital de dia psiquiàtric
- Centres de dia de salut mental

### **Centres de salut mental**

En els centres de salut mental, un equip de psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria, presten una atenció especialitzada en règim ambulatori, a aquelles persones derivades des de l'atenció primària.

Poden ser de dos tipus, segons la franja d'edat a qui van dirigits:

- Centres de salut mental d'adults (**CSMA**), per a l'atenció ambulatoria psiquiàtrica i de suport a l'atenció primària per a les persones més grans de divuit anys.
- Centres de salut mental infantil juvenil (**CSMIJ**), per a l'atenció ambulatoria psiquiàtrica i de suport a l'atenció primària per a infants i adolescents fins als divuit anys.

### **Hospitals psiquiàtrics**

Els serveis d'hospitalització de salut mental són els serveis orientats a les persones que, de manera voluntària o involuntària, necessiten un període perllongat d'hospitalització. Les persones amb malaltia mentals que són hospitalitzades presenten símptomes greus i persistents, d'evolució crònica amb important desadaptació social i familiar, amb limitacions del funcionament autònom i riscos personals i socials. També s'hi poden trobar pacients amb trastorns en fase aguda i subaguda

i unitats diferenciades de mitjana o llarga estada per als malalts crònics o de llarga evolució.

Aquests serveis d'internament es presten des dels hospitals psiquiàtrics, juntament amb els serveis de psiquiatria dels hospitals generals (en les unitats de tractament i rehabilitació) i dels centres sociosanitaris autoritzats.

#### **Ingrés no voluntari de pacients psiquiàtrics**

Quan parlem de trastorns mentals greus es produeixen descompensacions que porten a una situació temporal de pèrdua de les facultats per poder decidir. Parlem d'ingressos hospitalaris que s'han de fer sense el seu consentiment ([tinyurl.com/y89gkx29](https://tinyurl.com/y89gkx29)).

Les **unitats de crisi** es localitzen dins d'aquests hospitals psiquiàtrics, tenen per objectiu atendre la persona quan es presenta una situació d'emergència. La persona amb malaltia mental restarà ingressada en aquestes unitats de crisi el període necessari per estabilitzar la malaltia. Per aconseguir l'estabilització del malalt cal recórrer a reestructurar la dosi dels fàrmacs.

A vegades aquests ingressos es fan de forma involuntària, ja que l'existència d'un trastorn mental greu pot implicar un risc greu per a la integritat física, la salut, la vida familiar o relacional, o els interessos en general de la persona.

### **Hospitals de dia psiquiàtrics**

Els hospitals de dia psiquiàtrics presten serveis d'hospitalització parcial per a la rehabilitació de les persones amb trastorns mentals sense necessitat d'internament.

La persona malalta en aquest servei participarà en tractaments farmacològics, psicoterapèutics i de rehabilitació, amb l'objectiu d'aconseguir el màxim nivell de reinserció familiar, social i laboral.

#### **Exemple d'hospital de dia**

En aquest vídeo podeu veure un exemple d'hospital de dia comunitari per a adolescents, de Barcelona.



<https://www.youtube.com/embed/IZf8WSsQOxU?controls=1>

### **Centres de dia de salut mental**

En el centre de dia la persona amb malaltia mental trobarà un servei per a les diferents àrees de rehabilitació. Són centres adreçats a persones amb trastorns mentals greus, amb un cert grau d'autonomia i estabilitat de la malaltia. La persona amb malaltia mental, des del medi familiar participarà en el centre de dia per seguir el seu procés de rehabilitació.

#### **Serveis per a persones amb malaltia mental**

Per poder veure un exemple dels serveis per a persones amb malaltia mental es pot consultar la comunitat terapèutica del Maresme, a partir d'aquest enllaç: [tinyurl.com/yalhhaab](https://tinyurl.com/yalhhaab).

# Persones amb diversitat funcional intel·lectual

Pilar Valiente Ballesteros

**Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència.**



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual</b>	<b>9</b>
1.1 Concepte de diversitat funcional intel·lectual	9
1.2 Classificació de la diversitat funcional intel·lectual	11
1.3 Causes de la diversitat funcional intel·lectual	13
1.4 Síndromes més freqüents dins la diversitat funcional intel·lectual	14
1.4.1 Síndrome de Down	14
1.4.2 Trastorn de l'espectre autista (TEA)	19
1.4.3 Altres síndromes: la síndrome X fràgil (SXF) i la de Williams (SW)	23
1.5 Patologies associades a la diversitat funcional intel·lectual	24
1.5.1 Demència	24
1.5.2 Patologies relacionades amb la salut mental	25
1.6 Necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual	26
1.6.1 Necessitats en l'execució i l'assoliment de les AVD	27
1.6.2 Necessitats de comunicació	28
1.6.3 Necessitats en l'ús de les tecnologies	30
1.6.4 Necessitats d'accessibilitat en l'orientació i deambulació	31
1.6.5 Necessitats educatives	32
1.6.6 Necessitats sociolaborals	33
1.6.7 Necessitats d'oci	34
1.6.8 Necessitats socioafectives	35
1.6.9 Necessitats sexuals	36
1.7 Diversitat funcional intel·lectual i gènere	37
<b>2 Atenció i serveis per a les persones amb diversitat funcional intel·lectual</b>	<b>39</b>
2.1 Atenció a les persones amb DFI	40
2.1.1 Promoció de l'autonomia personal	41
2.1.2 Promoció de la interacció social i de l'adquisició d'habilitats interpersonals	42
2.1.3 Promoció de la comunicació i l'adquisició d'un codi comunicatiu	44
2.1.4 Promoció de l'aprenentatge, formació i temps lliure	46
2.1.5 Promoció de l'afectivitat sexual	49
2.2 Serveis d'atenció a les persones amb DFI	50
2.2.1 Serveis d'educació	51
2.2.2 Serveis d'inserció sociolaboral	55
2.2.3 Serveis d'atenció diürna i residencials	58
2.2.4 Serveis de temps lliure	59
2.2.5 Serveis destinats als familiars/cuidadors no professionals	60
2.2.6 Servei de tutela	60



## Introducció

Aquesta Unitat Formativa, “Persones amb diversitat funcional intel·lectual”, us ha de permetre identificar què és la diversitat funcional intel·lectual, quines característiques i quines necessitats poden tenir les persones amb diversitat funcional intel·lectual, així com els serveis que els atenen.

La diversitat funcional es refereix a un estat de funcionament que implica limitacions en la intel·ligència, juntament amb les habilitats adaptatives. És per això que no es pot parlar de persones discapacitades, sinó de persones amb diversitat funcional intel·lectual. I el fet de poder desenvolupar o no les seves capacitats dependrà de l'entorn on es trobin.

En l'apartat “**Característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual**” podreu conèixer que la diversitat funcional intel·lectual és el concepte que actualment s'utilitza en lloc de parlar de discapacitat intel·lectual. És un nou concepte molt més inclusiu que vol evitar conceptes amb una semàntica pejorativa. Coneixereu què és el que caracteritza la diversitat funcional i les classificacions existents que ajuden a entendre millor la diversitat funcional intel·lectual.

També podreu veure que no hi ha una causa única i clara que determina el fet de tenir una diversitat funcional intel·lectual. Coneixereu de manera més àmplia dues de les síndromes més habituals que presenten diversitat funcional: la síndrome de Down i el trastorn de l'espectre autista (TEA), i d'una manera més informativa la síndrome X fràgil i la síndrome de Prader i Willy. Amb els casos pràctics es pretén que reconegueu i interioritzeu característiques d'aquestes síndromes més habituals.

En l'apartat “**Atenció i serveis per a les persones amb diversitat funcional intel·lectual**” podreu conèixer que la intervenció s'ha de fer des de la perspectiva de considerar el subjecte com una persona amb capacitats diverses com qualsevol altra, que s'ha de potenciar i promoure les persones amb diversitat funcional intel·lectual per garantir la seva participació social, i que cal donar especial importància a la independència de la persona i al dret a ser diferent.

Aprendreu diverses estratègies i metodologies per treballar l'autonomia personal, la interacció social i l'adquisició d'habilitats interpersonals, la comunicació i l'adquisició d'un codi comunicatiu, l'aprenentatge, la formació i el temps lliure i l'afectivitat sexual.

També coneixereu els diversos serveis destinats a les persones amb diversitat funcional intel·lectual, com els serveis educatius; els serveis d'inserció laboral, de temps lliure, d'atenció diürna i de tutela, i també els serveis per a les famílies.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat, un cop llegit el contingut, és convenient

respondre als exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades. En cas de dubte podeu preguntar al fòrum de l'assignatura, ja que així us podran ajudar els vostres companys o el professorat.



## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Reconeix les característiques de les persones amb discapacitat intel·lectual relacionant-les amb els nivells de dependència i l'ajuda requerida.

- Relaciona l'evolució del concepte de discapacitat intel·lectual amb els canvis socials, culturals, econòmics i científicotecnològics.
- Caracteritza les malalties que poden causar discapacitat intel·lectual per la seva influència en l'autonomia personal de la persona malalta.
- Relaciona els diferents tipus de discapacitat intel·lectual amb les dificultats que impliquen en la vida quotidiana de les persones.
- Descriu les principals necessitats psicològiques i socials de les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Relaciona diferents tipologies i nivells de discapacitat intel·lectual amb el grau de dependència i el tipus de suport necessari.
- Identifica els principis de la vida independent per a les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Descriu les necessitats d'orientació i suport als cuidadors no professionals de la persona amb discapacitat intel·lectual.
- Argumenta la importància de l'eliminació de barreres socials i culturals per afavorir l'autonomia de les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Argumenta la importància de respectar les decisions i els interessos de les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Mostra seguretat en determinar els tipus de suport a la persona amb discapacitat i la seva família.



## 1. Característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual

Avui en dia, en lloc de “discapacitat intel·lectual”, es prefereix utilitzar l’expressió **diversitat funcional intel·lectual**. Aquest nou concepte és molt més inclusiu i vol evitar conceptes amb una semàntica pejorativa, com ara “minusvalidesa” o “discapacitat”.

Dins d’aquest col·lectiu trobem moltes persones amb situacions diverses. Per tal de conèixer les característiques i necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual, amb les quals, com a futurs tècnics d’atenció a persones en situació de dependència, hi podeu treballar, caldrà que sapigüeu classificar la diversitat funcional intel·lectual; les causes que la poden originar; les síndromes més importants, com són la síndrome de Down (SD), el trastorn de l’espectre autista (TEA), la síndrome X fràgil (SXF) o la síndrome de Williams (SW), així com conèixer algunes patologies associades i les necessitats d’atenció més rellevants; finalment, caldrà que també tingueu en compte la perspectiva de gènere.

### 1.1 Concepte de diversitat funcional intel·lectual

Al llarg dels temps, el concepte de diversitat funcional ha variat. En els darrers anys ja no es considera la intel·ligència com a única variable per definir-la, i actualment hi ha una visió molt més àmplia.

Heu de tenir en compte que la diversitat funcional intel·lectual no és com tenir els ulls marrons, o ser alt i prim. La diversitat funcional es refereix a un estat de funcionament que implica limitacions en la intel·ligència juntament amb les habilitats adaptatives. No té res a veure amb el fet de tenir o ser, per això no podeu dir “aquesta persona pateix diversitat” o bé “aquesta persona és discapacitada”.

La diversitat funcional intel·lectual no es tracta de res que sigui o tingui l’individu. Heu de pensar en la **persona**, no en la diversitat funcional. És per això que no es pot parlar de persones discapacitades sinó persones amb diversitat funcional intel·lectual. Com a persona també disposa de capacitats. Poder desenvolupar aquestes capacitats dependrà de l’entorn on es trobi la persona.

Es pot entendre la diversitat funcional intel·lectual com l’existència d’una capacitat intel·lectual inferior a un coeficient de 70 en un test d’intel·ligència, és a dir, que el quocient intel·lectual es troba significativament per sota de la mitjana (CI 100), i caracteritzat per limitacions significatives en el comportament adaptatiu que afecten les habilitats socials i pràctiques del funcionament diari.

L’Associació Americana sobre Discapacitats Intel·lectuals i de Desenvolupament (coneguda com a **AAIDD**, de l’anglès *American Association on Intellectual and*

*Developmental Disabilities*), en la darrera definició del 2010 va considerar que “la diversitat funcional intel·lectual es caracteritza per limitacions significatives en el funcionament intel·lectual i la conducta adaptativa. Aquesta diversitat s’origina abans dels 18 anys”.

D’aquesta definició cal entendre que la diversitat funcional intel·lectual és produïda de limitacions significatives en el comportament del dia a dia que es manifesta abans dels 18 anys, i que aquestes limitacions es disposen en dos components: el funcionament intel·lectual i la conducta adaptativa.

El **funcionament intel·lectual** o intel·ligència és la capacitat mental general que implica aspectes com l’aprenentatge, el raonament o la resolució de problemes. La **conducta adaptativa** inclou el conjunt d’**habilitats conceptuals, socials** i pràctiques apreses per les persones per poder funcionar en la seva vida diària.

El principal indicador del **funcionament intel·lectual** és la intel·ligència o la capacitat cognitiva. Per mesurar la intel·ligència o la capacitat cognitiva s’utilitzen **proves estandarditzades** o **tests** que permeten determinar el **quocient intel·lectual (QI)**. Aquest quocient intel·lectual es defineix com la relació entre l’edat mental, avaluada amb un test estandarditzat, i l’edat cronològica.

#### Càlcul del quocient

Per obtenir el quocient intel·lectual, algunes proves mesuren l’edat mental, divideixen el resultat entre l’edat cronològica i, finalment, ho multipliquen per 100.

Hi ha una gran varietat de tests d’intel·ligència, i cadascun té premisses, barems i criteris diferents; per tant, la manera de calcular el QI també és diferent. En tots els tests, d’acord amb la puntuació que s’obté, es consideren tres categories:

- Funcionament superior: per sobre dels 120
- Funcionament normal: entre 75 i 120
- Funcionament limitat: entre 70 i 75

Per la seva banda, la **conducta adaptativa** es compon de tres dimensions o tres tipus d’habilitats, tal com es pot veure en la taula 1.1:

- **Conceptuals**: agrupen habilitats cognitives i acadèmiques, que sovint s’aprenen a l’escola i serveixen per manejar-se en el món quotidià. Habilitats de llenguatge i alfabetització (escriure, llegir, operacions matemàtiques), manejar diners, orientar-se en el temps, etc.
- **Socials**: inclouen habilitats necessàries per poder-se relacionar de manera adequada. Habilitats interpersonals (comunicar-se amb els altres), de responsabilitat social (respectar les normes, ser responsable...) i d’autoestima.
- **Pràctiques**: comprenen les habilitats d’autocura personal i salut (rentar-se, vestir-se, prendre la medicació), les de funcionament quotidià (desplaçar-se, usar el transport públic, anar al cinema, anar al metge), i les comptències professionals o sociolaborals.

TAULA 1.1. Classificació habilitats

Conceptuals	Socials	Pràctiques
Llegir, escriure, fer operacions matemàtiques	Comunicar-se amb els altres	Rentar-se, vestir-se, menjar, prendre la medicació
Manejar diners	Respectar les normes, ser responsable	Desplaçar-se, usar el transport públic, comprar, anar al metge
Orientar-se en el temps	Autoestima	Sociolaborals

## 1.2 Classificació de la diversitat funcional intel·lectual

No es pot entendre la classificació de la diversitat intel·lectual com un encasellament de la persona, cadascú s'ha de considerar individualment i en canvi constant. Classificar la diversitat funcional intel·lectual ajuda a sistematitzar la informació i a poder entendre-la millor. Per fer-ho es poden considerar **dos criteris** de classificació: segons el grau d'afectació i segons els suports que necessita.

La **classificació segons el grau d'afectació** parteix de la base que el funcionament intel·lectual i la conducta adaptativa són fonamentals en la valoració de la diversitat intel·lectual i, per tant, seran els elements que s'utilitzaran per establir els diversos graus de diversitat; distingirem entre:

- **Profund:** es considera que una persona té un grau profund quan té una **capacitat intel·lectual** amb un QI de menys de 25. Probablement no aconseguirà ni parlar, i presenta una **conducta adaptativa** que difícilment pot arribar a aprendre a tenir cura de si mateix. Els hàbits d'autonomia que pot assolir són molt limitats. Necessita un entorn altament estructurat, amb ajuda i supervisió constants i cures especials.
- **Greu:** es considera que una persona té un grau greu quan a nivell de **capacitat intel·lectual** té un QI d'entre 25 i 35. Té coneixements escassos, sense capacitat de raonament ni d'abstracció. L'habilitat comunicativa i el llenguatge estan poc desenvolupats. Té dificultats de pronúncia i la parla és limitada. Reconeix el seu nom i els dels més propers. Pot arribar a comprendre els conceptes d'espai i el pas del temps. A nivell de conducta adaptativa pot assolir un cert grau d'autonomia en el desplaçament, menjar, vestir-se i la higiene pròpia. Pot arribar a controlar els esfínters. Necessita vigilància perquè li manca la consciència de perill. En l'edat adulta pot ser capaç de fer tasques simples amb una vigilància rigorosa.
- **Moderat:** la persona que presenta un grau moderat té una **capacitat intel·lectual** amb un QI d'entre 36 i 51. Mostra una capacitat d'atenció, memòria i comprensió deficientes, encara que pot resoldre qüestions pràctiques. No té la capacitat d'abstracció ni percep les semblances i les diferències. El vocabulari és pobre i la pronúncia és complicada. A nivell de **conducta adaptativa** aprèn qüestions manuals com tallar, cosir, etc., malgrat que

necessiti vigilància i ajuda. Pot assolir hàbits diaris de vestir-se, alimentar-se i fer la seva pròpia higiene. Pot arribar a fer operacions matemàtiques bàsiques (sumar, restar) i diferenciar formes geomètriques simples (quadrat, rodona...). Pot aprendre a anar sol a llocs que li siguin familiars. En l'edat adulta pot contribuir al seu propi manteniment fent alguna feina laboral, amb una supervisió rigorosa, en tallers protegits.

- **Lleu o *borderline*:** la persona que presenta un grau lleu o *borderline* té una **capacitat intel·lectual** amb un QI d'entre 70 i 83. Mostra errors en la parla i l'escriptura. A nivell de *conducta adaptativa* és més lent del normal en relació amb els infants de la seva edat i es mostra endarrerit a classe respecte als seus iguals, però amb temps i paciència pot arribar al seu nivell.

La **classificació segons els suports que necessita** ajuda a conèixer millor les seves necessitats. La importància dels suports resideix en el fet de permetre proporcionar una base natural, eficient i continuada per millorar els resultats personals; distingirem entre:

Podeu veure un petit vídeo sobre el treball dels professionals en el suport generalitzat en la secció "Annexos" del web del mòdul.

- **Persones amb necessitat de suport generalitzat.** Hi trobeu les persones que necessiten suport d'intensitat elevada de manera constant i contínua en diferents entorns. Aquests suports poden durar tota la vida. La constància i alta intensitat caracteritzen aquest tipus de suport. Normalment són més intrusius i exigeixen més personal que les altres intensitats de suport.

#### Exemple de suport generalitzat

El Mario és un senyor de 65 anys que presenta mancances en totes les AVD. Viu amb la seva germana de 58 anys i té un cuidador les hores que la germana treballa. La seva dependència és total: té una parla molt limitada i reconeix el pas del dia, però no sap mai què ha de fer. Necessita ajuda per vestir-se, dutxar-se, menjar, comunicar-se, prendre's la medicació, sortir al carrer, etc. El suport que té és intens i continu. La germana s'està plantejant dur-lo a un centre residencial per a persones amb diversitat funcional on li ofereixen un suport generalitzat.

- **Persones amb necessitat de suport extens.** Es tracta de persones que necessiten suport regular i sense limitació de temps. Per exemple diàriament, en relació amb alguns entorns i sense límit de temps. Per exemple, suport a llarg termini en el treball.

#### Exemple de suport extens

A la Petra, una noia de 19 anys amb síndrome de Down, li acaben de donar plaça a una llar residència del seu municipi. És una llar on viuen set persones amb diversitat funcional. Li han assignat aquesta llar perquè la Petra necessita suport regular i continu en les AVD. No és suficientment autònoma en activitats d'autocura, com ara la higiene, vestir-se i l'alimentació. Necessita que li facin una supervisió en la dutxa diària, perquè sempre intenta no dutxar-se; al vestuari necessita el suport per saber quina és la roba de temporada i revisar que surti amb la roba adequada, i pel que fa a l'alimentació necessita un control per menjar de forma correcta i a les hores que toca. És una llar categoritzada de suport extens.

- **Persones amb necessitat de suport limitat.** Persones que requereixen suports intensius i de forma contínua en un temps determinat o limitat.

Aquests suports acostumen a donar-se en situacions d'adaptació a situacions o activitats noves. Pot exigir menys costos i personal que el suport extens o el generalitzat. Per exemple, podria ser un entrenament en el treball per un període limitat.

#### **Exemple de suport limitat**

El Frederic és un jove de 29 anys que viu amb els seus pares. Assisteix al centre ocupacional Ocupatreball des de fa 9 anys. Actualment és totalment autònom dins del centre. Quan hi va arribar, la Mònica, una educadora, va ser la seva referent durant el període d'adaptació; ella era qui estava al seu costat ajudant-lo per conèixer l'entorn, els i les companyes i les tasques que havia de fer. Aquest ajut el va tenir de forma continuada durant tres mesos. Passat aquest temps, la valoració dels professionals va ser de retirar el suport.

- **Persones amb necessitat de suport intermitent.** Podeu trobar les persones que no necessiten un suport continu, només ocasional, en certs moments, activitats o situacions que ho requereixin. Normalment són necessaris durant períodes curts que coincideixen amb les transicions de la vida. L'ajuda té una durada i intensitat que necessiti, és a dir, alta o baixa.

#### **Exemple de suport intermitent**

La Sofia i la Leonor tenen síndrome de Down i viuen soles en un pis de suport a l'autonomia a la pròpia llar de la ciutat de Manresa. De manera puntual i només quan elles ho necessiten reben l'ajuda del Joan, el monitor de l'entitat que gestiona aquest pis. L'últim suport que van tenir va ser quan se'ls va espatllar la rentadora i van tenir tota la cuina inundada d'aigua. El Joan les va ajudar a netejar i a gestionar la reparació.

### **1.3 Causes de la diversitat funcional intel·lectual**

Les causes relacionades amb la diversitat funcional intel·lectual són molt variades. En primer lloc, perquè tant es poden produir durant l'embaràs com durant i després del naixement. En segon lloc, perquè totes les causes poden tenir relació amb **varietat de factors** i la combinació d'aquests, com per exemple factors biològics, conductuals, socials, ambientals, genètics i/o educacionals, o poden ser causes idiopàtiques que encara estan en investigació.

Tal com indica pròpiament la paraula, els factors predisposants **predisposen** el fetus/nadó/infant a presentar algun tipus de diversitat intel·lectual com a conseqüència, per exemple, de l'edat parental, la consanguinitat, en funció del sexe del fetus i/o funció de certs factors socials, econòmics, nutricionals, ambientals i culturals desfavorables en els quals no hi ha les condicions adequades per a un favorable desenvolupament cognitiu, personal i social.

Per clarificar i concretar les causes més comunes les podem classificar en dos grans factors: els genètics i els ambientals.

Parlem de **factors genètics** quan la diversitat funcional intel·lectual és causada per gens anormals heretats dels progenitors o errors quan els gens es combinen.

Exemples de condicions genètiques són la síndrome de Down o la síndrome de Williams.

#### **Evitar les drogues durant l'embaràs**

Moltes causes ambientals són avui evitables, com per exemple els danys al cervell a causa de la violència o de l'exposició de drogues en la persona adulta o al fetus. Popularment se sap que l'exposició al tabac, l'alcohol i altres drogues pot afectar el desenvolupament d'un fetus, que pot néixer amb una diversitat intel·lectual.

Els **factors ambientals** es classifiquen en:

- **Prenatals:** es produeixen durant l'embaràs. Són trastorns o lesions congènites no heretades que poden produir-se a causa d'infeccions o intoxicacions maternals, exposició a substàncies nocives per part de la mare, etc.
- **Perinatals:** entre la setmana 28 d'embaràs i la primera setmana de naixement. Prematuritat, falta d'oxigen, causes immunològiques, etc.
- **Postnatals:** incideixen després del naixement. Infeccions, traumatismes, tumors, intoxicacions, etc.

### **1.4 Síndromes més freqüents dins la diversitat funcional intel·lectual**

Els diferents tipus de diversitat intel·lectual s'acostumen a classificar en funció del grau d'afectació i dels suports que necessita i no tant per la síndrome que pugui tenir la persona, ja que dins de les diferents síndromes més habituals pot variar tant el grau d'afectació com el suport necessari.

Les **síndromes més habituals** són: la síndrome de Down (SD), el trastorn de l'espectre autista (TEA), la síndrome X fràgil (SXF) i la síndrome de Williams (SW).

#### **1.4.1 Síndrome de Down**

La síndrome de Down (SD) s'anomena així pel cognom del metge britànic **John Langdon Haydon Down**, que va ser el primer a descriure, el 1866, les característiques clíniques que tenien en comú un grup concret de persones, sense poder determinar-ne la causa.

La síndrome de Down és una alteració genètica causada per la presència d'un cromosoma extra en les cèl·lules. Els cromosomes són presents en la majoria de les cèl·lules dels teixits del cos humà. La majoria de les persones tenen dues còpies de tots els cromosomes, mentre que les que tenen síndrome de Down tenen tres còpies del cromosoma 21. És per això que també s'anomena **trisomia 21**.

La síndrome de Down és la principal causa de diversitat funcional intel·lectual congènita i l'alteració genètica humana més comuna. Té una incidència d'1 per cada 600-700 concepcions en el món. Es produeix de manera espontània, sense una causa aparent sobre la qual es pugui actuar per evitar-la. L'únic factor de



risc que s'ha demostrat que té una incidència és l'edat de la mare en la gestació (especialment quan la mare supera els 35 anys).

No és una malaltia i tampoc existeixen graus de síndrome de Down, i l'efecte que la presència d'aquesta alteració provoca en cada persona és molt variable. El fet que sigui conseqüència d'una alteració en els gens provoca que cada persona amb síndrome de Down no tingui la mateixa alteració en els cromosomes. Hi ha persones en què a nivell físic (cara, cabells, ulls, llengua, coll, mans, alçada...) es fa molt evident que presenten síndrome de Down, mentre que en d'altres físicament és poc apreciable. Això depèn de com i quan s'ha dut a terme l'alteració en els cromosomes.

Podeu consultar el document *Alteracions cromosòmiques en la síndrome de Down* en la secció "Annexos" del web del mòdul.

## Causes i prevalença

Es produeix de manera espontània, no existeix una causa aparent sobre la qual es pugui actuar per evitar-la. Únicament s'ha demostrat un factor de risc, l'edat materna (especialment quan la mare supera els 35 anys) i, de manera molt excepcional, en un 1% dels casos, es produeix per herència dels progenitors.

Recordeu: la síndrome de Down no és una malaltia, sinó una alteració genètica.

La prevalença estimada de la síndrome de Down a nivell mundial es troba entre 1 de cada 1.000 naixements vius.

## Característiques físiques i orgàniques

Les persones amb síndrome de Down es caracteritzen per compartir una sèrie de trets. Es pot parlar d'unes característiques físiques que determinen la fisonomia característica de la persona amb síndrome de Down i d'unes característiques orgàniques, menys evidents però tant o més significatives que les anteriors, ja que determinen l'estat de salut de la persona. En la taula 1.2 es poden veure algunes d'aquestes característiques i els seus efectes.

A **nivell físic**, en la part superior del cos s'observa que presenten una cara ampla i plana, el clatell gruixut, el coll curt i els cabells fins i llisos. Tenen unes orelles petites i situades un pèl més avall del que es considera normal. Els ulls es caracteritzen per tenir un replec cutani als extrems, que els donen una forma ametllada. Tenen una llengua amb una mida superior a l'habitual, el que es coneix com a macroglossia, i una dentició irregular. A nivell d'extremitats superiors tenen unes mans i uns dits amples i gruixuts, i el palmell de la mà té unes línies molt característiques i marcades de forma transversal. Les extremitats inferiors són curtes, fet que provoca que tinguin una talla baixa, és a dir, que siguin persones baixes. El seu to muscular és baix, tenen una hipotonia generalitzada i també presenten microcefàlia, una petitesa anormal del crani.

A **nivell orgànic** poden presentar anomalies del cor i del sistema digestiu: defectes de l'envà ventricular i estenosi duodenal (estretores o manca de desenvolupament d'una part de l'intestí). Tenen una insuficient funció tiroïdal (hipotiroïdisme), solen tenir is mitjanes que poden ocasionar pèrdues auditives, problemes oftalmològics i el sistema immunològic alterat.

**TAULA 1.2.** Característiques físiques de les persones amb síndrome de Down i els seus efectes

Característica	Efectes
Microcefàlia (petitesa anormal del crani)	Poden tenir problemes de desenvolupament discapacitants si la malformació s'acompanya d'un escàs creixement del cervell. La microcefàlia pot ser lleu o greu i pot ser una afecció aïllada, la qual cosa significa que pot ocórrer sense que es produeixin altres defectes greus
Macroglòssia (llengua amb una mida superior a l'habitual)	Problemes d'articulació en especial; problemes d'intel·ligibilitat
Dentició irregular	Problemes d'articulació en especial; problemes d'intel·ligibilitat
Mans i dits amples i gruixuts	Dificultats en la motricitat fina
Hipotonia generalitzada (baix to de la musculatura)	L'afectació del baix to dels músculs de la boca, llengua i faringe provoca dificultats d'articulació i intel·ligibilitat, parla imprecisa, problemes de veu i ressonància. En la resta del cos, en casos extrems, pot generar dificultats per mantenir postures, tot i que pot ser un benefici a nivell d'elasticitat
Estenosi duodenal (estretament de la part del tub digestiu)	Impossibilita l'alimentació, cal operació
Otitis mitjanes que poden ocasionar pèrdues auditives	Retard en el desenvolupament del llenguatge
Sistema immunològic alterat	Una resposta insuficient del sistema immunitari pot augmentar la freqüència de patir una infecció oportunista

### Característiques cognitives

En tots els casos amb síndrome de Down hi ha un retard mental més o menys important. Algunes persones pateixen retard mental greu, mentre que d'altres assoleixen el nivell de la mitjana o fins i tot per damunt de la mitjana. A continuació s'exposen algunes de les habilitats cognitives que solen estar afectades:

- **Generalització:** la generalització és la capacitat per aplicar la informació apresada en una situació a una altra nova situació. Per exemple, un nen amb síndrome de Down que ha après a fer el plural de les paraules *gat* o *nina* afegint una "s" al final de les paraules, pot ser que no sigui capaç de fer el plural d'una nova paraula com *cotxe*. L'infant amb síndrome de Down és capaç d'aprendre una habilitat en una determinada situació però li costa generalitzar-la automàticament a situacions semblants.
- **Memòria:** la memòria a curt termini és important per a la parla i per processar el llenguatge. La memòria a curt termini verbal és una àrea de certa dificultat per als infants amb síndrome de Down. En general tenen millor memòria per recordar el que veuen que el que senten.
- **Atenció:** presenten dificultat per mantenir l'atenció durant períodes de temps llargs i facilitat per distreure's davant estímuls nous i diversos. L'atenció és una capacitat que es pot entrenar per ser millorada. Per això és necessari presentar activitats variades i amenes que afavoreixen poder mantenir-la en la tasca que s'està executant. En el cas dels infants amb síndrome de Down, en l'etapa escolar és imprescindible programar activitats que facin augmentar el període d'atenció a poc a poc.

A vegades es pot interpretar com una falta d'atenció la demora a donar resposta, fet que en les persones amb síndrome de Down és habitual, perquè

el temps que tarden a processar la informació i respondre-hi és més llarg. A l'hora de treballar amb les persones amb síndrome de Down són molt bones estratègies les següents: mirar-los atentament quan se'ls parla, comprovar que estan atenent, eliminar els estímuls que els poden distreure i presentar els estímuls d'un en un per evitar diferents missatges al mateix temps.

- **Llenguatge:** és una de les àrees més desfavorides que presenten les persones amb síndrome de Down. El seu nivell lingüístic va per darrere de la capacitat social i fins i tot de la intel·ligència general. Tot i la variabilitat d'unes persones a unes altres, presenten un retard significatiu en la producció del llenguatge i les habilitats lingüístiques. Els costa molt donar respostes verbals i transmetre les idees, tot i que saben el que volen dir; també tenen dificultats per captar la informació parlada, però s'ha de destacar que tenen millor nivell del llenguatge comprensiu que l'expressiu.

Per tot això, quan expliquen alguna cosa s'acompanyen de gestos i onomatopeies, i quan són conscients que no són compresos deixen de demanar l'ajuda que necessiten perquè se senten cansats de no poder-se fer entendre. Aquestes dificultats porten, moltes vegades, a respostes automàtiques com ara “no sé” o “no recordo”. La tasca de l'entorn familiar i escolar és fonamental en el desenvolupament del llenguatge des de les primeres edats. S'aprèn parlant; parlar i escoltar són les millors estratègies, i s'ha de fer intentant frenar la tendència a la correcció insistent. A l'etapa escolar és recomanable el treball personal i individual per part dels especialistes en audició i llenguatge. Algunes de les fites a assolir són: millorar la pronúncia i l'articulació, augmentar la llargada de les frases, enriquir el vocabulari i afavorir la comunicació espontània.

- **Pensament abstracte:** el pensament abstracte fa referència a la capacitat de comprendre les relacions, els conceptes, els principis i altres idees que són intangibles. La dificultat en aquest tipus de pensament pot fer més difícil comprendre els conceptes del llenguatge. Per exemple, conceptes com democràcia, amor, govern, etc., són paraules que fan referència a coses que no es poden tocar ni veure. L'ús del llenguatge figuratiu, com les metàfores i les comparacions, pot comportar dificultats de comprensió per als infants que tenen un pensament concret. Un exemple seria si algú descriu una persona dient “lleuger com una ploma”, això és difícil d'entendre perquè l'infant amb síndrome de Down sap que les persones pesen bastant més que les plomes.

---

Els especialistes en audició i llenguatge són el logopeda i el mestre en audició i llenguatge.

---

## Característiques psicològiques

És important ressaltar alguns dels elements comuns en la manera de ser i d'actuar de les persones amb síndrome de Down sense caure en els tòpics i sense voler fer una generalització que porti a pensar que totes les persones presenten aquests atributs.

Tot i així, s'han descrit unes característiques psicològiques des del punt de vista del caràcter i la personalitat i la sociabilitat, que s'expliquen a continuació:

- **Caràcter-personalitat:** de manera genèrica i global es parla que les persones amb síndrome de Down són alegres, obedients, carinyoses, fàcils de tractar i sociables, alhora que també se les qualifica de persones tossudes i obstinades. Tots ells són adjectius qualificatius que han creat falses idees i estereotips que han dut a mites sobre com tractar aquestes persones. Cal tenir en compte que entre les persones amb síndrome de Down hi ha una gran varietat de caràcters igual d'àmplia que en la població en general. Tot i això, cal saber que hi ha unes formes d'actuar que es donen de forma més freqüent entre les persones amb síndrome de Down, i per aquesta raó es poden definir com les característiques generals de la seva personalitat.
- **Sociabilitat:** en general, el seu nivell d'interacció social de forma espontània és baix. És necessària una intervenció sistemàtica per tal d'assolir un bon nivell d'adaptació social. Tot i així, tenen una imatge social més favorable que persones amb altres deficiències com ara l'autisme. Les persones amb síndrome de Down es mostren col·laboradores i afables, afectuoses i sociables. Per aquesta raó, la majoria d'infants amb aquesta síndrome estan escolaritzats en centres educatius ordinaris, ja que això els afavoreix a ells i afavoreix la resta d'infants. Poden arribar a desenvolupar activitats socials i recreatives (fer teatre, anar al cinema, fer esport...), utilitzar transport públic, desplaçar-se per la ciutat, comprar i utilitzar serveis municipals (biblioteca, CAP, centres cívics...) de manera autònoma.

#### **Característiques generals de la personalitat en les persones amb síndrome de Down**

Existeixen unes formes d'actuar que es donen de forma més freqüent entre les persones amb síndrome de Down i que es podrien definir com característiques generals de la personalitat. Entre aquestes es troben:

- Escassa iniciativa: es pot veure en la utilització reduïda de les possibilitats d'actuació que els proporciona el seu entorn i en la baixa tendència a l'exploració.
- Menor capacitat per inhibir-se: els costa inhibir la seva conducta en situacions variades que van des del traç a l'hora d'escriure fins a les manifestacions d'afecte, a vegades excessivament efusives.
- Tendència de les conductes i resistència al canvi: els costa canviar d'activitat o iniciar noves tasques, per això en alguns casos sembla que siguin "tossuts i obstinats". En canvi, altres vegades es troba a faltar la constància, especialment quan han de fer activitats que no són del seu interès.
- Baixa capacitat de resposta i reacció davant l'ambient: responen amb menor intensitat davant els esdeveniments externs, aparentant desinterès, passivitat i apatia davant allò nou. També tenen baixa capacitat per interpretar i analitzar els esdeveniments externs.
- Constància, tenacitat, puntualitat: quan són adults i s'han incorporat al món laboral i se'ls ha donat l'oportunitat de manifestar la seva personalitat en entorns socials ordinaris, han donat mostres de ser treballadors, constants i tenaços, puntuals i responsables, i normalment desenvolupen les tasques amb molta cura i perfecció.

Flórez, J. i Ruiz, E. (2004). *La Síndrome de Down: aspectos biomédicos, psicológicos y educativos*, [www.down21.org](http://www.down21.org), revista virtual.

## 1.4.2 Trastorn de l'espectre autista (TEA)

El trastorn de l'espectre autista (TEA) és un trastorn del desenvolupament que es manifesta durant els tres primers anys de vida de l'infant i que perdura la resta de la vida. Afecta la capacitat de la persona per comunicar-se i interactuar amb els altres. Els efectes del trastorn varien en cada persona: hi ha una gran diversitat de necessitats, que van des de l'autisme greu fins a l'autisme d'alt funcionament, i és per aquesta raó que es parla d'**espectre**.

Segons la publicació del *DSM-5*, el TEA inclou el trastorn autista, el trastorn d'Asperger i el trastorn de desenvolupament no especificat.

El TEA pot estar associat a qualsevol nivell de capacitat intel·lectual i d'aprenentatge, però una característica que es dona en major freqüència és la diversitat funcional intel·lectual. Hi ha fonts que parlen d'un 50% d'afectats per diversitat intel·lectual, mentre que d'altres diuen que entre un 30% i un 70% presenta diversitat funcional intel·lectual que pot ser des de moderada fins a profunda.

La persona amb TEA presenta una alteració generalitzada en el desenvolupament de la interacció social, de la comunicació i de la funció simbòlica, i uns patrons restrictius i repetitius de comportament.

### Causes i prevalença del TEA

El TEA és un trastorn físic lligat a una biologia i a una química anormals en el cervell, però se'n desconeixen les causes. És possible que sigui el resultat d'una combinació de diversos factors, i no té una sola causa que l'origini. Com moltes altres diversitats funcionals intel·lectuals, hi ha diversos factors que el poden originar i que encara, avui dia, són desconeguts pels experts. Actualment es parla de **factors genètics i ambientals**, però no es té una clara identificació de quins són aquests elements.

#### Quines són les causes del TEA? Per què es produeix?

En la actualidad no es posible determinar una causa única que explique la aparición del trastorno del espectro del autismo (TEA), pero sí la fuerte implicación genética en su origen. La gran variabilidad presente en este tipo de trastornos apunta también a la relevancia que puede tener la interacción entre los distintos genes y diferentes factores ambientales en el desarrollo del TEA, pero por el momento, estos elementos no se encuentran claramente identificados, y aún es necesaria mucha investigación al respecto.

Font: [www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/etimologia](http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/etimologia)

Pel que fa a la **prevalença**, segons el *DSM-5*, s'estima que gira al voltant d'1% de la població, com es pot veure en la figura 1.1. Afecta tant la població infantil com adulta i s'observen diferències de gènere. Només un de cada quatre casos de TEA es produeix en dones, és a dir, la proporció és quatre vegades major en els homes. Per aquesta raó s'afirma que afecta amb major freqüència el gènere masculí.

#### DSM-5

Són les sigles de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, és a dir, el manual de diagnòstic i estadística dels trastorns mentals. Està editat per l'Associació Americana de Psiquiatria. El "5" significa que és la cinquena edició.

**FIGURA 1.1.** Prevalença del TEA

### Característiques de la persona amb TEA

Segons l'Hospital Clínic de Barcelona, les persones amb TEA presenten una simptomatologia pròpia que les caracteritza. La podem classificar en tres categories:

- Dificultats en la interacció social
- Dificultats en el llenguatge i la comunicació
- Conductes repetitives

#### Dificultats en la interacció social:

En general, es considera que els infants són socials per naturalesa, és a dir, que acostumen a mirar a la cara dels adults, mostren interès per les veus i agafen les mans, i fins i tot es diu que cap als 2-3 mesos el bebè somriu. Un infant amb TEA té **problemes per desenvolupar aquestes interaccions socials**. Es diu que als 8-20 mesos sol tenir menys interès en les persones, no respon o respon menys al seu nom i no balbucegen. A mesura que va creixent, l'infant amb TEA té dificultats en els jocs socials, vol estar sol i no imita, és a dir, es caracteritza pel **joc asocial**. Tant els infants com els adults amb TEA tenen dificultats per desenvolupar l'empatia, i aquesta manca d'interpretació del que els altres pensen o senten els dificulta comprendre les accions i els comportaments dels altres. També es caracteritzen pel fet que eviten el contacte físic amb la persona que està al seu voltant.

Dins aquesta categoria també s'inclouen les dificultats que presenta el TEA **per interpretar les expressions facials i els gestos habituals** que acompanyen les interaccions amb els altres, tenen un ús escàs i inadequat dels signes socials. Això els porta a malinterpretar moltes situacions.

Un altre dels problemes característics de les dificultats d'interacció és la *manca d'habilitats per regular les emocions*. Es poden detectar comportaments aparentment immadurs, com ara rabietes poc apropiades en certes situacions i amb plor inconsolable.

#### Dificultats en el llenguatge i la comunicació:

S'espera que abans dels 12 mesos un infant balbucegi, que a l'edat d'un any utilitzi una o dues paraules, que es giri quan se l'anomena pel seu nom, que assenyali els objectes que vol i que mostri alguna expressió o verbalització de desgrat quan no vol alguna cosa o no li agrada quelcom. I fins i tot es diu que als 3 anys la majoria de nens i nenes ja poden crear frases.

Els infants amb TEA tendeixen al **retard en el desenvolupament del llenguatge** i a l'ús de gestos per comunicar-se. En la majoria el llenguatge triga més a desenvolupar-se i **en molts casos no arriba a desenvolupar llenguatge parlat**; només amb la intervenció professional poden aprendre a comunicar-se amb l'ús de sistemes alternatius i/o augmentatius de comunicació, com ara la llengua de signes, els pictogrames, etc.

Pot ser que en el moment que s'adquireix el **llenguatge, aquest es presenti amb certes particularitats**, és a dir, que parlin amb paraules soltes o repetint les mateixes frases una vegada i una altra; fins i tot combinen la seva parla amb la repetició de tot o part del que senten de forma literal, originant una de les característiques lingüístiques del TEA, l'**ecolàlia**.

En la síndrome d'Asperger, el desenvolupament del llenguatge no presenta retard; tot el contrari, el pot desenvolupar de forma precoç. La dificultat rau en el **manteniment d'una conversa**. Les persones que tenen Asperger no dialoguen, sinó que monologuen sobre els seus temes preferits. No saben mantenir l'intercanvi habitual que es dona en una conversa.

Un altre fenomen característic de les dificultats en la comunicació és el problema per **comprendre el llenguatge corporal (gestos), el to de veu i les frases fetes o expressions, que no s'han de prendre al peu de la lletra**.

Les persones amb TEA poden tenir expressions facials, moviments corporals i gestos que quan parlen no acompanyen el que estan dient, i aquest fet es percep com una incongruència per a les persones que són al seu voltant. Presenten riure inapropiat i dificultats per mantenir el contacte ocular. Tenen un to i timbre de veu invariables que no reflecteix les seves emocions i que no emfatitza les paraules, fet que ocasiona una parla mecànica i monòtona.

No comprenen la ironia ni el sarcasme, ni tampoc el doble sentit que forma part de l'estil de comunicació que utilitzem de manera habitual. Per tant, no els farà gràcia un simple acudit.

Totes aquestes dificultats poden generar frustració en la persona amb TEA, i això els pot fer desenvolupar conductes inapropiades que moltes vegades es consideren, de manera errònia, com una característica comportamental del TEA.

### **Conductes repetitives:**

En aquesta simptomatologia es troba el que s'anomena **estereotípies**, les conductes repetitives inusuals, com ara aletejar les mans davant els ulls, fer balancejos, fer voltes sobre si mateixos, anar amunt i avall en el mateix espai una vegada i una altra. Aquestes conductes es considera que són autoestimulants o autoplaents per a la persona amb TEA.

En aquesta categoria també s'inclouen les respostes inusuals als estímuls sensorials, és a dir, les persones amb TEA poden presentar **hipersensibilitat o hiposensibilitat** davant els estímuls. La hipersensibilitat la poden tenir als sons, a la llum intensa o als estímuls tàctils, és a dir, tenen dificultats davant sons molestos com ara el d'un assecador de cabells o una aspiradora, o romandre en una habitació

amb il·luminació normal. En canvi, la hiposensibilitat, que vol dir manca de sensibilitat, significa que tenen un llindar molt alt de dolor, de manera que la persona pot no adonar-se que s'ha lesionat.

Tenen una tendència a **col·locar els objectes d'una manera determinada i presenten interessos restringits**; això es pot veure en la manera com molts infants amb autisme juguen amb les joguines. Alguns es passen hores i hores alineant de forma precisa les joguines, com ara els cotxes o els animals, en lloc d'utilitzar-los de manera imaginativa. Sovint també presenten una **preocupació persistent i exagerada per parts d'objectes o objectes inusuals** dels que són habituals en el grup d'edat (ventiladors, botons dels aparells elèctrics, etc.). De més adults aquest interès excessiu es trasllada als números, les dates, els horaris, els recorreguts de transport, temàtiques concretes, etc.

Tenen una **adhesió a rutines i una rigidesa davant els canvis**. Qualsevol petit canvi pot ser molt estressant i desencadenar alteracions comportamentals i evidenciar i incrementar les estereotípies.

Altres símptomes associats que es poden donar són la hiperactivitat o hipoactivitat, poques habilitats de moviment (dificultats en coordinació motriu gruixuda), alteracions emocionals, irregularitats de la ingesta alimentària (menjar coses que no són aliments, com ara guix, goma d'esborrar, paper, terra, etc.), alteracions del son, crisis epilèptiques i conductes autolesives.

#### Apropar-se a l'experiència del TEA

Per il·lustrar millor les característiques de les persones amb TEA es recomana el visionat de la pel·lícula documental *María y yo* (Felix Fernando Castro, 2010) o bé llegir el còmic en què es basa: Miguel Gallardo (2007). *María y yo*. Ed. Astiberri. Podeu visionar la pel·lícula a [www.rtve.es/alcacarta:tinyurl.com/4nlkod](http://www.rtve.es/alcacarta:tinyurl.com/4nlkod).

#### Capacitats de les persones amb TEA

Cal remarcar que el que caracteritza la persona amb TEA no són únicament els símptomes fins ara descrits, que fan referència a les dificultats que poden tenir. El TEA també té associades una sèrie de capacitats que cal conèixer com a professional, per fer-ne difusió i ser una defensa de la seva personalitat; així:

La preferència o la necessitat de rutines es pot traduir en una meticulositat i atenció pels detalls; també permet que les persones amb TEA tinguin bones **competències en tasques mecàniques i repetitives**.

La inflexibilitat de pensament i comportament fa que les persones amb TEA es trobin còmodes **respectant i complint les normes** o regles establertes.

Tenir interessos restringits els predisposa a generar curiositat per temes molt específics, i per tant els provoca un **coneixement molt especialitzat** i exhaustiu de les temàtiques que els interessen.

Les dificultats en la comprensió del llenguatge relacionades amb el doble sentit, les metàfores o les ironies fan que les persones amb TEA tendeixin a ser molt lògiques i literals. Això provoca que no diguin mentides ni manipulin la informació, sinó que són **sinceres i honestes** i, per tant, poden prendre decisions a partir de criteris objectius i sense prejudicis o dobles intencions que a vegades generen errors.

#### Capacitats de les persones amb TEA

1. Meticulositat



2. Atenció pels detalls
3. Competències en tasques mecàniques i repetitives
4. Curiositat per temes molt concrets
5. Coneixement especialitzat sobre temes del seu interès
6. Sinceritat
7. Honestat
8. Respecte i compliment de les normes establertes
9. Tendència a ser persones lògiques
10. Capacitat per escoltar sense prejudicis

### 1.4.3 Altres síndromes: la síndrome X fràgil (SXF) i la de Williams (SW)

Altres síndromes que presenten diversitat funcional intel·lectual són la síndrome X fràgil (SXF), també coneguda com a síndrome de Martin-Bell, i la síndrome de Williams (SW), també coneguda com a síndrome de Williams-Beuren.

La **síndrome X fràgil** és un trastorn genètic originat per la manca de la proteïna FMRP que es troba en el cromosoma X. Fonamentalment la pateixen els homes. A nivell físic, les persones que presenten X fràgil tenen un aspecte molt característic: solen tenir la cara allargada amb un front ample i un mentó prominent, les orelles les tenen grans i desplegadas, presenten una laxitud elevada de les articulacions i quan són adults tenen els testicles grans (macroorquidisme).

A nivell intel·lectual, la majoria de persones tenen una diversitat de grau lleu-moderat i un retard en l'aparició del llenguatge. A nivell psicològic, el desenvolupament del comportament també el tenen afectat perquè solen ser persones que eviten la mirada directa, poden tenir conductes autistes i fins i tot poden presentar trastorn de conducta associat amb manca d'atenció, impulsivitat persistent i excés d'activitat.

Per la seva banda, la **síndrome de Williams** és un trastorn del desenvolupament de tipus genètic que es deu a la pèrdua d'una part de l'ADN en el cromosoma 7. Les persones que la pateixen presenten uns trets característics peculiars.

Físicament tenen uns trets facials característics, que en molts casos no es poden reconèixer fins als 2 anys. Presenten un front estret, un nas ample amb la punta cap amunt, les galtes plenes, els llavis gruixuts i la mandíbula petita i una mala oclusió dental.

Intel·lectualment presenten una diversitat de grau lleu-moderat. Tenen una asimetria mental que els genera dificultat en les àrees de la psicomotricitat (problemes de coordinació, equilibri i força que afecten els sistemes muscular i esquelètic) i la integració visual-espacial (problemes per dibuixar o fer un puzzle). En canvi,

#### FMRP

Són les sigles en anglès de *Fragile X Mental Retardation Protein*, la proteïna del retard mental del cromosoma X fràgil.

tenen una adquisició del llenguatge correcte, malgrat que l'adquireixen més tard, i tenen àrees com la música i l'aprenentatge per repetició (memòria) que no estan afectades.

A nivell psicològic tenen una personalitat molt amistosa, desinhibida i entusiasta, amb una tendència extrema per voler fer moltes coses. Poden aparèixer trastorns com l'ansietat, les fòbies o fins i tot el trastorn per dèficit d'atenció i/o hiperactivitat (TDA-H).

## 1.5 Patologies associades a la diversitat funcional intel·lectual

El perfil de les persones amb diversitat intel·lectual ha anat variant al llarg dels anys, i aquests canvis han provocat, entre d'altres, l'aparició de patologies associades a les persones amb diversitat funcional intel·lectual que, en la majoria de les ocasions, estan relacionades amb els processos d'envelliment i la salut mental.

Les patologies associades a la diversitat funcional intel·lectual són la **demència i diverses patologies relacionades amb la salut mental**, com ara l'esquizofrènia, el trastorn depressiu, l'ansietat, els trastorns fòbics, el trastorn de conducta i el trastorn de la son.

### 1.5.1 Demència

La patologia *demència* ha estat desenvolupada a l'apartat "Patologies més freqüents, característiques i necessitats de les persones grans", dins de la unitat "Persones grans" d'aquest mateix mòdul.

La demència en les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament és una de les situacions que encara estan poc estudiades. L'esperança de vida de les persones amb diversitat intel·lectual ha augmentat en els últims anys, i amb això, els reptes d'arribar a la vellesa, que en ells adquireix particularitats agreujades per la seva condició.

La demència no afecta ni es manifesta de manera diferent en les persones amb diversitat intel·lectual, és a dir, implica un **deteriorament de les funcions cognitives** com l'aprenentatge, la memòria, el llenguatge, etc., que per si mateixes estan afectades. Per això la consideració sobre si una persona amb diversitat intel·lectual està desenvolupant demència o no sempre es fa comparant el funcionament actual amb el funcionament de base personal previ.

Entre la població general, **diagnosticar demència** pot resultar complex, i no menys complicat és aquest procés de diagnòstic entre les persones amb diversitat cognitiva. Les mateixes limitacions de comunicació que habitualment tenen les persones amb diversitat intel·lectual impedeixen una avaluació en el sentit tradicional.

Les limitacions intel·lectuals emmascaren els símptomes de demència, que freqüentment són estudiats com a situacions normals de la diversitat.

Per fer una òptima avaluació és molt important la informació que puguin aportar els professionals de l'atenció directa, que són els que habitualment perceben els canvis.

### 1.5.2 Patologies relacionades amb la salut mental

Entorn de la salut mental, les persones amb diversitat funcional intel·lectual presenten més prevalença que les persones sense aquest tipus de diversitat. Aquest augment de simptomatologia pot ser degut, entre d'altres, a les **causes** següents:

- **Vulnerabilitat biològica.** Les alteracions biològiques que generen la condició de diversitat intel·lectual són, a la vegada, factors de vulnerabilitat per als trastorns mentals.
- **Alteracions del funcionament cerebral.** Principalment, alteracions en el funcionament del lòbul frontal, que provocaran apatia o desinhibició.
- **Fenotips conductuals.** En trastorns cromosòmatics s'ha observat una major predisposició a trastorns mentals concrets. Així, les persones amb síndrome de Down tenen més risc de patir ansietat i depressió.

**L'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.** És la que té més prevalença en les persones amb diversitat intel·lectual respecte a la població general (1,3-3,7% en persones amb diversitat, mentre que un 0,5-1% en població general). Com en la resta de població, les persones amb diversitat amb aquest trastorn experimenten alteracions del pensament (idees delirants), perturbacions de la percepció (al·lucinacions) i canvis en l'estat ànomic i en la conducta. Les persones amb diversitat intel·lectual poden tenir dificultats per explicar experiències d'aquest tipus, motiu pel qual el diagnòstic d'aquests trastorns pot ser molt complicat.

**Trastorns depressius.** La prevalença dels trastorns depressius en les persones amb diversitat intel·lectual se situa entre l'1,3% i el 4,6% de la població, i en persones amb diversitat intel·lectual lleu i moderada es presentaran de forma similar a com ho fan en la població general (ànim trist, tendència al plor, pèrdua de l'autoestima, pèrdua de capacitat per gaudir, manca de concentració...). En canvi, en les persones amb grau sever i profund s'ha de tenir en compte que la depressió es presentarà sobretot en forma de dificultats per participar en activitats que abans motivaven la persona, pèrdua de la gana i del pes, alteracions en els ritmes son-vigília, irritabilitat i alteracions conductuals (aïllament, autoagressions i heteroagressions). Els **episodis maníacs** estaran caracteritzats per una pujada en l'estat d'ànim, augment de la parla, canvis constants de plans i/o d'activitats i reducció de les necessitats d'hores de son. D'altra banda, també acostuma a haver-hi alteracions de conducta en forma de desinhibició, conducta social i sexual inapropiades, hipersexualitat i agressivitat.

Algunes d'aquestes patologies relacionades amb la salut mental estan més desenvolupades en la unitat "Persones amb malaltia mental" d'aquest mateix mòdul.

**Ansietat.** Es presenta amb una freqüència similar a la de la població general. Cal tenir en compte que en persones amb diversitat intel·lectual severa i profunda o amb dificultats de comunicació els símptomes d'ansietat s'acostumen a manifestar a través d'accions de conducta, normalment en forma d'autoagressions.

**Trastorns fòbics.** Normalment apareixeran amb la negativa de la persona a exposar-se a una situació concreta o amb l'aparició d'alteracions de conducta (agressivitat contra un mateix o cap als altres) si se l'obliga a exposar-se a l'estímul.

**Trastorns del son.** Poden presentar-se en forma d'insomni (retard en la conciliació del son, despertar-se a mitjanit, llevar-se més aviat del que és habitual) o de somnolència durant el dia.

**Trastorn de conducta (TC).** La realitat és que en l'actualitat no s'han establert definicions satisfactòries per distingir entre un problema de conducta i una malaltia mental en una persona amb diversitat intel·lectual. Amb massa lleugeresa es considera com a malaltia mental moltes conductes que són el resultat de factors aliens a trastorns psicopatològics, o a l'inrevés, és a dir, no es té en compte que algunes conductes poden ser l'expressió d'un trastorn mental.

## 1.6 Necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual

En major o menor mesura, les persones amb diversitat funcional intel·lectual presenten necessitats en diverses àrees, com podeu veure en la taula 1.3; des de les dificultats en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària (AVD), la comunicació i l'ús de les tecnologies, l'accessibilitat, la inserció laboral i l'aprenentatge fins a les necessitats socioafectives i d'oci.

**TAULA 1.3.** Necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual

Tipus de necessitat	Concrecions
Necessitats en l'execució i l'assoliment de les AVD	
Necessitats comunicatives	- Necessitats de comunicació - Necessitats en l'ús de les tecnologies
Necessitats d'accessibilitat en l'orientació i la deambulació	
Necessitats de realització i lleure	- Necessitats educatives - Necessitats sociolaborals - Necessitats d'oci
Necessitats emocionals	- Necessitats socioafectives - Necessitats sexuals

Les dificultats que presenten les persones amb diversitat funcional intel·lectual a nivell de llenguatge, juntament amb els diferents graus d'afectació a nivell intel·lectual que poden tenir, generen aquestes **necessitats comunicatives i d'ús de les tecnologies**.

El dret a l'educació, al treball i a l'oci són pilars fonamentals per tenir qualitat de vida. En especial els dos primers drets han estat sempre reivindicacions de la societat, i la lluita per garantir-los es manté viva i sobretot en el col·lectiu de les persones amb diversitat funcional intel·lectual.

L'expressió de **l'afectivitat i la sexualitat** de les persones amb diversitat funcional intel·lectual són dos temes rellevants que cal ressaltar. Avançar en la inclusió social i en la millora de la qualitat de vida d'aquestes persones passa inevitablement per vetllar per la igualtat de condicions de viure en la comunitat. L'afectivitat, el plaer sexual i gaudir de les relacions socials formen part de les necessitats humanes que poden contribuir a la felicitat, a augmentar l'autoestima i a evitar l'aïllament emocional i social.

### 1.6.1 Necessitats en l'execució i l'assoliment de les AVD

L'execució de les activitats de la vida diària (AVD) és l'èxit més gran de tota persona per viure de manera autònoma. Per aquest motiu, la intervenció amb les persones amb diversitat intel·lectual s'ha de dirigir a assolir el màxim nivell de consecució d'aquestes activitats.

D'acord amb les necessitats de suport que requereixi la persona es parla de necessitats de suport generalitzat en les AVD, necessitats de suport extens en les AVD, necessitats de suport limitat en les AVD i necessitats de suport intermitent en les AVD.

L'objectiu prioritari, malgrat les necessitats i el grau de diversitat que presenti la persona usuària, és **desenvolupar la màxima competència** en les habilitats bàsiques de cura personal i, a posteriori, en altres activitats de la vida diària. Per això serà necessari:

- Dissenyar programes d'entrenament utilitzant les tècniques més adequades en cada cas.
- Fer les activitats en un entorn tan normalitzat com sigui possible i en unes condicions ambientals favorables.
- Mantenir el nivell d'exigència adient, proporcionant les ajudes necessàries i evitant actituds sobreprotectores que dificulten l'aprenentatge.

Per poder entendre millor els tipus de necessitats en les AVD utilitzarem els següents exemples:

#### **Necessitat de suport generalitzat en les AVD**

El Mario és un senyor de 65 anys que presenta mancances en totes les AVD, la seva autonomia és molt baixa i té molt poca consciència de les sensacions de la neteja personal. Quan li fa la higiene, la cuidadora del centre residencial parla amb ell i li va indicant i marcant les parts del cos que li neteja per tal de fer-lo conscient del que se li està fent i per intentar que col·labori fent que mogui la part del cos que s'està netejant.

#### **Necessitat de suport extens en les AVD**

La Petra, una noia de 19 anys amb síndrome de Down, necessita que li facin la supervisió en la dutxa diària, perquè sempre intenta no dutxar-se; al vestir necessita el suport per saber quina és la roba de temporada i revisar que surti amb la roba adequada, i pel que fa a l'alimentació necessita un control per menjar de forma correcta i a les hores que toca. És

una noia a qui li costa implicar-se i acceptar la realització de les tasques, tant a nivell de cura i higiene personal com de la llar on viu. No té la iniciativa de col·laborar en les tasques de parar i recollir la taula, fer-se el llit i escombrar la seva habitació. Els monitors del pis li han elaborat un calendari setmanal amb les tasques que ha de fer per ajudar a recordar a la Petra què ha de fer i quan ho ha de fer.

#### **Necessitat de suport limitat en les AVD**

El Frederic és un jove de 29 anys que viu amb els seus pares. És totalment autònom a l'hora de fer les activitats de la vida diària, malgrat que el seu ritme d'execució és més lent. Els seus pares ja han après a deixar més temps perquè faci autònomament les tasques d'endrega de la seva habitació, la higiene personal i la neteja de la cuina i el lavabo quan li toca. Ara està aprenent a fer la llista de la compra. La seva mare li ha assignat la responsabilitat d'apuntar els productes que setmanalment necessiten. La mare és qui en fa la revisió comprovant el rebost. Amb aquesta ajuda materna, el Frederic està prenent la decisió de la compra setmanal.

#### **Necessitat de suport intermitent en les AVD**

La Sofia i la Leonor tenen síndrome de Down i viuen soles en un pis de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Tenen plena autonomia en les activitats de la vida diària però requereixen suport quan tenen alguna necessitat excepcional, nova, que elles prèviament no han viscut mai. L'últim suport que van tenir va ser quan se'ls va espantillar la rentadora i van tenir tota la cuina inundada d'aigua. El Joan, monitor responsable del programa de suport a la llar, les va ajudar a netejar i a gestionar la reparació.

## **1.6.2 Necessitats de comunicació**

L'afectació en l'àrea comunicativa està determinada pel grau de diversitat funcional intel·lectual que presenti la persona. Per tant, és evident que com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència us podeu trobar amb una varietat de característiques i necessitats força àmplies.

Podeu treballar amb persones que requereixen un suport generalitzat per atendre les necessitats comunicatives, ja que són persones que tenen una intencionalitat comunicativa nul·la o escassa i presenten absència de parla. Tot i així, poden arribar a comprendre ordres molt senzilles sempre que es donin en un context habitual i rutinari.

Trobem persones que requereixen un suport extens en la comunicació perquè adquireixen el llenguatge més tard, i quan l'adquireixen tenen unes **estructures molt elementals** i un ús funcional. També tenen problemes en la comprensió i en l'expressió. Aquesta expressió es caracteritza per un ritme de parla lent i una mala articulació.

#### **Necessitat de suport generalitzat en la comunicació**

El Matteo és un noi de 15 anys que presenta moltes dificultats a l'hora de comunicar-se, ja que pràcticament no utilitza la parla i la poca que utilitza és poc comprensible, perquè articula molt malament. Per poder expressar-se i fer-se entendre millor, els professionals del centre d'educació especial li han elaborat un sistema pictogràfic. Així, quan vol alguna cosa, es troba malament o té alguna necessitat pot buscar la imatge corresponent i assenyalar-la.

Hi ha persones que necessiten un suport limitat o intermitent en la comunicació, ja que, tot i que el seu llenguatge és normal i arriben a adquirir la lectoescriptura,

tenen unes **habilitats lingüístiques i de conversa lentes**. Presenten dificultats en la comprensió i l'expressió de conceptes figuratius i abstractes, com ara les metàfores, les frases amb doble sentit, etc.

#### **Necessitat de suport limitat o intermitent en la comunicació**

El Ferran té 25 anys i des de sempre li ha agradat molt fer castells; de fet, és casteller des dels 8 anys. Aquesta activitat li permet tenir relacions socials sense haver de parlar molt, ja que una de les dificultats que té és que li costa mantenir converses llargues amb qualsevol persona. Tot i això, li encanta estar amb els amics, malgrat que abans, quan era més petit, li va costar poder tenir una colla.

Moltes vegades no entenia els acudits que explicaven i s'enfadava amb ells perquè deien coses lletges de la gent. Això feia que ningú volgués quedar amb ell. Va ser el Gabriel, el seu amic de tota la vida, el que el va ajudar dient que allò que deien els companys eren bromes. Gràcies a aquest suport, el Ferran va anar aprenent quan els amics parlaven seriosament i quan parlaven de broma.

Ara, quan algú de la colla explica un acudit, al final li expliquen al Ferran el que significa. Això ha ajudat molt a la seva integració i se sent recolzat i comprès, alhora que els altres l'entenen i el respecten.

La limitació en la funcionalitat comunicativa és un dels grans greuges de la persona amb diversitat intel·lectual. Per aquesta raó, els suports en aquesta àrea han de consistir a proporcionar estratègies per desenvolupar al màxim les capacitats socials i comunicatives que cada persona pot assolir.

La Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) ha elaborat una guia amb les pautes bàsiques d'interacció amb usuaris amb diversitat funcional intel·lectual. Algunes de les **estratègies de comunicació** més importants que cal utilitzar són:

- Haureu d'adaptar la comunicació al grau de diversitat i al domini lingüístic de l'usuari amb qui interaccioneu.
- Haureu de fer ús d'un discurs adaptat a l'edat de l'usuari.
- Es recomana fer ús de missatges senzills, acompanyant-los, si resulta necessari, d'algun suport gràfic o manual, com per exemple dibuixos, fotografies, signe manual, ús del gest d'assenyalar, etc.
- Caldrà respectar el temps d'espera, ja que el temps d'expressió i de resposta acostumen a ser lents.
- Es recomana utilitzar frases curtes i clares.
- Quan les habilitats cognitives de l'usuari ho possibilitin és convenient fer ús de preguntes obertes o preguntes d'elecció i evitar la comunicació amb preguntes tancades amb resposta "sí" o "no", les quals no afavoreixen l'adquisició de nou vocabulari ni el desenvolupament de la comunicació i el llenguatge.
- Algunes síndromes en concret impliquen dificultats físiques, hipotonia i/o malformacions en relació amb l'aparell bucofonador, fet que afectarà la producció de la parla i la posterior comprensió d'aquesta per part dels interlocutors.

Com a tècnics d'atenció directa de les persones amb diversitat funcional intel·lectual haureu d'estimular el desenvolupament del llenguatge tant en la part comprensiva com expressiva. Si no s'aconsegueix el desenvolupament del llenguatge o no n'hi ha prou s'haurà d'implementar un **sistema augmentatiu o alternatiu de comunicació (SAAC)**.

Trobareu més informació sobre el SAAC en l'apartat de "Persones amb diversitat funcional física motriu", dins de la unitat "Persones amb diversitat funcional física" d'aquest mateix mòdul.

### 1.6.3 Necessitats en l'ús de les tecnologies

En l'ús de les tecnologies, les persones amb diversitat intel·lectual tenen un **risc d'exclusió**. És fàcil que quedin fora de l'accés a la informació, de l'ús de les estructures de relació en xarxa i de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC), perquè tenen una complexitat determinada i a vegades suposen un perill si no se'n fa un ús adequat. Aquest fet és una barrera, ja que necessiten una supervisió del professional/tutor que els limita l'accés lliure als mitjans de comunicació i redueix la seva autonomia a l'hora de seleccionar continguts.

En l'estudi fet pel grup de treball de discapacitat de la Fundació Isonomia sobre la diversitat funcional i les tecnologies de les relacions i la informació (TRIC) des d'un punt de vista de gènere s'evidencia que un 86,7% de les dones i un 78,6% dels homes enquestats amb aquest tipus de diversitat funcional perceben **barreres en les TRIC**.

#### Fundació Isonomia

Podeu saber-ne sobre la tasca que porten a terme al seu web: [isonomia.uji.es](http://isonomia.uji.es).

Trobareu més informació sobre els productes de suport (tecnològics i d'accés informàtic) en l'apartat "Autonomia personal i dependència", dins de la unitat "Autonomia personal i dependència" d'aquest mateix mòdul.

Segons diversos estudis, es pot distingir entre dificultats per accedir a la informació i dificultats per a la comprensió de la informació.

Quan es parla de les **dificultats d'accés a la informació** es fa referència a:

- Dificultats en el maneig del ratolí causats per la morfologia de les mans, sobretot en el doble clic i de moviment del cursor per la pantalla (el botó dret del ratolí, per a la gran majoria, és com si no existís).
- Problemes amb el teclat, ja que els costa emprar les dues mans i deixen la tecla pitjada més temps del que s'escau.
- Problemes de visió deguts a les seves deficiències visuals.
- Problemes en la comprensió de conceptes que utilitza l'ordinador, perquè són excessivament abstractes. No entenen, per exemple, què és una carpeta d'ordinador o que en un processador de textos es pot reproduir alguna cosa sense haver de tornar-ho a escriure només mitjançant "copiar i enganxar". Tampoc entenen la relació causa efecte que fa que si es pitja en una icona se selecciona alguna cosa o si es mou el ratolí cap a la dreta en la pantalla es desplaça el cursor a la dreta.

#### Productes de suport

Moltes d'aquestes dificultats es poden solucionar amb els productes de suport adequats, com ara ratolins adaptats, proteccions pels teclats, adaptacions en la pantalla...



Quan es parla de **dificultats en la comprensió de la informació** es fa referència, principalment, a la utilització d'internet. En aquest cas, les persones amb diversitat funcional solen tenir:

- Problemes de comprensió dels conceptes d'internet i de pàgina web, raó per la qual moltes d'aquestes persones solen creure que la informació està dintre de l'ordinador.
- Problemes per entendre la informació complexa que ofereixen les webs; no els resulta fàcil distingir entre allò que és important i allò que no ho és, el llenguatge és complex.
- Dificultats de lectoescriptura, ja que els resulta molt difícil escriure correctament les adreces de les pàgines web.
- Problemes davant el bombardeig publicitari que hi ha a les pàgines web. No entenen que de vegades la publicitat obliga a tornar a entrar-hi; en general, no saben fer desaparèixer la publicitat.

Aquesta situació, juntament amb la idea que l'ús de les TIC és un element afavoridor per a la inclusió del col·lectiu de la diversitat funcional intel·lectual, fa imprescindible la necessitat de proporcionar sistemes d'accés i utilització als nous formats tecnològics.

#### **Indefensos a internet**

De manera global no són conscients del valor de la confidencialitat de les seves dades personals. No tenen consciència de la perillositat de l'ús de la xarxa.

### **1.6.4 Necessitats d'accessibilitat en l'orientació i deambulació**

Per tal de poder tenir una vida autònoma i poder desenvolupar totes les tasques i accions, les persones amb diversitat funcional intel·lectual han de poder desplaçar-se i accedir a qualsevol tipus d'espai, sigui virtual o físic. L'**accessibilitat universal** implica que qualsevol persona pugui disposar i utilitzar les infraestructures i els serveis o productes en igualtat de condicions. Aquest concepte és aplicable a dues formes bàsiques d'activitat humana: la mobilitat i la comunicació.

#### **Llei d'accessibilitat**

Podeu consultar la Llei 13/2014, del 30 d'octubre, d'accessibilitat en el següent enllaç: [tinyurl.com/ybjrxqjq](http://tinyurl.com/ybjrxqjq).

Principalment, les persones amb diversitat funcional intel·lectual poden tenir problemes per moure's de forma independent en el seu dia a dia per les seves limitacions intel·lectuals, fet que genera unes necessitats d'orientació i deambulació. Per aquesta raó serà necessari estructurar els suports valorant l'accessibilitat de manera entenedora i comprensible per a l'usuari.

Facilitar la deambulació suposa prestar atenció en els aspectes que faciliten la comunicació i l'orientació. Aspectes com la utilització dels pictogrames, la senyalització descriptiva dels espais, els avisos en àudio, l'emissió de missatges curts i clars o l'ús dels diversos formats complementaris (gràfics, àudio, visual...) són imprescindibles.

Aquestes mesures són vàlides per a qualsevol espai urbà (parades de bus, oficines d'informació), edificis públics (ajuntaments, hospitals) i centres d'atenció (centre de dia, centre residencial).

Alguns elements que cal tenir en compte per **assegurar que l'entorn facilita la deambulació** del col·lectiu amb diversitat intel·lectual són:

- Mecanismes de comunicació accessibles per a tothom (senyalització, indicacions).
- Instal·lacions dissenyades per facilitar al màxim la identificació dels recorreguts i l'orientació.
- Minimitzar al màxim possible elements que poden generar incomoditat a aquest col·lectiu altament hipersensible (olors, sorolls, estímuls visuals, tactes...) i crear un entorn al més neutre possible.

### 1.6.5 Necessitats educatives

L'educació és un dret fonamental que s'ha d'aconseguir per tal de garantir la igualtat d'oportunitats i la qualitat de vida de totes les persones. Garantir aquesta educació és responsabilitat de tota la societat, però en especial del sistema educatiu nacional.

Des de l'àmbit de l'educació formal, especialment des de l'educació obligatòria, a l'hora de parlar de necessitats educatives s'utilitza la terminologia **NESE** (necessitats específiques de suport educatiu).

Les necessitats específiques de suport educatiu (NESE) s'identifiquen i s'avaluen considerant el funcionament de l'alumnat dins del seu context educatiu, **independentment de la seva condició personal i social**, amb l'objectiu de proporcionar-li els suports necessaris per afavorir-ne l'aprenentatge en condicions d'equitat.

Les persones amb diversitat intel·lectual presenten unes necessitats educatives degudes al decalatge que es produeix entre les capacitats que tenen i les exigències del context.

Segons el Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya, les NESE s'han de basar en:

- Les **àrees de fortalesa de l'alumne**: totes les persones tenen alguna qualitat que destaca, i és important conèixer aquestes qualitats per aprofitar-les en el procés d'aprenentatge.
- Les **competències prèviament adquirides i la modalitat d'aprenentatge més eficaç**: al llarg de la vida i ja des de petita, la persona adquireix certes habilitats que també cal reconèixer, igual que la manera que té d'enfrontar-se a l'aprenentatge. Cadascú aprèn de manera diferent: hi ha persones que aprenen escoltant, d'altres llegint i escrivint i d'altres practicant i manipulant.

- Els **reptes i els desafiaments curriculars als quals s'enfronta**: cal saber què es demana a la persona i quins són els objectius finals als quals es vol que arribi.
- Les **condicions personals o socials que interfereixen en la seva capacitat d'aprenentatge**: el seu nivell de salut, el seu nivell de diversitat funcional, la seva família, la seva xarxa social i també l'entorn.

Cada alumne tindrà unes necessitats educatives que caldrà identificar. Els **EAP** (equips d'assessorament i orientació psicopedagògica) són els responsables d'identificar i avaluar aquestes necessitats educatives especials i fer la proposta d'intervenció; donen suport al professorat i als centres educatius en la resposta a la diversitat de l'alumnat i en relació amb els alumnes que presenten necessitats educatives especials, així com a les seves famílies.

Podeu consultar més informació sobre els EPA en la secció "Annexos" del web del mòdul.

### 1.6.6 Necessitats sociolaborals

L'àmbit laboral és un aspecte fonamental en la vida de les persones. Cal accedir i mantenir un lloc de treball per poder cobrir algunes de les nostres necessitats i esdevenir persones actives dins l'entorn comunitari. Tot i que cada vegada hi ha més consciència de la importància de tenir un entorn inclusiu, la realitat és que col·lectius com la diversitat funcional intel·lectual encara pateixen discriminació. El model laboral actual és un dels àmbits on hi ha més vulnerabilitat i desigualtat per a les persones amb diversitat intel·lectual. La major part d'aquestes persones necessita recursos i suports per a la inserció laboral.

En moltes ocasions, les persones amb diversitat funcional intel·lectual no han rebut una **orientació laboral** que els permeti descobrir el seu perfil laboral entre les aspiracions, les possibilitats i les limitacions en un context determinat, la qual cosa genera una actitud d'infravaloració personal i de concepcions poc realistes.

El fet que moltes persones no hagin treballat mai genera una manca de competències de base d'accés a l'ocupació: desconeixement de l'entorn laboral, de la demanda d'ocupació i de les eines i dels processos de selecció, així com el nivell de formació necessària per a l'especialització d'una professió.

Alhora, força persones amb diversitat intel·lectual tenen limitacions en les habilitats socials necessàries en entorns complexos com l'àmbit laboral; poden presentar certes dificultats en les competències transversals de relació, tant entre companys com amb encarregats, però les limitacions es deuen bàsicament a la **manca d'oportunitats** d'experiències laborals que els ha limitat el seu aprenentatge.

La família també és un factor que genera dificultats d'inserció laboral. Tenir actituds paternalistes o sobreprotectores dificulta l'avanç de la persona, genera dependència de l'adult i fins i tot pot crear en la persona un sentiment d'infravaloració. És important que els familiars donin suport a l'autonomia i al rol d'adult de la persona amb diversitat intel·lectual.

Per poder **accedir a un lloc de treball** és necessari que aquestes persones tinguin un treball amb suport en el qual es garanteixi un procés sistemàtic i prolongat en el temps que els faciliti adquirir les estratègies, les habilitats i les competències personals i professionals necessàries per poder desenvolupar-se en l'entorn laboral.

### 1.6.7 Necessitats d'oci

L'oci és un dret humà bàsic, com l'educació, el treball i la salut, i ningú hauria d'estar privat d'aquest dret per raons de gènere, orientació sexual, edat, creença, nivell de salut, discapacitat o condició econòmica. Les persones amb diversitat funcional intel·lectual tenen el mateix dret que qualsevol altra persona a tenir i gaudir d'oci.

La Declaració dels Drets Humans de 1949 reconeix el “**dret al descans i a l'oci**” en el seu article 24: “Tota persona té dret al descans, al gaudi del temps lliure, a una limitació raonable de la durada del treball i a vacances periòdiques pagades”.

És un error pensar que totes les persones amb diversitat intel·lectual tenen gustos semblants pel fet de tenir aquest tipus de diversitat. Són persones que viuen situacions i contextos molt diferents, que tenen desigs, necessitats i **aficions molt diverses**; és en aquest sentit que el seu oci, igual que el de qualsevol persona, està determinat pels mateixos paràmetres que la resta de població (edat, recursos econòmics, gustos, necessitats...)

És cert que la participació de les persones amb diversitat funcional intel·lectual en activitats d'oci normalitzades i en el marc de la comunitat continua sent baix. Això pot ser degut a una sèrie de dificultats pròpies de les persones amb diversitat intel·lectual, però també a una **manca d'oferta d'oci inclusiu**.

Segons l'estudi *El ocio en las personas con discapacidad intelectual* (Badia, M. i Longo, E., 2009), aquesta baixa participació pot ser causa de diverses **dificultats que presenten** les persones amb diversitat funcional:

- Una de les principals dificultats que tenen és poder triar el tipus d'activitat a fer. L'oci porta implícita la llibertat d'elecció i tenir el control sobre l'elecció de les activitats que es volen fer en el temps lliure. Les persones amb diversitat intel·lectual tenen poques oportunitats o dificultats per poder fer aquesta elecció. Generalment són els familiars i els professionals els que assumeixen la responsabilitat respecte a quines activitats ha de fer la persona. Això provoca que l'oci que realitza la persona amb diversitat intel·lectual reflecteixi poc els seus interessos personals.
- La manca d'amics, en edat adolescent i adulta, provoca la dificultat de gaudir d'un oci normalitzat. A mesura que la persona va creixent va perdent

les relacions amb els iguals, no té amics i no participa en activitats amb la resta dels seus companys sense diversitat, amb la qual cosa s'agregen les limitacions de les habilitats adaptatives de l'entorn. El grup d'amistat va reduint-se i es forma amb altres persones amb diversitat funcional intel·lectual. Això provoca menys participació en activitats d'oci, i els tipus d'activitats solen ser més passives i limitades. En moltes ocasions també es dona el fet que la majoria d'activitats sempre les fan en gran grup i en grups segregats. És a dir, que les activitats d'oci que realitzen són exclusives per a ells. Això provoca una manca d'oportunitats de relació amb persones sense diversitat intel·lectual.

- Les dificultats de les habilitats conceptuals, socials i pràctiques també dificulten aquesta participació normalitzada. La carència d'habilitats adaptatives pràctiques, com utilitzar el transport, el coneixement de l'entorn proper i la utilització dels diners generen problemes per poder fer activitats inclusives com desplaçar-se per anar al cinema, fer-se soci de la biblioteca, prendre un cafè, etc.
- Moltes vegades aquestes dificultats també van acompanyades de problemes de comportament social que fan que no hi hagi hagut una interiorització de pautes de saber comportar-se en diverses situacions, com per exemple que durant la projecció de la pel·lícula no es pot parlar.
- L'altra dificultat que es poden trobar les persones amb diversitat intel·lectual és l'aspecte econòmic. Fer activitats de lleure moltes vegades no és barat (anar al cinema, al teatre, sopar en un restaurant...) i té uns costos que la majoria d'aquestes persones no pot cobrir per la seva manca d'ingressos, ja que moltes d'elles no treballen, i si treballen tenen sous baixos o bé tenen prestacions econòmiques baixes.

### 1.6.8 Necessitats socioafectives

Les necessitats socioafectives són les que permeten a la persona poder relacionar-se amb l'entorn físic, social i amb si mateix. Cada persona tindrà un tipus de necessitat afectiva o una altra en funció de la necessitat de suport que requereixi.

La persona que es caracteritza per un **desenvolupament emocional inadequat** no controla els impulsos, té poc interès per les relacions socials i per tenir interaccions socials, per adaptar-se a situacions noves i per aprendre habilitats socials de manera espontània; a més, sol tenir una autoestima negativa i requereix un suport generalitzat.

La persona que manifesta **poc control** quan es troba amb situacions adverses, que té força dificultats per interioritzar les normes socials i per tenir relacions socials àmplies i que sol presentar una escassa autoconfiança i baixa autoestima requereix un suport extens.

La persona que pot arribar a desenvolupar un bon autoconcepte i una autoestima positiva, malgrat tingui unes relacions socials restringides i en certs moments

pugui presentar **dificultats en l'acceptació de la norma**, requereix un suport limitat o intermitent.

En tot cas, l'autoconcepte i l'autoestima són dos elements primordials de la socioafectivitat de les persones.

L'**autoconcepte** és la idea, el coneixement que tenim de nosaltres mateixos i que elaborem a partir de les experiències que tenim amb els altres. L'**autoestima** és la valoració que fem d'aquest coneixement de nosaltres mateixos. El nivell d'autoestima d'un ésser humà té una enorme incidència en la "qualitat de vida" de les persones. Quan una persona adquireix un bon nivell d'autoestima s'alegra de ser qui és.

Per poder cobrir les necessitats socioafectives de les persones amb diversitat funcional intel·lectual és important que els **professionals d'atenció directa**:

- Ajudin a elaborar l'autoconcepte.
- Ajudin a enfortir la iniciativa, la seguretat i l'autoconfiança.
- Treballin les habilitats socials per fomentar la capacitat d'interacció en els ambients en què es mou i facilitar l'aprenentatge de noves experiències socials.
- Ajudin a establir vincles positius amb les persones significatives del seu entorn i ampliar-los progressivament cap a nous entorns.

### 1.6.9 Necessitats sexuals

Cal parlar de les necessitats sexuals de les persones amb diversitat funcional intel·lectual i reconèixer-les per tal que aquestes necessitats formin part de la seva educació. Cada vegada s'està més d'acord que la qualitat de vida també està relacionada amb el benestar i la salut sexual, i que l'educació d'aquest àmbit és un factor important per a la felicitat de les persones. També és sabut que les persones amb diversitat intel·lectual són **més vulnerables** a patir maltractament sexual, i l'entorn social hi té molt a dir i fer.

"Una de cada dues dones i un de cada quatre homes amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament han patit abus sexual al llarg de la seva vida".

Dincat (2016). *Abús sexual i altres formes de violència en persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament*. Fundació Vicki Bernadet.

#### Reflexionar sobre el tema

En el següent enllaç [bit.ly/3jSQGeK](https://bit.ly/3jSQGeK) es poden visionar diverses opinions de persones amb diversitat funcional intel·lectual, familiars i professionals amb l'objectiu de fer reflexionar sobre els drets de les persones amb diversitat intel·lectual a gaudir d'una sexualitat lliure, plena i consentida.

Moltes vegades és més fàcil ignorar la sexualitat d'aquestes persones, pensar que no tenen sexualitat o que no els interessa a causa dels seus comportaments infantils i innocents. Però això no és veritat, s'ha de considerar la sexualitat com un element de l'atenció dels professionals que treballen amb elles.

Cal tractar l'educació sexual des d'**una perspectiva integral**. No s'ha de limitar a aspectes únicament reproductius i físics, sinó que s'ha d'atendre el pla afectiu i emocional que suposa qualsevol relació interpersonal. Presenten unes necessitats de formació i informació més elevades, i això suposa que requereixen més atencions i precaucions. Les persones que presenten un nivell lleu de diversitat funcional són, a vegades, les més complicades d'atendre per la seva capacitat conscient del desig de gaudir d'una vida com la de qualsevol altra persona.

“Declaramos como principio básico que las personas con discapacidad tienen derecho a conseguir el máximo nivel de integración y normalización posible, también en el campo de sus necesidades afectivas y sexuales. En unos casos, tal vez no manifiesten intereses sexuales o sus limitaciones no les permitan ir más allá de algunas conductas muy concretas y limitadas (darse la mano o masturbarse, por ejemplo); en otros, en el otro extremo, tal vez puedan establecer, con apoyos, una relación de pareja. Lo importante es que las personas con discapacidad intelectual sean ellas mismas las que manifiesten o no intereses sexuales (respetando ambos casos) y las familias o tutores legales y los profesionales les ayudemos, si así lo desean, para que puedan conseguir el mayor grado de integración posible”.

López, F. (2011). *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*, pàg. 33.

Trobareu un article descarregable sobre discapacitat i sexualitat en la secció “Annexos” del web del mòdul.

## 1.7 Diversitat funcional intel·lectual i gènere

Ser dona i tenir una diversitat funcional intel·lectual és patir doble discriminació. De tothom és sabut que el gènere femení està en inferioritat de condicions a nivell social, i el col·lectiu de la diversitat intel·lectual encara és lluny de tenir una plena **inclusió social**. L'abús físic, sexual i economicolaboral són algunes de les violències que pateixen les dones amb diversitat funcional intel·lectual.

A nivell econòmic i laboral s'aprecia, en termes generals de diversitat funcional, una discriminació de la contractació de la dona respecte a l'home, i és lògic que en la diversitat funcional intel·lectual es mantingui aquesta tendència. Segons l'informe ODISMET, l'any 2018 es van contractar un 42,8% de dones i un 57,19% d'homes.

Respecte a la taxa d'atur i la bretxa salarial, les dades utilitzades fan referència a la diversitat funcional en termes generals. La taxa d'atur és desigual: un 54,1% de dones aturades davant d'un 45,9% d'homes a l'atur. La presència de les dones amb discapacitat en el mercat de treball és molt inferior a la dels homes. En l'empresa ordinària, les dones contractades van suposar només el 39,1%. Als centres especials de treball, la presència de dones és encara inferior: només un 37,0%. La mitjana salarial dels homes amb discapacitat és de 20.502,60 € anuals, davant d'una mitjana salarial entre les dones amb discapacitat de 16.732,40 €.

A nivell físic i sexual, la Dincat parla del nivell de victimització sexual. En un estudi que van fer l'any 2016 descriuen que 5 de cada 10 dones i 2 de cada deu homes han patit algun tipus de victimització. També exposa que el dret a la sexualitat està més reconegut i acceptat en els homes que en les dones.

### ODISMET

Són les sigles de l'Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España; podeu consultar les dades de l'informe del 2018 a: [tinyurl.com/yblbqgfs](http://tinyurl.com/yblbqgfs).

### Dincat

Dincat (acrònim de discapacitat intel·lectual Catalunya) és el nom de la Federació Catalana de Discapacitat Intel·lectual, una organització empresarial sense ànim de lucre que agrupa les entitats d'iniciativa social, no lucratives i d'àmbit català, que atenen col·lectius de persones en situació de vulnerabilitat o risc d'exclusió, principalment persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament. El seu web és [www.dincat.cat](http://www.dincat.cat).

Des d'un punt de vista de la violència de gènere, la dona amb diversitat funcional intel·lectual troba més dificultats perquè no hi ha recursos adequats a les seves necessitats, que tinguin en compte les possibles dificultats d'accessibilitat, en especial en relació amb la comunicació. Els recursos no estan preparats per ajudar i facilitar-ne l'ús i la comprensió del que signifiquen, alhora que s'agreuja amb la dificultat de saber identificar l'abús; la majoria de vegades no són conscients que poden estar patint algun tipus d'abús i no coneixen els seus drets.



## 2. Atenció i serveis per a les persones amb diversitat funcional intel·lectual

Com a futurs tècnics d'atenció a persones amb situació de dependència que podeu treballar amb persones amb diversitat funcional intel·lectual (DFI) és molt important partir de la nova perspectiva d'intervenció aportada pel **moviment de vida independent**. Aquesta nova mirada no entén que hi hagi persones amb menys capacitats (discapacitats) o més limitacions, sinó que promou la idea que totes les persones tenen capacitats diverses en funció de les seves característiques i de les del seu entorn.

L'**objectiu** de l'atenció a les persones amb diversitat funcional intel·lectual hauria de ser garantir i promoure la seva participació social amb l'ús de suports en determinades situacions. També es dona especial importància a la independència de la persona i al dret a ser diferent, promovent la seva autonomia i autodeterminació.

La promoció de la vida independent comporta que les persones amb diversitat funcional puguin prendre les seves decisions i gestionar el control de les seves vides, comptant amb els mitjans necessaris per poder-ho fer. En aquest sentit, l'autonomia personal i la lliure determinació seran aspectes bàsics, així com poder accedir a la informació, la comunicació, l'assistència personal, el transport, el lloc de residència, la rutina diària, el lloc de treball, les relacions interpersonals, les necessitats bàsiques de la vida diària, l'oci, etc.

A continuació s'exposen alguns dels principis d'intervenció que es proposen des del moviment de vida independent:

- **Desinstitucionalització o viure en comunitat:** evitar en la major mesura que les persones amb diversitat funcional visquin en institucions tancades i aïllades del seu entorn. En el cas que estiguin vinculades a una institució cal vetllar perquè aquestes participin en la comunitat social, promovent-ne la inclusió, que passa perquè la societat s'adapti a les necessitats especials d'aquest col·lectiu oferint els suports que necessiten.
- **Autodeterminació:** fa referència a poder ser responsable sobre la pròpia vida i les accions pròpies. Cal potenciar la capacitat de les persones amb diversitat funcional intel·lectual de prendre les seves pròpies decisions per tal de gestionar el seu projecte de vida. Cal tenir en compte les decisions del dia a dia (a quina hora vull llevar-me, quina roba em poso, què vull per menjar, que vull fer en el meu temps lliure...) fins a les decisions relacionades amb la pròpia identitat i personalitat. L'autodeterminació comporta el dret a poder assumir riscos en les decisions i els actes propis.
- **No-discriminació:** la no-discriminació va més enllà de demanar un tracte igualitari a totes les persones; cal vetllar perquè en totes les esferes de la vida es respectin els drets humans i civils. És important garantir l'accés

a serveis i oportunitats que millorin el seu desenvolupament, autonomia i independència, productivitat, benestar i capacitat per interaccionar amb els altres.

- **Desmedicalització:** s'aposta per atencions des d'una base biospsicosocial, és a dir, intervencions educatives, accions socials, comunitàries, etc. Encara que en algunes ocasions s'hagi de fer ús de fàrmacs, aquests només haurien de ser en casos concrets, sota prescripció mèdica, i mai com a única via de tractament.
- **Autoajuda o suport entre iguals:** partint del seu lema “res sobre nosaltres, sense nosaltres”, reivindiquen l'apoderament del col·lectiu i l'autogestió dels suports. Són les mateixes persones amb diversitat funcional les que coneixen millor què necessiten; per tant, són elles les que ho han de decidir i no els professionals. Reclamen un rol més actiu, i no un rol passiu de pacient o usuari.

## 2.1 Atenció a les persones amb DFI

Partint dels principis de l'atenció a les persones amb diversitat funcional intel·lectual (DFI), i des d'un punt de vista pràctic, es pot concretar la tasca del professional d'atenció a persones en situació de dependència en **quatre objectius**:

1. Promoure l'autonomia de la persona usuària i dels seus familiars per poder garantir que continuï vivint en el seu entorn habitual.
2. Fomentar el desenvolupament o el manteniment de les capacitats personals dels usuaris.
3. Afavorir la inclusió de les persones usuàries i dels seus familiars en la comunitat.
4. Donar els suports necessaris a la família en l'atenció dels seus familiars que tenen limitada la seva autonomia personal.

Per poder assolir aquests objectius s'ha de fer una **intervenció educativa** que promogui totes les **àrees de la persona**, en especial:

- l'autonomia personal,
- la interacció social i l'adquisició d'habilitats interpersonals,
- la comunicació i l'adquisició d'un codi comunicatiu,
- l'aprenentatge, la formació, l'orientació laboral i el temps lliure, i
- l'afectiva i sexual.

### 2.1.1 Promoció de l'autonomia personal

Cal que el tècnic d'atenció directa doni suport a la persona amb diversitat funcional intel·lectual i als seus familiars per tal de poder-se desenvolupar en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). L'**actuació del professional** consistirà a:

- Seguir el disseny del programa adaptat a les necessitats i característiques individuals de cada persona.
- Utilitzar una rutina, és a dir, pensar què s'ha de fer en cada tasca i utilitzar un horari fix per realitzar-les.
- Implicar la família en el desenvolupament de les ABVD; cal que la família estigui present, sempre que sigui possible, quan es fan les tasques, i cal ensenyar-les a fer a la família perquè les puguin realitzar quan el professional no hi és.
- Utilitzar l'empatia per tal d'entendre els motius de negació i de no voler participar en la realització de determinades activitats de la vida diària. Fomentar el diàleg, deixar que l'usuari expliqui els seus motius, les seves necessitats i els seus interessos per aconseguir confiança i complicitat.
- Reforçar i estimular de manera positiva la persona amb diversitat funcional.
- Utilitzar tècniques de modelatge en funció del nivell de diversitat funcional intel·lectual. Aquesta tècnica consisteix en la imitació i l'observació directa del model del professional o del familiar.

#### Tècnica del modelatge

La tècnica del modelatge s'estructura en tres passos:

1. Informar la persona amb diversitat intel·lectual del que practicarem i de totes les activitats que es faran per aconseguir l'objectiu proposat. També se l'animarà perquè actuï i no tingui por de cometre errors.
2. Planificar un cronograma en què s'estableixin les diverses activitats que s'han programat amb la persona amb diversitat funcional intel·lectual i ensenyar-li perquè compleixi i segueixi aquestes activitats. Se li explicaran un per un els continguts que es volen assolir en cadascuna de les sessions que es duran a terme i l'ajudarem a reconduir-les quan sigui necessari, sempre respectant el seu principi d'autodeterminació i actuant exclusivament quan considerem que realment és necessari.
3. Repetir les activitats tantes vegades com calgui fins que comprovem que la persona les té completament automatitzades i que per si mateixa sigui capaç de desenvolupar-les.

És important fer l'entrenament de les activitats en entorns reals. Per exemple, si volem ensenyar a fer una truita de patates, cal que ho fem a la cuina, pas a pas, amb els estris adients.

## 2.1.2 Promoció de la interacció social i de l'adquisició d'habilitats interpersonals

Les persones amb diversitat funcional intel·lectual de vegades poden presentar una inflexibilitat mental i comportamental que els dificulta poder tenir unes interaccions socials gratificants, i a vegades això els pot acabar generant problemes de conducta.

Com a tècnic d'atenció a persones en situació de dependència és important saber identificar quan es pot donar algun d'aquests problemes de conducta i, sobretot, quina resposta s'hi pot donar per minimitzar-los. Les **conductes disfuncionals** que es donen en major mesura són les estereotípies, els comportaments obsessius i els comportaments agressius.

### Estereotípies

Les estereotípies són uns moviments repetitius sense una intenció aparent que provoquen l'aïllament de la persona i li dificulten la realització d'altres accions voluntàries o funcionals.

És important no intentar eliminar una estereotípia si no s'és capaç de donar una alternativa funcional a la conducta repetitiva. Cal motivar la persona per tal que faci una acció que sigui compatible amb el moviment de repetició que l'aïlla.

Cal recordar que moltes vegades l'estereotípia és una forma de desconexió, i es pot compensar amb una activitat que ajudi a connectar de nou amb l'entorn.

#### Exemple d'actuació amb una persona que té estereotípies

*Som amb la Lluïsa en el taller d'hort. Ella porta molta estona movent el cap al mateix temps que es mira la mà, amb la qual fa un moviment repetitiu. Aquesta acció la fa de manera continuada, fet que comporta que constantment estigui desconnectada del seu entorn; no para atenció ni als companys ni a les feines que cal fer.*

En aquest cas podem tenir en compte dos aspectes:

- Convé augmentar les interaccions amb la Lluïsa, intentant al principi que mostri interès per alguna cosa diferent del moviment de les mans. Per exemple, si tenim la regadora i cal regar, si hi ha algun espantaocells a l'hort, si han començat a sortir tomàquets, etc.
- S'ha de buscar una joguina o un objecte que es mogui igualment insistint en la interacció que suposa el joc, no en l'eliminació de la pròpia estereotípia. Potser hi ha un mòbil que es mou amb el vent, i podem veure com canvia de forma.

### Comportaments obsessius

Són aquelles conductes que repeteix de forma insistent i continuada, i que quan no les pot fer generen descontrol conductual, agitació psicomotora i, en casos extrems, agressió (autolesió o heteroagressió). Davant aquests tipus de comportaments caldrà:

- Analitzar la dimensió del comportament obsessiu i determinar la manera de fer-lo funcional.
- No pretendre eliminar la conducta de manera immediata, perquè pot generar enfrontament i acabar en descontrol inevitable; cal anar fent canvis progressius.
- Procurar cridar l'atenció amb altres coses que puguin ser d'interès per a la persona atesa i que la facin sortir de l'obsessió que l'està caracteritzant.
- Recordar que no s'han d'extingir aquelles conductes que resulten adaptatives, solament s'eliminaran les que destorben en el desenvolupament de la vida diària.

### Comportaments agressius

Igual que en les estereotípies, la tipologia dels comportaments agressius és variada i dependrà del tipus de diversitat funcional intel·lectual que presenti la persona.

En molts casos es tracta de conductes mal apreses, de manca de límits en l'educació, de manca d'elements de control emocional i d'impulsos de la persona, i conseqüència de formes de comunicació inadequades.

Es parla de **tres formes de presentació** dels comportaments agressius:

1. Destrucció d'objectes: es tracta de situacions de descontrol que acaben amb freqüència en la destrucció d'alguns objectes aliens a la persona atesa (llençar un got, un plat, una cadira, una joguina...). També pot comportar destrucció d'objectes personals (com ara estripar-se la roba).
2. Conductes autolesives: conductes en les quals l'agressió va dirigida al mateix individu (estirar-se els cabells, mossegar-se, donar-se cops...). La forma com es manifesta la conducta autolesiva acostuma a ser sempre la mateixa o introduint alguna modificació.
3. Conductes agressives cap als altres: l'agressió va dirigida caps als seus familiars, companys o cuidadors, fet que deteriora moltíssim el clima relacional.

Davant de qualsevol d'aquestes conductes agressives **caldrà**:

- Analitzar-ne la freqüència, la intensitat i la durada.
- Valorar si la persona està intentant comunicar alguna cosa, està cridant l'atenció o bé és la resposta a una situació de descontrol.
- Actuar amb calma i tranquil·litat; s'ha d'evitar personalitzar aquest tipus de conducta, perquè l'agressió no té una intencionalitat de fer mal al professional de la intervenció.
- Procurar un espai tranquil i segur per afavorir que la persona es relaxi i no es produeixin mals majors.

- Reflexionar sobre la situació un cop ha passat, parlar sobre com es troba, com se sent, evitant les amenaces i els retrets. Donar ordres i consignes de control curtes i clares per a la propera vegada que succeeixi la situació.
- Assegurar que el professional es troba dins el camp visual, evitant fer moviments bruscos, i actuant amb seguretat i control. Si el professional té por cal transferir la intervenció a una altra persona que pugui mostrar aquesta seguretat

#### **Exemple d'intervenció davant comportaments agressius**

*Un dels participants al taller ocupacional no presenta parla expressiva, i per cridar l'atenció del seu monitor acostuma a donar-se cops de cap a la paret.*

En aquest cas podem tenir en compte dos aspectes:

- Es tracta d'una conducta autolesiva. S'identifica que es tracta d'una crida d'atenció, atès que cada vegada que el monitor s'apropa deixa de fer-ho i somriu.
- Què es pot fer per modular aquesta conducta? Reconduir el cap i orientar-lo, fent que en lloc de donar-se cops de cap faci un cop a la taula amb la ma, toqui una campaneta, etc. I sempre que es pugui, acompanyant amb el nom del monitor o una producció alternativa d'un gest o una verbalització significativa.

Aquesta actuació s'haurà de repetir cada vegada que la persona s'apropa al màxim a la seqüència comunicativa pactada.

#### **Tècniques d'aprenentatge social**

Per saber-ne més podeu consultar el PDF *Entrenament i adquisició de les habilitats socials* (Rodríguez, L. 2019; pàg. 25) en el següent enllaç: [tinyurl.com/y9gh4bqt](http://tinyurl.com/y9gh4bqt).

En termes generals, per poder fer l'aprenentatge de qualsevol habilitat social s'utilitzen les **tècniques d'aprenentatge social** que es basen en l'exposició del model, l'assaig conductual, el *feedback*, el reforç positiu i la generalització de la millora.

### **2.1.3 Promoció de la comunicació i l'adquisició d'un codi comunicatiu**

#### **Guia d'atenció a les persones amb discapacitat als serveis públics**

Podeu consultar-la en el següent enllaç: [tinyurl.com/y9o8fufb](http://tinyurl.com/y9o8fufb).

La *Guia d'atenció a les persones amb discapacitat als serveis públics*, publicada pel Departament de Treball, Afers socials i Família, fa les següents recomanacions en relació amb la comunicació de les persones amb diversitat funcional intel·lectual:

- S'ha de tractar la persona amb diversitat funcional intel·lectual d'acord amb la seva edat, però adaptant-nos a les seves capacitats. S'han d'evitar comentaris infantils i actituds sobreprotectores.
- S'han d'utilitzar frases curtes, clares i senzilles, amb una sola idea per frase, per facilitar la comprensió, sense metàfores ni llenguatge abstracte.
- S'han d'utilitzar les frases actives i evitar les passives.

Les **frases actives** són les més simples, formades per **subjecte + verb + complement**. Un exemple seria “La Sofia menja una poma”. Les **frases passives** són més complexes, i tenen una estructura en què apareix el verb *ser/estar*. Per exemple, “La poma ha estat menjada per la Sofia” o “S’ha menjat la poma”.

- Cal assegurar que ens ha entès bé. Es pot explicar el vocabulari difícil i repetir la informació important.
- S’ha de donar el temps suficient perquè la persona pugui reaccionar i comprendre el que li diem, per tal que ens doni resposta.
- Desenvolupar la comprensió de paraules i frases a través de la discriminació receptiva d’objectes reals. Per exemple, si volem treballar el vocabulari de les fruites podem tenir fruites reals o bé fotografies de diferents fruites, i mentre fem frases amb aquestes paraules on hi aparegui alguna de les fruites la persona amb diversitat va assenyalant la peça en concret.
- Ensenyar un sistema alternatiu de comunicació: programa de comunicació total o parla signada de Benson Schaeffer.

#### Sistema de comunicació de Benson Schaeffer

Tracta de combinar el llenguatge oral i el signat; amb ell s’adquireixen conceptes per poder expressar-se i es fomenten altres aspectes importants per a la comunicació. Es tracta d’un programa que vol aportar una forma de comunicació que sigui espontània (es faci en el moment que ella decideixi) i generalitzable (que la pugui utilitzar en qualsevol context). La seva aplicació requereix un procediment un pèl complex, ja que el seu aprenentatge consta de moltes fases. Es fan sessions d’entrenament amb signes i paral·lelament s’entrena el llenguatge oral. Quan la persona té un cert domini de les dues dimensions es passa a treballar per tal que utilitzi conjuntament les dues, així es comunicarà parlant i signant alhora.

El nom es deu al seu creador, el Dr. Benson Schaeffer, psicòleg investigador al Centre de Ciències Neurològiques del centre Mèdic i Hospital Bon Samarità de Portland (Oregon, EUA).

- Utilitzar sistemes de comunicació augmentatius o alternatius, que poden anar des de sistemes molt senzills (dibuixos molt simples o fotografies) fins a sistemes pictogràfics, com ara el sistema SCP (sistema pictogràfic de comunicació). L’elecció d’un sistema o un altre dependrà del nivell cognitiu que presenti la persona.

A l’hora de voler **comunicar o donar informació** per facilitar l’accés als serveis s’ha de tenir en compte:

- Evitar les sigles, les abreviatures i les paraules en altres idiomes.
- Utilitzar imatges per complementar la informació.
- Endreçar la informació per tal que sigui fàcil de seguir i numerar les pàgines.
- Donar la informació per escrit amb lletres clares i grans, sense abusar dels subratllats ni dels canvis de colors.

#### Comprensió lingüística mitjançant objectes reals

El professional diu “La Maria menja una pera”, i la Maria, la persona amb diversitat funcional, ha d’assenyalar o agafar la pera que hi hagi damunt la taula.

#### Sistema SCP

Per a més informació sobre el sistema SCP podeu consultar el següent enllaç de la Universitat de València: [tinyurl.com/y8n93n95](http://tinyurl.com/y8n93n95).

#### Lectura fàcil

Amb l’objectiu d’arribar a tots els públics s’han determinat una sèrie de criteris per redactar i adaptar textos a les necessitats de les persones amb diversitat funcional intel·lectual sota el segell de lectura fàcil. Es tenen en compte tant aspectes de format (mida de la lletra, contrast, imatges) com de vocabulari.

### 2.1.4 Promoció de l'aprenentatge, formació i temps lliure

L'atenció en relació amb l'aprenentatge i la formació és molt diferent segon es tracti del **sistema educatiu** formal obligatori (comprès entre els 6 i els 16 anys) o de l'oferta formativa que es pot donar més endavant, la formació postobligatòria i la formació al llarg de la vida. Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència podeu treballar fent suport en escoles, com a vetlladors o auxiliars. Però, a part d'això, en la vostra intervenció diària podeu posar l'accent a promoure la importància dels aprenentatges al llarg de la vida i de l'ocupació del temps amb activitats significatives per a cada persona, ja sigui en l'àmbit laboral, ocupacional o d'oci.

#### Mesures i suports educatius en l'educació obligatòria

##### Decret 150/2017 per a un sistema educatiu inclusiu

Podeu consultar el Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, en aquest enllaç: [tinyurl.com/ybz325fq](http://tinyurl.com/ybz325fq).

El 17 d'octubre del 2017 es va publicar el Decret 150/2017, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, per tal de millorar la normativa que garanteix la inclusió de tota persona en el sistema educatiu. En aquest decret es defineixen les categories de necessitats de mesures i suports educatius que requereix qualsevol persona que es trobi en una situació desavantajosa. Les mesures fan referència a les accions i actuacions, i els suports engloben els recursos personals, metodològics i materials i els ajuts contextuals. Es parla de tres tipus de mesures i suports educatius: universals, addicionals i intensius. Vegem-los detingudament:

- Les **mesures i els suports universals** s'adrecen a tots els alumnes i els apliquen tots els professionals del centre.

Són accions preventives i proactives que permeten flexibilitzar el context d'aprenentatge, proporcionen a l'alumnat estratègies per facilitar l'accés a l'aprenentatge, la socialització i la participació, i garanteixen l'aprenentatge significatiu i la convivència, generant benestar i compromís per part de tota la comunitat educativa.

- Les **mesures i els suports addicionals** han de garantir la màxima participació en les accions de l'aula i del centre i han de vincular-se a les mesures i els suports universals del centre. s preveuen aquestes mesures per a l'alumnat amb circumstàncies personals singulars o de vulnerabilitat -permanents o transitòries- o amb risc d'abandonament escolar prematur.

Són actuacions que permeten ajustar la resposta pedagògica de forma flexible i temporal, focalitzant la intervenció educativa en aquells aspectes del procés d'aprenentatge i desenvolupament que poden comprometre l'avenç personal i escolar d'alguns alumnes.

- Les **mesures i els suports intensius** volen aconseguir la màxima participació de l'alumnat NESE a les accions educatives del centre i l'aula, i s'han d'afegir a les mesures universals i addicionals. Les duen a terme docents i personal d'atenció educativa, especialment mestres d'educació especial,



mestres d'audició i llenguatge, professionals d'orientació educativa i professionals de suport educatiu.

Són actuacions extraordinàries que permeten ajustar la resposta educativa de forma transversal, amb una freqüència regular i sense límit temporal.

Les mesures i els suports addicionals i intensius són les que requeriran **en major nombre** les persones amb diversitat funcional intel·lectual. Amb aquestes mesures i suports es treballen aspectes d'autonomia i vida diària, les habilitats socials, l'autodeterminació i la generalització dels aprenentatges, i alhora empren metodologies de treball més adequades (utilitzen rutines, modelatge sistemàtic, adapten materials, utilitzen suports visuals, sistemes de comunicació alternatius, etc.). És en el pla de suport individualitzat (PI) on es recullen les mesures i els suports necessaris que requereix l'alumne i també la seva planificació i avaluació.

#### Aspectes que treballen les mesures i els suports addicionals i intensius

- **Autonomia i vida diària:** reconèixer quan no es troba bé, anar al lavabo, la higiene personal, prendre els àpats, cura dels seus objectes personals i dels materials de l'aula (que no els perdi, que els endreci al seu lloc, que els cuidi), fer càrrecs (com regar les plantes o parar taula) o rutines a l'aula (pujar cadires, esborrar la pissarra, escriure la data...), desplaçar-se pels espais del centre (recorreguts clars, rutinaris), orientació en el temps i dins del curs i horari escolar (anticipació als canvis, suports gràfics per a les nocions temporals bàsiques, els dies, les estacions...).
- **L'autodeterminació:** potenciar demanar-li o fer-li activitats amb èxit garantit. Fer ús del reforç positiu. Que puguin triar, decidir, participar del seu aprenentatge, ús d'aplicacions per a dispositius mòbils.
- **Les habilitats socials:** practicar amb situacions quotidianes del centre educatiu, incrementar les relacions amb els iguals, treballar amb estratègies metodològiques que fomenten les relacions (treballs cooperatius, apadrinament lector, per racons, tallers intercicles).
- **Generalització dels aprenentatges:** treballar els aprenentatges en contextos al màxim de naturals i reals possibles, descompondre l'execució de la tasca en passos petits i seqüenciats, o fer tasques curtes en el temps.

## Formació permanent

La formació permanent o al llarg de la vida inclou la **formació ocupacional**, l'**educació superior** i tota l'oferta formativa no reglada, que pot anar des de cursos d'idiomes fins a aprendre a tocar un instrument, pintar, cuinar... És important que tingueu en compte que qualsevol tipus de formació ha d'estar adaptada seguint els principis de l'accessibilitat universal perquè totes les persones hi puguin accedir, i caldrà afegir, si és necessari, mesures i suports per garantir la igualtat d'oportunitat en l'accés a qualsevol tipus de formació i aprenentatge.

En aquest sentit, es parla d'adaptacions d'accés i suports i també de les adaptacions curriculars que tenen la finalitat d'objectivar les maneres d'organitzar les activitats, disposar els instruments, seleccionar els continguts i implementar les metodologies més apropiades per atendre les diferències individuals de l'alumnat. Com a professionals d'atenció directa sempre haurem de motivar i promoure els aprenentatges al llarg de la vida, promovent els interessos personals i buscant tots els recursos i serveis possibles.

Podeu ampliar informació sobre la formació postobligatòria en la secció "Annexos" del web del mòdul.

Els centres educatius han de **complir les normes d'accessibilitat universal** per garantir la no-discriminació segons el que disposa la Llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no-discriminació i accessibilitat universal (LIONDAU), integrades totes dues en el Reial decret legislatiu 1/2013.

## Temps lliure

La majoria de persones amb diversitat funcional intel·lectual ocupen el seu temps lliure amb les activitats planificades als centres residencials on viuen, als mateixos centres ocupacionals on van durant el dia o bé amb la seva família, de manera que gairebé sempre es mouen en el mateix entorn i amb les mateixes persones. En alguns casos, l'oferta no respon als seus interessos i provoca un grau d'avorriment important. En molt poques ocasions participen en activitats d'oci inclusiu, és a dir, no sempre tenen accés a l'oferta d'oci general, ja sigui per dificultats d'accessibilitat, per barreres o estereotips socials, perquè no compten amb el suport de les famílies, etc.

Encara que en algunes ocasions necessitin certa **supervisió o ajuda** per part d'un professional, no se'ls pot negar el dret a decidir, a triar les activitats que volen fer, partint dels seus interessos i de les seves necessitats. En aquest sentit, cal reivindicar el dret a l'oci en comunitat, afavorint la inclusió en serveis i programes d'oci comunitari. Cada vegada existeixen més bones pràctiques que treballen per donar resposta a les necessitats i els interessos de cadascú, dissenyant una oferta personalitzada i oferint un ventall més ampli d'experiències, aprofitant l'oferta de l'entorn, com es pot veure en la iniciativa d'aquesta sala de festes d'obrir les seves portes un dissabte al mes al col·lectiu de persones amb diversitat funcional, tot i que encara faltaria un pas per arribar a ser oci inclusiu quan no calgués diferenciar horaris per a un col·lectiu determinat.

### **Fem Festa: la primera discoteca per a disminuïts físics i psíquics**

El servei Fem Festa està dedicat i pensat completament per a aquelles persones amb certa discapacitat física i/o psíquica.

Fem Festa és una discoteca que s'obre normalment (amb algunes excepcions) cada segon dissabte del mes de 16:30 h a 20:00 h per a gent amb discapacitat intel·lectual, on aquestes persones poden passar-s'ho bé i conèixer gent nova amb una música molt variada i completament al gust del públic: pop, dance, electrolatí, música dels vuitanta i dels noranta, balls de saló, reggaeton, rock i un llarg etcètera, i acceptant peticions.

Hi participa la nostra gran sala Fred Astaire i l'Associació l'Estel, amb la col·laboració de l'Ajuntament de Terrasa, Luika i Promobilitat.

En trobareu més informació al seu web: [saladefestes.es/fem-festa/inf-general](http://saladefestes.es/fem-festa/inf-general)

### 2.1.5 Promoció de l'afectivitat sexual

Atendre l'afectivitat sexual de les persones amb diversitat intel·lectual és un aspecte que durant molt temps s'ha considerat tabú i no s'ha abordat de manera directa. Moltes de les persones amb diversitat funcional intel·lectual viuen amb els seus familiars o bé en residències, llars o pisos tutelats, fet que genera més dificultats a l'hora de fer la intervenció.

En termes generals, la *Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual* (Félix López, 2011) parla d'una **intervenció professional** que ha de tenir en compte els següents aspectes:

- És la mateixa persona amb diversitat funcional la que ha de manifestar els seus desitjos i ha de prendre les pròpies decisions.
- Tot el procés ha de centrar-se en les capacitats o potencialitats de la persona amb diversitat funcional intel·lectual.
- S'ha d'intentar involucrar la família o el tutor legal en el procés.
- El professional ha de ser mediador.
- S'ha de mantenir la confidencialitat i respectar la intimitat.

L'atenció en una residència, llar o pis tutelat és més complicada que en la pròpia llar per aspectes com ara:

- **Respectar la intimitat.** És difícil que es pugui fer efectiu de manera plena, ja que tot i que la persona té la seva habitació, moltes vegades és compartida. Per aquesta raó és imprescindible que els centres estiguin planificats per tal que les persones que hi viuen puguin disposar d'una habitació individual o doble, i que el mobiliari de les habitacions individuals permeti que s'hi pugui quedar a dormir una altra persona en situacions excepcionals. Si no hi ha la possibilitat de mantenir relacions afectives sexuals en habitació pròpia o el centre no disposa d'una habitació privada, caldrà donar orientació i suport per trobar un espai fora del centre (hotel, habitatge d'un familiar, etc.).
- **Acceptar o rebutjar demandes dels usuaris.** La decisió d'aprovar o rebutjar demandes que poden resultar controvertides o que afecten altres persones ha de ser presa per l'equip interdisciplinari i la persona afectada i el tutor en el cas de les persones tutelades. La demanda s'ha d'atendre amb sensibilitat i s'han de poder donar raons plausibles i comprensibles de la negativa. Cal pensar que la majoria de relacions sexuals comporten un benefici.
- **Acceptar l'objecció de consciència dels professionals del centre.** Hi ha professionals que consideren que el suport en l'afectivitat sexual dels usuaris afecta objectivament la seva moralitat i traspasa els límits de les

'Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad...'

Podeu descarregar la guia de Félix López en el següent enllaç: [tinyurl.com/ycwkrhqa](http://tinyurl.com/ycwkrhqa).

funcions. Per aquesta raó, el suport consisteix a facilitar el contacte de serveis especialitzats com ara sexòlegs o terapeutes sexuals.

- **Accedir als serveis sexuals de pagament.** La demanda de suport per accedir aquests serveis sexuals és una qüestió complexa i genera conflicte pel fenomen en si de la prostitució. Hi ha persones que consideren que és una professió com una altra, mentre que d'altres la consideren una explotació sexual que cal abolir. Cal saber els límits sobre el que es pot considerar prostitució i allò que ja no s'hi pot considerar, en la manera d'exercir-la o en el perfil de les persones que s'hi dediquen.

A **nivell familiar** també cal fer una intervenció, tant si la persona usuària viu amb els familiars com si no. La família és un element que posa limitacions en l'exercici de l'afectivitat sexual del seu familiar; normalment posa aquestes limitacions perquè vol protegir, o bé perquè té por, per desconeixement o bé per actituds i valors morals i de creences. En aquests casos, el professional, sota l'autorització de la persona usuària, ha de fer una intervenció per tal que la família reconegui la sexualitat i accepti la demanda del seu familiar i hi doni suport.

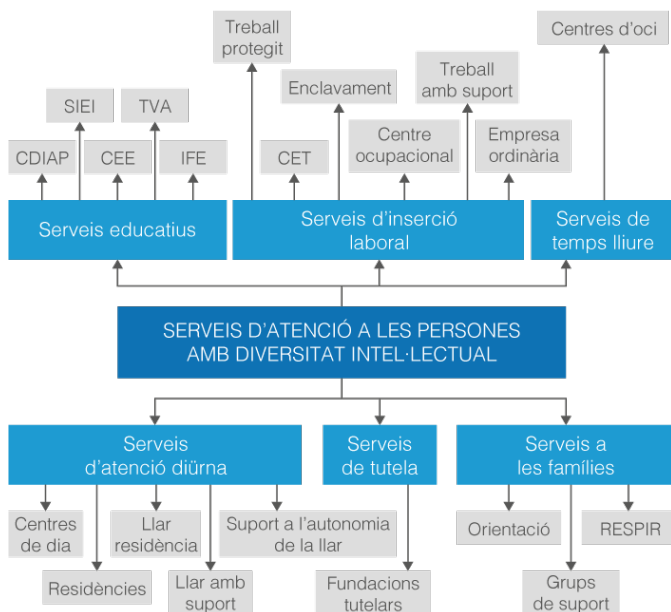
El **treball educatiu** com a prevenció primària és fonamental per poder tenir una bona afectivitat sexual. Per aquesta raó, des de la Federació Dincat s'ha editat la guia *La salud sexual. Claves para disfrutar de unos hábitos sexuales sanos y placenteros*, on es pot trobar informació sobre la salut, els drets, la relació i les emocions amb els altres, la prevenció de riscos, el plaer personal, la detecció de disfuncions sexuals i malalties, la manifestació de drets i el rebuig als abusos.

Aquesta guia s'ha elaborat perquè les persones amb diversitat funcional tinguin eines per abordar una vida sexual sana i positiva, i també és útil per a les persones que treballen l'àmbit de l'educació sexual.

## 2.2 Serveis d'atenció a les persones amb DFI

Actualment, a Catalunya els serveis destinats a persona amb diversitat funcional intel·lectual (DFI) estan gestionats bé per l'Administració pública, bé per entitats i fundacions privades. En la figura 2.1 es pot veure una classificació d'aquests serveis.

**FIGURA 2.1.** Serveis d'atenció a les persones amb diversitat intel·lectual



### 2.2.1 Serveis d'educació

La persona amb diversitat funcional intel·lectual pot rebre diversos serveis d'ensenyament, tant en l'etapa obligatòria d'educació com en l'etapa postobligatòria; en la taula 2.1 es presenten de manera esquemàtica.

**TAULA 2.1.** Serveis d'educació

Servei	Edat	Tipus d'escolarització	Etapa d'ensenyament
CDIAP (centre de desenvolupament infantil i atenció precoç)	0-6 anys	No vinculat a l'escolarització	Estimulació primerenca
SIEI (suport intensiu per a l'escolarització inclusiva)	3-16 anys	Ordinària	Etapa obligatòria
CEE (centre d'educació especial)	3-16 anys	Especial	Etapa obligatòria
TVA (transició a la vida activa)	16-21 anys	Especial	Etapa postobligatòria
IFE (itinerari formatiu específic)	16-21 anys	Ordinària	Etapa postobligatòria

#### Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)

Malgrat que és un servei que pertany al Departament de Treball, Afers socials i Famílies, es pot considerar un servei complementari a l'educació de l'infant amb diversitat funcional intel·lectual per la tasca que desenvolupen i la importància de la seva intervenció en l'evolució i l'aprenentatge de l'infant.

És un servei que s'adreça als infants d'entre 0 i 6 anys que presenten algun trastorn en el seu desenvolupament. Un equip de professionals els atén per tal de promoure i estimular al màxim les seves funcions motrius, cognitives, comunicatives i relacionals, amb l'objectiu de promoure la seva autonomia.

## Suport intensiu per a l'escolarització inclusiva (SIEI)

Els suports intensius per a l'escolarització inclusiva (SIEI, abans USEE, unitats de suport educatiu especial) són dotacions extraordinàries de professionals que s'incorporen a les plantilles d'escoles i instituts com a recursos intensius per atendre els alumnes amb necessitats educatives especials que ho necessitin. Contribueix a l'escolarització ordinària dels alumnes amb necessitats educatives especials (NESE) i va destinat als alumnes escolaritzats des de de 2n cicle educació infantil fins a 4t d'ESO.

L'atenció dels alumnes que reben aquest suport és responsabilitat de tot l'equip docent i en concret del tutor del grup de referència; l'alumne ha d'anar al seu grup de referència, i és aquest espai que ha d'adaptar-se a les seves necessitats.

### Testimoni d'una professional del SIEI

Visualitzeu el vídeo *La prioritat és l'alumne amb necessitats especials però som un suport per a tota l'aula*, on es parla dels professional del SIEI de l'IES Doctor Puigvert i on es veu el funcionament del recurs.

[tinyurl.com/y9juwttts](https://tinyurl.com/y9juwttts)

## Centres d'educació especial (CEE)

Els centres d'educació especial s'adrecen a alumnes amb necessitats educatives alternatives causades per superdotació o per diversitats físiques o intel·lectuals.

Els infants amb diversitat, sempre que es valori positivament, han d'ésser integrats en centres d'educació ordinària; segons el Decret 150/2017, de 17 d'octubre, del Departament d'Ensenyament, un dels principis fonamentals del sistema educatiu català és la cohesió social i l'educació inclusiva.

L'atenció educativa de tots els alumnes es regeix pel **principi d'escola inclusiva**. Els projectes educatius dels centres han de considerar els elements curriculars, metodològics i organitzatius per a la participació de tots els alumnes en els entorns escolars ordinaris, independentment de llurs condicions i capacitats.

Si durant l'etapa obligatòria (6-16 anys) no és possible l'escolarització en un centre ordinari han de matricular-se en un centre d'educació especial (CEE).

L'atenció de les necessitats educatives dels infants escolaritzats en centres d'educació especial comporta l'aplicació de **programes curriculars diferenciats** i/o adaptats dels ordinaris, en els quals es prioritzen, fonamentalment, continguts referents a:

- L'adquisició de l'autonomia personal i social.
- El desenvolupament de les actituds i capacitats de comunicació interpersonal.

- L'adquisició d'hàbits, destreses i coneixements bàsics per tal de facilitar la comprensió de la realitat més immediata en la mesura de les possibilitats de cadascun dels alumnes.

#### Treball diari d'una escola d'educació especial

Visualitzeu el vídeo *Guimbarda, Escola d'Educació Especial i centre de dia*, que mostra la manera com s'ha de treballar amb persones amb diversitat funcional intel·lectual.



[https://www.youtube.com/embed/3HmOU\\_fV2Vg?controls=1](https://www.youtube.com/embed/3HmOU_fV2Vg?controls=1)



### Programes de transició a la vida adulta (TVA)

Els programes de transició a la vida adulta van destinats al noies i noies de 17 a 21 anys que cursen l'etapa educativa postobligatòria en centres d'educació especial. Tenen la finalitat d'afavorir l'adquisició d'habilitats funcionals que facilitin, a les persones que els segueixen, participar, de la manera més autònoma possible, en els diversos contextos on es desenvoluparà la seva vida adulta. En aquests programes, els continguts es treballen de manera aplicada en situacions de la vida real.

#### Els alumnes de transició a la vida adulta de l'Escola Àuria fan pràctiques a diverses empreses

El programa de formació per a TVA està destinat a alumnes amb necessitats educatives especials que cursen l'etapa educativa postobligatòria en centres d'educació especial, i la conformen alumnes de 17 a 21 anys.

Els **objectius principals** a treballar en el programa de transició a la vida adulta són:

1. Desenvolupar i consolidar les habilitats físiques, cognitives, comunicatives i afectivosocials que contribueixen a potenciar l'autonomia personal.
2. Fomentar la participació en els contextos de la vida adulta: domèstic, ús dels serveis públics, comerç, oci i temps lliure, entre d'altres.
3. Consolidar els aprenentatges adquirits en l'ensenyament bàsic obligatori, especialment pel que fa a les habilitats comunicatives i numèriques, el raonament i la resolució dels problemes de la vida quotidiana.
4. Potenciar hàbits relacionats amb la salut, la seguretat personal, l'equilibri afectiu i la relació amb els altres en diferents entorns socials i laborals.

D'aquests objectius se'n deriven d'altres de més específics, distribuïts en **tres àmbits de treball**:

- Àmbit d'autonomia personal
- Àmbit d'integració social i comunitària
- Àmbit de formació, d'orientació personal, laboral i tutoria.

És en aquest tercer àmbit en el qual situem l'objectiu de formar-los per accedir a la vida laboral, ja sigui adaptada o no. Durant els cursos de TVA ja fem diverses activitats dirigides a aconseguir certes habilitats laborals a través de participació en tallers, tasques de manteniment, arranjaments diversos i producció dins la nostra escola. Des de fa uns cursos, però, també porten a terme pràctiques laborals en empreses fora de l'escola. Això vol dir que entren en el món laboral d'una manera real, pel fet que fins i tot hi ha un contracte signat, amb l'horari que cal complir, les normes que cal seguir... A més, en alguns llocs els cal dur el vestuari d'empresa i fixar en entrar i en sortir. Han de ser capaços de desenvolupar-se sols en situacions diverses i seguir els passos de la tasca que han de dur a terme. Així mateix, han d'utilitzar maquinària específica, eines i objectes adients en cada cas tenint presents, a més, les normes d'higiene i prevenció de riscos corresponents en cada cas.

Els alumnes aprenen les tècniques i dinàmiques pròpies de diversos entorns laborals fent una feina específica en cadascun d'ells. No es tracta tan sols de resoldre una tasca en si, sinó també de tenir un tracte adequat amb persones fora de l'escola, ser autònoms per desplaçar-se a l'empresa corresponent i ser responsables amb la puntualitat, l'ordre i les demandes que els fan. Es troben en situacions noves en les quals els cal demanar ajuda si cal, veure si han comès algun error i mirar de ser eficients, és a dir, fer la feina ben feta i a un ritme adequat.

Els **beneficis** d'aquesta proposta, i que es corresponen amb els objectius que ens hem proposat, són diversos:

1. L'aplicació de les habilitats comunicatives i numèriques a les situacions de la vida quotidiana.
2. Aplicació de la capacitat de raonament i ús dels aprenentatges en la resolució de problemes de la vida diària.
3. Augment de l'autonomia i disminució de la dependència de l'adult.
4. Apropiació progressiva de la pròpia biografia personal i connexió amb expectatives de futur realistes.
5. Desenvolupament de la responsabilitat i la capacitat de col·laboració i ajuda per mitjà de tasques i rols d'acord amb l'edat.
6. Augment de la capacitat de triar entre opcions conegudes, constatació de les pròpies capacitats i realització de les activitats en un ambient que afavoreix la seguretat personal i l'equilibri afectiu.
7. Adquisició d'hàbits personals relacionats amb el treball que afavoreixen l'autonomia laboral i la capacitat d'adaptació a les diferents situacions de treball.

Aquests i molts d'altres són els avantatges que en podem obtenir. Aquesta nova porta oberta al món dels adults els ajuda a disposar de nova informació sobre les diferents possibilitats d'inserció laboral per tal que puguin fer-se una idea realista del seu propi futur. Amb aquest projecte de pràctiques obtenen un visió més clara del que representa el pas pel món laboral i, d'aquesta manera, els ajudem, en la mesura del possible, perquè siguin capaços d'elaborar-se un projecte de futur basat en criteris de realitat.

[tinyurl.com/ycnxscv6](https://tinyurl.com/ycnxscv6)

## Itinerari formatiu específic (IFE)

Els itineraris formatius específics són ensenyaments professionals adreçats a alumnes d'entre 16 i 20 anys (durant l'any natural que inicien l'itinerari) amb necessitats educatives especials associades a una diversitat intel·lectual lleu o moderada i que no es troben en disposició de seguir la formació professional ordinària.



Els itineraris tenen una durada de quatre anys, i inclouen continguts professionalitzadors i continguts relacionats amb el desenvolupament d'habilitats personals i socials dels alumnes. La seva finalitat és que els alumnes incrementin la seva autonomia personal i assolixin les competències professionals que els facilitin la transició a la vida adulta i la inclusió social i laboral.

#### **Experiència d'una activitat realitzada per l'IFE de l'institut de Mollerussa**

En el següent enllaç trobareu un vídeo on es mostra l'experiència que van fer el grup de nois i noies de l'IFE de Mollerussa amb les escoles del mateix municipi. L'educadora de l'IFE explica breument com treballen: [tinyurl.com/y9foo5jg](https://tinyurl.com/y9foo5jg).

### **2.2.2 Serveis d'inserció sociolaboral**

El Reial decret legislatiu 1/2013, que aprova la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social, garanteix el dret a la igualtat d'oportunitats i tracte per part de les persones amb diversitat en igualtat de condicions respecte als altres ciutadans, establint accions protectores en diversos àmbits com ara la salut, l'educació o l'ocupació.

En l'àmbit de l'ocupació, regula el tipus de feina en què les persones amb diversitat poden exercir el seu dret al treball a través de **tres categories**:

- L'ocupació ordinària (ocupació amb suports)
- L'ocupació protegida (centres especials de treball, enclavaments laborals i centres ocupacionals)
- L'ocupació autònoma

En aquest apartat es fa referència a l'ocupació amb suports i a l'ocupació protegida. Segons el grau de diversitat i nivell d'autonomia, la persona pot treballar o ocupar el seu temps en **diferents centres**, tal com es pot veure en la taula 2.2:

- Centres especials de treball (CET)
- Centres ocupacionals (CO)
- Serveis d'inserció laboral (SOI)

**TAULA 2.2.** Models de treball per a persones amb diversitat intel·lectual

Lloc de treball	Grau de diversitat	Modalitat
Empresa ordinària	-33%	Treball amb suport
Centre especial de treball (CET) i enclavament	+33%	Treball protegit, amb finalitat productiva
Centre ocupacional (CO)	+65%	Treball protegit, finalitat terapèutica i activitats d'ajust personal i social

## L'ocupació amb suports (ocupació ordinària)

És un model d'inserció laboral que té com a objectiu la incorporació a l'empresa ordinària dels col·lectius de persones amb limitacions físiques, psíquiques, mentals o sensorials.

Es fa un seguiment acurat del treballador que s'ajusta a les seves necessitats personals a través d'una metodologia estructurada i basada a donar un bon suport en tots els àmbits amb l'objectiu d'ajudar al manteniment de la feina. Normalment, la tasca de seguiment que fa el professional té un temps limitat; en alguns casos pot ser que el suport s'allargui en el temps i es mantingui per a tota la vida laboral de la persona.

Els serveis d'**ocupació amb suport** són el conjunt d'accions d'orientació i acompanyament individualitzat en el lloc de treball per tal de facilitar l'adaptació social i laboral en l'empresa ordinària, poder mantenir-s'hi i poder promocionar, amb el suport de professionals o amb altres tipus de suport que requereixi.

Podeu aprofundir en la metodologia del treball amb suport, les tres fases d'intervenció i altres aspectes referents a les necessitats laborals en l'apartat "Annexos" del web del mòdul.

### Accents en l'aplicació de la metodologia de l'ocupació amb suports

- Es considera imprescindible la fase de suport en el procés de transició a la vida activa/reincorporació al mercat laboral. Moltes d'aquestes persones no tenen consciència de què significa treballar, ja sigui en un centre especial de treball o en una empresa ordinària. La seva motivació i expectatives estan poc ajustades a la realitat.
- Cal destinar un suport i un acompanyament més presencial, que posi l'èmfasi en els aprenentatges cognitius i instrumentals, en el desenvolupament de l'autonomia funcional i en l'etapa prèvia formativa.
- Tenen una gran necessitat de formació en habilitats instrumentals i socials: els manca tant si venen de l'escola com si són persones adultes.
- La presència del preparador laboral de manera constant durant les pràctiques és clau.
- El treball amb les famílies és molt important (per exemple, perquè deixin de sobreprotegir-los i en promocionin l'autonomia), però aquest aspecte dependrà de cada persona.
- En el moment inicial de la incorporació a l'empresa, les persones amb discapacitat intel·lectual necessiten més temps (presència tècnica *in situ*) per assolir els aprenentatges i l'adaptació. Una vegada la persona ja coneix l'empresa i ha après la feina (i considerant que no hi ha altres trastorns afegits i és estable pel que fa al comportament) se'n poden anar espaiant progressivament els seguiments.

Font: *El Treball amb suport a Catalunya: document marc.* (2009). Generalitat de Catalunya, Dpt. de Treball. ([tinyurl.com/y3ytuff5](http://tinyurl.com/y3ytuff5)).

## L'ocupació protegida

Segons la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social, l'ocupació protegida inclou els centres especials de treball, els enclavaments laborals i els centres ocupacionals.

Els **centres especials de treball (CET)** són empreses que desenvolupen una activitat productiva de bens o serveis en els quals el 70% de la plantilla, com a mínim, la configuren treballadors amb diversitat.

L'objectiu d'aquests centres és productiu, com el de qualsevol altra empresa, però la seva funció és social. Els CET tenen com a finalitat assegurar un lloc de treball remunerat i la prestació dels serveis d'ajustament personal i social que requereix el personal amb discapacitat. Els CET també són un mitjà d'integració de persones amb discapacitat en el règim de treball ordinari.

Per la seva banda, els **enclavaments laborals** són una forma de facilitar el trànsit d'un centre especial de treball a l'empresa ordinària. Reglamentàriament s'han d'establir les seves característiques i condicions.

L'objectiu principal és que les persones amb diversitat puguin gaudir de tots els drets constitucionals com la resta dels ciutadans. En resum, es pretén:

- Afavorir el pas de les persones amb discapacitat des dels CET fins al mercat ordinari de manera estable.
- Que l'empresa ordinària conegui millor les capacitats i aptituds dels treballadors amb diversitat.
- Facilitar a les empreses amb més de 50 treballadors el compliment de la reserva del 2% per a persones amb diversitat.

Els **centres ocupacionals (CO)** són equipaments d'acolliment diürn que ofereixen atenció rehabilitadora i habilitadora a persones amb diversitat intel·lectual en edat laboral la diversitat de les quals els impedeix integrar-se laboralment de forma provisional o definitiva.

L'objectiu dels CO és capacitar les persones beneficiàries perquè aconseguixin la màxima integració social a través de l'ocupació activa. Els serveis que ofereixen són:

- **Activitats adaptades a les necessitats i els desitjos de les persones:** inclou activitats com l'estimulació multisensorial, l'esport, la psicomotricitat, el lleure, el treball terapèutic, etc.
- **Servei de teràpia ocupacional (STO):** és l'alternativa a la integració laboral d'aquelles persones que no poden incorporar-se al centre especial de treball ni al món laboral ordinari.
- **Servei ocupacional d'inserció (SOI):** ofereix aprenentatges perquè en un futur pròxim les persones amb diversitat intel·lectual puguin obtenir un lloc de treball. Els serveis d'inserció laboral són una alternativa a la integració laboral d'aquelles persones amb diversitat intel·lectual que, tot i que tenen aptituds laborals i productives, encara no es poden incorporar als centres especials de treball per manca de formació laboral o d'oferta de treball. Per tant, aquests serveis esdevenen un pas intermedi entre els centres ocupacionals i els centres especials de treball. Les persones

usuàries del SOI no tenen contracte laboral ni perceben cap salari, sinó que l'activitat pretén mantenir i estimular les capacitats laborals mentre esperen l'oportunitat d'incorporar-se a una activitat remunerada.

### 2.2.3 Serveis d'atenció diürna i residencials

En aquest punt es fa referència a tot el conjunt de recursos que la societat ha generat per tenir cura de les persones amb diversitat intel·lectual que no poden ser ateses pels seus familiars. És a dir, podreu trobar els diferents tipus d'unitats convivencials que ha generat la nostra societat com a substitució de la unitat convivencial per excel·lència, la família. Són els següents:

- **Centres de dia d'atenció especialitzada:** servei d'acolliment diürn per a persones que tenen una manca total d'independència personal i necessiten controls mèdics i periòdics i una atenció assistencial permanent. Aquests centres tenen cura dels aspectes sanitaris i rehabilitadors de les persones que assisteixen i vetllen perquè assoleixin el màxim grau d'autonomia personal i d'integració social possible dins de les seves limitacions.
- **Residències:** per a persones amb diversitat intel·lectual amb necessitats de suport extens i generalitzat. Des d'aquest recurs es gestiona tota l'activitat diària de la persona, és a dir, s'atén la persona les 24 hores, tot i que es fa des d'espais diferenciats d'ocupació diürna i d'habitatge.
- **Llars residència:** per a persones amb diversitat intel·lectual amb necessitats de suport intermitent, limitat, extens i generalitzat, amb un grau igual o superior al 33%. L'atenció es complementa amb l'ocupació diürna. Les característiques de l'habitatge són molt semblants a les d'una llar convencional.

#### Diferències entre una llar residència i una residència

La principal diferència és que, bàsicament, a una llar residència els i les residents passen bona part del dia fora del centre, als recursos ocupacionals o laborals, de manera que l'atenció dels professionals serà a partir de mitja tarda, nit i matí, en el moment de despertar-se i esmorzar. Mentrestant, a les residències l'atenció és les 24 hores. Pel que fa al nombre de persones que hi conviuen, les llars residències tenen menys places. La darrera diferència és en relació amb el nombre i l'especialització de professionals que hi treballen, en el cas de les residències l'equip de professionals és més ampli i hi ha més especialistes.

- **Llar amb suport o pis tutelat:** servei que s'adreça a persones amb diversitat intel·lectual d'entre divuit i seixanta-cinc anys amb un bon grau d'autonomia personal però que necessiten un cert suport quan les seves circumstàncies personals, socials i familiars ho fan aconsellable.

La prestació es desenvolupa en un habitatge ordinari, integrat a l'entorn comunitari, que constitueix el domicili habitual de les persones usuàries, que tenen el suport o la supervisió d'un professional només en algunes tasques i determinats moments al dia.

### Experiència d'un habitatge tutelat

En el següent vídeo podreu veure el dia a dia d'una llar amb suport.



<https://www.youtube.com/embed/QjmM8w8FjPU?controls=1>



- **Suport a l'autonomia a la pròpia llar:** aquest servei ofereix orientació i suport a les persones amb diversitat intel·lectual que viuen soles, en parella o conviuen amb altres persones (màxim, quatre) i que presenten determinades necessitats o tenen carències que no poden satisfer elles mateixes. El seu objecte d'intervenció és contribuir al desenvolupament de la persona en les activitats de la vida diària, tant a la seva llar com a la comunitat, per possibilitar-ne l'autonomia. La tinença de la llar pot correspondre a la mateixa persona usuària, a una de les persones usuàries o a l'entitat prestadora del servei.

## 2.2.4 Serveis de temps lliure

Encara que el dret al lleure està reconegut de manera formal, és a dir, per a totes les persones, segons estableix l'article 24 de la Declaració dels Drets Humans de l'ONU, continuen existint barreres per a persones amb diversitat intel·lectual que volen gaudir de l'oferta d'oci, com per exemple actituds negatives o difícil accessibilitat a espais físics.

“L'oci i la participació comunitària són una de les principals eines d'inclusió social, perquè es comparteixen espais lúdics i de vacances amb la ciutadania”.

Dincat: Associació Empresarial d'Economia Social ([www.aeesdincat.cat](http://www.aeesdincat.cat)).

Quan es parla del dret a l'oci de les persones amb diversitat s'acostuma a pensar en activitats dirigides, com poden ser esplais o centres d'oci. Tot i així, en aquests últims anys s'ha desenvolupat cada cop més el concepte de l'**oci autònom**, en el qual es dona suport logístic a unes persones que poden fer activitats per si soles.

Per altra banda, trobem els **centres destinats al lleure i l'oci** o, simplement, **centres d'oci**. Estan destinats a persones amb diversitat intel·lectual majors de 16 anys i sense mobilitat reduïda que, a través d'oci de qualitat i d'autogestió, poden millorar les seves condicions de vida i amb elles la seva inclusió social.

Als centres d'oci les activitats es fan durant el cap de setmana i s'organitzen activitats d'oci i culturals pròpies de les persones, com sortides al cine, concerts, berenars, tallers, participació en festes majors i activitats amb altres centres. Les activitats són proposades pels mateixos usuaris cada final de curs i es valoren

### Fundació Ludàlia

És una entitat que treballa per normalitzar l'oci i la cultura per a persones amb diversitat intel·lectual. El seu objectiu és “compartir amb la societat les diferents capacitats d'aquestes persones i el seu dret a l'oci i la cultura mitjançant activitats i projectes inclusius”. Les activitats que desenvolupen són diverses: teatre, fotografia, dansa, informàtica, etc. En trobareu més informació al seu web: [www.ludalia.com](http://www.ludalia.com).

professionalment per veure si són viables i, així, dissenyar el pla d'activitats d'oci que se seguirà durant els mesos següents.

## 2.2.5 Serveis destinats als familiars/cuidadors no professionals

Els familiars en general i els cuidadors no professionals responsables de tenir cura de les persones amb diversitat intel·lectual necessiten suports i recursos que els puguin proporcionar ajuda quan la necessiten.

La majoria d'entitats que treballen amb les persones amb diversitat intel·lectual ofereixen un servei d'**orientació a l'atenció a les famílies** que està dirigit a famílies de persones amb diversitat intel·lectual i, des d'una perspectiva global, té la finalitat de fomentar el seu benestar i qualitat de vida a través de l'orientació, la informació de recursos propis i externs i la promoció de programes i activitats de suport.

Altres serveis que s'ofereixen, i que les famílies utilitzen molt, són el respir i els grups de suport o ajuda mútua:

- **Serveis de respir.** És un programa de suport a les famílies cuidadores que ofereix estades temporals en règim residencial. Tenen l'objectiu de millorar la qualitat de vida de tots els membres de la família proporcionant-los un temps de descans i també donar resposta a situacions urgents imprevistes.
- **Grups de suport.** Es tracta de petits grups formats per familiars, normalment per pares i mares, per donar suport tant en la vessant personal com emocional (suport psicològic) a les famílies de les persones amb diversitat funcional intel·lectual.

Per mitjà d'aquests grups es canalitzen experiències similars en l'atenció a les persones (fills), i serveixen també per reduir l'aïllament social i per generar un fort sentiment de pertinença i solidaritat.

## 2.2.6 Servei de tutela

La tutela és la forma jurídica que, davant la manca de capacitat d'autogovern d'una persona, designa una altra, anomenada **tutor**, que té els següents drets i facultats:

- Vetllar pel tutelat, educar-lo, procurar-li aliments i una formació integral i, si escau, fer tot el que calgui per a la recuperació de la seva capacitat i per a la seva inclusió social.
- Representar el tutelat i administrar-ne els béns.
- La tutela pot ser exercida per una persona física (que sol ser un familiar) o per una persona jurídica (que sol ser una fundació sense ànim de lucre).

Les **fundacions tutelars** són entitats sense ànim de lucre que tenen com a principal objectiu la protecció de persones majors de divuit anys o persones incapacitades. La seva funció és la protecció integral de les persones incapacitades judicialment, en els termes que estableixi la resolució judicial corresponent, tant pel que fa a la seva persona com al seu patrimoni, i assegurar-ne el benestar moral i material.





# Persones amb diversitat funcional física

Núria Esteba Almuni

**Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència.**



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>5</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>7</b>
<b>1 Persones amb diversitat funcional física motriu</b>	<b>9</b>
1.1 Definició i conceptualització de la discapacitat	9
1.1.1 El model de prescindir	10
1.1.2 El model assistencial i rehabilitador	11
1.1.3 El model social	11
1.2 Tipus de diversitat funcional física	17
1.3 Característiques de les persones amb diversitat funcional física motriu	18
1.3.1 Classificació de la diversitat funcional motriu	19
1.4 Atenció a les persones amb diversitat funcional física motriu	21
1.4.1 Accessibilitat per a tothom	23
1.4.2 Determinació de facilitadors i productes de suport	25
1.4.3 Suport de tipus personal: l'assistent/a personal	26
1.4.4 Suport a cuidadors no professionals de les persones amb diversitat funcional física	28
1.5 Necessitats de les persones amb diversitat funcional motriu i productes de suport	29
1.5.1 Necessitat en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària	29
1.5.2 Necessitat de comunicació i ús de les tecnologies	34
1.5.3 Necessitat d'accessibilitat	37
1.5.4 Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral	43
1.5.5 Necessitat social, afectiva i d'oci	48
<b>2 Persones amb diversitat funcional física sensorial</b>	<b>55</b>
2.1 Persones amb diversitat funcional física sensorial visual	55
2.1.1 Característiques de les persones amb diversitat funcional visual	56
2.1.2 Atenció a les persones amb diversitat funcional visual	59
2.1.3 Necessitats de les persones amb DFV i pautes d'intervenció	65
2.2 Persones amb diversitat funcional física sensorial auditiva	79
2.2.1 Característiques de les persones amb diversitat funcional auditiva	80
2.2.2 Atenció a les persones amb diversitat funcional auditiva	82
2.2.3 Necessitats de les persones amb DFA i pautes d'intervenció	86
2.3 Persones amb sordceguesa	95



## Introducció

La diversitat funcional és una de les causes principals de dependència. Dins del col·lectiu de persones amb diversitat funcional, les persones amb diversitat funcional física, que és el col·lectiu que veureu en aquesta unitat, representa el 60% d'aquesta població.

La diversitat funcional física està dividida bàsicament en diversitat motriu i sensorial, i dins la sensorial, en visual i auditiva. Malgrat que sembli, doncs, que podem fer tres grans distincions d'aquest col·lectiu això no és així, perquè hi ha una gran diversitat de malalties, trastorns, afectacions o situacions que poden produir que una persona no tingui plena funcionalitat dels seus sentits o del seu sistema motriu. Això farà que cada persona segons les seves característiques, situació i entorn es vegi afectada d'una manera o d'una altra i visqui, entengui i afronti la situació d'una manera diferent.

Com a professionals haureu d'atendre aquesta gran diversitat, conèixer les afectacions, entendre les característiques personals i desenvolupar una acció individualitzada adaptada a les possibilitats de cadascú. La vostra intervenció com a tècnics en atenció a les persones en situació de dependència ha de ser la de vetllar perquè la persona pugui desenvolupar de la manera més autònoma possible totes les activitats derivades de les seves necessitats, per tal d'assolir una bona qualitat de vida i una participació com a ciutadà de ple dret, amb igualtat d'oportunitats.

En aquesta unitat coneixereu els tipus d'afectacions i característiques per tal de poder tenir aquesta intervenció personalitzada.

En el primer apartat, "**Persones amb diversitat funcional física motriu**" veureu, en primer lloc, la gran diversitat d'afectacions que poden produir una diversitat funcional motriu, i entindreu, així, les diferents característiques d'aquest tipus de col·lectiu. En segon lloc treballareu tots els tipus de suports, facilitadors i ajudes que es poden utilitzar per aconseguir adaptar-se al màxim a les característiques de cada persona i facilitar-li l'autonomia i la independència. I finalment aplicareu tots aquests coneixements per tal de satisfer els diferents tipus de necessitats que tenen les persones amb diversitat funcional motriu.

En el segon apartat, "**Persones amb diversitat funcional física sensorial**", treballareu cadascuna de les parts anteriors: diversitat d'afectacions i característiques, suports i facilitadors i tipus de necessitat, però centrats en el col·lectiu de persones amb diversitat funcional sensorial. En primer lloc estudiareu el col·lectiu de persones amb diversitat funcional visual i seguidament el col·lectiu de persones amb diversitat funcional auditiva, per acabar, finalment, amb una petita introducció a la sordceguesa.

Veureu també com s'ha arribat a aquest paradigma d'atendre la diversitat i al concepte de diversitat funcional, ja que durant anys les persones amb discapacitat

han estat estereotipades i sovint excloses socialment, se les ha tractat com a malalts o persones a les quals calia rehabilitar socialment.

En aquesta unitat, treballareu aquest canvi de paradigma cap a la diversitat, aquesta visió de que la discapacitat és relativa, en la mesura que depèn de l'entorn, un canvi de mirada que farà que la vostra intervenció com a professionals estigui centrada en la persona, per desenvolupar una metodologia de treball que fomenti l'autonomia i la independència i oferir una atenció integral de qualitat basada en el respecte a la dignitat de la persona.

Per assolir els objectius d'aquesta unitat, cal que feu els exercicis d'autoavaluació i les activitats proposades. En cas de dubte, podeu preguntar al fòrum de l'assignatura, ja que així us podran ajudar els vostres companys o el professor.

## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

**1.** Reconeix les característiques de les persones amb discapacitat física relacionant-les amb els nivells de dependència i l'ajuda requerida.

- Relaciona l'evolució del concepte de discapacitat física amb els canvis socials, culturals, econòmics i científicotecnològics.
- Caracteritza les malalties que poden causar discapacitat física per la seva influència en l'autonomia personal de la persona malalta.
- Relaciona els diferents tipus de discapacitat física amb les dificultats que impliquen en la vida quotidiana de les persones.
- Descriu les principals necessitats psicològiques i socials de les persones amb discapacitat física.
- Relaciona diferents tipologies i nivells de discapacitat física amb el grau de dependència i el tipus de suport necessari.
- Identifica els principis de la vida independent de la persona amb discapacitat física.
- Descriu les necessitats d'orientació i suport als cuidadors no professionals de la persona amb discapacitat física.
- Argumenta la importància de l'eliminació de barreres físiques per afavorir l'autonomia de les persones amb discapacitat física.
- Argumenta la importància de respectar les decisions i els interessos de les persones amb discapacitat física.
- Mostra seguretat en determinar els tipus de suport a la persona amb discapacitat i la seva família.





## 1. Persones amb diversitat funcional física motriu

La **diversitat funcional** engloba tres grans tipus de diversitat: la diversitat física, la psíquica i la sensorial. La diversitat funcional física és una de les causes principals de dependència. Per això, com a tècnics en atenció a les persones amb situació de dependència, haureu de conèixer bé els tipus de diversitats funcionals motrius que hi ha i quines característiques tenen. D'aquesta manera podreu dissenyar la vostra intervenció i determinar els suports més efectius personals per a cada usuari.

Conèixer cadascun dels **enfocaments i paradigmes** del concepte de discapacitat i de diversitat funcional us ajudarà a portar a terme la vostra tasca professional en aquest àmbit de la millor manera possible, vetllant per la satisfacció de les necessitats bàsiques de les persones amb diversitat funcional física des d'un posicionament que tingui en compte la seva intimitat, així com el dret a la pròpia presa de decisions i a l'**autonomia personal**, ajudant-les a tenir una vida independent de màxima qualitat.

### 1.1 Definició i conceptualització de la discapacitat

El 13 de desembre de 2006 es va aprovar la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, per la qual els governs que la signaven es comprometien a garantir-los. S'estableixen principis com ara el respecte i la dignitat, l'autonomia i la llibertat, la igualtat d'oportunitat i la no-discriminació, que han de centrar les bases de les polítiques i la gestió social dels països signants.

Així, s'entra en un **nou paradigma**, en el qual la discapacitat és relativa, en la mesura que depèn de l'entorn: "La discapacitat és el resultat de la individualitat (restriccions permanents) en relació amb les exigències que l'entorn planteja". Aquest punt és un pas important en la percepció del concepte de discapacitat, un canvi de mirada; i tot i que avui en dia la realitat encara està lluny de garantir tots els drets i les llibertats fonamentals de les persones amb discapacitat, s'ha de reconèixer que això és un gran avenç.

Però el camí fins arribar a aquest model, a aquest paradigma, ha estat ple de dificultats i menyspreu cap a les persones amb discapacitat. Històricament, la discapacitat ha estat estigmatitzada i lligada a diverses **formes d'exclusió social**: eliminació, aïllament, institucionalització o beneficència, fins ben entrat el segle XX.

La percepció, el concepte i la classificació de la discapacitat han evolucionat al llarg de la història, com també la visió que se'n tenia, que ha estat condicionada per les estructures sociopolítiques, econòmiques i culturals de la humanitat.

#### **Drets de les persones amb discapacitat**

Podeu consultar el text de la Convenció dels Drets sobre les Persones amb Discapacitat de les Nacions Unides, en el següent enllaç: [tinyurl.com/yyogxm98](http://tinyurl.com/yyogxm98).

La **percepció de la discapacitat** ha evolucionat al llarg del temps condicionada per les estructures sociopolítiques, econòmiques i culturals de la humanitat.

La visió que s'ha tingut de la discapacitat la podríem classificar en tres grans blocs, segons **tres models** de tractament que s'ha donat a les persones amb discapacitat al llarg de la història (A. Palacios; 2008): el model de prescindir, el model rehabilitador i el model social.

### 1.1.1 El model de prescindir

Aquest model se situa des de l'aparició de l'ésser humà a la prehistòria, fins a finals del segle XIX i començaments del XX, i és el model característic de l'**antiguitat clàssica** i de l'**edat mitjana**.

En aquest període de temps, es considera que les persones amb discapacitat no podien aportar res a la comunitat, al contrari, dificultaven el funcionament dels seus membres. Se suposava que la discapacitat tenia un motiu religiós, que els déus o els esperits s'havien enutjat i havien castigat d'alguna manera aquestes persones. Així que s'assumia que les vides de les persones amb discapacitat no tenien ni sentit ni valor i resultaven un obstacle per al bon funcionament del grup, i en conseqüència no valia la pena que visquessin, per tant se'n podia prescindir.

Hi havia dues maneres de prescindir de les persones amb discapacitat, dos submodels:

- **El model eugenèsic.** Va ser aplicat sobretot a l'antiguitat clàssica; a partir de la base que aquestes persones no aportaven res, no valien res i podien ser una càrrega social, als infants que naixien amb alguna discapacitat s'optava per matar-los. L'infanticidi o l'abandonament, per exemple, a l'antiga Grècia era una pràctica comuna en casos de nounats amb discapacitat. Si la diversitat funcional apareixia posteriorment, en la vida adulta, portava aquestes persones a ser perseguides i discriminades, i en ocasions a haver de guanyar-se la vida sent objecte d'exhibició i de burla per la seva discapacitat.
- **El model de marginació.** Aquest segon submodel es situa més endavant, cap a l'edat mitjana, i com diu la paraula consisteix bàsicament en separar, rebutjar, excloure les persones amb diversitat funcional, les quals per sobreviure havien de recórrer a la caritat o a ser objecte de diversió i burla. És l'època també en què hi ha un pes religiós molt fort, i hi havia la creença que estaven posseïdes pel mal i se les havia de salvar amb la fe i rituals religiosos. Pel que fa als infants, si bé no es practicava l'infanticidi, sí que molts morien per aquesta falta d'atenció i abandonament.

### 1.1.2 El model assistencial i rehabilitador

Aquest model es basa en el tractament mèdic de les persones amb discapacitat, és a dir, la discapacitat ja no es considera un càstig diví, sinó que s'entén que la persona té una **malaltia**, i que per tant ha de rebre **tractament**, ha de ser curada. Això comporta un canvi important, ja que les persones amb diversitat funcional no seran considerades inútils i innecessàries per a la societat, sinó que, si poden ser curades i rehabilitades, podran aportar alguna cosa a la comunitat. Així doncs, les persones amb discapacitat seran tractades com a pacients en centres assistencials que combinen el tractament mèdic amb l'educació.

Algunes de les **crítiques** que es fan a aquest model (A. Palacios; 2008) són:

- L'objectiu del model rehabilitador és curar la persona, o bé modificar la seva conducta amb la finalitat d'amagar la seva diferència perquè pugui ser incorporada a la societat.
- Es tracta d'una pràctica que no té en compte el respecte a la diferència i que intenta "normalitzar" segons els paràmetres establerts socialment.
- El fet que les persones amb discapacitat estiguin confinades en centres assistencials per ser tractades acaba transformant aquestes institucions en centres de marginació i malaltia.

Malgrat aquests punts negatius, sí que és cert que amb l'arribada d'aquest model comencen a aparèixer polítiques socials per atendre aquestes persones, tot i ser des d'una vessant de beneficència.

Per A. Palacios, el model rehabilitador es basa en una actitud paternalista que subestima les persones amb diversitat funcional, i porta a la discriminació. En conclusió, i segons Pérez Bueno (2010), podem afirmar que el model rehabilitador considera la discapacitat com un problema de la persona, produït per una malaltia, accident o condició negativa de salut, que requereix cures mèdiques proporcionades per professionals, amb tractaments individuals.

### 1.1.3 El model social

El model social considera que les causes que originen la discapacitat no són ni religioses, ni mèdiques, sinó que són, en gran mesura, socials. Des d'aquesta filosofia s'insisteix que les persones amb discapacitat poden aportar a la societat en la mateixa mesura que la resta de persones, però no canviant la seva manera de fer o ser, sinó sempre **des de la diferència**.

La transició del model rehabilitador al model social ha estat llarga, i, si bé normativament i jurídicament s'ha anat plasmant en les diferents normatives, en

l'àmbit social, i observant la realitat del dia a dia podem dir que a la pràctica encara no hem acabat de fer el canvi de paradigma.

#### **Avenços en l'àmbit legislatiu**

Però, tot i que queda per fer molta feina en la vida quotidiana, sí que s'ha avançat en l'àmbit legislatiu, com es pot veure en el següent recull de documents publicats:

- Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (CIDDM); publicada per l'OMS l'any 1980.
- Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut; aprovada per l'Assemblea Mundial de la Salut, l'any 2001.
- Convenció Internacional sobre les Drets de les Persones amb Discapacitat, signat el 13 de desembre de 2006 a la seu de les Nacions Unides a Nova York. L'Estat espanyol la va signar el 30 de març de 2007.
- Diversitat funcional i vida independent; el moviment de vida independent neix als anys seixanta a la Universitat de Berkeley i la filosofia del moviment queda recollida actualment per l'Oficina de Vida Independent.

#### **Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (CIDDM)**

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) publica el 1980 la **Classificació Internacional de les Deficiències, Discapacitat i Minusvalideses (CIDDM)** i s'introdueix per primera vegada el concepte *discapacitat*, que inclou la condició de "persona amb discapacitat".

Un dels aspectes més rellevants d'aquesta classificació va ser el d'establir la diferència entre deficiència, discapacitat i minusvalidesa, que corresponen als tres nivells en les conseqüències derivades de la discapacitat:

- **Nivell biofisiopsicològic** (biològic, fisiològic, anatòmic i psicològic). Li correspondria la deficiència, entesa com a conseqüència permanent de les malalties i els accidents en el nivell corporal, fisiològic o orgànic. Una persona deficient és aquella que presenta trastorns, sovint d'origen genètic, més o menys importants, que alteren l'activitat intel·lectual, emocional o física. La deficiència es pot definir com limitacions greus que afecten de forma duradora l'activitat i que tenen l'origen en una pèrdua total o una anormalitat d'una estructura o funció psicològica o anatòmica.
- **Nivell personal**. Li correspondria la **discapacitat**, entesa com a restricció en l'activitat d'un individu deguda a qualsevol deficiència. La discapacitat és la limitació de la capacitat humana que fa impossible o dificulta l'activitat de la persona i que ve definida per la salut física o mental i els seus factors personals respecte de la mitjana de la població.
- **Nivell social**. Li correspondria la **minusvalidesa**, entesa com a situació de desavantatge, derivada de les deficiències o discapacitats que limiten o impedeixen la participació social. Una persona minusvàlida és aquella que presenta un trastorn físic o mental que li impossibilita o dificulta un desenvolupament normal de l'activitat.

A la taula 1.1 teniu una comparació dels conceptes *deficiència*, *discapacitat* i *minusvalidesa* entre les definicions de l'OMS de 1980 i 2001, en un cas concret de sordesa. És un exemple per entendre i situar aquests tres conceptes en el nivell corresponent.

**TAULA 1.1.** Comparació entre les definicions de l'OMS de 1980 i 2001

Terme segons la Classificació Internacional de...	En quin nivell es dona	Exemple
<b>Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (OMS, 1980)</b>	<b>Funcionament (OMS, 2001)</b>	
Deficiència	Estructures i funcions corporals	Biofisiopsicològic (òrgan)
Discapacitat	Activitat	Personal
Minusvalidesa	Participació	Social o entorn
		Aparell auditiu: la deficiència es podria donar en algun dels òrgans de l'aparell auditiu (còclea, martell...).
		Aquesta deficiència li provoca una dificultat per escoltar/sentir, potser té restes auditives o potser no pot sentir res.
		Si va a una conferència tindria minusvalidesa per escoltar/captar bona part de la informació, si és tota oral. Això podria fer que depengués d'una altra persona per poder entendre la informació.

Per tant, la definició dels conceptes per la CIDDM seria el següent:

- **Deficiència:** tota pèrdua o anormalitat, permanent o temporal, d'una estructura o funció psicològica, fisiològica o anatòmica. Inclou l'existència o aparició d'anomalies, defectes o pèrdues orgàniques, o defectes en el sistema funcional o mecanisme del cos. Origina un trastorn orgànic, que produeix una limitació funcional en la vida diària. Distingeix deficiències físiques, sensorials, psíquiques o de relació.
- **Discapacitat:** restricció o absència (deguda a una deficiència) de la capacitat de realitzar una activitat en la forma o dins del marge que es considera normal per a l'ésser humà.
- **Minusvalidesa:** situació desavantatjosa en la qual es troba la persona, com a conseqüència d'una deficiència o discapacitat, que li limita o li impedeix el compliment d'una funció normal, segons l'edat, el sexe, els factors socials i les característiques de la seva cultura.

Cal recordar que estem revisant uns conceptes que en el seu moment, als anys vuitanta, van suposar un canvi important, però en l'actualitat aquests conceptes han quedat desfasats, i la terminologia que s'utilitza és la de discapacitat en alguns casos, tot i que es tendeix al concepte de *diversitat funcional*.

En la classificació de CIDDM encara hi ha una base del model rehabilitador, mèdic, en què la "anormalitat" de la persona l'acabarà portant a una situació de "menys validesa". El CIDDM emfatitza la persona, les seves discapacitats. El canvi de visió es dona quan s'entén que el problema no és l'individu sinó el context on viu, que és el que posa les limitacions i les barreres. Així, l'any 2001, s'aprova la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut.

## Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF)

L'Assemblea Mundial de la Salut va aprovar, l'any 2001, la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF), que estableix una conceptualització i una terminologia estandarditzats que responen a una visió universal de la discapacitat que es basa en la capacitat d'interacció de les persones amb l'entorn.

### Document CIF

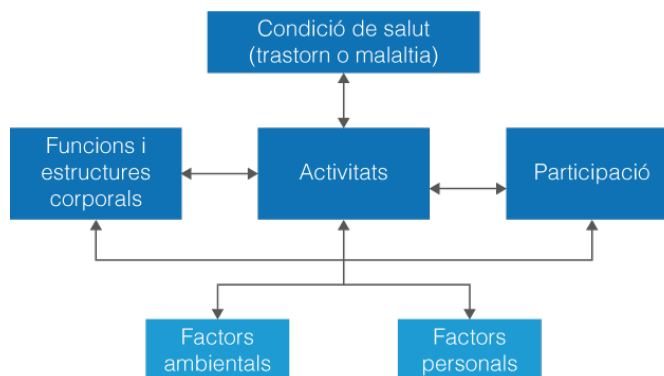
Podeu consultar la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut en el següent enllaç: [tinyurl.com/y4e68qh5](http://tinyurl.com/y4e68qh5).

El terme que l'OMS estableix per fer referència a les limitacions funcionals i corporals dels individus és *discapacitat* (en anglès, *disability*); parla de **persones amb discapacitat** en lloc de minusvàlids o persones amb minusvalidesa.

Aquesta nova classificació inclou els principis d'interacció entre la persona i l'entorn i la integració psicosocial, relacionats amb el **model biopsicosocial**.

Així doncs, la discapacitat ja no és la causa, sinó el **resultat de la interacció** de les característiques de la persona amb l'entorn i el context social, com es pot veure a la figura 1.1

FIGURA 1.1. Interacció entre els components de la CIF



Font: [www.imsero.es](http://www.imsero.es)

La CIF defineix la discapacitat com un terme genèric que inclou deficiències, limitacions de les activitats i restriccions a la participació. Per discapacitat s'entén la interacció entre les persones que tenen alguna malaltia i els factors personals i ambientals.

Aquesta classificació, promou un **canvi de model conceptual**:

- La discapacitat ja no és la causa, sinó el resultat de la interacció de les característiques de la persona amb l'entorn i el context social.
- Elimina les connotacions negatives del terme *discapacitat* i el substitueix pel terme *activitat*.
- Les circumstàncies negatives d'aquesta dimensió es passen a denominar *limitacions de l'activitat*.
- Canvia minusvalidesa per participació i les circumstàncies negatives es passen a denominar *restriccions en la participació*.

Trobareu més informació sobre el model biopsicosocial a l'apartat "Necessitats humanes, comportament humà i cicle vital", dins de la unitat "Autonomia personal i dependència".

També s'introdueixen nous conceptes, com el de les barreres i facilitadors:

- Les **barreres** són els factors de l'entorn d'una persona que quan són presents o absents limiten el funcionament i generen discapacitat. Les barreres poden ser de l'ambient físic inaccessible, actituds negatives de la població respecte a la discapacitat i/o de serveis, o sistemes i polítiques que o no existeixen o dificulten la participació de les persones amb una condició favorable en tots els àmbits de la vida.
- Els **facilitadors** són els factors de l'entorn d'un individu que, quan estan presents milloren el funcionament i redueixen la discapacitat. Poden prevenir que un dèficit o limitació a l'activitat es converteixi en una restricció a la participació. Així es contribueix a millorar el rendiment real per dur a terme una acció independentment del problema que es tingui.

Segons la nova definició de la CIF, la discapacitat «engloba les deficiències, les limitacions en l'activitat i les restriccions en la participació»; d'aquesta manera deixa d'utilitzar-se només com una part de les conseqüències d'una malaltia i es té una visió més àmplia.

Però en la CIF encara falta un tractament de les persones amb discapacitat, vinculat al respecte dels drets humans, i és quan apareix, al 2006, la Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat.

### **Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2006)**

Aquest model pren com a base els valors dels drets humans. Així mateix, posa èmfasi en l'**autonomia de la persona** amb discapacitat per decidir respecte de la seva pròpia vida, i per això se centra en l'eliminació de qualsevol tipus de barrera, per tal de garantir la igualtat d'oportunitats.

Tal com diu el text, el **propòsit** d'aquesta convenció és promoure, protegir i assegurar el gaudi ple i en condicions d'igualtat de tots els drets humans i les llibertats fonamentals de totes les persones amb discapacitat, i promocionar el respecte de la seva dignitat inherent.

Dins les persones amb discapacitat s'hi inclouen les que tenen deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials a llarg termini que, en interactuar amb diverses barreres, poden impedir la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions amb les altres persones.

#### **Principis de la convenció**

- El respecte de la dignitat inherent, l'autonomia individual, inclosa la llibertat de prendre les pròpies decisions i la independència de les persones.
- La no-discriminació.
- La participació i la inclusió plenes i efectives a la societat.

- El respecte per la diferència i l'acceptació de les persones amb discapacitat com a part de la diversitat i la condició humanes.
- La igualtat d'oportunitats.
- L'accessibilitat.
- La igualtat entre l'home i la dona.
- El respecte a l'evolució de les facultats dels nens i les nenes amb discapacitat i al seu dret a preservar la seva identitat.

## La Diversitat Funcional i la Vida Independent

Malgrat tots els avenços en els paradigmes i conceptes, des del mateix col·lectiu de persones amb diversitat funcional, s'ha manifestat la necessitat de substituir el terme *discapacitat*, ja que terminològicament es continua considerant que la discapacitat és la conseqüència d'un defecte, i la persona amb discapacitat, per tant, s'ha de tractar i se li ha de donar suport perquè pugui funcionar d'una manera **normalitzada**.

Així, neix el terme ***diversitat funcional***, amb el qual no es parla de persones amb menys discapacitats o limitacions, sinó que es fa referència a que hi ha diversitat de situacions o de formes de funcionar.

Tot i que encara no s'ha arribat a cap conclusió sobre quin dels dos termes és més adient per definir el col·lectiu, l'expressió de *diversitat funcional* és la més demandada pel mateix col·lectiu. Tal com indiquen J. Romañach i M. Lobató, introduir aquest canvi era necessari:

“Aquest terme s'ajusta a la realitat en què una persona funciona de manera diferent de la resta de la societat. Aquest terme té en compte la diferència de la persona, i la falta de respecte de la majoria, que en els seus processos de construcció social i d'entorn no han tingut en consideració les diferents formes de funcionar.”

Romañach, J. i Lobató, M. (2005). *Diversidad funcional, nuevo término por la lucha de la dignidad de la diversidad del ser humano*.

Segons el concepte *diversitat funcional*, cada persona té unes capacitats concretes, fruit de les seves característiques i de la seva relació amb l'entorn. Si les persones es troben amb problemes per afrontar la seva vida quotidiana, és el medi social el “discapacitat”, el que no està preparat per acollir totes les persones que hi viuen.

El concepte de *diversitat funcional* és proposat en primer terme pel **Moviment de Vida Independent** (en anglès, *Independent Living Movement*). Es tracta d'un moviment social que va néixer en el marc de la lluita pels drets civils de finals dels anys seixanta als Estats Units (Universitat de Berkeley). El moviment va ser impulsat per l'acció d'un grup de persones amb diversitat funcional que necessitaven assistència personal per fer les seves activitats diàries. La lluita es va desenvolupar des de les organitzacions civils, universitats i associacions de veterans de guerra.

### Moviment de Vida Independent

Trobareu més informació sobre el Moviment de Vida Independent al seu web: [ncil.org/about/aboutil](http://ncil.org/about/aboutil).

Els **quatre pilars bàsics** en els quals es basa el moviment són:



1. Tota vida humana té el mateix valor;
2. Tothom, independentment de la seva diversitat funcional, és capaç de realitzar eleccions;
3. Les persones amb diversitat funcional ho són per la resposta de la societat a la diferència física, intel·lectual i sensorial, i tenen dret a exercir el control de les seves vides;
4. Les persones amb diversitat funcional tenim dret a la plena participació en la societat.

Jenny Morris, 1993.

L'**objectiu** del moviment era que les persones discriminades per la seva diversitat funcional poguessin sortir dels hospitals i les institucions i fins i tot de casa, on es trobaven recloses, perquè poguessin viure i participar en la comunitat.

El lema que defineix la filosofia del Moviment de Vida Independent és “**res de nosaltres sense nosaltres**”. Així és reflecteix la lluita de les persones amb diversitat funcional, pel dret a decidir sobre qualsevol tipus d'acció que els afecti ja que ells són els que coneixen millor les seves necessitats.

El terme *vida independent* seria entès com la situació en la que una persona controla la seva vida i pren les seves pròpies decisions.

#### Principis del Moviment de Vida Independent

- Desinstitucionalització
- Autodeterminació
- No-discriminació
- Desmedicalització
- Autogestió dels suports
- Suport entre iguals

Les entitats i grups que formen part del Moviment de Vida Independent i que lluiten per aconseguir el dret a la vida independent són:

- Foro de Vida Independiente y Divertad. Es crea el 2005; la paraula *divertad* és una paraula inventada, síntesi de dignitat i llibertat: [forovida independiente.org/que-es-el-fvid](http://forovida independiente.org/que-es-el-fvid).
- Oficina de Vida Independent de Barcelona: [ovibcn.org/ca/moviment-de-vida-independent](http://ovibcn.org/ca/moviment-de-vida-independent).

## 1.2 Tipus de diversitat funcional física

Si prenem com a referència el concepte de diversitat funcional, o ens situem en el concepte actual de discapacitat, que posa èmfasi en l'entorn, hem de

considerar la diversitat funcional com un estat que, derivat de la interrelació entre la individualitat i els factors contextuais, suposa una limitació en l'activitat i la conseqüent restricció en la participació en igualtat de condicions amb tots els ciutadans.

En aquest sentit, com a **tècnics en atenció** a les persones en situació de dependència, a les persones amb diversitat funcional, a l'hora d'atendre-les haureu de tenir coneixements sobre les característiques i els tipus de diversitat funcional física, i els recursos i les eines per donar suport a les persones afectades i al seu entorn i així garantir al màxim la igualtat d'oportunitats.

El col·lectiu amb diversitat funcional física és molt ampli. Les característiques depenen del tipus d'afectació. Dins de la diversitat funcional física podríem fer dues grans divisions: diversitat funcional física motriu i diversitat funcional física sensorial.

La **diversitat funcional física motriu** pot ser:

- Diversitat funcional física derivada de dèficits en les estructures musculars relacionades amb el moviment de les extremitats i de la pèrdua de capacitat de moviment per diverses causes (malformacions, accidents o lesions cerebrals).
- Diversitat funcional física derivada de malalties orgàniques, d'aparells o sistemes com l'aparell respiratori, digestiu, urinari i els sistemes metabòlic i immunològic (malalties coronàries, renals o pulmonars).

La **diversitat funcional física sensorial** pot ser:

- Visual: derivada d'una pèrdua total o parcial de visió, com a conseqüència d'afeccions o malalties oculars i/o neurooftalmològiques.
- Auditiva: derivada d'una pèrdua total o parcial d'audició; pot anar acompanyada de discapacitat de la comunicació i la parla.

### **1.3 Característiques de les persones amb diversitat funcional física motriu**

La diversitat funcional física motriu agrupa les dificultats en el funcionament de l'aparell motor a causa de problemes en el sistema nerviós central, del sistema muscular, del sistema ossi o de la interrelació entre ells. Sigui quina sigui la causa, les persones amb diversitat funcional física motriu presenten dificultat o impossibilitat de moure una o diferents parts del cos. Tal com indiquen Basil, Bolea i Soro-Camats (2003)...

La **discapacitat motriu** és l'alteració de l'aparell motor causada per un funcionament deficient del sistema nerviós central, del sistema muscular, del sistema ossi o d'una interrelació de tots tres sistemes que dificulta o impossibilita la mobilitat funcional d'una o diverses parts del cos.

### 1.3.1 Classificació de la diversitat funcional motriu

Hi ha una gran diversitat de malalties, trastorns, afectacions o situacions que poden produir que una persona no es pugui moure amb la plena funcionalitat del seu sistema motriu. Això posa de manifest la gran varietat individual que hi ha dins d'aquest col·lectiu, des de persones amb mobilitat reduïda en una part del seu cos, fins a persones amb afectacions en la majoria de les seves funcions.

Els tipus de diversitat funcional motriu es poden classificar de diverses maneres. A la taula ?? podeu veure un resum amb els diferents paràmetres de classificació i exemples d'aquests. Aquestes diferents classificacions són complementàries, i cal tenir en compte que tota alteració motriu pot anar acompanyada de trastorns sensorials, cognitius, de la comunicació i llenguatge o de comportament i aprenentatge.

**TAULA 1.2.** Classificació discapacitats motrius

Paràmetre de classificació	Origen / Tipus	Explicació / Exemple
Segons l'origen de la discapacitat	Origen en el sistema nerviós central	Exemples: la paràlisi cerebral, els traumatismes cranioencefàlics, els tumors...
	Origen medul·lar	Exemples: l'espina bífida, la poliomielitis, els traumatismes medul·lars...
	Origen muscular	Exemple: les miopaties.
	Origen osteoarticular	Exemples: amputacions, l'artrogriposi, l'osteogènesi imperfecta...
Segons les parts del cos afectades	Monoplegia/monoparèsia	Impossibilitat/dificultat per moure una extremitat.
	Hemiplegia/hemiparèsia	Impossibilitat/dificultat per moure la meitat del cos (el dret o l'esquerre).
	Paraplegia/paraparèsia	Impossibilitat/dificultat per moure les dues extremitats inferiors.
	Triplegia	Impossibilitat/dificultat per moure tres extremitats.
	Tetraplegia/tetraparèsia o quadriplegia	Impossibilitat/dificultat per moure les quatre extremitats.
	Díplegia	Afectació de les quatre extremitats, amb predomini de les inferiors.
Doble hemiplegia	Afectació de les quatre extremitats, amb predomini de les superiors	

TAULA 1.2 (continuació)

Paràmetre de classificació	Origen / Tipus	Explicació / Exemple
Segons el moment de l'adquisició	Congènita	Apareixen en el naixement.
	Adquirida	S'adquireixen en el transcurs de la vida.
Segons la durada	Temporal	L'afectació és transitòria.
Permanent	L'afectació és per a tota la vida.	
Segons l'evolució que segueixi	Degenerativa	La discapacitat augmenta amb el temps.
	Permanent o no degenerativa	Les condicions de la discapacitat no es modifiquen.

Font: [http://ateneu.xtec.cat/wiki/form/wikiexport/cursos/escola\\_inclusiva/d233/modul\\_1/](http://ateneu.xtec.cat/wiki/form/wikiexport/cursos/escola_inclusiva/d233/modul_1/)

Tota alteració motriu pot anar acompanyada de trastorns sensorials, cognitius, de la comunicació i d'aprenentatge.

A continuació veureu ampliadament algunes de les alteracions més freqüents, com són les lesions cerebrals, les lesions a la medulla espinal i les lesions a la musculatura.

**Lesions cerebrals.** Dins de les lesions cerebrals cal destacar el dany cerebral adquirit i la paràlisi cerebral:

- **Dany cerebral adquirit (DCA).** El DCA és l'afectació de les estructures encefàliques en persones que, havent nascut sense cap tipus de dany cerebral, pateixen en un moment posterior de la seva vida lesions cerebrals que comporten una afectació del funcionament cognitiu, emocional, conductual i/o físic. En les alteracions provocades a causa d'un DCA hi influeixen diversos factors, cosa que fa difícil determinar un patró general d'afectació. Els dèficits depenen del tipus, la localització i la severitat inicial de la lesió, així com de les característiques pròpies de cada pacient, com l'edat, la personalitat o capacitats prèvies.
- **Paràlisi cerebral.** Es tracta d'una afectació crònica originada durant el desenvolupament cerebral del fetus o el nadó. Així doncs, les causes d'aquesta malaltia són bàsicament prenatales: malalties infeccioses de la mare (rubèola, xarampió, herpes, alcoholisme, etc.) o perinatals (anòxia, ús de fòrceps, part perllongat, etc.). Produeix greus efectes en la motricitat, com ara la rigidesa, agitació, convulsions o fins i tot una paràlisi completa de la musculatura. Tot i que l'afectació és permanent, hi ha algunes capacitats i habilitats susceptibles de rehabilitació. Moltes persones amb paràlisi cerebral presenten dificultats en la parla, en la manipulació, en el desplaçament, en el control postural.

A l'apartat "Autonomia personal i dependència" podeu veure el vídeo *Dependència i autonomia: dues cares de la mateixa vida*, on Xavi Cosano ens parla de la seva discapacitat provocada per una paràlisi cerebral.

Per concretar les característiques de l'afectació de la paràlisi cerebral s'utilitzen les variables de:

- **Topografia de l'afectació:** parts del cos afectades (que ja heu vist en la taula resum: hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, diplegia i doble hemiplegia).
- **Tipus d'alteració del moviment:**

- Espasticitat: increment marcat del to muscular fins i tot en repòs que es tradueix en moviments rígids, bruscs i mal coordinats. La musculatura espàstica mostra un gran nivell d'excitabilitat davant de qualsevol estímul.
- Atetosi: apareixen moviments involuntaris que comporten dificultats per controlar i coordinar els moviments voluntaris, de vegades fins i tot els moviments que estan implicats en la parla.
- Atàxia: alteració de la precisió dels moviments i l'equilibri, amb dificultats per mesurar la força, la distància i la direcció.
- Mixta: poden aparèixer combinats els tres moviments.

### **Lesions a la medul·la espinal:**

- Lesió medul·lar. Una lesió a la medul·la espinal es produeix quan aquesta rep massa pressió i/o se li talla el reg de sang i oxigen, i sovint causa una discapacitat física permanent. Pot portar a una disfunció motriu i sensorial.
- Espina bífida. L'espina bífida és una formació incompleta del tub neural durant la gestació, que fa que la medul·la espinal quedi sense protecció òssia. Els símptomes són variables, i en els casos greus pot comportar discapacitats físiques com paràlisi a les cames.
- Esclerosi múltiple. Dany a la capa de mielina que recobreix la medul·la espinal i que pot ocasionar una gran diversitat de símptomes; entre ells, la pèrdua de control motriu i la disfunció del sistema locomotor.
- ELA. L'esclerosi lateral autotròfica és una malaltia neurodegenerativa produïda per la mort de les motoneurons o neurones motrius del cervell i de la medul·la espinal. Es manifesta en forma de paràlisi progressiva que va afectant la majoria de músculs, inclòs el diafragma.

### **Lesions en la musculatura:**

- Miopaties o distròfies musculars: malalties d'afectació progressiva dels diferents músculs, que condueixen a la debilitació i la pèrdua de massa muscular, amb la conseqüència d'una pèrdua progressiva de la força. Els símptomes poden incloure dificultat per caminar, per respirar o empassar, restriccions en la motricitat conjunta i problemes al cor i altres òrgans.

#### **Per saber-ne més...**

Podeu consultar i ampliar aquesta informació al web de l'Observatori de Discapacitat Física (ODF):  
[www.observatoridiscapacitat.org/ca](http://www.observatoridiscapacitat.org/ca).

## **1.4 Atenció a les persones amb diversitat funcional física motriu**

La diversitat funcional motriu pot comportar una disfunció permanent o temporal de l'aparell motriu i en alguns casos pot anar acompanyada d'altres **afeccions**: sensorials (visuals i/o auditives), cognitives (de memòria, percepció, raonament)

i comunicatives i lingüístiques (comprensió, expressió), que s'han d'abordar conjuntament.

La discapacitat motriu es pot **classificar** en funció de l'origen, la durada, l'evolució, la part del cos afectada, els efectes funcionals sobre el to muscular i la coordinació de moviments. Com a professionals heu de tenir present que aquests aspectes es poden concretar de forma diferent en cada persona, i és per això que la intervenció amb aquestes persones es durà a terme de manera personalitzada.

El trastorn motriu pot afectar les persones de maneres diverses: es poden tenir dificultats en tots els moviments, o en alguns, i es poden tenir afectades alguna o moltes parts del cos. Cal valorar cada persona per saber quines funcions pot fer millor, per potenciar-les.

Des del paradigma de la diversitat funcional hem de vetllar perquè la persona pugui desenvolupar de la manera més autònoma possible totes les activitats derivades de les seves necessitats per tal d'assolir una bona qualitat de vida i una participació com a ciutadà/na de ple dret, amb igualtat d'oportunitats.

#### Actuació dels tècnics

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, cal basar la **intervenció** en aquestes tres actuacions que s'expliquen a continuació:

- **(A)** Valorar les **característiques i afectacions de cada usuari**,
- **(B)** determinar-ne el tipus d'intervenció tant amb la pròpia **persona com amb l'entorn**, per potenciar la seva autonomia i aconseguir
- **(C)** **satisfer les seves necessitats**, garantint així que pugui exercir els seus drets.

A la figura 1.2 podeu veure la interrelació d'aquestes variables en la intervenció:

**FIGURA 1.2.** Esquema d'intervenció



Segons l'esquema de la figura 1.2, com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència, la vostra intervenció amb l'usuari seguirà el següent ordre:

1. **(C) satisfer les necessitats** malgrat les dificultats que puguin derivar-se de les...
2. **(A) afectacions valorades**, determinant...
3. **(B) els canvis en l'entorn, els facilitadors, les ajudes i els suports necessaris**.

La intervenció amb persones amb diversitat funcional física motriu s'ha de dur a terme de manera personalitzada.

La finalitat és que els usuaris tinguin una vida tan autònoma i independent com sigui possible, garantint així la igualtat d'oportunitats i els drets de les persones amb diversitat funcional.

Així doncs, caldrà tenir en compte les **característiques i tipus d'afectacions** pel que fa a:

- Control postural
- Control de les extremitats: manipulació, deambulació i desplaçament.
- Control i autonomia dels sistemes (digestiu, excretor, circulatori, sexual...)
- Afectació de la parla i la comunicació

En funció de la situació de cada persona caldrà **determinar les necessitats**, que poden ser de diferents tipus, per exemple:

- Necessitat en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària
- Necessitat de comunicació i ús de les tecnologies
- Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral
- Necessitat de desplaçament i accessibilitat
- Necessitat social i afectiva, i d'oci

I, finalment, caldrà determinar els **canvis i adaptacions en l'entorn, els facilitadors, les ajudes i els suports** necessaris. Els canvis en l'entorn passaran inevitablement per aconseguir suports i modificacions amb els quals les persones amb diversitat funcional motriu puguin desenvolupar les accions necessàries per cobrir les seves necessitats: productes que facilitin les accions, suport personal en la vida diària i en l'àmbit professional, i supressió de barreres per l'accés a la informació, a l'oci, a la feina i als espais comuns i públics. És a dir, aconseguir **entorns accessibles**.

### 1.4.1 Accessibilitat per a tothom

El primer pas per entendre com ha de ser l'entorn és tenir la **visió general** d'un entorn que faciliti les accions de totes les persones en general, un entorn que atengui la diversitat funcional, entesa com a diversitat personal. S'ha de partir de la base que és l'entorn que està al servei de les persones i que s'ha d'adaptar a aquestes persones i no les persones que s'han d'adaptar a l'entorn.

Per establir com l'entorn ha de facilitar les accions i la participació normalitzada de les persones amb diversitat funcional motriu, aquest entorn s'ha d'habilitar perquè pugui ser **funcional per a tothom**. En aquest sentit, és parteix de la base

#### Entorn accessible

Segons la publicació *European Concept for Accessibility* (ECA, 2003), un entorn accessible ha de ser:

- Respectuós
- Segur
- Saludable
- Funcional
- Comprensible
- Estètic

de dos conceptes importants que estan inevitablement interrelacionats: el disseny universal i l'accessibilitat universal.

En la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat del 2006, el disseny per a tothom, també denominat *disseny universal*, s'entén com “el disseny de productes, entorns, programes i serveis que puguin utilitzar totes les persones, en la major mesura possible, sense necessitat d'adaptació ni disseny especialitzat”.

#### **Criteris del disseny per a tothom**

- **Respectuós:** ha de respectar la diversitat de tots els usuaris, de manera que cap persona se senti marginada.
- **Segur:** ha d'evitar situacions de risc per als usuaris, per tant, tots els elements que formen part d'un entorn han d'estar dissenyats sota la perspectiva de la seguretat.
- **Saludable:** no ha de constituir cap risc per a la salut ni ocasionar inconvenients a aquelles persones que pateixen alguna malaltia o al·lèrgia.
- **Funcional:** s'ha de dissenyar de manera que la funció per a la qual ha estat creat la pugui dur a terme tothom, sense cap problema o dificultat.
- **Comprensible:** qualsevol usuari ha de poder orientar-se sense dificultat dins d'un determinat espai, per això és imprescindible.
- **Informació clara:** ha d'utilitzar icones habituals en els diferents països i evitar la utilització de paraules o abreviatures de l'idioma local.
- **Distribució espacial:** ha de ser coherent, funcional i no segregadora o excloent.
- **Sostenible:** ha de garantir que no es malbaraten els recursos naturals i que les generacions futures tindran les mateixes oportunitats que nosaltres de preservar el nostre planeta.
- **Assequible:** que tothom tingui l'oportunitat de gaudir-ne.
- **Atractiu:** s'ha de procurar un resultat emocional i socialment acceptable, però tenint sempre present els set punts anteriors.

#### **Decret 1/2013**

Podeu consultar el Decret 1/2013 sobre persones amb discapacitat i inclusió social en el següent enllaç: [tinyurl.com/y6pnjhxm](http://tinyurl.com/y6pnjhxm).

En el decret BOE 1/2013 sobre persones amb discapacitat i inclusió social, es determina que l'**accessibilitat universal** és la condició que han de complir els entorns, processos, béns, productes i serveis, així com els objectes, instruments, eines i dispositius, per ser comprensibles, utilitzables i practicables per totes les persones en condicions de seguretat i comoditat i de la manera més autònoma i natural possible. Es basa en el «disseny universal o disseny per a tothom», i s'entén sense perjudici dels ajustaments raonables que s'hagin d'adoptar.

Així doncs, l'accessibilitat universal implica que qualsevol persona pugui disposar i utilitzar les infraestructures i els serveis o productes en igualtat de condicions, independentment de la seva condició física, psíquica o sensorial. Aquest concepte és aplicable a dues formes bàsiques d'activitat humana: la mobilitat i la comunicació. Totes dues poden estar subjectes a limitacions com a conseqüència de l'existència de barreres.

Serà a partir de l'accessibilitat i el disseny universal des d'on començarem a treballar en els productes de suport i facilitadors.



### 1.4.2 Determinació de facilitadors i productes de suport

Segons la classificació internacional del funcionament de la discapacitat i de la salut els **facilitadors** són els factors de l'entorn d'un individu que, quan estan presents milloren el funcionament i redueixen la discapacitat. Poden prevenir que un dèficit o limitació a l'activitat es converteixi en una restricció a la participació; així es contribueix a millorar el rendiment real per dur a terme una acció independentment del problema que es tingui. Dins dels facilitadors, ens trobem els productes de suport.

Els **productes de suport** es defineixen com qualsevol producte (inclosos dispositius, equips, instruments o *software*) fabricat especialment o disponible en el mercat, utilitzat per o per a persones amb diversitat funcional, destinat a:

- facilitar la participació,
- protegir, donar suport, entrenar, mesurar o substituir funcions o estructures corporals i activitats o
- prevenir deficiències i limitacions en l'activitat o la participació.

Els productes de suport tenen, per tant, la **finalitat** de:

- Prevenir: donar seguretat, evitar caigudes i accidents, evitar lesions a la pell o altres, i especialment per al manteniment de la salut i de l'autonomia més temps.
- Millorar l'autonomia: compensar o suplir la limitació funcional i facilitar la participació de la persona en l'activitat.
- Facilitar la tasca del cuidador: evitar esforços en la cura de la persona amb discapacitat.

Un cop definits i establerts els facilitadors i suports, ja podem **dissenyar la intervenció** per tal de satisfer les necessitats de les persones amb diversitat funcional motriu.

### Catàlegs i entitats on trobar diferents productes de suport

En els darrers anys s'ha ampliat significativament el material disponible i es poden trobar una gran varietat d'equipaments tecnològics que possibiliten la realització d'activitats de la vida quotidiana: mobilitat, atenció i cura personal, realització d'activitats bàsiques de la vida diària, deambulació, trasllats i desplaçaments; així com material que facilita la tasca dels cuidadors.

El **CEAPAT** (Centre de Referència Estatal d'Autonomia Personal i Ajudes Tècniques) té en funcionament un **catàleg de productes de suport**, amb el qual es poden fer cerques dels productes de suport en diferents àmbits i categories. Aquest catàleg serà substituït properament pel SIPA (Sistema d'Informació de Productes de Suport), que té un sistema de recerca per categories molt més avançat.

També es poden trobar altres entitats amb productes de suport, com:

- La SIRIUS de la xarxa pública a Catalunya, que disposa de productes de suport, solucions d'entorns accessibles i productes per a la comunicació i l'accés a l'ordinador ([tinyurl.com/w7lodmv](https://tinyurl.com/w7lodmv)).
- La Fundació Llar a Terrassa ([tinyurl.com/y5pyvwrn](https://tinyurl.com/y5pyvwrn)).
- L'associació de Vida Independent de Barcelona ([tinyurl.com/y54jesoz](https://tinyurl.com/y54jesoz)).

#### Exemples de productes de suport

Podeu cercar-los en el catàleg del CEAPAT ([tinyurl.com/y62pc4r4](https://tinyurl.com/y62pc4r4)) i al web del SIPA ([tinyurl.com/y5ojlrwg](https://tinyurl.com/y5ojlrwg)); a més, en aquest vídeo en podeu veure alguns exemples: [tinyurl.com/y45sq6te](https://tinyurl.com/y45sq6te).

#### La tecnologia assistida: un sistema integrat de suports

La **tecnologia assistida** és com s'anomena el sistema integrat de suports per a l'accés, l'acció i la comunicació (accés a la informació, sistemes de comunicació, mobilitat, control i gestió d'aparells com els comandaments, escales, ascensors, realització de tasques en les activitats de la vida diària, utilització del transport privat...). Així, aquesta tecnologia permet controlar aparells elèctrics (com ventiladors, cafeteres, etc.) o sistemes altament sofisticats que permeten un alt grau d'autonomia a persones amb greu afectació motriu: control de la posició del llit, de les persianes, del televisor, de les portes, dels llums, etc.

En general, ens referim a tota aquella tecnologia aplicada a qualsevol tipus de necessitat, des de l'ajuda a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, fins a l'adaptació del lloc de treball amb suports tecnològics, per tant, aquesta tecnologia **adaptativa i d'assistència** integra tots els suports tecnològics destinats a assistir la persona, garantint així l'accessibilitat universal a la informació i la comunicació.

En el següent vídeo podeu veure diversos exemples de tecnologia assistida en la vida quotidiana:



<https://www.youtube.com/embed/xa-3Up4-q7c?controls=1>

#### 1.4.3 Suport de tipus personal: l'assistent/a personal

D'alguna manera, es podria parlar de l'assistent personal com un tipus de suport, però per la importància i l'especificitat que té aquesta figura professional, que

podríeu desenvolupar com a tècnics en atenció a persones en situació de dependència, hi dediquem un punt a part. La figura de l'assistent personal és una figura reivindicada sobretot des del Moviment de Vida Independent. Tot i que es recull a la *Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència* (Llei 39/2006, del 14 de desembre), la seva implementació no ha estat gaire extensa.

Segons la normativa d'assistència, l'**assistència personal** és el servei prestat per l'assistent personal, que consisteix en un suport personal realitzat durant un determinat nombre d'hores, a una persona amb capacitat d'autodeterminació i en situació de dependència.

Aquest suport està destinat a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o a la col·laboració en el desenvolupament d'altres activitats per promoure l'autonomia personal, fomentar la vida independent i facilitar l'accés a l'educació i al treball.

L'assistència personal a Catalunya té dues modalitats:

- **Assistència personal de suport en l'acompanyament a activitats laborals, ocupacionals i/o formatives.** Té per objecte el suport en l'acompanyament de la persona en situació de dependència en els desplaçaments a les activitats de caràcter laboral, ocupacional i/o formatiu, realitzades de forma habitual i regular i fora de la seva llar habitual.

L'activitat laboral s'ha de desenvolupar en un centre especial de treball, en una empresa privada, a l'Administració pública, o en l'exercici d'un treball com a professional autònom.

Les activitats ocupacionals s'han de desenvolupar en serveis de centres ocupacionals inscrits en els registres oficials corresponents.

La formació s'ha d'impartir en una entitat o centre públic o privat legalment autoritzat i en modalitat presencial.

- **Assistència personal de suport a la vida autònoma i d'integració social i comunitària.** Té per objecte el suport en el desenvolupament d'activitats de la vida diària i el suport en les activitats que la persona fa de forma habitual i regular de caràcter laboral, ocupacional, formatiu, de relació social, cultural, de participació associativa i, en general, que afavoreixin el desenvolupament de la vida autònoma i independent.

Les activitats compreses en aquesta modalitat poden tenir lloc, indistintament, dintre i fora del domicili habitual de la persona beneficiària.

Aquesta modalitat inclou, com a mínim, les accions següents:

- Atenció personal (suport a la higiene personal, l'alimentació, la mobilitat i la cura de la salut, entre d'altres).
- Suport a l'organització, la neteja i l'ordre de la llar.
- Acompanyament i suport en gestions personals fora de la llar.

#### Llei 39/2006

Podeu consultar la llei a l'enllaç següent: [tinyurl.com/yyuhz2ue](http://tinyurl.com/yyuhz2ue).

#### Normativa d'assistència

Podeu consultar el text íntegre sobre la normativa dels professionals d'assistència a: [tinyurl.com/y3vtrjv4](http://tinyurl.com/y3vtrjv4).

- Acompanyament i suport en les activitats laborals, ocupacionals, formatives, culturals, de participació associativa, comunitària i/o social i econòmica.
- Altres accions que formin part del Pla d'activitats de la persona beneficiària.

Les **activitats culturals**, de voluntariat i/o inserció comunitària s'han de desenvolupar en entitats inscrites en els registres oficials corresponents. Aquestes activitats han d'estar prèviament definides i concretades en el Pla d'activitats que recull el projecte de vida autònoma de la persona.

Des de l'OVI, Oficina de Vida Independent de Barcelona, la figura de l'assistent personal correspon, doncs, a una persona que de manera professional i remunerada realitza, o ajuda a realitzar a una altra persona, aquelles activitats que aquesta vol fer i que no pot fer per ella mateixa en funció de la seva diversitat funcional.

La persona que faci d'assistent personal ha de tenir una sèrie de característiques, de les quals les principals són la capacitat per entendre quin és el seu paper, entendre que és una relació laboral i que, si bé pressuposa una confiança mútua, no és una relació d'amistat sinó professional. Per això, es requereix discreció, respecte, correcció, capacitat per transmetre seguretat i, no menys important, la capacitat per no substituir l'altra persona i prendre decisions en nom seu, sense perdre però la implicació personal.

#### Nou perfil professional: els assistents personals

En aquest reportatge de TV3, podeu veure com és la feina d'aquest professional i com ho viu la persona amb diversitat funcional: [tinyurl.com/y6bzshvy](http://tinyurl.com/y6bzshvy).

#### 1.4.4 Suport a cuidadors no professionals de les persones amb diversitat funcional física

Els suports serveixen per cobrir les necessitats de les persones amb diversitat funcional física d'una manera directa, però cal esmentar la importància dels cuidadors no professionals com un dels suports més importants que tenen les persones amb diversitat funcional física.

S'anomena cuidador o cuidadora **informal o no professional**, o curador o curadora, aquell familiar o persona que atén de forma continuada una persona en situació de dependència i amb la qual està vinculada afectivament.

La **família** és normalment la xarxa de suport més important que tenen les persones amb diversitat funcional. La relació, la proximitat i l'afectivitat fan que esdevingui clau en la satisfacció de les necessitats no només físiques i instrumentals, sinó socials i emocionals. Dins dels familiars, la persona que acaba assumint la responsabilitat i les tasques de cuidadora principal acostuma a ser una **dona** (mare, germana, esposa) que sovint no té formació ni remuneració econòmica per desenvolupar aquesta tasca.

“Vuit de cada deu persones cuidadores no professionals són dones, de les quals, un 52% té entre quaranta-cinc i seixanta-quatre anys. De fet, el 60,4% de les dones enquestades es considera la màxima responsable de la persona dependent i un 65,4% veu la cura com una tasca natural”

Fundació Pere Tarrés (2020). *Calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales*. ([bit.ly/33Zo7Wo](https://bit.ly/33Zo7Wo)).

La responsabilitat de tenir cura d'una persona dependent pot ocasionar esgotament físic i emocional més o menys continuat. Per proporcionar a la persona amb diversitat funcional física una atenció òptima és necessari que la persona cuidadora no professional mantingui el seu equilibri personal i rebi suport per desenvolupar la seva tasca en les millors condicions possibles.

Des del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, de la Generalitat de Catalunya, es promouen diverses actuacions adreçades al suport físic i/o emocional i de caràcter formatiu per atendre les necessitats de les persones cuidadores no professionals.

També hi ha altres associacions i entitats que ofereixen programes de formació, activitat i ajudes econòmiques per donar suport als cuidadors no formals.

**Departament de Treball,  
Afers Socials i Famílies**

Podeu consultar el seu web aquí:  
[tinyurl.com/y2rvdbcg](https://tinyurl.com/y2rvdbcg).

## **1.5 Necessitats de les persones amb diversitat funcional motriu i productes de suport**

En aquest apartat veureu les diferents necessitats de les persones amb diversitat funcional física i com poder dur a terme la intervenció com a professionals per tal de satisfer aquestes necessitats mitjançant totes les ajudes i suports que heu vist en els apartats anteriors.

La intervenció està dividida en les següents **necessitats**:

- en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària,
- de comunicació i ús de les tecnologies,
- d'accessibilitat,
- d'aprenentatge i inserció laboral i
- de tipus social, afectiva i d'oci.

### **1.5.1 Necessitat en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària**

Les persones amb diversitat funcional motriu necessiten poder-se desenvolupar en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), de la millor manera possible. No poder satisfer aquestes necessitats, tant les bàsiques (higiene, alimentació, vestit...) com instrumentals (activitats a la llar, maneig de diners...), produeix una certa negació, ràbia o fins i tot frustració, i afecta en gran mesura el seu estat de benestar integral, no només de manera particular a les persones amb

diversitat funcional, sinó també de manera general a les persones que les envolten. El desenvolupament d'aquestes tasques amb la mínima ajuda és un indicador important del grau d'autonomia assolit per la persona i potencia l'**autoestima**.

Així, poder satisfer aquestes necessitats de la manera més autònoma possible, augmentarà els nivells de confort i de comoditat, millorant l'estat de benestar i la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional, dels seus familiars i les persones que els envolten.

Per un cantó és important **potenciar** totes aquelles capacitats de moviment i execució preservades. Tots aquells moviments que pot realitzar la persona seran potenciats i utilitzats per poder desenvolupar la majoria de tasques amb les modificacions que calgui i dotant la persona dels mitjans per a la resolució de problemes durant l'execució d'aquestes tasques.

Dins d'aquest àmbit, la persona ha de poder cobrir les necessitats de menjar i beure, eliminar adequadament les substàncies de rebuig i secrecions de l'organisme, vestir-se i desvestir-se, mantenir la higiene corporal correcta, descansar i dormir adequadament així com realitzar les tasques domèstiques com la neteja, la cura de la llar i la roba.

## Productes de suport

Un dels més importants és el suport **de tipus personal** que porta a terme l'assistent personal, que ajudarà a realitzar aquelles activitats que la persona amb diversitat funcional motriu vol fer i que no pot fer per ella mateixa. I per a tot allò que la persona sí que podria fer, es pot adaptar l'entorn i trobar facilitadors. A continuació teniu alguns exemples de diversos suports classificats en categories que es poden utilitzar:

### Origen dels exemples

Alguns d'aquests exemples han estat extrets de "Bones pràctiques: serveis residencials per a persones amb discapacitat física". ICASS, Col·lecció Eines, núm. 7 ([tinyurl.com/y5k2sjkz](http://tinyurl.com/y5k2sjkz)).

## Productes de suport a la mobilitat, la postura corporal i per a les transferències i trasllats:

Ajuden a mantenir una bona higiene postural i tenir cura del cos, així com canviar de posició a la persona i traslladar-se. Els caminadors poden ajudar a mantenir la marxa; hi ha caminadors amb diferents suports, per estabilitzar la pelvis o donar equilibri al tronc. Per a persones més afectades es poden utilitzar diferents tipus de cadires i per a casos de persones que no caminen, però que amb poca ajuda es poden posar dretes, hi ha diferents suports per a l'ajuda al trasllat, des de tot tipus de grues fins a material com coixins o discos.

### Productes de suport a la mobilitat, postura corporal, transferències i trasllats

Bastons amb tres potes o més, caminadors amb seient i suports posturals, cadira de rodes amb seient basculant i suports posturals, cadires de rodes amb seient i respall modular, cadira de rodes amb motor elèctric, fustes de transferència, estores lliscants, discos de transferència, cinturons i arnesos, ajudes per al trasllat, grues estàndard, grues de bipedestació (figura 1.3) i grues de sostre.

**FIGURA 1.3.** Bipedestador

Font: www.imserso.es

**Productes de suport a la higiene i cura personal:**

Ajudes a l'excreció i a la col·lecció d'orina en casos en què es necessita, per rentar-se, banyar-se, dutxar-se, o per a la cura de la pell, dental i dels cabells, així com ungles mans i peus. L'evacuació, per exemple, és una activitat complexa i heu de tenir en compte tots els passos: com fa la persona la transferència, si teniu l'espai suficient, heu de valorar la posició en què s'ha de fer i quin suport es necessita, posició durant l'evacuació; al mercat, hi ha barres laterals i frontals i respallers amb controls de tronc per poder deixar la persona sola sense perill.

Per a la dutxa i higiene general cal valorar la posició en què s'ha de fer l'activitat: assegut o estirat, per així decidir els tipus de suports necessaris. Cal valorar també l'altura, el tipus d'aixeta i tenir els objectes a l'abast amb el suport necessari per agafar-los i utilitzar-los (sabó, raspall de dents, pasta, raspall d'ungles, tovallola, pintes o raspalls per als cabells...). Hi ha també suports per evitar danys a la pell, per evitar caigudes, com ara les colzeres o les taloneres.

**Productes de suport a la higiene i cura personal**

Recol·lectors i canalitzadors d'orina i excrements, seients elevadors per al lavabo, taules, cadires i seients per a la banyera, barres agafadores i recolzaments per al lavabo i bany, estoretes antilliscants, raspalls i esponges adaptats, dispensadors de sabó, estris per afaitar-se o aplicar-se el maquillatge, talladors d'ungles, coixins per evitar úlceres per pressió, termòmetres, trituradors de pastilles o l'estora per netejar-se els peus (figura 1.4).

**FIGURA 1.4.** Estora per netejar-se els peus

Font: www.imserso.es

## Productes de suport per vestir-se i despullar-se:

Per tal d'aconseguir la màxima autonomia en aquesta activitat cal tenir en compte la postura estable, el lloc (llit, cadira, terra...) i les tècniques individuals per a cada persona, juntament amb adaptacions de la roba i els suports. Al mercat, hi ha roba amb un disseny especial per facilitar l'activitat de vestir-se i despullar-se de manera autònoma o dissenyada per facilitar la tasca als cuidadors, o bé perquè la persona estigui còmoda si s'ha d'estar asseguda tot el dia en una cadira de rodes. També es fa més fàcil si s'utilitzen materials elàstics, amb el coll i les cises amples, amb gomes, sense botons o amb estiradors a les cremalleres.

### Productes de suport per vestir-se i despullar-se

Suports per posar-se els mitjons, calçadors, penjadors per subjectar la roba, ganxos o barnilles, botonadors (cordabotons com el de la figura 1.5).

FIGURA 1.5. Cordabotons



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

## Productes de suport a l'alimentació:

Poder-se preparar un àpat o el sol fet de menjar i beure són activitats complexes que requereixen una sèrie de moviments i accions coordinades i precises. Depèn de les afectacions que hi hagi en la mobilitat i si hi ha poca funcionalitat en les extremitats superiors, pot ser força complicat. Tot i així, hi ha suports que ajuden a substituir algunes funcions de les mans.

Els gots amb nansa, els engruixidors, els coberts adaptats, els ganivets d'angle o les cintes per agafar poden facilitar, millorar o permetre la prensió del got i dels coberts a les persones amb problemes per agafar-los.

Per substituir la funció d'una mà, en cas que la persona tingui una sola mà funcional, hi ha tapets antilliscants, plats amb vora per substituir l'acció d'ajuda per recollir el menjar del plat, o plats amb punxes per fixar l'aliment mentre tallem amb el ganivet.

Si la persona no té prou força per portar el menjar a la boca, hi ha suports d'avantbraç amb un sistema de basculació que substitueixen aquest moviment actiu. En casos de persones amb doble amputació, persones sense mobilitat en



extremitats superiors o amb mans molt poc funcionals, hi ha un aparell que, amb un petit moviment, en pressionar un commutador, substitueix l'acció de recollir el menjar del plat i portar-lo a la boca.

#### Productes de suport per a l'alimentació

Coberts adaptats (com els coberts amb subjecció palmar de la figura 1.6), plats antivessament, gerres amb mesurador de nivell, taules per tallar, peladors.

**FIGURA 1.6.** Coberts amb subjecció palmar



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

#### Productes per a les activitats domèstiques i cura de la llar:

Es tracta de productes de suport per a la cura, endreça, manteniment i neteja de la casa, dels mobles i de la roba.

#### Productes de suport per a les activitats domèstiques i de cura de la llar

Raspall per netejar gots (figura 1.7), taules de planxar abatibles, fregones amb mànecs adaptats, galledes amb rodes i amb sistema automàtic per escórrer, o enfiladors d'agulles.

**FIGURA 1.7.** Raspall netejador de gots



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

### 1.5.2 Necessitat de comunicació i ús de les tecnologies

Les alteracions motrius, poden provocar dificultats per un cantó en l'ús de les extremitats superiors, la qual cosa podria afectar l'escriptura, i en la parla a causa de trastorns de l'articulació. Els trastorns de la parla per causa orgànica més comuns són la disàrtria i la disglòssia:

- La **disàrtria** és un trastorn de l'expressió oral provocat per una alteració en el control muscular dels mecanismes de la parla. L'origen de la disàrtria sempre és neurològic (en el cervell o en els nervis que controlen els músculs que participen en el procés de la parla).
- La **disglòssia** consisteix en una dificultat en la producció de la parla oral deguda a alteracions anatòmiques i/o fisiològiques dels òrgans articuladoris a causa de malformacions congènites, trastorns en el creixement o lesions adquirides en què es veu afectada part de la musculatura orofacial.

#### Productes de suport

En aquest casos, a més de fomentar de manera especial la possibilitat de comunicar-se amb els recursos gestuals i l'expressivitat emocional pròpia de la interacció entre les persones, pot resultar de gran utilitat l'ús dels sistemes de comunicació augmentativa i alternativa per substituir o per complementar i sonar suport a la parla. L'ús de la comunicació augmentativa no està renyit amb la rehabilitació de la parla quan aquesta és possible.

Així doncs, la millora de la comunicació per a les persones amb diversitat funcional motriu que tenen afectada la parla i/o el moviment es fa de dues maneres:

- Per un cantó amb el tractament dels trastorns de la parla mitjançant **teràpies i programes de rehabilitació o estimulació** ajustats a les necessitats individuals de cada persona, on la reeducació ha de ser realitzada per un especialista. El logopeda és el professional que determina quines àrees estan afectades i estableix un pla terapèutic per aconseguir una millor intel·ligibilitat i una comunicació eficaç. No obstant això, el tractament normalment requereix un equip multidisciplinari que pot incloure neuròlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals o psicòlegs.
- En moltes ocasions, però, la millora de la comunicació requereix l'ús de **sistemes alternatius i augmentatius de comunicació (SAAC)**.

Aquests sistemes cada dia tenen un desenvolupament més individualitzat i adaptat a les necessitats específiques de cada persona gràcies al que es denomina en anglès **adaptive and assistive technology (AAT)**.

La tecnologia adaptativa i d'assistència sovint es refereix específicament a l'accés a la tecnologia electrònica i de la informació, basant-se sobretot en els sistemes

Trobareu més informació sobre els SAAC a la unitat "Comunicació augmentativa i alternativa" del mòdul "Suport a la comunicació", d'aquest mateix cicle.



El científic Stephen Hawking va ser un dels usuaris de tecnologia assistida (AAT) més coneguts (Wikimedia).

alternatius i augmentatius de comunicació (SAAC), en els quals és important distingir dos conceptes:

- **La comunicació alternativa:** és la que substitueix el llenguatge oral, s'utilitza quan la persona no pot parlar, el seu llenguatge és incompreensible i no pot tampoc fer gestos facials o manuals.
- **La comunicació augmentativa:** és la que complementa o millora el llenguatge oral, s'utilitza en els casos en què la parla de l'usuari per si mateixa no és prou eficaç per comunicar-se de manera comprensible.

#### Sistemes de signes propis del SAAC

La comunicació augmentativa i alternativa inclou sistemes de signes molt diversos, com ara:

- Els gestos.
- Els signes manuals.
- Els signes tangibles.
- Els signes gràfics, que inclouen, entre d'altres:
  - Imatges.
  - Pictogrames.
  - Signes Bliss.
  - Escriptura ortogràfica.

L'ús de signes gràfics per a la comunicació requereix ajuts tècnics on es troben ubicats aquests signes per tal que la persona usuària els pugui seleccionar i transmetre als interlocutors. Els ajuts tècnics poden ser:

- **De baixa tecnologia:**
  - Plafons i llibretes de comunicació.
- **D'alta tecnologia:**
  - Comunicadors amb parla artificial.
  - Ordinadors personals amb perifèrics especials i programes de comunicació.

Font: Basil, C.; Soro-Camats, E. i Rosell, C. (1998). *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura*.

En aquesta obra podeu ampliar informació sobre aquests recursos i les seves aplicacions a una diversitat de poblacions d'infants i adults.

A Catalunya, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies té una conveni amb la UTAC, la **Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació**, un servei extern de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. La UTAC és un servei adreçat a persones que es poden beneficiar de l'ús de comunicació augmentativa, a professionals que els donen suport i a les seves famílies.

Des de la UTAC, es defineixen els sistemes augmentatius de comunicació com a formes d'expressió alternatives a la parla per a persones que no l'han adquirida o que l'han perduda per causes diverses. Dins de la UTAC s'inclouen suports com:

#### Comunicació augmentativa i alternativa

Fa referència a formes de comunicació diferents del llenguatge oral que s'utilitzen per substituir i/o complementar o millorar la parla natural.

#### UTAC

Podeu trobar més informació sobre la UTAC al seu web: [www.utac.cat](http://www.utac.cat).

- **Recursos tecnològics**, com els comunicadors electrònics que estan dotats de veu digital o sintetitzada i s'adapten a les diferents formes d'accés que cada persona necessita i els ordinadors personals que són un gran ajut per a la comunicació, a distància o presencial. Hi ha múltiples adaptacions del teclat i del ratolí i també de programes específics per facilitar-ne l'accés adaptat per tal que puguin utilitzar-los fins i tot persones sense ús funcional de les mans.
- Altres formes de comunicació basades en els **gestos i els signes manuals**.
- **Productes de suport de baixa tecnologia**, com els plafons de comunicació. Es tracta habitualment de superfícies de metacrilat, plàstic, paper, etc., de formes (plafó, llibreta, etc.) i mides diverses.
- **Sistemes d'accés a l'ordinador** que inclouen tota mena de perifèrics, cobertors per al teclat convencional de l'ordinador; teclats ampliats o reduïts; ratolins que permeten el moviment del cursor mitjançant una bola, una palanca de control, etc.; commutadors que, juntament amb sistemes de simulació de teclat i de ratolí, permeten controlar l'ordinador mitjançant un sistema d'encerclament en pantalla. També programes especials per a l'accés alternatiu al programari estàndard que permeten l'ús de l'ordinador a persones amb discapacitat motriu, fins i tot en casos d'extrema gravetat, amb l'objectiu que puguin fer funcions com l'escriptura, el dibuix, el joc, la formació o el treball. També fan possible l'accés a les xarxes d'informació per a la consulta i la comunicació a distància.
- **Jocs adaptat i sistemes de control de l'entorn** que permeten a la persona amb mobilitat i manipulació reduïdes la participació en activitats lúdiques i domèstiques, com ara l'activació de joguines, el control d'alarmes i elements de la llar com el llit, finestres i portes, la gestió del televisor i altres electrodomèstics, etc.
- **La mobilitat assistida**, que consisteix en l'ús de diversos ajuts per al desplaçament, com ara el comandament de cadires de rodes amb *joysticks* (figura ??) adaptats a la mà, el peu o el mentó, o amb sistemes d'un o diversos commutadors.

**FIGURA 1.8.** 'Joystick' per a la utilització del teclat de l'ordinador



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

### Sistema alternatiu de la comunicació

En el vídeo següent podeu veure com actua el sistema alternatiu de la comunicació segurament més complex que s'ha dissenyat fins ara. Es tracta del sistema que posava veu a un dels científics més importants del nostre temps: el cosmòleg Stephen Hawking.



<https://www.youtube.com/embed/ii7dsp6oCs?controls=1>



Per altra banda, en la vostra relació personal amb les persones que tenen la comunicació afectada, i com a professionals tècnics que atendrem les persones amb diversitat funcional motriu, heu de tenir en compte una sèrie de **pautes de comunicació** generals. Des de la *Guia d'atenció a les persones amb discapacitat als serveis públics* (2015), elaborada pel Departament de Benestar Social i Família, es donen una sèrie de recomanacions per establir una millor comunicació amb les persones amb diversitat funcional motriu.

#### Recomanacions en la comunicació per a les persones amb diversitat funcional motriu

- Ens hem de dirigir sempre a la persona per davant, cara a cara, i si és possible, posar-nos a la mateixa altura que ella.
- Hem de respectar les dificultats en la parla, hem d'escoltar sense presses, sense acabar nosaltres les frases ni el missatge.
- Si algú actua d'interpret, hem de mirar l'usuari en donar la nostra resposta.
- Si no l'entendem, li hem de dir que sentim molt no entendre'l i li hem de preguntar si té alguna altra manera de comunicar-se: amb un abecedari, un plafó o quadern de comunicació. I facilitar-li si escau.
- Quan la persona no pot parlar i utilitza un sistema alternatiu de comunicació (plafó, quadern de comunicació, comunicador, etc.), pot dur un escrit explicatiu del funcionament del seu sistema comunicatiu. Mireu el document uns moments i verbalitzeu que heu entès com funciona.
- Donar-li el temps necessari per expressar-se amb un sistema alternatiu és important, ja que sovint requereix més temps de l'habitual.

Font: *Guia d'atenció a les persones amb discapacitats als serveis públics* (2015).

#### Guia d'atenció a les persones amb discapacitat...

Podeu consultar la Guia d'atenció a les persones amb discapacitat als serveis públics en el següent enllaç:  
[tinyurl.com/yxbyqfz9](http://tinyurl.com/yxbyqfz9).

### 1.5.3 Necessitat d'accessibilitat

Per poder tenir una vida autònoma i poder fer totes les tasques i accions, les persones amb diversitat funcional motriu han de **poder desplaçar-se** i accedir a qualsevol tipus d'espai, sigui virtual o físic.

L'accessibilitat universal implica que qualsevol persona pugui disposar i utilitzar les infraestructures i els serveis o productes en igualtat de condicions. Aquest

concepte és aplicable a dues formes bàsiques d'activitat humana: la mobilitat i la comunicació. Totes dues poden estar subjectes a limitacions com a conseqüència de l'existència de barreres.

Amb tots els suports de la **tecnologia assistida**, inclosos els SAAC, l'accés a la informació i a les noves tecnologies és possible, i es pot adaptar perfectament a les necessitats de cada persona individualment, per tal de garantir aquesta necessitat d'accés a l'espai virtual i a la comunicació superant les barreres comunicatives que hi pugui haver.

També es pot garantir tota la mobilitat, entesa com el conjunt de desplaçaments que les persones han de fer per motius laborals, formatius, sanitaris, socials, culturals o de lleure, o per qualsevol altre. La promoció de l'accessibilitat en l'àmbit de la mobilitat comporta la supressió de les barreres arquitectòniques.

En aquest sentit, la normativa vigent, la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, inclou aquesta accessibilitat; malgrat això, de vegades encara ens trobem amb barreres.

#### Llei 20/1991

Podeu consultar la llei de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, en aquest enllaç: [bit.ly/35YYDvj](http://bit.ly/35YYDvj)

Les barreres arquitectòniques són tots aquells impediments o obstacles físics que dificulten o impedeixen la llibertat de moviment de les persones.

Hi ha de tres tipus de barreres:

- Barreres urbanístiques als carrers i espais públics.
- Barreres arquitectòniques en l'accés a l'interior d'edificis públics o privats.
- Barreres a la mobilitat en les diferents formes de transport.

En el següent vídeo de l'Observatori de Discapacitat Física (ODF), podeu veure una petita explicació dels tipus de barreres.



<https://www.youtube.com/embed/TzgCTjjUCqU?controls=1>

#### Barreres urbanístiques als carrers i espais públics

Aquestes barreres es localitzen en espais i vies públiques. Són obstacles que limiten i/o impedeixen la deambulació autònoma pel carrer de les persones amb diversitat funcional motriu. Alguns **exemples** poden ser:

- Carrers massa estrets per al pas de persones amb cadira de rodes,
- Carrers amb desnivells amb pendent massa pronunciat per a persones amb cadira de rodes,
- Escales sense adaptació o vores sense una petita rampa que permeti el pas entre la vorera i la calçada,

- Obstacles enmig de la vorera com ara senyals, semàfors, fanals, etc. que no deixen espai per al desplaçament normal de les persones,
- Paviments discontinus o amb enfonsaments, forats i trencats, absència d'espais reservats per a l'aparcament de les persones amb mobilitat reduïda, o cotxes aparcats que ocupen part de la vorera.

### Productes de suport:

L'eliminació d'aquestes barreres està recollida a la Llei 20/1991, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques. Malgrat això, encara són molts els municipis i poblacions en què no s'ha instaurat del tot la normativa i caldria ampliar voreres, pavimentar els carrers malmesos, rebaixar els passos de la vorera a la calçada o construir més rampes; com es pot veure a la figura 1.9.

**FIGURA 1.9.** Pas de vianants obstruït



Font: imatge lliure Google

### Barreres arquitectòniques en l'accés a edificis o a l'interior d'edificis públics o privats

Aquestes barreres serien impediments a la mobilitat que es poden trobar a l'accés d'un edifici o a l'interior, i també inclourien els problemes d'accessibilitat del propi habitatge. Alguns **exemples** serien:

- Tiradors rodons o mànecs de portes difícils d'agafar.
- Accés principal amb escales o pendents massa pronunciats.
- Portes amb un ample que no arriba al mínim de 80 cm o giratòries.
- Zones de pas massa estretes perquè una persona en cadira de rodes o caminador pugui passar o realitzar un gir.
- Paviments discontinus, rrelliscosos o amb catifes que no estan enganxades a terra.
- Taulells o recepcions a una altura massa elevada i que impedeix una correcta visió de les persones en cadira de rodes.
- Interruptors, polsadors, o poms, que han d'estar a una altura assolible.

- Taules fixes a les zones de menjar massa baixes per allotjar una persona que utilitza una cadira de rodes o seients fixos a les zones de menjar que impedeixen que una persona que utilitzi una cadira de rodes es pugui col·locar sota la taula.

En els nostres **habitatges particulars** també podem trobar diferents factors que suposen un problema per a l'accés lliure:

- Moltes comunitats de veïns disposen d'un petit desnivell amb escales abans d'arribar a l'ascensor.
- Una barrera comuna és la presència d'escales i canvis de nivell no adaptats.
- Espai insuficient per a l'accés en cadira de rodes o per fer girs.
- Mobles o obstacles diversos que poden dificultar el desplaçament.
- Interruptors, endolls o polsadors situats a una altura incorrecta.
- Catifes o cables solts.
- Lavabos no adaptats i sense passamans.
- Portes inferiors a 80 cm d'ample.

#### **Productes de suport:**

Productes com les cadires de rodes, cadires de rodes elèctriques i amb sistemes de tecnologia integrats són suports essencials per a l'accessibilitat física. De vegades els suports seran més simples per ajudar bàsicament a la deambulació, com bastons o caminadors, croses que faciliten el desplaçament de la persona quan conserva un cert grau d'estabilitat.

També es consideren productes de suport les adaptacions de l'entorn:

- Plataforma salvaescales o un elevador de curt recorregut que permetin salvar el desnivell, o les escales abans d'arribar a l'ascensor.
- Posar una porta corredissa o bé fer l'espai de la porta més gran (l'ideal seria de 70 cm d'amplada.)
- Pel que fa a la zona de dutxa es recomana fer una dutxa arran de terra i sense mampara, pensar en un concepte de bany obert, on es tingui espai suficient per maniobrar i poder dutxar-se amb comoditat.
- El plat de dutxa que no sigui arran de terra, s'ha d'adaptar posant una rampa amb pendent adequat per accedir-hi amb una cadira de dutxa.
- Posar una rampa en l'accés a la via pública per salvar l'esglaó.

Dins de l'adaptació de l'habitatge propi i en relació amb la tecnologia de l'assistència, tindríem el que anomenem *domòtica*. Tots els mecanismes i components



que integren un edifici domòtic es basen en l'accessibilitat universal i el "disseny per a tothom".

::important: La **domòtica** aplicada tant a l'habitatge particular com a l'edifici, converteix els elements en "intel·ligents", perquè les persones que en fan ús puguin minimitzar els esforços, facilitant l'exercici de les tasques, i millorant la comunicació amb les persones de l'entorn.

Alguns dels **elements de les cases domòtiques** podrien ser:

- Tancament i obertura automàtica de portes: les portes dels portals solen ser pesades i solen tancar-se ràpid després del pas. A això s'hi suma el fet d'haver d'introduir la clau al pany mentre s'obre. La domòtica facilita la tasca mitjançant l'obertura automàtica de portes mecanitzades amb pressió o acostament d'objectes al pany, que ha d'estar situat a una altura màxima de 120 cm.
- Cadires elevadores: per a aquells edificis desproveïts d'ascensors en els quals hi hagi un desnivell en l'accés al portal o a dins (figura 1.10).
- Intèrfons amb càmera: els intèrfons amb càmera permeten a les persones amb mobilitat reduïda observar qui els crida sense necessitat de desplaçar-se cap a l'accés de la casa, a través de la visualització del portal a la televisió.
- Il·luminació detectora de presència: aquest sistema és, potser, el més estès en els edificis. Es tracta d'un sistema que detecta la presència de la persona a l'interior de l'estança i n'activa la il·luminació sense necessitat de pressionar interruptors.
- A més d'aquests sistemes tecnològics i informàtics per a l'accessibilitat a l'edifici, hi ha altres aplicacions domòtiques que ajuden a l'accessibilitat a la llar, com ara telèfons amb sensors o reconeixement de veu, comandaments amb control per veu per a gestionar determinants equips, etc.

**FIGURA 1.10.** Salvaescales



Font: imatge lliure Google

## Barreres a la mobilitat en les diferents formes de transport

Les barreres de transport impedeixen a la persones amb diversitat funcional motriu moure's lliurement i ser autònoms. Poder desplaçar-se a diferents llocs on hem d'anar, ja sigui per gestions quotidianes, per la feina o simplement per lleure i oci, és essencial per tal de desenvolupar-nos com a ciutadans de ple dret. Aquest accés al mitjà de transport concret que es necessita utilitzar en cada circumstància de vegades és fa difícil, i hi ha persones que han d'optar per alternatives que no són tan òptimes.

Alguns **exemples** de les barreres que es poden trobar serien:

- Absència de transport públic disponible.
- Transport públic no adaptat per accedir al vehicle o sortir-ne en cadira de rodes.
- Transport sense espais adaptats a cadires de rodes i sense ancoratges de seguretat.
- En el metro, hi poden haver estacions no adaptades o amb enllaços entre línies no accessibles.

### Productes de suport:

- Col·locació de rampes d'accés a tots els vehicles (figura 1.11).
- Adaptació de l'interior dels vehicles amb zones per a cadira de rodes o persones amb mobilitat reduïda.
- Reformes estructurals en el vehicles privats, com ara les que afecten el bastidor o l'estructura, per exemple: sobre elevar el sostre o rebaixar el terra; o actuar sobre els amortidors per poder modificar a voluntat l'altura del vehicle en el moment de l'accés de passatgers amb mobilitat reduïda.

FIGURA 1.11. Autobús amb rampa



Font: imatge lliure Google

En el següent vídeo, de la *Fundació Romper Barreras*, es pot veure l'adaptació d'un entorn de treball d'un professor universitari: Pablo Echenique. Podreu veure diferents dispositius de tecnologia assistida i domòtica.



<https://www.youtube.com/embed/rRz4Ks4S92Y?controls=1>



### 1.5.4 Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral

Hi ha dos drets fonamentals que corresponen a totes les persones: el **dret a l'educació** i el **dret al treball**. Aquests dos drets han estat difícils de garantir al llarg de la història per a tots els membres de la societat. Avui en dia encara es vulneren en alguns col·lectius, i és amb les persones amb diversitat funcional on encara s'ha de vetllar per garantir-los. Per tal de tenir una inserció laboral òptima s'ha de tenir en compte tota la part de formació que pot ajudar a aquesta inserció. Però no només entenem la formació i l'aprenentatge per a la inserció laboral, sinó com un dret fonamental que s'ha d'aconseguir, per tal de garantir la igualtat d'oportunitats i la qualitat de vida de totes les persones.

#### Necessitat d'inserció laboral

Tenir l'oportunitat de treballar és un dret bàsic de les persones. L'accés al mercat laboral és imprescindible per tenir autonomia i independència econòmica, però no només és important per això, sinó que desenvolupar una feina és fonamental per a altres àrees de la persona, com la pròpia valoració. Poder treballar dona **sensació d'utilitat**, de saber fer alguna cosa, i que allò que fas serveixi: això enforteix l'autoestima.

La inserció laboral és la millor manera d'aconseguir una **bona integració social**. En aquest sentit, afavorir la igualtat d'oportunitats en l'accés al mercat de laboral esdevé un dels reptes més importants per assolir una bona qualitat de vida.

Estar en el món laboral implica també desplaçar-se d'un lloc a l'altre, relacionar-se amb els altres, prendre decisions, assolir l'autonomia personal i garantir la interacció social i així evitar altres riscos socials. Per tant, podem dir que el treball és la clau per a l'autonomia de les persones i la seva inclusió en la comunitat.

(Queda reconegut el...) "dret de les persones amb discapacitat a treballar, en igualtat de condicions amb les altres; això inclou el dret a tenir l'oportunitat de guanyar-se la vida mitjançant un treball lliurement escollit o acceptat en un mercat i un entorn laborals que siguin oberts, inclusivament i accessibles a les persones amb discapacitat".

Convenció Internacional dels Drets de les Persones amb Discapacitat (2006), article 27.

Per promoure i vetllar perquè aquest dret sigui possible, en la Llei general dels drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social (2013), més coneguda com a **Llei general de la discapacitat (LGD)**, queda establert que les empreses públiques i privades que tenen cinquanta o més treballadors estan obligats que, com a mínim, el 2% tinguin certificat de discapacitat (amb un grau igual o major del 33%).

#### **Llei general de la discapacitat (LGD)**

Segons l'LGD, les empreses públiques i privades que tenen cinquanta o més treballadors estan obligades que, com a mínim, el 2% tinguin certificat de discapacitat (amb un grau igual o superior al 33%) i estableix, com a finalitat primordial de la política d'ocupació de treballadors amb discapacitat, la seva integració en condicions que garanteixin l'aplicació del **principi d'igualtat de tracte**.

Podeu consultar el Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (BOE 3 de desembre de 2013, núm. 289) aquí: [tinyurl.com/y6pnjhxm](http://tinyurl.com/y6pnjhxm).

Moltes empreses i entitats van manifestar la dificultat de complir amb aquesta norma. Per aquesta raó es van adoptar **mesures alternatives a la contractació directa**:

- Contractar serveis d'un centre especial de treball (CET) o d'un autònom amb discapacitat, fer donacions o accions de patrocini a entitats sense ànim de lucre o crear un enclavament laboral dins l'empresa.
- Donar ajudes i subvencions a la contractació i adaptació del lloc de treball, com per exemple deduccions fiscals.

També s'han adoptat mesures d'assessorament per a la inserció laboral com les **unitats de suport per al desenvolupament de l'activitat professional (USAP)**. Aquest equip està format per treballadors socials i psicòlegs que donen suport als treballadors i les persones que fan de tècnics o monitors, en tot allò que és necessari perquè la feina es desenvolupi de manera efectiva, productiva i educativa.

A Catalunya hi ha un **model dual d'incorporació** de persones amb diversitat funcional al mercat de treball:

- per un costat tenim el mercat ordinari de treball; és a dir, ocupació ordinària (contractats o amb ocupació autònoma) i
- per un altre, el mercat protegit; és a dir, ocupació protegida (fonamentalment representada pels centres especials de treball i enclavaments laborals) .

#### **Ocupació ordinària:**

El TAS (treball amb suport) és el model d'inserció laboral òptim per a la integració laboral i social de les persones amb diversitat funcional. L'ideal seria aconseguir

la incorporació a l'ocupació ordinària per a totes les persones amb diversitat funcional.

Aquest tipus d'ocupació consisteix en donar un suport als treballadors amb diversitat funcional, que consisteix en fer una adaptació de l'entorn del lloc de treball, i fer un seguiment acurat dels treballadors que s'ajusti a les seves necessitats personals, amb l'objectiu d'ajudar al manteniment de la feina. Aquest seguiment el fa un tècnic i no ha de ser de durada limitada. En alguns casos, aquest suport es mantindrà al llarg de la tota la vida laboral de la persona.

Amb la metodologia de treball amb suport, els treballadors han d'estar immersos en les condicions més semblants possibles a la resta de treballadors de l'empresa. És una feina que ha de ser remunerada des del primer moment i en les mateixes condicions salarials de la resta de treballadors.

Dins d'aquesta metodologia, un cas especial és el de l'**ocupació autònoma**. Els treballadors amb diversitat funcional que vulguin establir-se com a autònoms poden accedir a diversos tipus d'ajuts. En tots els casos, cal que estiguin a l'atur i registrats en una oficina de treball de la Generalitat (OTG). També és necessari que estiguin al corrent de les seves obligacions tributàries i amb la Seguretat Social. En la figura 1.12 podeu veure una màquina de cosir adaptada al lloc de treball ordinari per a una persona amb diversitat funcional motriu.

**FIGURA 1.12.** Màquina de cosir industrial adaptada



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

### **Ocupació protegida:**

Els centres especials de treball (**CET**) són empreses socials que tenen com a objectiu principal oferir llocs de treball a persones que tenen una discapacitat reconeguda, igual o superior al 33%, i que han de representar, com a mínim, el 70% de la plantilla.

L'objectiu és productiu, com en qualsevol altra empresa, però la seva funció és 100% social: han de ser capaços de dotar de feina adaptada les persones amb diversitat funcional que no poden treballar a l'empresa ordinària i procurar uns serveis d'ajustament personal i social i, a la vegada, han de mostrar-se solvents econòmicament, és a dir, garantir una ocupació remunerada.

Aquest tipus de centre és el recurs d'ocupació principal de les persones amb diversitat funcional, n'hi ha de diferent tipus: associacions, fundacions, empreses familiars...

Com a ocupació protegida, també hi ha els **enclavaments laborals**, que significa que un grup de treballadors d'un centre especial de treball fa la seva tasca desplaçant-se temporalment a l'empresa ordinària.

L'enclavament es fa a partir d'un contracte entre una empresa del mercat ordinari de treball i un CET per a la realització d'un servei que guardi una relació directa amb l'activitat normal de l'empresa i que portarà a terme un grup de treballadors amb diversitat funcional del CET.

L'**objectiu final** de l'ocupació protegida és la inserció laboral de les persones amb diversitat funcional a l'empresa ordinària, tot i que en la majoria d'ocasions això no s'acaba produint. No obstant això, cal entendre els CET i els enclavaments com palanques de formació i generació de treballadors que han d'acabar aconseguint un lloc de treball amb suport al mercat ordinari.

### **Necessitat de formació i aprenentatge**

En el sistema educatiu formal, sobretot en l'educació obligatòria, això té una importància cabdal, però també més endavant per a l'accés a totes les persones a un aprenentatge i formació no obligatòria, superior o de qualsevol formació tant formal com no formal.

#### **Pel que fa a l'accés a la formació en general i a l'educació superior:**

En aquest punt es parla sobre la formació ocupacional i l'accés a l'educació superior, però cal tenir en compte que qualsevol tipus de formació ha d'estar adaptada seguint els principis de l'accessibilitat universal perquè totes les persones hi puguin accedir, i caldrà afegir, si és necessari, mesures i suports per garantir la igualtat d'oportunitat en l'accés a qualsevol tipus de formació i aprenentatge.

En relació amb la **formació ocupacional** el decret sobre la inserció laboral, a part d'establir mesures que donin suport a l'activitat professional de les persones amb diversitat funcional, també inclou una part de serveis per a la millora de les capacitats i competències personals mitjançant accions de formació bàsica i instrumental, alfabetització informàtica i formació tecnicoprofessional.

La formació ocupacional, està destinada a aquest objectiu, i el Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC) té entre les seves prioritats garantir i fomentar la formació i la qualificació professional de les persones de cara a incrementar la seva ocupabilitat. Per aconseguir-ho, gestiona programes formatius per millorar la qualificació professional i/o la capacitat d'inserció laboral, alguns dels quals estan específicament pensats per a persones amb diversitat funcional.

Respecte de l'accés a l'**educació superior**, en la Conferència Mundial sobre Educació Superior, convocada per la UNESCO s'estableix que "l'accés als estudis

superiors hauria d'estar basat en els mèrits, la capacitat, els esforços, la perseverança i la determinació dels aspirants i en la perspectiva de l'educació al llarg de la vida”.

En conseqüència, en l'accés a l'educació superior no es podrà admetre cap discriminació fomentada en les discapacitats físiques, i els establiments d'educació superior han de proporcionar orientació i consell, formació per a l'estudi i altres formes de suport als estudiants, incloses mesures per a la millora de les seves condicions de vida. En aquest sentit, es parla d'adaptacions d'accés i suports i també de les adaptacions curriculars que tenen la finalitat d'objectivar les maneres d'organitzar les activitats, disposar els instruments, seleccionar els continguts i implementar les metodologies més apropiades per atendre les diferències individuals de l'alumnat.

### **Pel que fa a la inclusió en el sistema educatiu formal:**

El 17 d'octubre del 2017 es va publicar el Decret 150/2017, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, on es defineix l'**atenció educativa a l'alumnat** com la que comprèn el conjunt de mesures i suports destinats a tots els alumnes, amb la finalitat d'afavorir el seu desenvolupament personal i social i perquè avancin en l'assoliment de les competències de cada etapa educativa i la transició a la vida adulta, en el marc d'un sistema educatiu inclusiu.

Tot l'alumnat és subjecte de l'atenció educativa que regula aquest decret i per aconseguir l'equitat i la igualtat els alumnes seran atesos amb les **mesures i suports que requereixin**. Quan es parla de mesures es refereix a accions i actuacions, i quan es parla de suports, a recursos personals, metodològics i materials i els ajuts contextuals i comunitaris.

Hi ha tres tipus diferents de mesures i suports a l'educació:

- Les **mesures i suports universals**, que s'adrecen a tots els alumnes les apliquen tots els professionals del centre i són accions i pràctiques, de caràcter educatiu, preventiu i proactiu, que permeten flexibilitzar el context d'aprenentatge, proporcionen als alumnes estratègies per facilitar-los l'accés a l'aprenentatge i la participació, i garanteixen l'aprenentatge significatiu de tot l'alumnat i la convivència, el benestar i el compromís de tota la comunitat educativa.
- Les **mesures i suports addicionals**, que són actuacions educatives que permeten ajustar la resposta pedagògica de forma flexible temporal, focalitzant la intervenció educativa en aquells aspectes del procés d'aprenentatge i desenvolupament personal que poden comprometre l'avenç personal i escolar. No es planifiquen per a tot l'alumnat, sinó per a aquell que ho necessita. Són sempre temporals.
- Les **mesures i suports intensius**, que són actuacions educatives extraordinàries adaptades a la singularitat dels alumnes amb necessitats específiques de suport educatiu (NESE), determinades en l'informe de l'EAP i que permeten ajustar la resposta educativa de forma transversal, amb

### **Conferència Mundial sobre Educació Superior**

Podeu llegir el text de la conferència aquí:  
[tinyurl.com/y5m7yzah](http://tinyurl.com/y5m7yzah)

### **Decret 150/2017**

Trobareu el Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, a l'enllaç següent:  
[tinyurl.com/ybz325fq](http://tinyurl.com/ybz325fq).

### **Mesures i suports a l'educació**

Podeu ampliar la informació dels diferents tipus de mesures i suports universals als centres educatius, en aquest enllaç:  
[tinyurl.com/y42wg5sp](http://tinyurl.com/y42wg5sp).





**llibertat de triar** una activitat, a la motivació per fer una tasca, a les ganes de compartir i relacionar-se amb els altres. Cal, doncs, aprofitar i potenciar tot aquest àmbit, ja que serà el que ens portarà finalment a aconseguir una situació realment normalitzada i una qualitat de vida alta de les persones amb diversitat funcional.

La falta d'interacció social i de fer activitats plaents pot actuar sobre les persones amb diversitat funcional, afectar la seva autoestima i el seu estat psicològic i emocional i portar en alguns casos a trastorns d'afectivitat i ansietat i depressió.

Per garantir la plena inclusió i participació en la comunitat de les persones amb diversitat funcional motriu, caldrà **adoptar mesures efectives**, com ara:

- L'adequació de l'entorn utilitzant tots els suports necessaris i la supressió de totes les barreres (arquitectòniques, urbanístiques, de mobilitat i transport, en la comunicació) per poder aconseguir una accessibilitat total (en la figura 1.14 podeu veure un exemple d'una adaptació a una piscina pública).
- La gestió d'activitats: garantir una oferta lúdica adaptada i accessible serà imprescindible per a la incorporació en el teixit social comunitari. La realització d'activitats de caire lúdic a la comunitat, destinades a treballar i potenciar les habilitats de la vida i la normalització del col·lectiu de persones amb diversitat funcional, potenciarà la interrelació amb la resta de ciutadania.
- Per aconseguir això, però, s'haurà de treballar en un tercer punt: la supressió d'un altre tipus de barreres: les barreres actitudinals.

**FIGURA 1.14.** Grua de piscina



Font: [www.imserso.es](http://www.imserso.es)

Les **barreres actitudinals** són comportaments, percepcions i hipòtesis que discriminen les persones amb discapacitat. Aquestes barreres sovint sorgeixen d'una manca d'enteniment, cosa que pot portar les persones a ignorar, jutjar o tenir idees errònies sobre una persona amb discapacitat.

#### **Efectes sobre la persona**

No poder gaudir de la possibilitat per accedir a espais d'oci i relacions socials fa que incrementi la dificultat a la integració social de les persones amb diversitat funcional motriu, i això afecta la seva qualitat de vida.

Algunes barreres actitudinals serien:

- **Estereotips i prejudicis:** formar-se idees sobre una persona a causa d'idees prefixades i falta de coneixement, com assumir que tenen una baixa qualitat de vida i que hi ha coses que mai no podran fer.
- **Estigma i discriminació:** suposar que una persona amb discapacitat és inferior, tractar-la de manera diferent per aquest fet.
- Tractar les persones amb diversitat funcional amb **sobreprotecció i paternalisme**, assumint que se'ls fa un favor amb qualsevol ajuda.

Segons una enquesta duta a terme per l'associació Amputats Sant Jordi, i publicada per l'Observatori de Discapacitat Física (ODF), el 33% de les persones amb discapacitat física enquestades s'han sentit discriminades alguna vegada a causa de la seva discapacitat.

#### Enquesta de discriminació

Podeu consultar-la al web de l'Observatori de Discapacitat Física: [tinyurl.com/y6xkhwhk](http://tinyurl.com/y6xkhwhk).

S'entén per **discriminació per motius de discapacitat** qualsevol distinció o exclusió que tingui el propòsit o l'efecte d'obstaculitzar o deixar sense efecte el reconeixement o l'exercici de tots els drets humans i llibertats fonamentals en els àmbits polític, econòmic, social, cultural, etc.

Les situacions discriminatòries més anomenades per les persones enquestades **tenen lloc a l'àmbit laboral:** dificultats d'accés al mercat laboral i/o **en la relació amb l'entorn:** on la gent té comportaments inadequats, amb frases com ara "la gent em mira", "la gent em diu coses desagradables", etc.

Part de la feina com a tècnics en atenció a persones en situació de dependència serà la tasca de **millorar la visió social** sobre la diversitat funcional; vetllar perquè sigui acceptada com una cosa que passa quan les necessitats funcionals d'una persona no són abordades en el seu entorn físic i social.

Si la diversitat funcional no es considera com un dèficit o una limitació personal, i en canvi es concep com una **responsabilitat social de tots**, serà més fàcil que totes les persones puguin rebre suport per portar vides independents i plenes. Serà una millora social, i no només per a les persones amb diversitat funcional.

#### La vostra feina com a tècnics

El treball dels tècnics comporta una vessant de relació social amb l'usuari importantíssima, i aquest és un dels punts clau en les necessitats socials i emocionals de les persones amb les quals estigueu treballant.

En la relació professional i social que establiu amb aquestes persones heu de tenir sempre present el respecte, fomentant al màxim possible la seva autonomia i la presa de les seves pròpies decisions. Sobretot, cal tenir una especial atenció en les tasques que puguin envair la seva intimitat i puguin fer-los sentir malament i afectar les seves emocions i autoestima.

En el cas de persones amb diversitat funcional física, que tindran afectades algunes facultats motrius, sereu vosaltres els que us encarregareu de la seva cura, neteja, vestir, la

higiene íntima... Heu de fer tots els suports i tasques amb un aproximament respectuós, vetllant per una bona relació i atenció a l'estat emocional de la persona.

Per exemple, en el cas de les persones que són incapaces de fer cap mena d'AVD, com les persones amb tetraplegia, podem contribuir a mantenir-los un bon estat emocional si utilitzem estratègies substitutives de les activitats, com podria ser formular preguntes sobre tot allò que, per petit que sigui, permeti que la persona pugui opinar i decidir. Per exemple, demanar-li parer sobre la roba que s'ha de posar, com vol portar pentinat els cabells aquell dia, etc.

## Dones amb diversitat funcional: doble discriminació social

La discriminació per raó de discapacitat física queda palesa en diferents àmbits de la vida de les persones amb diversitat funcional, però això s'agreuja quan parlem de les dones. Les dones amb diversitat funcional pateixen una **doble discriminació**: per raó de gènere i per la pròpia discapacitat.

Segons l'últim informe de l'observatori sobre discapacitat i mercat de treball, a Espanya les dones amb discapacitat presenten un 38,9% menys d'activitat, un 32,3% menys de taxa d'ocupació i un 7,6% més d'atur que les dones sense discapacitat. També el salari anual de les dones amb discapacitat és un 15,5% menor.

Però a part d'aquesta doble discriminació en el mercat laboral, si mirem les dades extretes de l'Enquesta d'integració social i salut (2012), realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), en totes les variables analitzades, les dones presenten dades més desfavorables, i s'arriba al percentatge del 93% de dones amb diversitat funcional que experimenten barreres en les activitats de lleure i d'oci i culturals.

En el següent vídeo de l'Observatori de Discapacitat Física (ODF), podeu veure una petita explicació d'aquesta doble discriminació:



<https://www.youtube.com/embed/0JK-UKMRLeA?controls=1>

Heu de fer tots els suports i tasques amb un aproximament respectuós, vetllant per una bona relació i atenció a l'estat emocional de la persona.

Per il·lustrar la necessitat de poder realitzar totes aquelles activitats d'oci i que contribueixen al benestar i la satisfacció personal, podeu veure el documental titulat: *Camí d'Alaska*. El podeu trobar a la secció "Annexos" del web del mòdul.



A més de desavantatges econòmics, professionals i de lleure, les dones amb diversitat funcional també pateixen més violència de gènere. L'última macroenquesta de violència contra la dona defineix sis tipus de violència de gènere, i la prevalença de totes elles sempre és més elevada entre les dones amb discapacitat, que presenten fins a un 8,2% més de violència física i/o sexual, un 8,8% més de violència psicològica emocional i un 7,3% més de violència econòmica. Cal tenir present sempre aquesta doble vulnerabilitat de les dones amb diversitat funcional, buscant accions i potenciant els recursos i els programes adreçats a revertir la situació de discriminació, i vetllant per garantir la igualtat d'oportunitats.

Les polítiques i els programes socials van encaminats cap aquesta línia, i busquen la sensibilització i implementar accions i suports. Així, en la vostra tasca professional, haureu de tenir en compte la **perspectiva de gènere**, tenint sempre

### Dades estadístiques

Podeu consultar l'Enquesta d'integració social i salut (INE, 2012) a: [tinyurl.com/y6bod6b9](https://tinyurl.com/y6bod6b9), i també les publicades per l'ODF sobre gènere i discapacitat: [tinyurl.com/y34hfu65](https://tinyurl.com/y34hfu65) i la macroenquesta de l'Institut de la Dona per a la Igualtat d'Oportunitats, de 2015: [tinyurl.com/y3xyqhy](https://tinyurl.com/y3xyqhy).

en consideració les diferències entre homes i dones en el vostre àmbit d'atenció a les persones en situació de dependència.

La **perspectiva de gènere** és la consideració de les diferències entre homes i dones en un àmbit o una activitat determinats, amb l'objectiu de reflexionar-hi per trobar línies d'acció que permetin resoldre les desigualtats (Centre de Terminologia Termcat).

### La sexualitat i la diversitat funcional motriu

Quan parlem de la sexualitat i de la diversitat funcional, entrem també, com en el cas de les dones, en una **dobla discriminació**, ja que sovint el sexe és un tema encara tabú a la nostra societat, i el sexe de les persones amb diversitat funcional, doble tabú.

Pel fet de ser un tema poc explicitat, resulta encara més complex d'enfocar i treballar. D'altra banda, hi ha una sèrie de mites i creences sobre la sexualitat de les persones amb discapacitat que en condicionen el desenvolupament: un dels **prejudicis** més estès és que una persona amb diversitat funcional motriu perd la capacitat sexual, es pensa que no pot o no vol tenir relacions sexuals.

Aquesta creença encara perpetua més el fet de no abordar mai aquest tema, no parlar-ne, com si no formés part de les seves necessitats. Això posa més en risc les persones amb diversitat, que són, a més, més vulnerables i poden patir més abusos sexuals si no coneixen o no són conscients del seu dret a la intimitat i plaer sexual. La salut sexual està definida per l'OMS com un dret bàsic de tots els éssers humans des de l'any 1975.

(La **salut sexual** és...) "un estat de benestar físic, emocional, mental i social relacionat amb la sexualitat; que no és l'absència de malaltia, disfunció o incapacitat. Perquè la salut sexual s'aconsegueixi i es mantingui, els drets sexuals de totes les persones han de ser respectats, protegits i exercits a plenitud".

(Per poder arribar a aquest estat...) "...es requereix un enfocament positiu i respectuós de la sexualitat i de les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experiències sexuals plaents i segures, lliures de tota coacció, discriminació i violència".

Organització Mundial de la Salut (2002).

Les persones amb diversitat funcional motriu han de poder gaudir dels mateixos drets fonamentals que la resta de la ciutadania i no han de tenir una vida sexual reduïda o nul·la, però sí que s'hauran de tenir en compte les característiques diferencials de cadascuna de les persones amb diversitat, ja que condicionaran la seva pràctica sexual.

Per tant, per abordar la necessitat sexual de les persones amb diversitat funcional, haurem de treballar per desfer **dos tipus de barreres**:

- Les condicionades per les característiques de la pròpia discapacitat física i les dificultats que se'n deriven (conseqüències del tractament farmacològic, lesió que pugui afectar la sensibilitat de la zona erògena...)

- Les conductuals, derivades de prejudicis, creences i tabús.

Entenent que tothom ha d'aprendre a conèixer, acceptar, viure i expressar la seva sexualitat lliurement, el programa d'atenció a la sexualitat de persones amb discapacitat física, portat a terme per la Residència per a persones amb Discapacitat Física Sant Salvador de Tarragona (STS Grup) determina algunes de les bones pràctiques que han de guiar l'actuació del professional d'atenció a la dependència, en relació amb la sexualitat de les persones usuàries.

#### **Bones pràctiques, que han de guiar l'actuació del professional d'atenció a la dependència**

- Respectar, un respecte que ha de ser bidireccional (del professional cap a les voluntats i pràctiques de la persona usuària i de la persona usuària cap als professionals i la resta de persones usuàries).
- Poder garantir un ambient d'intimitat en els intercanvis d'informació.
- Poder garantir la discreció en les informacions que coneguem de la persona, adoptant les mesures perquè les coneguin les persones indicades en cada moment però evitant la difusió pública.
- Ser proactius i evitar la reactivitat.
- Poder garantir un espai físic que garanteixi la privacitat en les relacions que es puguin mantenir.
- Fer un abordatge normalitzat d'aquesta necessitat.
- Respectar els valors de la persona sense voler imposar els nostres.
- Evitar judicis de valor.
- Fomentar activitats en les quals es pugui parlar del tema, per tal de visibilitzar inquietuds i necessitats.
- Respectar la preferència sexual de la persona usuària.
- Oferir un espai perquè les persones usuàries que tinguin alguna necessitat sàpiguen on i amb qui poden parlar.
- Saber actuar com a facilitadors de les necessitats expressades per les persones.

Font: Residència per a Persones amb Discapacitat Sant Salvador de Tarragona (STS Grup).

Finalment, un dels suports que s'ha dissenyat i portat a terme els últims anys és la figura de l'**assistent o acompanyant sexual**. Es tracta d'una persona que facilita l'accés al sexe a les persones amb discapacitats físiques o intel·lectuals. És un servei professional i de pagament. Aquesta figura apareix el 2003 a Suïssa i s'expandeix en altres països; avui en dia, en alguns com Dinamarca, fins i tot està subvencionada per l'Estat, a d'altres com Holanda o Suïssa, l'assistència sexual es considera un servei de salut. Tot i que al nostre país no hi ha encara legislació sobre aquesta figura, hi ha entitats que han posat en marxa aquest servei d'assistència sexual, que ajuden a tractar i satisfer les necessitats sexuals d'usuaris de diversitat funcional.

#### **Programa d'atenció (STS Grup)**

El projecte porta per títol "Programa d'atenció a la sexualitat. Experiència pràctica en un àmbit d'atenció a la discapacitat física". Explica el procés que s'ha seguit amb els usuaris perquè aprenguin a conèixer, acceptar i expressar lliurement la seva sexualitat; podeu consultar-lo a: [tinyurl.com/y48gwo8k](http://tinyurl.com/y48gwo8k).

Segons Sex Assistant (entitat Suïssa d'assistència sexual), l'**assistent o acompanyant sexual** és la persona que, després de travessar un procés de capacitació, pugui acompanyar homes i dones amb discapacitat, de manera sexual, afectiva i eròtica.

L'assistent sexual, doncs, ajuda en aquelles activitats que la persona assistida no pot fer per si mateixa: explorar el seu cos, masturbar-se, aconseguir posicions i/o moviments en pràctiques sexuals amb una altra persona. La persona assistida no accedeix sexualment al cos de la persona assistent: no hi ha petons, abraçades, coit, carícies, sexe oral, etc. La persona assistent no té entre les seves tasques excitar la persona assistida, ni excitar-se ella, ni sentir plaer, ni educar ni intervenir terapèuticament: la seva intervenció és purament instrumental.

**Per saber-ne més...**

- En el següent article podeu veure i entendre millor la funció de l'assistent sexual: [tinyurl.com/yysnl35v](https://tinyurl.com/yysnl35v).
- Tandem Team és la primera entitat de l'Estat que posa en marxa un servei d'assistència sexual per a discapacitats físics i psíquics al nostre país [www.tandemteambcn.com](http://www.tandemteambcn.com).
- Silvina Peirano, professora en l'àmbit de la discapacitat, és la creadora de Sex Assistant: [tinyurl.com/yxurcvjp](https://tinyurl.com/yxurcvjp).
- El documental: "Jo també vull sexe!" (*Sense Ficcio*, TV3) parla d'aquesta figura i se centra en la possibilitat que persones amb discapacitat física o intel·lectual visquin amb plenitud els seus drets sexuals: [tinyurl.com/yxo5m5wo](https://tinyurl.com/yxo5m5wo). També està disponible a YouTube:



<https://www.youtube.com/embed/GjzwJTpRUnI?controls=1>

## 2. Persones amb diversitat funcional física sensorial

La funció principal dels sistemes sensorials és informar l'organisme de les condicions que hi ha tant a l'interior com a l'exterior. L'ésser humà sent i percep gràcies a les sensacions captades pels seus òrgans sensorials. Dos dels sentits més importants que utilitzem per rebre la informació són la vista i l'oïda; així, les dues afectacions majoritàries dels sentits seran també la visual i l'auditiva. D'aquesta manera, pel que fa a la diversitat funcional sensorial es distingeix entre:

- **Diversitat funcional visual (DFV):** derivada d'una pèrdua total o parcial de visió, com a conseqüència d'afeccions o malalties oculars i/o neurooftalmològiques.
- **Diversitat funcional auditiva (DFA):** derivada d'una pèrdua total o parcial d'audició; pot anar acompanyada de discapacitat de la comunicació i la parla.

### 2.1 Persones amb diversitat funcional física sensorial visual

La vista és un dels sentits més importants, ja que els estímuls visuals aporten una gran quantitat d'**informació**: podem percebre el color, la forma, el moviment, la profunditat i el relleu, reconèixer amb facilitat una imatge canviant; així com ser capaços d'identificar rostres, les seves expressions emocionals i, conseqüentment, adonar-nos de com se sent algú en particular.

Vivim en un món en el qual es dona molta importància als estímuls visuals i a les imatges. La vista ens dona molta informació, i gràcies a aquesta informació fem gran part de les activitats del nostre dia a dia.

Penseu només en la complexitat i la dificultat que comporta haver de moure's en l'entorn sense veure-hi, o tenint una visió molt reduïda. Segons dades de l'OMS, a escala mundial, s'estima que aproximadament 1.300 milions de persones viuen amb alguna forma de deficiència visual.

Però les possibles afectacions de la vista són diverses, i com a tècnics en atenció a persones en situació de dependència, haureu de conèixer la situació personal de cada usuari per tal de realitzar la intervenció adequada.

A continuació veureu les diverses afectacions visuals i quines són les conseqüències pràctiques en la realització de les activitats.

#### Estadística mundial

Podeu consultar les dades de l'Organització Mundial de la Salut en aquest enllaç:  
[tinyurl.com/y6lkqskn](http://tinyurl.com/y6lkqskn).

## 2.1.1 Característiques de les persones amb diversitat funcional visual

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i d'acord amb la Classificació Internacional de Malalties (ICD, per les sigles en anglès), la **funció visual** es subdivideix en quatre nivells:

1. Bona visibilitat
2. Discapacitat visual moderada
3. Discapacitat visual greu
4. Ceguesa

### Classificació Internacional de Malalties (ICD)

Podeu consultar el web de la ICD, en aquest enllaç: [tinyurl.com/vn28oux](http://tinyurl.com/vn28oux).

La discapacitat visual moderada i la discapacitat visual greu es reagrupen sota el terme de **baixa visió**. La baixa visió i la ceguesa representen, conjuntament, el total de casos de discapacitat visual.

Hi ha dos paràmetres bàsics en els quals es basa la valoració de la discapacitat visual per determinar aquesta discapacitat:

1. L'**agudesia visual**: capacitat per discriminar estímuls a certa distància, per percebre la figura i la forma dels objectes i discriminar-ne els detalls. Es mesura en percentatge.
2. El **camp visual**: capacitat per percebre els objectes situats fora de la visió central, és a dir, l'espai visual que l'ull pot percebre sense moure's. L'àrea de percepció visual és mesurada amb graus.

L'**ONCE** utilitza la classificació de la discapacitat visual de l'OMS, per establir que per **poder afiliar-s'hi** és necessari tenir una agudesia visual igual o inferior a 0,1 (10%), aconseguida amb la millor correcció òptica possible. O un camp visual igual o inferior a 10 graus.

### ONCE

Sigles de l'Organització Nacional de Cecs Espanyols; és una organització sense ànim de lucre que té per objectiu millorar la qualitat de vida de les persones amb ceguesa i discapacitat visual greu, el seu web és [www.once.es](http://www.once.es).

### Classificació de la discapacitat visual segons l'OMS

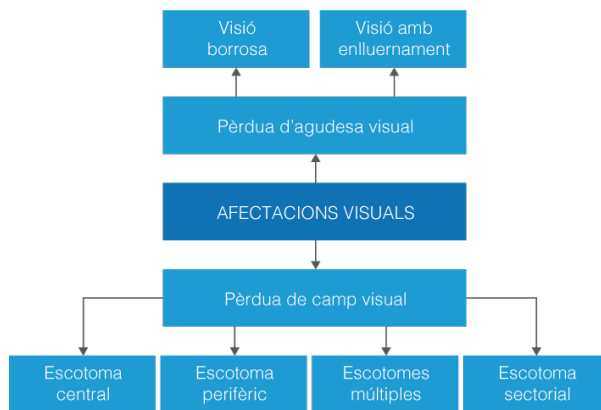
- Visió normal: agudesia visual 0,8 o millor/ camp visual 120°
- Baixa visió modera: agudesia visual < 0,3 / camp visual < 60°
- Baixa visió greu: agudesia visual < 0,12 / camp visual < 20°
- Baixa visió profunda: agudesia visual < 0,05 / camp visual < 10°
- Ceguesa quasi total: agudesia visual < 0,02 / camp visual < 5°
- Ceguesa total: agudesia visual: no percepció de llum / camp visual 0°



És important conèixer els problemes visuals que causen les diferents afectacions, i d'aquesta manera es podrà fer una millor intervenció, ja que sempre que hi hagi un residu visual s'haurà d'estimular proporcionant les ajudes i els suports necessaris per potenciar-lo i aprofitar-lo al màxim.

Per entendre com hi veuen els **diferents usuaris** amb qui treballarem com a professionals, a la figura 2.1 es presenta un esquema-resum dels tipus d'afectacions, definicions i exemples d'afectacions, i més endavant imatges d'exemple de les **patologies més freqüents**, que us poden ajudar a entendre l'afectació que causen en la visió.

**FIGURA 2.1.** Afectacions visuals



**Anàlisi global de l'accessibilitat**

Alguns dels exemples i explicacions han estat extrets de l'anàlisi global de l'accessibilitat de persones amb discapacitat visual, elaborat per ATM, UPC, RAILS A i RAILgroup: [tinyurl.com/y5gw16xx](http://tinyurl.com/y5gw16xx).

Dins del col·lectiu de persones amb diversitat funcional visual (DFV), el grup de persones amb **pèrdua d'agudes visual** és molt heterogeni, ja que hi ha moltes afectacions que provoquen aquesta pèrdua, per la qual cosa les necessitats i adaptacions també seran molt diferents.

En general, però, les persones que tenen una disminució en l'agudes visual pateixen una pèrdua de la capacitat d'enfocar els objectes i discriminar els detalls. És a dir, tenen una visió que els permet veure el volum de les coses, el moviment que tenen i el color, però tenen dificultat per distingir els petits detalls; cosa que no ocorre amb la visió normal (figura 2.2).

**FIGURA 2.2.** Visió normal o amb bona visibilitat



Elaboració pròpia

**Adaptar la il·luminació**

Per exemple, en el cas de les cataractes i la miopia magna, l'ull funcionarà millor amb una il·luminació intensa, però en el cas de l'albinisme i l'anirídia els nivells d'il·luminació han de ser baixos, per tant, s'utilitzaran filtres per evitar l'enlluernament.

**Afectacions de l'agudesa visual**

L'albinisme, nistagmes, l'anirídia, les cataractes, el desprendiment de retina, la miopia magna, el queratocon i altres irregularitats de la còrnia.

Com a conseqüència, tenen dificultat sobretot a l'hora de reconèixer cares, llegir, veure la televisió o el mòbil i dur a terme aquelles activitats que requereixen una visió òptima de coses de mida petita i de detalls. A la taula 2.1 podeu veure exemples de l'afectació en l'agudesa visual.

**TAULA 2.1.** Afectacions de l'agudesa visual

Visió amb enlluernament	Visió borrosa
	
<p>Pèrdua de visió provocada per l'entrada excessiva de llum.</p> <p><b>Patologies:</b> albinisme, anirídia, coloboma.</p> <p><b>Afectació:</b> dificultat per reconèixer cares, llegir, veure la televisió o el mòbil.</p>	<p>Dificultats en l'enfocament i distorsió de la imatge</p> <p><b>Patologies:</b> anirídia, nistagmes, coloboma, cataractes, miopia magna.</p> <p><b>Afectació:</b> dificultat per reconèixer detalls, distingir cares, imatges i escrits.</p>

Elaboració pròpia



La **pèrdua del camp visual** normalment és provocada per un escotoma. Així, l'afectació del camp visual variarà segons la localització de l'escotoma, i tindrà repercussions diferents en la realització correcta de les diverses activitats que ha de portar a terme en el dia a dia. A la taula 2.2 podeu veure un resum de les diferents afectacions per escotomes.

Un **escotoma** és una zona del camp visual afectada per una disminució o pèrdua total de la visió. Segons el cas, la patologia i el nivell d'afectació, l'escotoma pot ser en forma de taca negra, de taca borrosa o d'un espai que, com que no pot quedar buit, el cervell omple amb el to més general de l'entorn.

**TAULA 2.2.** Afectacions del camp visual

Escotoma central	Escotoma perifèric
	

TAULA 2.2 (continuació)

Escotoma central	Escotoma perifèric
<p>Afectació de la visió central, conservant la visió perifèrica.</p> <p><b>Patologies:</b> distròfia de cons, degeneració macular associada a l'edat, síndrome de Stargart, atròfia del nervi òptic.</p> <p><b>Afectació:</b> dificulta les feines que requereixin una discriminació molt fina, com la lectura, el reconeixement de cares, veure la televisió o el mòbil.</p>	<p>Pèrdua del camp visual perifèric que en últims estadis causa una visió en forma de túnel, "visió tubular".</p> <p><b>Patologies:</b> retinosi pigmentària i glaucoma avançat.</p> <p><b>Afectació:</b> enlluernaments, dificultats en els desplaçaments, especialment nocturns. Serà possible llegir lletra molt petita, però la funcionalitat en la lectura es veurà reduïda.</p>
Escotomes múltiples	Escotomes sectorials
 <p>Ombres a la retina que semblen "mosques volants".</p> <p><b>Patologies:</b> desprendiment de retina, desprendiment de vitri, hemorràgies vítries o uveïtis</p> <p><b>Afectació:</b> dificultat general depenent de la quantitat i grandària.</p>	 <p>Alteracions de les vies òptiques.</p> <p><b>Patologies:</b> hemianòpsia, quadrantanòpsia.</p> <p><b>Afectació:</b> amb la part del camp visual que no està afectat, s'acostuma a tenir una bona visibilitat i no hi ha problemes a l'hora d'accedir a la informació, però hi ha dificultats en els desplaçaments a causa de la reducció del camp.</p>

Elaboració pròpia

## 2.1.2 Atenció a les persones amb diversitat funcional visual

Degut a que hi ha diverses afectacions de la visió, el col·lectiu de persones amb diversitat funcional visual (DFV) no és homogeni i cadascú necessitarà una **intervenció personalitzada** en funció del tipus i el grau d'afectació del sentit. També caldrà tenir en compte les circumstàncies en què s'ha produït l'afectació, si ha estat de naixement o ha sigut després i si ha estat una pèrdua progressiva o de manera sobtada.

Tenir en compte les característiques individuals de cadascú us ajudarà a l'hora de decidir els suports i realitzar la intervenció professional més adequada, amb la finalitat que es cobreixin les seves necessitats de la manera més autònoma possible.

### Intervenció dels tècnics

A l'hora d'intervenir amb persones amb diversitat funcional visual hem de determinar les tres variables següents:

- **(A) Valorar les característiques i afectacions de cada usuari.**
- **(B) Determinar el tipus d'intervenció tant amb la persona com amb l'entorn**, per potenciar la seva autonomia i aconseguir la màxima independència i qualitat de vida.
- **(C) Satisfer les seves necessitats**, garantint així que pugui exercir els seus drets.

Pel que fa a les **característiques de la persona, afectacions i circumstàncies** s'ha de tenir en compte:

- Tipus i grau d'afectació: si són persones amb ceguesa total o tenen residu visual, sempre s'intentarà potenciar i aprofitar amb diversos suports el residu visual, en cas de ceguesa total s'utilitzaran altres suports i intervencions.
- Moment de l'afectació: si és un afectació hereditària o congènita s'haurà produït des del moment del naixement, per tant, la intervenció i el tractament s'han de fer des del començament de la vida de la persona. Si la pèrdua de visió s'ha donat per una afectació adquirida o per altres malalties, es produeix en altres moments del cicle vital de la persona i cal tenir-ho en compte per a la intervenció.
- Manera en què s'ha produït la pèrdua visual: si la pèrdua de visió ha estat sobtada serà tractada de manera diferent de si ha estat progressiva, i per tant la persona ha pogut preparar-se tant de manera funcional com emocional i psicològica per a la pèrdua.

A l'hora de **determinar les necessitats**, aquestes es poden donar en diferents àrees, per exemple:

- Necessitat en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària
- Necessitat de comunicació i ús de les tecnologies
- Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral
- Necessitat de mobilitat i orientació
- Necessitat de relació social i afectiva, i d'oci

Finalment, per **determinar els canvis i les adaptacions a l'entorn, els facilitadors, les ajudes i els suports**, cal tenir en compte les condicions necessàries per tal d'aconseguir entorns accessibles i com serien el disseny i l'accessibilitat universal, per garantir la igualtat d'oportunitats així com els facilitadors i suports com la tecnologia assistida i l'assistent personal que podran formar part de la intervenció de les persones amb diversitat funcional visual.

Trobareu més informació sobre l'atenció i les adaptacions a l'entorn a l'apartat "Persones amb diversitat funcional física motriu", d'aquesta mateixa unitat.

L'aplicació de **suports i facilitadors per a persones amb DFV** es basa en aquests tres aspectes:

- Aprofitar sempre el residu visual
- Potenciar i estimular la resta de sentits
- Programes d'entrenament, aprenentatge i rehabilitació

### Aprofitar sempre el residu visual

Per tal d'aprofitar sempre el residu visual es pot fer amb l'entrenament d'habilitats i tècniques de les persones, amb la utilització de suports, que poden anar des d'ampliar la imatge fins a utilitzar diferents suports com són les ajudes òptiques, electròniques i no òptiques.

Algunes tècniques per a l'**entrenament d'habilitats i tècniques** de les persones poden ser:

- Fixació: per localitzar la zona amb millor visió
- Localització: per trobar els objectius a visualitzar
- Exploració: per poder mantenir la fixació durant més temps
- Seguiment: per seguir els objectes quan aquests es desplacen

La **utilització de suports** comporta l'ús d'instruments auxiliars que tenen com a finalitat l'optimització de la funcionalitat visual de les persones amb resta de visió. Per a això es requereix l'ampliació de les imatges a la retina. Hi ha quatre maneres d'ampliar la imatge:

1. **Ampliar la mida de cada objecte:** a l'ampliar la mida (per exemple, en el cas de les lletres, ampliant el text), la imatge que es projecta a la retina ho fa en la mateixa proporció.
2. **Disminuir la distància per veure l'objecte:** quan acostem alguna cosa als ulls, a la retina es produeix igualment un augment de la imatge corresponent. L'inconvenient, per exemple en lectura, és la impossibilitat que té l'ull humà per a visualitzar nítidament un objecte quan la distància és tan curta, limitacions que es van aguditzant amb l'edat. Per pal·liar això es necessita l'ajuda de lents.
3. **Mitjançant l'ampliació angular:** és la més complexa i es produeix quan s'usen ajudes telescòpiques que permeten visualitzar els objectes i fa la sensació que estan més a prop del que estan en realitat.
4. **Mitjançant l'ampliació per projecció:** es produeix quan es projecten imatges sobre pantalles: cinema, diapositives... En baixa visió són de gran utilitat els circuits tancats de televisió (CCTV), també coneguts com lupes televisió, que són un clar exemple d'aquest tipus d'augment.

#### **Ampliar la mida dels objectes**

Exemples d'aquest tipus d'ampliació es troben en els llibres escrits en lletres grans o en els números dels dials de telèfon en caràcters grans.

Una altra adaptació, que no seria ben bé d'ampliació d'imatge però que sempre s'ha de tenir en compte, seria la il·luminació. Cal que hi hagi una **bona il·luminació** per poder desenvolupar correctament les tasques.

Amb relació als **suports** trobem les següents ajudes:

- Ajudes òptiques: ulleres d'alt poder diòptric, telescopis i lupa.
- Ajudes electròniques: circuits tancats de televisió.
- Ajudes no òptiques.

Entre les **ajudes òptiques** trobem:

#### Tipus d'ulleres d'alt poder diòptric

N'hi ha de diferents tipus, com ara monoculars o binocles, i es poden utilitzar de forma monofocal (amb un sol focus), bifocal (amb dos focus), trifocal (tres focus) o multifocal (diversos focus).

- **Ulleres d'alt poder diòptric.** Són lents també positives que s'incorporen en una muntura i que es poden utilitzar per a lectures prolongades, tasques de punt, costura, escriptura, etc. També denominades *microscopis*, aconseguen l'augment per “disminució de la distància”, que es produeix quan reduïm la distància de l'objecte a l'ull. En realitat, no augmenten res per si mateixos, però faciliten l'acomodació, que és la funció visual que permet apropar-se a l'objecte per veure'l amb nitidesa. Per a algunes tasques, són més còmodes que les lupes perquè permeten tenir les mans lliures. La distància de treball amb aquestes lents és curta, per la qual cosa es requereix una posició correcta a l'hora de llegir per aconseguir i mantenir una imatge nítida.
- **Telescopis.** Permeten augmentar la mida dels objectes que es troben a distàncies llunyanes. Poden ser manuals o anar muntats en ulleres i al seu torn es poden utilitzar amb un sol ull (monoculars) o amb els dos (binoculars). No permeten la seva utilització en moviment. El seu poder d'enfocament els fa útils per a totes aquelles tasques puntuals de visió llunyana, com són la lectura de rètols, teatres, TV, aparadors, etc.
- **Lupa.** S'utilitza en activitats de prop, però generalment la distància de treball que permet és reduïda, com també el camp visual, depenent dels augments. A més n'hi ha de manuals o amb suport, i amb llum o sense. A la figura 2.3 es pot veure un exemple.

#### Lents positives i negatives

Quan els feixos de llum travessen les lents, pot ser que aquests feixos tendixin a convergir o a divergir de manera regular; s'anomenen *lents positives* les que són convergents i *negatives* les que són divergents.

FIGURA 2.3. Telelupa



Entre les **ajudes electròniques** trobem els **circuits tancats de televisió (CCTV) i lupes televisió**. Són ajudes que augmenten la mida de les imatges i que consten d'un monitor, una càmera i un sistema òptic. Cada usuari pot establir la modalitat més d'acord amb les seves condicions visuals, pel que fa a la mida, contrast i color necessaris. Poden utilitzar-se en sistemes blanc i negre i color, i els models existents són molt variats. Alguns d'ells ofereixen la possibilitat de compatibilitzar el monitor amb un ordinador, i permeten mitjançant la divisió de la pantalla presentar les imatges procedents de la càmera i les de l'ordinador al mateix temps. És un sistema de lectura molt apropiat per a aquells casos en què la visió és molt reduïda o l'ús de les ajudes abans esmentades resulti poc adequat per aconseguir els seus objectius.

Finalment, dins de les **ajudes no òptiques** trobem diferents elements que donen resposta diverses dificultats:

- Per controlar els problemes d'enlluernament: filtres amb diferents nivells d'absorció.
- Per a lectoescriptura: guies per signar, retoladors, papers pautats, faristols...
- Materials per a costura: enfiladors, cintes mètriques amb marques, agulles de cap dividida.
- Rellotges, despertadors i avisadors de temps adaptats en Braille, sonors.
- Ajudes al desplaçament, fonamentalment bastons de mobilitat, targeta "taxi"...

## Potenciar i estimular la resta de sentits

Alguns dels sentits que es poden estimular són el tacte, l'oïda, el moviment o cinestèsia, el gust i l'olfacte. A continuació es donen pautes per potenciar els tres primers:

- **Optimitzar el tacte:** amb l'entrenament adequat de la capacitat tàctil i tenint en compte les característiques diferencials de cada persona, es poden adquirir habilitats, destreses i recursos per obtenir un coneixement eficaç i segur de l'entorn. A través d'aquest sentit es pot:
  - Localitzar, reconèixer i discriminar formes.
  - Detectar mides, pesos, textures, temperatures, etc.
- **Optimitzar l'audició:** la capacitat auditiva es desenvolupa mitjançant l'aprenentatge, de manera que les persones amb discapacitat visual, si fan un ús adequat de les seves funcions, poden:
  - Detectar i evitar obstacles, a través de la interpretació de la informació auditiva, que permet apreciar la profunditat, la distància i conèixer les característiques de l'entorn (dimensió d'una habitació, trànsit, obres, etc.).

### Catàleg de l'ONCE

El Centre de Tiflotecnologia i Innovació de l'ONCE té un catàleg molt extens on es poden trobar tot tipus de suports, en aquest cas, ajudes tècniques: [tinyurl.com/y46cntjj](http://tinyurl.com/y46cntjj).

- Advertir perills (per exemple, cotxes o sirenes).
- **Percepció cinestèsica.** Sent conscients del propi cos i de la seva situació en l'espai, s'estableixen relacions amb l'entorn.

### **Importància de la percepció cinestèsica**

Aquest tipus de percepció, que informa de qualsevol moviment, és important per poder:

- Notar irregularitats del terreny (pendents, corbes)
- Mantenir l'equilibri i la línia recta
- Controlar els girs que es realitzen
- Mostrar una postura còmoda
- Caminar amb naturalitat
- Saber quan s'arriba a l'objectiu

### **Programes d'entrenament, aprenentatge i rehabilitació**

Els programes d'entrenament, aprenentatge o rehabilitació suposen un suport molt important que es dona a les persones amb diversitat funcional visual, ja que tenen en compte les diverses **àrees personals**: funcional, emocional, psicològica, etc.

En línies generals, es pot dir que els serveis de rehabilitació visual i baixa visió són beneficiosos i que les persones presenten millora després de passar-hi. L'entrenament es fa **de forma individualitzada**, partint dels interessos, afectacions i característiques de cadascuna de les persones i adaptant les tasques a les capacitats individuals, ja que en la realització de cada activitat hi ha múltiples variables i formes de fer-la.

Tenint en compte, també, que les persones amb ceguesa o baixa visió adquirida hauran d'aprendre noves habilitats i adaptar-se a la nova situació, caldrà combinar les ajudes de baixa visió tant òptiques com no òptiques, i les estratègies, amb l'entrenament adequat, aconseguint així un major nivell d'independència, cosa que millorarà, a més, l'autoestima, l'ansietat i les relacions interpersonals.

### **Associacions per la rehabilitació i l'aprenentatge**

Hi ha diverses associacions que duen a terme programes de rehabilitació i aprenentatge, com l'Associació de Discapacitat Visual de Catalunya (ADVC) o la ONCE:

- Projecte de rehabilitació de l'ADVC:
  - [tinyurl.com/y3x3vaq7](https://tinyurl.com/y3x3vaq7)
  - [tinyurl.com/y329bfau](https://tinyurl.com/y329bfau)
- Projecte de rehabilitació de l'ONCE:
  - [tinyurl.com/y3qzdtbc](https://tinyurl.com/y3qzdtbc)



### 2.1.3 Necessitats de les persones amb DFV i pautes d'intervenció

A continuació veureu com portar a terme la intervenció amb persones amb diversitat funcional visual (DFV), tenint en compte les característiques i afectacions de cada persona, utilitzant els suports i facilitadors específics i partint de cadascuna de les possibles necessitats:

- Necessitats en l'execució i l'assoliment de les AVD.
- Necessitats de comunicació i ús de les tecnologies.
- Necessitats d'aprenentatge i inserció laboral.
- Necessitats de mobilitat i orientació.
- Necessitats de relació social i afectiva i d'oci.

#### Necessitat en l'execució i l'assoliment de les activitats en la vida diària

Les persones amb problemes de visió, ja sigui ceguesa o baixa visió, presenten dificultats en la realització de les activitats en la vida diària (AVD). Tot i això, hi ha activitats bàsiques de la vida diària que tenen tasques amb passos comuns o similars que es repeteixen; si la persona amb diversitat funcional visual va aprenent cada petita tasca, pas a pas, finalment serà capaç de realitzar aquesta activitat **de manera autònoma** i per altra banda podrà generalitzar aquests passos en altres activitats o situacions de desenvolupament de les AVD i així cada cop serà capaç de fer més activitats.

Per tal que la persona amb diversitat funcional visual pugui arribar a desenvolupar totes aquestes tasques, caldrà facilitar, compensar, suplir o modificar la tasca o entorn en què es desenvolupa l'activitat per eliminar o disminuir les limitacions que es creen i realitzar-les de manera segura, tant per a ella com per als altres. Per a això hi ha multitud d'estratègies, productes de suport i ajudes òptiques, com els que s'han explicat, que també requereixen un aprenentatge i entrenament adequats per utilitzar-los correctament.

Així, es pot afirmar que una persona amb diversitat funcional visual pot arribar a ser autònoma a casa, si disposa dels suports necessaris. L'ADVC estableix un seguit d'**ajudes per a la llar**. La principal és l'**ordre**. La distribució geogràfica dels mobles i objectes ha de ser respectada si es vol que la persona pugui circular per la casa sense accidents i accedir fàcilment als diversos objectes que hi ha:

- Al **bany**. És absolutament autònoma al bany, si manté (i se li respecta) l'ordre dels objectes de neteja. Pot, sens dubte, rentar-se i dutxar-se sense problemes. Amb una mica d'entrenament podrà pentinar-se, afaitar-se i fins i tot maquillar-se, si ho desitja.

Abans de continuar, us proposem que mireu un parell de reportatges: *Cecs: aprendre per continuar* i *Ver para crear*. Els trobareu a la secció "Annexos", del web del mòdul.

- A l'**habitació**. Fer el llit només requereix una mica d'entrenament. Vestir-se i desvestir-se pot ser senzill si es manté un ordre estricte. Hi ha etiquetes especials per escriure Braille sobre tela que permeten individualitzar les peces, així com el seu color, de tal manera que la persona podrà combinar els colors de la roba harmoniosament, fins i tot sense poder comprovar-ho en cap mirall. Requereixen especial atenció els mitjons i els guants. Perquè no es desaparellin, el truc és no separar-los mai. A la figura 2.4 podeu veure un detector de colors parlant.

**FIGURA 2.4.** Detector de colors parlant



Centre de Tiflotecnologia i Innovació de l'ONCE

- A la **cuina**. La situació geogràfica dels objectes a la cuina ha de ser molt clara i estable, especialment a la nevera, ja que és on es pot trastocar l'ordre més fàcilment. De la mateixa manera, al lloc dels plats i l'armari de les olles. Un ordre impecable significa trobar el que es busca. La cuina és un art i saber cuinar no és senzill, no poder comptar amb la vista, però, no incapacita per cuinar. La persona pot ser excel·lent cuinera: el so dels guisats i la seva aroma, així com el control del temps amb temporitzadors poden suplir eficaçment l'ull del cuiner.
- A la **taula** a l'hora de menjar. L'organització del plat i els coberts és important per evitar accidents. La col·laboració d'una persona vident, com podríeu ser vosaltres com a tècnics, pot ser convenient, per indicar la situació dels aliments al plat. Per fer-ho se sol usar la metàfora del rellotge. Per altra banda, la persona amb diversitat funcional visual també pot ser perfectament autònoma per **omplir el got**; hi ha tres maneres:
  - Un aparell que avisa amb un xiulet de l'arribada de l'aigua al sensor.
  - Pel pes i soroll del líquid, amb entrenament, es pot saber quan el got estarà ple.
  - Finalment, el més utilitzat, tot i ser el menys higiènic, és introduir una falange del dit en el got per arribar al nivell de l'aigua.

#### **Metàfora del rellotge: situació dels estris i el menjar**

Partint de la figura 2.5, donaríem les següents indicacions: "Tens la botifarra a les 6, i ocupa de les 9 a les 3; les patates una a les 11 i l'altra a la 1 i els pèsols al mig". Això vol dir que la botifarra està situada a la zona del plat més propera a la persona, que a la part superior a esquerra i dreta hi hauria les patates, i al mig la guarnició de pèsols. Es poden donar

indicacions no només dins del plat, sinó que també es pot indicar que es té el got (tassa) a la 1, el tovalló i el ganivet a les 3 i la forquilla a les 9.

FIGURA 2.5. Símil del rellotge



- Al **despatx** o estudi. L'ordre geogràfic dels objectes torna a ser imprescindible, i es pot reforçar mitjançant l'etiquetatge en Braille, com DVD, *pen drives*, arxius, que no poden ser discriminats per la seva forma i requereixen una informació addicional. Un simple codi alfanumèric en Braille servirà, si té el suport de fitxers d'índex als quals accedir des d'un aparell adaptat, com un Braille parlat o un ordinador.

Les noves tecnologies obren un ventall de possibilitats molt gran en aquestes tasques. Ho veureu a l'apartat de necessitats de comunicació i ús de les noves tecnologies.

- **Altres** tasques domèstiques. Hi ha tot un conjunt d'aparells adaptats que faciliten la vida a la casa: rentadores i altres electrodomèstics adaptats de manera tàctil o per veu, bàscules parlants, enfiladors automàtics d'agulles, rellotges, despertadors i avisadors de temps adaptats en Braille, sons, euromonedes com el que es pot veure a figura 2.6. En un futur proper augmentarà el nombre i el grau d'adaptacions de tota mena d'enginyers domèstics en el mercat.

FIGURA 2.6. Euromoneder



Font: Centre de Tiflotecnologia i Innovació de l'ONCE

### Catàleg de suports

El Centre de Tiflotecnologia i Innovació de l'ONCE disposa d'un catàleg on es poden trobar tots els productes de suport per a les AVD. Podeu consultar-lo en aquest enllaç: [tinyurl.com/y3wjg2mz](http://tinyurl.com/y3wjg2mz).

## Necessitat de comunicació i ús de les tecnologies

Com amb la resta de les percepcions de l'entorn, la vista és un dels sentits que més informacions ens dona a l'hora de comunicar-nos, mentre que en el **llenguatge oral**, majoritàriament seria l'oïda. Però hi ha molta informació no verbal que queda limitada si no hi veiem o tenim poc residu visual. En aquest sentit, hi ha una sèrie de pautes per comunicar-se amb persones amb diversitat funcional visual.

### Pautes per comunicar-vos amb persones amb DFV

- Heu de parlar amb un to normal, a poc a poc i clar.
- No substituïu el llenguatge verbal per gestos.
- Sigueu concrets i precisos en el missatge. No utilitzeu paraules com ara *aquí*, *allí*, *això*, *allò*, etc.
- Utilitzeu normalment les paraules *veure*, *mirar*, etc. No les considereu termes tabú.
- Eviteu exclamacions que poden provocar ansietat a aquestes persones, com ara *ai!*, *ia!*, *compte!*, etc. És millor que utilitzeu exclamacions més informatives. Com per exemple: "Compte! El semàfor està vermell".
- Parleu amb aquestes persones mirant-les la cara.
- Dirigiu-vos directament a la persona amb diversitat visual per saber què vol, no a l'acompanyant.
- Si el sabeu, utilitzeu el nom de la persona perquè tingui clar que us hi dirigeu.
- Presenteu-vos i identifiqueu-vos amb la finalitat que la persona sàpiga amb qui està.
- Per saludar, si la persona no estén la mà, podeu agafar-l'hi per fer-li saber que la voleu saludar.
- Aviseu la persona quan marxeu.
- Informeu-la de quines persones hi ha.

Pel que fa a la **comunicació escrita**, dependrà del grau d'afectació i del residu visual, i ja heu vist diversos suports i estratègies que es poden utilitzar (lupes, telescopis, microscopis...). Però si la ceguesa és total, o els residus no són

funcionals, la persona haurà d'aprendre el funcionament d'un sistema de lectura i escriptura diferent: el Braille.

El **sistema Braille** és un codi tàctil de transcripció, en principi de base alfabètica que combina sis punts en relleu. Amb la seva combinatòria s'obtenen 63 signes i codis diferents. A cada lletra de l'alfabet li correspon un signe Braille. Actualment el Braille està definitivament instal·lat a escala internacional i s'ha adaptat als nous temps afegint una última línia de codi (Braille de 8 punts), que permet ampliar el nombre de símbols de què disposa el sistema, per admetre tots els caràcters que requereix el tracte amb els ordinadors.

Per a infants que han nascut amb ceguesa o reducció visual, s'aprèn a la mateixa edat que altres infants aprenen a llegir i escriure, i es requereix entrenar el tacte per tal de percebre els punts de relleu. És habitual escriure unes vint paraules per minut i llegir unes 100-125 paraules per minut.

El servei bibliogràfic de l'ONCE s'encarrega d'adaptar en Braille, en relleu i en àudio, tots els textos que necessiten les persones afiliades a la institució, independentment de la finalitat del seu ús; sempre prioritzant, per descomptat, les sol·licituds encaminades a afavorir la inclusió educativa o laboral.

A més dels llibres, com el que es veu a la figura 2.7, és imprescindible que s'adaptin altres tipus de textos com: apunts per a estudiants, exàmens, proves de valoració, articles..., i un altre tipus d'elements com plànols, mapes, jocs de taula...

L'Associació Catalana per la Integració del Cec (ACIC) també ha generat diferent material amb Braille, inclosos alguns manuals d'utilització i una maleta didàctica per a l'aprenentatge.

**FIGURA 2.7.** Llibre en Braille



Font: [www.once.es](http://www.once.es)

Per altra banda, les **noves tecnologies** han pres gran importància en la comunicació de totes les persones amb diversitat funcional visual, per exemple la lectura d'audiollibres, sentir pel·lícules amb audiodescripció, o estar al dia amb les eines informàtiques de comunicació, com internet i el correu electrònic.

Les noves tecnologies han donat a les persones amb diversitat funcional visual l'oportunitat d'accedir, produir i gestionar la informació i la comunicació d'una manera més autònoma. Malgrat això, no tota la informació ni tots els dispositius estan adaptats perquè les persones amb diversitat funcional visual hi puguin accedir. En molts casos, es requereix la seva adaptació. Aquesta adaptació de la tecnologia per a persones amb diversitat funcional visual es coneix com a *tiflotecnologia*.

---

El Braille es considera una modalitat comunicativa universal. S'utilitza en diversos idiomes, inclosos idiomes ideogràfics com el xinès i el japonès.

---

#### **Material de l'ACIC**

Podeu consultar el material de l'ACIC aquí: [bit.ly/2FD1wqU](https://bit.ly/2FD1wqU) i [bit.ly/32O011S](https://bit.ly/32O011S).

**Tiflotecnologia** és el conjunt de tècniques, coneixements i recursos encaminats a procurar a les persones amb ceguesa o discapacitat visual greu els mitjans oportuns per a la correcta utilització de la tecnologia.

Organitzacions com l'ONCE o l'Associació Discapacitat Visual Catalunya (ADVC) donen serveis d'orientació, d'assessorament i aprenentatge per a la utilització d'aquests dispositius tècnics avançats i impulsa que les tecnologies, des del mateix moment de la seva concepció, disseny i producció, incorporin les màximes de “**disseny per a tothom**”.

#### Exemples de dispositius tiflotecnològics

- Accessibilitat dels sistemes informàtics.
- Lectors de pantalla.
- Magnificadors de pantalla.
- Dispositius amb Braille (línies Braille, teclats Braille, anotadors electrònics, impressores Braille).
- Reconeixedors òptics de caràcters.
- Convertidor de text a veu o Braille.
- Aplicacions específiques d'ús per a persones amb ceguesa o deficiència visual tant en ordinadors com en *smartphones* o tauletes.
- Programes d'ampliació: són programes informàtics que amplien la informació de la pantalla del dispositiu que s'estigui utilitzant.
- Sistemes parlants: dispositius que reproduïxen per mitjà de veu sintetitzada el que apareix a la pantalla, o el rètol que s'ha fotografiat, etc.

**FIGURA 2.8.** Dispositius tiflotecnològics



Font: [www.once.es](http://www.once.es)

Finalment, en aquest apartat s'ha de parlar de l'**accessibilitat web**: una entrada universal al web, independentment del tipus de maquinari, programari, infraestructura de xarxa, idioma, cultura, localització geogràfica i capacitats dels usuaris. Amb aquesta idea d'accessibilitat neix la *Web Accessibility Initiative* (WAI), que, després d'un estudi sobre els diferents tipus de barreres a les pàgines web, determina com hauria de ser una pàgina web accessible.

### Barreres a les pàgines webs

Els problemes més habituals per l'accés a les pàgines web que s'han d'eliminar en un web accessible són:

- Impossibilitat d'accedir al contingut, o d'operar amb l'aplicació web, des del teclat de l'ordinador.
- Absència de textos alternatius per als elements no textuais.
- Formularis i taules de dades complexes i difícils d'interpretar correctament.
- Utilització inadequada d'elements estructurals a les pàgines.
- Manca d'estructuració en els seus continguts: absència de capçaleres de secció, definicions de llistes, agrupacions de controls, etc.
- Llocs amb contrast pobre de color o amb informació basada en el color.
- Actualització automàtica de continguts sense intervenció de l'usuari.
- Presència de Captcha en què no s'aporta solució accessible.
- Dificultats amb els continguts flaix.
- Absència d'instruccions de veu

ONCE-CIDAT. (2013). *Guia de referència: accessibilitat de pàgines web*.

Superant totes aquestes barreres, es tindria un sistema en què persones amb diversitat funcional visual poden fer activitats per internet de forma autònoma, com una persona sense aquest tipus d'afectació.

Perquè una pàgina web sigui accessible ha de complir unes normes i unes lleis. Quan una pàgina compleix les directrius d'accessibilitat, determinades com a WCAG 2.0, pot incloure-hi una declaració que indiqui als usuaris que compleix amb les directrius.

### Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral

La necessitat d'accedir a la formació i al mercat laboral és essencial per garantir una bona qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional visual.

Pel que fa a la **inclusió en el sistema educatiu formal**, des d'associacions com l'ONCE o l'ADVC es treballa per donar suports i adaptacions per tal que les persones amb diversitat funcional visual puguin accedir a qualsevol tipus d'activitat de formació, que es fan normalment segons demanda i d'una manera personalitzada.



WCAG 2.0, que son les pautes  
Distintiu que acredita que el web  
vigents, actualment, poden  
compleix les pautes d'accessibilitat.  
accessibilitat web en l'àmbit  
internacional; podeu  
consultar-les aquí:  
[tinyurl.com/ydadxhg](http://tinyurl.com/ydadxhg).

D'altra banda, en el **Decret 150/2017** de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, es defineix l'atenció educativa a l'alumnat com la que comprèn el conjunt de mesures i suports destinats a tots els alumnes, amb la finalitat d'afavorir el seu desenvolupament personal i social i perquè avancin en l'assoliment de les competències de cada etapa educativa i la transició a la vida adulta, en el marc d'un sistema educatiu inclusiu.

Així doncs, l'alumnat amb diversitat funcional visual (DFV) ha de ser proveït dels suports necessaris per la seva inclusió a les aules ordinàries.

**L'alumnat amb DFV** forma part d'un programa d'intervenció educativa vinculat al *Centre de Recursos Educatius per a Deficients Visuals (CREDV)*, fruit d'un conveni de col·laboració entre el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya i l'ONCE.

El CREDV, en col·laboració amb l'ONCE, dona suport a la tasca docent del professorat pel que fa a alumnes amb greus dèficits visuals, a més d'oferir atenció directa a aquest alumnat i orientació a les famílies. La seva intervenció es concreta en tres grans àmbits: alumnat i famílies, centres i professorat, i zona educativa. Actualment, segons dades de l'ONCE, més del 99% de l'alumnat amb DFV s'escolaritza en centres ordinaris, i segueix el currículum escolar oficial.

En els centres educatius de l'ONCE, l'alumnat rep una **atenció complementària** en funció de les seves necessitats específiques relacionades amb la discapacitat visual (ensenyament de sistema Braille, noves tecnologies, autonomia personal, orientació i mobilitat o competència social, entre d'altres), que també completen amb una sèrie d'ajudes tècniques i materials adaptats que faciliten el seu procés educatiu, com ara dispositius i ajudes tècniques.

#### Ajudes tècniques per a alumnes amb DFV

- Adaptacions dels llibres de text i de material didàctic: transcripcions a sistema Braille, enregistraments sonors, materials en relleu, etc.
- Adaptacions en Braille i so per a pantalles i teclats d'ordinadors.
- Calculadores Braille i parlants.
- Programes adaptats per a navegació per a entorns Windows.
- Teletupes.
- Ajudes òptiques i electròniques per a baixa visió.

Actualment, la **inserció laboral** principal de les persones amb diversitat funcional visual, és la venda de jocs d'atzar de l'ONCE. Malgrat això, cada cop es treballa més des d'aquesta organització i des d'altres, com l'ADVVC, per la formació i el compromís dels agents socials i les entitats amb la finalitat d'afavorir la inserció laboral en altres àmbits. Així, es treballa en:

- Itineraris professionals
- Autoocupació

#### Centre de recursos educatius

Podem accedir als centres educatius de l'ONCE, [educacion.once.es](http://educacion.once.es), i al CREDV del Departament d'Educació, [tinyurl.com/y6p3sefn](https://tinyurl.com/y6p3sefn).

La possibilitat de desenvolupar una activitat laboral, ja sigui en el sector privat, en el sector públic o en el sector de l'autoocupació, és molt important per poder desenvolupar una vida autònoma.



- Formació per la feina
- Adaptacions al lloc de treball

No hi ha ajudes tècniques específiques per al món laboral, sinó que són comunes amb les àrees anteriors de desplaçament, comunicació i estudi. No obstant això, resulta molt positiu valorar les condicions d'un lloc concret de treball i els requeriments que necessitarà perquè l'exerceixi una persona amb diversitat funcional visual.

Molts llocs no són adaptables, per definició. D'altres són difícilment adaptables, altres són adaptables amb una petita inversió i, finalment, hi ha algunes feines que no requereixen cap adaptació especial perquè les pugui exercir una persona amb DFV.

Tot i això, la millor ajuda tècnica, en l'àmbit laboral, és la formació orientada a oficis, professions i carreres universitàries en les quals la persona amb DFV pugui desenvolupar les seves capacitats. Segons les dades de l'ADVC, en funció del seu nivell formatiu, aquestes són les propostes d'inserció més generals:

- **Estudis primaris:** on es necessiten nocions matemàtiques bàsiques, de màrqueting elemental i de tracte adequat amb la clientela, és la venda dels jocs d'atzar de l'ONCE.
- **Formació professional:** telefonista ha donat molt bons resultats, quiromassatgista i afinador de pianos. Altres oficis que, a priori semblaven tenir possibilitats, com administratiu ofimàtic, ràdio i tècnic informàtic, a la pràctica no han donat els resultats esperats.
- **Formació universitària:** la millor sortida universitària per a la inserció ha resultat ser la fisioteràpia.

#### Inserció laboral de les persones amb DFV: testimonis

El següent vídeo, de l'Associació Catalana per la Integració del Cec (ACIC, [tinyurl.com/y6tu2ep6](https://www.youtube.com/watch?v=y6tu2ep6)), és part d'un documental dedicat a la Inserció Social de les persones amb DFV: *Feina i ceguesa: igualtat d'oportunitats? La integració laboral de les persones cegues a Catalunya*. El documental reflexiona, a través de diverses experiències de persones cegues als seus llocs de feina, sobre les possibilitats d'aquest col·lectiu per a integrar-se en el món laboral amb garanties, tant en l'àmbit empresarial com en el de la funció pública o en l'autoocupació.



<https://www.youtube.com/embed/fvqROiR9Xf4?controls=1>



#### Necessitat de mobilitat i orientació

Com a tècnics en atenció a persones en situació de dependència, quan col·laboreu i feu de suport a la mobilitat i a l'orientació amb persones amb DFV, haureu de

tenir en compte que la manera com les persones d'aquest col·lectiu, s'orienten i perceben l'espai és molt diferent a com ho fan les persones vidents. Així, és important establir què s'entén per orientació i mobilitat, per tal de poder després intervenir-hi.

**L'orientació** és la capacitat de determinar el lloc que ocupem en relació amb els objectes de l'entorn; mentre que la **mobilitat** és la capacitat de desplaçar-se d'una posició determinada a una altra, en condicions de seguretat, independència i eficàcia.

A banda, també us caldrà conèixer les diverses tècniques per a la mobilitat i l'orientació; com el bastó blanc, l'acompanyament o el gos guia i aspectes per millorar l'accessibilitat, com la supressió de barreres urbanístiques, arquitectòniques i de transport.

### **Tècniques per a la mobilitat i l'orientació (segons ADVC):**

- **La tècnica del bastó blanc** informa la persona amb DFV sobre l'entorn pròxim i informa els altres que la persona no hi veu.

#### **Punts principals per orientar-se amb el bastó**

- El pas i l'arc: abans de fer un pas endavant cal dibuixar un arc des del terra buscant possibles obstacles en o sobre el paviment. Un cop s'està segur que el terreny està lliure, s'ha d'avançar el pas i repetir l'operació per al pas següent.
- Referència a la paret: aprofitant el moviment d'arc cal assegurar-se que la paret segueix allà. Cal aprendre a distingir una cantonada de l'entrada a un pàrquing, portal o local.
- Ajuda independent del bastó: quan es camina amb un bastó només una part de la informació prové del bastó. Cal utilitzar també els altres sentits, l'olor (un forn, una perfumeria, etc.) i els sons que indiquen la posició en l'entorn.
- Limitació: el bastó, utilitzat correctament, protegeix la persona dels obstacles de mig cos en avall i dels desnivells que hi hagi a terra, però no detecta els obstacles de mig cos en amunt. Aquests obstacles al carrer entren dins la categoria de barreres arquitectòniques.
- L'error de bastó: si una persona s'equivoca en un dels passos que determinen l'arc de seguretat s'exposa a trobar un obstacle no detectat, que pot arribar a ser extremadament perillós. Per exemple al metro, la separació entre vagó i vagó pot ser confosa amb una porta i fer caure la persona a la via.

En un futur proper, les noves tecnologies augmentaran considerablement la utilitat del bastó, indicant la localització de llocs públics i comerços. S'han fet intents aprofitant la tecnologia làser i la GPS, però encara no s'ha aconseguit un sistema completament satisfactori.

- **L'acompanyament** és la tècnica més primària i requereix la col·laboració d'una persona vident. Es fa en moltes ocasions de forma intuïtiva, però, com a tècnics en APSD, heu de saber-ne el funcionament.

### Punts principals de la tècnica de l'acompanyament

- El contacte: la forma de dur una persona amb DFV és que aquesta s'agafi suaument al colze del seu acompanyant (no a l'inrevés).
- Espai de protecció: l'acompanyant ha d'anar un pas per davant de la persona amb DFV i així poder preveure qualsevol incidència que sorgeixi en el camí. Per a això haurà de tenir en compte que el seu "espai vital" s'ha ampliat. Si aquest espai es considera normalment d'espatlla a espatlla i de cap a peus, en l'acompanyament s'ha d'afegir el volum del company. Especialment important en el cas de les portes i altres estrenyiments bruscos del pas hàbil, en què la persona amb DFV s'haurà de situar darrere del vident, ocupant el seu mateix espai vital. Igualment cal vigilar llindes i qualsevol objecte situat a mitja alçada amb el qual pogués impactar la persona acompanyada.
- Preavis d'escales i girs: encara que el moviment de l'acompanyant indica la major part dels canvis de direcció i pla, en casos de girs molt bruscos o d'escales és millor avisar d'aquesta situació i indicar, en el cas de les escales, si pugen o baixen i, si són pocs, el nombre d'esglaons.
- Seient: quan la persona acompanyada ha de seure, únicament se li ha d'indicar si té la cadira d'esquena o de cara i col·locar-li la mà al respall de la cadira (o en un braç, si en té, i indicar-li). La persona es farà una idea de la situació i es mourà ella i la cadira per seure.
- La tècnica del **gos guia** es basa en l'ensinistrament de gossos especialment dotats per a aquest treball i la comunicació al nou propietari d'una sèrie d'ordres que indiquen a l'animal el que s'espera d'ell. Per entendre la filosofia d'aquesta tècnica cal comprendre que el gos hi veu, però no sap, mentre que l'amo sap, però no hi veu. El gos ha après a esquivar obstacles, a aturar-se en determinades ocasions (semàfors vermells), i l'amo li indica per on ha d'anar. És molt important l'arnès: quan la persona agafa l'arnès indica al gos que és hora de treballar i posa en marxa el procés de resposta condicionada inculcada a l'animal en el seu ensinistrament. Per això és important no distreure l'animal de la seva tasca intentant-lo acariciar o cridant la seva atenció. Quant l'amo deixa anar l'arnès i només el subjecta amb la corretja (o no el subjecta en absolut), el gos entén que està en mode descans i es comporta com qualsevol altre gos.

### L'accessibilitat: supressió de barreres urbanístiques, arquitectòniques i de transport:

Per garantir l'accessibilitat a totes les persones amb diversitat funcional, caldrà la supressió de totes les barreres, com les que podeu veure a la figura 2.9. Pel que fa a la **mobilitat**, les mesures es troben recollides en les diferents normatives, documents tècnics i manuals i inclouen diferents aspectes:

- El disseny: l'eliminació de riscos, que ha de tenir en compte la senyalització d'elements estructurals (columnes, cantonades), el disseny i la ubicació del mobiliari, etc. I evitar obstacles a la via pública: obres, vehicles i d'altres.
- Elements visuals: mesures que garanteixin la localització dels accessos des de l'exterior, la identificació de punts d'informació i registre, el funcionament segur i la detecció d'escales, ascensors, portes i finestres. Pel que fa a les persones que conserven la resta de visió s'ha de tenir en compte la mida

dels objectes i rètols, col·locant-los de manera que es faciliti l'apropament, utilitzant colors que facin l'entorn més visible i realitzant combinacions de contrast cromàtic que permetin la ràpida visualització, evitant els reflexos i utilitzant correctament la il·luminació dels espais.

- Elements auditius: que faciliten l'orientació en els desplaçaments i permeten rebre informació d'alerta de possibles perills com semàfors sonors, informació amb parla sintetitzada en transports públics, ascensors i altres serveis, etc.
- Elements tàctils: la instal·lació de textures diferents permet identificar o discriminar diferents espais, descobrir el lloc en què es troba, així com estudiar els terrenys i les superfícies per les quals es desplaça per resoldre d'una manera satisfactòria la majoria de les situacions. Retolació d'informació en espais públics en Braille i/o en relleu.

#### Documents de mobilitat

Els podeu consultar al web "Portal Jurídic", de la Generalitat de Catalunya: [tinyurl.com/ybjrxqjq](http://tinyurl.com/ybjrxqjq).

**FIGURA 2.9.** Accessibilitat al transport públic i mobilitat amb bastó



Font: [www.once.es](http://www.once.es)

#### Necessitat de relació social i afectiva i d'oci

L'àmbit de l'oci i les relacions afectives és fonamental per mesurar el nivell de qualitat de vida amb què compta una persona. Les persones amb DFV necessiten suports tècnics i humans per gaudir del seu temps d'oci en les mateixes condicions que la resta de la població.

Pel que fa a l'**accés a la cultura i l'oci**, cal garantir l'accés a la literatura, al joc, sortides culturals, etc. L'accés a la literatura es soluciona per un cantó a partir de les obres transcrites al Braille o gravades en format de **llibre parlat**. També es poden adaptar pel·lícules i altre material audiovisual, gravant en una pista lliure descripcions dels esdeveniments visuals que es produeixen en pantalla. A aquesta tècnica se la coneix amb el nom d'"audiodescripció".

També hi ha adaptacions dels principals jocs de taula, com cartes, parxís, dòmino, escacs..., que s'adapten mitjançant marques tàctils i permeten no només jugar els cecs, sinó interrelacionar-se amb altres jugadors vidents.

#### Apolo i Daisy

Podeu trobar dues aplicacions d'audiodescripció de l'ONCE-CIDAT (Centre d'Investigació, Desenvolupament i Aplicacions Tiflotècnica): Apolo (per a pel·lícules), a [apple.co/3hKAH0V](http://apple.co/3hKAH0V), i el Daisy (llibres), a [daisy.org](http://daisy.org) i [tinyurl.com/y2tmrqdp](http://tinyurl.com/y2tmrqdp).

Pel que fa a les **visites culturals, sortides i excursions**, des de les associacions com l'ONCE o l'ADVC s'organitzen sortides com excursions a la natura, viatges turístics, sortides nocturnes d'animació com anar a un restaurant, a un bar de copes o musical i assistir a una discoteca o ball o visites a museus i monuments. En aquests últims llocs les adaptacions han estat molt àmplies els últims anys, i es poden trobar:

- Maquetes, accessibles a tothom, on es poden resseguir amb el tacte les principals característiques del lloc en qüestió.
- Peces tàctils, reproduccions d'alguns objectes exposats que es poden tocar.
- Informació en Braille o un altre sistema accessible, encara que hagi d'estar resumida, ja que el Braille ocupa molt més espai que l'escriptura convencional.
- Audioguies, que orienten el visitant a través de la col·lecció amb comentaris gravats. La major part d'aquests sistemes s'han pensat per a ser usats pel públic general.
- Guia especialitzat: guies especialitzats en acompanyar persones amb diversitat funcional visual per un recorregut museístic o per un monument determinat.

Pel que fa a l'esport, la **pràctica de qualsevol esport** suposa un element d'integració i millora de la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional, des de diferents associacions com l'ONCE, també s'ha treballat per adaptar tot tipus d'esports i així facilitar a les persones socialitzar-se, entrenar i competir en igualtat de condicions que la resta d'esportistes.

#### Exemples d'esports adaptats

A continuació, podeu veure un vídeo sobre un dels esports més difícils d'adaptar: l'esquí. També podeu consultar la proposta que en fa l'ONCE en el seu web: [tinyurl.com/yxnrs93m](https://tinyurl.com/yxnrs93m).



<https://www.youtube.com/embed/p8Cly3ROTqY?controls=1>

#### Accessibilitat als museus

Pel que fa als museus, cal destacar el projecte de la Diputació de Barcelona: *La Mirada Tàctil: una experiència en el camí de la accessibilitat, noves claus de lectura interpretativa dels diferents elements del museu*: [www.diba.cat/opc/mirada\\_tactil](http://www.diba.cat/opc/mirada_tactil).



Respecte a les **relacions socials i afectives** les persones amb diversitat funcional visual, en moltes circumstàncies habituals de la seva vida, requereixen l'ajuda d'altres persones, tant professional com en el cas vostre de tècnics en atenció a persones amb situació de dependència, com d'altres familiars, amics i coneguts o desconeguts que els puguin assistir i ajudar en certs moments. Tant la relació que s'estableix amb els familiars i amics com amb vosaltres com a professionals, així com el tracte que es rep de les persones desconegudes que les poden ajudar en moments concrets, són molt importants. Amb freqüència, per a la persona amb diversitat funcional visual, el repte més gran és enfrontar-se amb les actituds negatives i no amb la dificultat de la visió pròpiament dita. És aquí on fan acte de presència les **barreres actitudinals**; el canvi d'actitud és un procés complex i

implica ajudar les persones a modificar les seves pròpies creences. Aquest procés inclou informació per a contraatacar els mites, les generalitzacions i les creences falses, com així també la participació activa per a difondre les veritables capacitats i condicions de la persona diversitat funcional.

Les **actituds negatives** més generalitzades cap aquest col·lectiu són:

- La por a relacionar-s'hi, que pot conduir a la discriminació, encara que sigui de forma involuntària.
- La sobreprotecció, que porta molta gent a prendre decisions i a dir a aquestes persones el que han de fer i com.

Com a professionals tècnics en APSD, heu de treballar perquè no es doni cap d'aquestes dues situacions. **El tracte natural** és un bon consell tant per a vosaltres com a professionals com per a qualsevol persona que interactui amb una persona amb diversitat funcional visual. Una altra acció molt important és preguntar abans de tocar.

Com a professionals, el respecte i el foment de l'autonomia serà sempre la base principal del vostre tracte amb la persona.

#### Preguntar abans de tocar

La gent acostuma a agafar directament a les persones amb DFV abans de demanar permís. A ningú li agrada que li envaeixin el seu espai vital; per això és imprescindible precedir l'avis al gest i també respectar la resposta de la persona: a l'oferiment d'ajuda, la persona hi pot respondre positivament, negativament, perquè pensi que no la necessita en aquest moment, o pot demanar alguna cosa amb la qual l'oferent no comptava, com per exemple que la porti fins a la paret ja que la paret és la seva principal referència.

En la figura 2.10 podeu veure un dels comunicats que va fer l'Associació Discapacitats Visuals Catalunya al Facebook, que resumeix el punt "Preguntar abans de tocar".

**FIGURA 2.10.** Ens agrada que ens mirin



Font: Associació Discapacitat Visual Catalunya

Una vessant important de les relacions socials seria l'**establiment de relacions afectives, d'amistat, d'amor...** Normalment, aquestes comencen per una arribada d'informació visual: estem acostumats a percebre l'altre des d'un contacte visual, mirant els ulls. Aquesta pot ser una barrera important per a l'establiment de

relacions amb les persones amb DFV, però aquesta percepció pot ser substituïda de manera natural per altres sentits.

Al nadó que neix amb una afectació visual, la manca de comunicació visual pot suposar un primer problema per a la creació del vincle afectiu i l'establiment de la seguretat, però el contacte pell amb pell i l'olor són dos dels sentits que el nadó té més desenvolupats, fins i tot molt abans que la vista, de manera que poden suplir aquest contacte visual.

Així, en general, la ceguesa total o altres graus de diversitat visual poden ser una barrera a l'hora d'establir relacions sexuals, i seduir de la manera convencional, molt basada en la imatge. Però, alhora, plantejar-nos la seducció sense el sentit de la vista fa que donem més importància a altres sentits que tenim oblidats.

#### **Sexe a cegues (utilitza tots els sentits per seduir!)**

En el següent podcast de ràdio es parla amb diferents professionals i persones amb diversitat funcional visual que ens donen testimoni de les seves experiències: [tinyurl.com/yyu7ctzf](http://tinyurl.com/yyu7ctzf).

Per acabar aquest apartat és important remarcar que la dificultat de satisfer totes i cadascuna de les seves necessitats com a col·lectiu amb diversitat funcional visual s'agreuja si es pateix també una **discriminació de gènere**.

Per poder entendre millor la discriminació de gènere, podeu veure el documental *Una mirada diferent: dones i ceguesa*; el trobareu a la secció "Annexos", del web del mòdul.

## **2.2 Persones amb diversitat funcional física sensorial auditiva**

La capacitat auditiva, així com la visual, ens ajuda a rebre la majoria d'estímul de l'entorn. Aquesta informació ens serveix per comprendre el que ens envolta i guia les nostres accions i les decisions que prenem. Perdre totalment o parcialment capacitat en aquest sentit comportarà la necessitat de trobar la manera de rebre la informació d'una altra manera per tal d'adaptar-se a l'entorn i desenvolupar-se de forma autònoma.

La **diversitat funcional auditiva (DFA)**, en alguns escrits determinada com a sordesa o hipoacúsia, la definim com el dèficit funcional que ocorre quan una persona perd capacitat auditiva en menor o major grau.

Segons I. Berdejo Gago i M. Caballero Borrego, del Servei d'Otorrinolaringologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, les **causes** de la sordesa poden ser de tres tipus:

- Factors genètics hereditaris.
- Malalties d'origen víric.
- Per l'administració de medicaments ototòxics.

## 2.2.1 Característiques de les persones amb diversitat funcional auditiva

Com passava amb la pèrdua de visió i la diversitat funcional motriu, les persones amb diversitat funcional auditiva són un **col·lectiu divers**, ja que hi ha diverses variables que afecten la pèrdua d'audició. Segons l'OMS, la **sordesa o hipoacúsia** és un dels problemes de salut crònics més comuns que afecta 360 milions de persones al món. Pot ser hereditària o ser el resultat d'una malaltia, traumatisme, exposició a llarg termini al soroll o medicaments. La majoria de les causes que la provoquen es poden prevenir, o bé tractar-se de manera adequada amb un diagnòstic precoç.

### Dades de l'OMS

Podeu consultar les dades de l'OMS sobre la sordesa en aquest enllaç: [tinyurl.com/y5rsb2ep](https://tinyurl.com/y5rsb2ep).

La sordesa és la condició de la persona privada del sentit de l'oïda i pot tenir les **característiques** següents:

- Disminució total o parcial en la capacitat de detectar o comprendre els sons.
- Unilateral, quan afecta un sol sentit, o bilateral, quan afecta totes dues oïdes.
- Transitòria o permanent.
- Guarible amb tractament mèdic o irreversible.

L'orella pot percebre des de sons amb prou feines audibles fins a sons molt forts, així com diferenciar el volum i la distància i identificar la direcció d'una font sonora amb molta exactitud.

L'audició és un procés en el qual les ones sonores es converteixen en senyals elèctrics que després el nervi auditiu envia de l'orella al cervell. La capacitat de sentir-hi depèn del correcte funcionament de l'estructura de l'orella, del nervi auditiu i de l'àrea del cervell encarregada de rebre i interpretar els sons. Qualsevol problema en alguna o més d'aquestes parts provoca que el procés no s'acompleixi i es perdi la capacitat d'audició correcta.

La taula 2.3 mostra una **classificació de la hipoacúsia** en funció de diferents aspectes; vegem-los detingudament:

**TAULA 2.3.** Classificació de la hipoacúsia

Tipus classificació	Què mesura?	Nivells d'hipoacúsia
Quantitativa	Quantitat de pèrdua auditiva.	Lleugera, mitjana, severa, profunda, cofosi o anacusia.
Topogràfica	Localització de la lesió que produeix el dèficit.	Transmissió, neurosensorial o de percepció, mixta.
Cronològica	Moment en què apareix.	Genètica o hereditària, adquirida.
Adquisició del llenguatge	Fase en l'adquisició del llenguatge	Prelocutiva, perillocutiva i postlocutiva.

La **classificació quantitativa** es regeix per la quantitat de pèrdua auditiva i es determina mitjançant una prova anomenada *audiometria*. Tenint en compte la repercussió i la quantitat de pèrdua auditiva, la classificació que es fa és:



- Pèrdua auditiva lleugera (20-40 dB), pot comportar problemes per sentir la veu baixa i algunes consonants.
- Pèrdua auditiva mitjana (40-70 dB), pot comportar pèrdua d'informació en converses i molt mala discriminació de paraules.
- Pèrdua auditiva severa (70-90 dB), pot comportar que no se sentin converses a intensitat normal.
- Sordesa pregona, profunda (90-110 dB), pot comportar que no se senti la parla i es percebi només vibració.
- Cofosi o anacusia (pèrdua total).

**En què consisteix una audiometria?**

L'audiometria serveix per valorar el líndar auditiu. Aquesta prova valora amb quina intensitat es detecta el so en les diferents freqüències (greu-agut).

Amb els anys les freqüències que sentim cada cop són menys, però també depenen dels factors als quals hem estat exposats (volums alts, sorolls constants, malalties i medicació...). En el següent vídeo podeu veure, aproximadament, com funcionen les audiometries i també podeu provar d'esbrinar quina és la vostra edat auditiva.

**Per saber-ne més...**

Podeu consultar el web de l'ACAPPS, la Federació d'Associacions Catalanes de Pares i Persones Sordes: [acapps.org/web/sordesa](http://acapps.org/web/sordesa); també podeu consultar la *Guia per a famílies d'infants amb sordesa o sordceguesa*, del Departament d'Educació: [tinyurl.com/y5g49yug](http://tinyurl.com/y5g49yug)

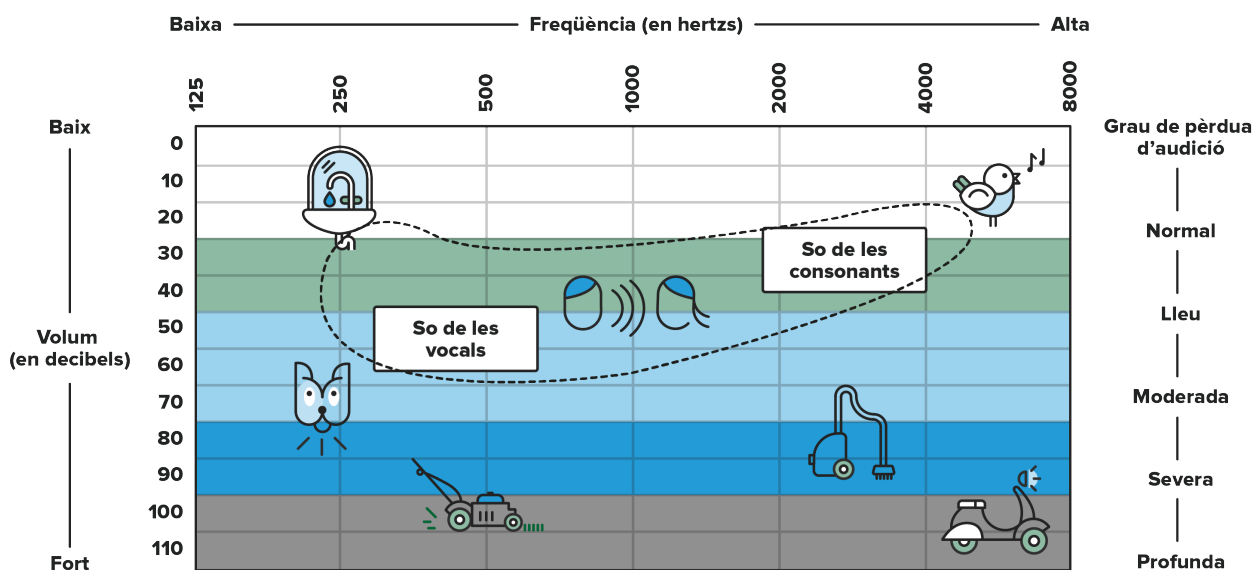


<https://www.youtube.com/embed/UycLjk66R9c?controls=1>



Per exemplificar la classificació quantitativa, a la figura 2.11 teniu un gràfic de quin és el volum amb decibels de diferents sorolls de l'entorn perquè pugueu tenir una idea de l'afectació de cadascun dels graus.

FIGURA 2.11. Gràfic de sons i sorolls



La **classificació topogràfica** es fa en funció de la localització de la lesió; podem parlar de:

- **Hipoacúsia de transmissió:** Es produeix quan es veu afectada la part mecànica de l'oïda (oïda externa i oïda mitjana), és a dir, per lesió de l'aparell transmissor de l'energia sonora.
- **Hipoacúsia neurosensorial o de percepció.** Quan la lesió es localitza a la part interna de l'oïda, és a dir, a l'òrgan de Corti (còclea o cargol), de les vies acústiques o del còrtex cerebral auditiu.
- **Hipoacúsia mixta.** Quan una hipoacúsia s'origina per diferents lesions coexistents que afecten al mateix temps totes o algunes de les estructures implicades. Es podria definir com una combinació d'hipoacúsia de transmissió i hipoacúsia neurosensorial.

La **classificació cronològica** depèn del moment en què comença:

- **Genètiques o hereditàries.** Transmeses per anomalies en un gen. Poden ser precoces quan es manifesten des del mateix moment del naixement o tardanes quan es desenvolupen al llarg de la vida del pacient.
- **Adquirides.** Originades per causes patològiques sobrevingudes. Poden ser prenatales per actuació d'un agent patògen que incideix sobre la mare en el període embrionari; perinatales, quan la lesió esdevé en el moment del part; o postnatales, quan el dany s'estableix al llarg de la vida.

Finalment, en relació amb l'**adquisició del llenguatge**, es distingeixen tres tipus d'hipoacúsia:

- **Hipoacúsia prelocutiva,** si té lloc abans del desenvolupament del llenguatge parlat (de 0 a 2 anys).
- **Hipoacúsia perilocutiva,** que apareix entre els dos i quatre anys d'edat de l'infant.
- **Hipoacúsia postlocutiva,** si té lloc quan el llenguatge està ben desenvolupat, la persona perd l'oïda després d'haver adquirit el llenguatge oral.

### 2.2.2 Atenció a les persones amb diversitat funcional auditiva

Conèixer els diferents tipus d'hipoacúsia permet entendre les conseqüències en el desenvolupament de les persones afectades, i veure'n els condicionants perquè puguin portar una vida tan autònoma com sigui possible. Recordeu que saber:

- **(A)** les característiques d'aquest col·lectiu i

- **(B)** les seves necessitats
- permetrà establir **(C)** la intervenció amb les persones amb diversitat funcional auditiva (DFA).

Amb relació a les **característiques de la persona**, el tipus d'hipoacúsia dependrà de diferents factors combinats, i això en determinarà el tractament o les ajudes tècniques necessàries. En aquest sentit, una de les circumstàncies que té més importància és la cronològica, el moment en què s'ha produït la pèrdua, ja que és important marcar una diferència psíquica i social si s'arriba a la hipoacúsia abans de l'adquisició del llenguatge oral o amb posterioritat.

Pel que fa a la **determinació de les necessitats**, amb les persones amb diversitat funcional auditiva ens centrarem sobretot en les necessitats que fan referència a les relacions socials i la comunicació, ja que és on s'hauran de treballar més els suports, tot i que cal tenir en compte la resta de necessitats.

Finalment caldrà **determinar els canvis i les adaptacions a l'entorn, els facilitadors, les ajudes i els suports**.

En el col·lectiu de les persones amb DFA cal tenir en compte que hi ha diferents tractaments i intervencions destinats a curar o millorar els efectes de la hipoacúsia. La seva aplicació depèn de l'origen, les causes i les característiques de la lesió que la causa. Els diferents tipus de **tractament i intervencions** poden ser:

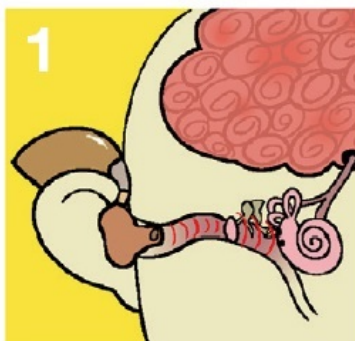
- Mèdic/farmacològic
- Quirúrgic
- Protètic
- Rehabilitador

El **tractament mèdic/farmacològic** consisteix en l'administració de vitamines per a la pèrdua d'audició per l'edat (presbiacúsia), gotes per otitis o fàrmacs antiinflamatoris.

Els **tractaments quirúrgics** serien les intervencions quirúrgiques per tractar la lesió interna, com l'otosclerosi estapedectomia per la mobilitat dels ossos, la timpanoplàstia per reparar alteracions de la membrana timpànica o la mastoïdectomia, que és una intervenció per al tractament del nervi acústic.

Els **tractaments protètics** consisteixen en la utilització de pròtesis auditives, com l'adaptació d'audiòfons. L'**audiòfon** és un aparell electroacústic que funciona amb piles i amplifica els sons; com el que es pot veure a la figura 2.12. Aquest aparell intenta adaptar els senyals sonors als diferents tipus i graus de sordesa. L'objectiu principal és amplificar el so i fer més audible la paraula sense crear malestar.

FIGURA 2.12. Col·locació d'un audiòfon



Font: "El meu fill té una pèrdua auditiva. Informació per a les famílies" (2014). Il·lustracions: Fluvà Artells

Depenent del grau de pèrdua auditiva, es determina el **tipus d'audiòfon** més adequat per a la pèrdua auditiva. La tecnologia ha avançat ràpidament i avui permet fer molt més del que es feia anys enrere. A la taula 2.4 teniu una descripció dels tres models actuals d'audiòfons més comuns.

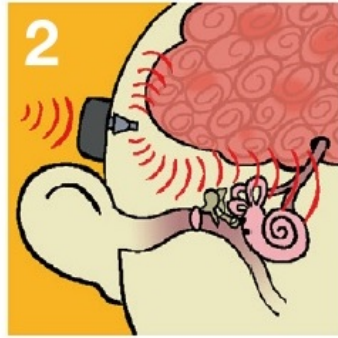
TAULA 2.4. Audiòfons més comuns

Retroauriculars	Intercanal	CIC
		
<p>Són uns audiòfons que es col·loquen darrere el pavelló auricular i condueixen el so mitjançant un tub a un motlle inserit al canal extern. Aquests auriculars es poden utilitzar per a tot tipus de pèrdues auditives, de les més lleugeres fins a les més pregones.</p>	<p>És un audiòfon que queda inserit en el conducte auditiu extern. L'usuari pot manipular els controls sense treure-se'l. Els intracanal es fan servir per a pèrdues auditives que van des de lleugeres a severes. Per fer servir un intracanal es requereix tenir espai suficient al conducte auditiu.</p>	<p>CIC són les sigles de 'completament introduït al conducte'. És un audiòfon que es col·loca dins del canal auditiu. Es fa servir per a les pèrdues auditives que van des de lleugeres a mitjanes. La forma i la grandària d'un conducte auditiu pot impedir l'ús d'un audiòfon CIC.</p>

<https://masaudio.cl/tipos-de-audifonos-para-sordera.php>

El **tractament medicoquirúrgic** consisteix en la col·locació de dispositius implantables, creats per pal·liar la pèrdua d'audició i poden ser implantats parcialment o totalment mitjançant una intervenció quirúrgica. Poden ser implants de conducció òssia o coclear:

- **Implant de conducció òssia.** Aquests implants queden ancorats a l'os parietal. El processador de so converteix el so en vibracions que després es transmeten través del crani directament a l'orella interna (vegeu la figura 2.13).

**FIGURA 2.13.** Implant de conducció òssia

Font: "El meu fill té una pèrdua auditiva. Informació per a les famílies" (2014). Il·lustracions: Fluvà Artells

- **Implant coclear.** És un dispositiu que fa la funció coclear i transforma el so, captat per un processador extern, en impulsos elèctrics que arriben directament al nervi auditiu, a través d'un feix d'elèctrodes introduït a la còclea (orella interna). L'implant coclear només es prescriu en hipoacúsies severes o profundes (vegeu la figura 2.14).

**FIGURA 2.14.** Implant coclear

Font: "El meu fill té una pèrdua auditiva. Informació per a les famílies" (2014). Il·lustracions: Fluvà Artells

#### Implant coclear: tipus i funcionament

Hi ha diferents tipus d'implants coclears, i tecnològicament cada dia hi ha nous avenços que permeten que tinguin més autonomia i potència. En la figura 2.15 podeu veure la part externa de l'implant.

**FIGURA 2.15.** Imatge implant coclear

Font: accaps.org. (PDF ajudes tècniques)

En el següent vídeo, s'explica com funciona un implant coclear:



<https://www.youtube.com/embed/LOhj1Ypp-sY?controls=1>

Els logopedes són els professionals que fan el treball de **(re)habilitació auditiva i d'estimulació de la comunicació i del llenguatge** amb la col·laboració de la família. Hi ha diferents tipus de rehabilitació:

- **Rehabilitació auditiva.** Hi ha evidència que els programes de rehabilitació auditiva que s'implementen com a tractament addicional a l'ús d'audiòfons suposen millores significatives en comparació amb l'ús exclusiu d'audiòfons.
- **Entrenament auditiu individual.** En els entrenaments auditius analítics la parla es descompon en les seves parts (consonants i vocals) amb l'objectiu de millorar la discriminació entre elles i reconèixer-les. En una aproximació sintètica el que es busca fonamentalment és millorar les habilitats d'escolta a través de la utilització de claus relacionades amb la redundància lingüística i contextual.
- **Programes de rehabilitació auditiva grupal.** A diferència dels programes d'entrenament auditiu individual, es basen en estratègies comunicacionals per afrontar millor el dèficit en la participació social.
- **Programa ACE** (*active communication education*). El programa ACE ha estat creat a Austràlia per les autores Louise Hickson, Linda Worrall i Nerina Scarinci. Aquest programa està enfocat a persones grans amb pèrdua d'audició i es basa en estratègies de solució de problemes. Consta de sis mòduls sobre activitats de la comunicació diària que han demostrat ser problemàtiques per a persones grans amb pèrdua d'audició i els seus familiars més propers, com la utilització del telèfon, escoltar la televisió, anar a un restaurant i mantenir una conversa durant el sopar. Els mòduls específics que són tractats durant les sessions del programa depenen de les necessitats comunicatives identificades pel grup de participants durant la primera sessió.

#### Programa ACE

Podeu consultar el seu web en aquest enllaç:  
[tinyurl.com/y3aqkd7y](http://tinyurl.com/y3aqkd7y).

### 2.2.3 Necessitats de les persones amb DFA i pautes d'intervenció

A l'hora d'intervenir amb persones amb diversitat funcional auditiva (DFA), cal tenir en compte les característiques i afectacions de cada persona així com els suports i facilitadors específics que puguin utilitzar per tal de donar resposta a cadascuna de les seves necessitats:

- Necessitats en l'execució i l'assoliment de les activitats de la vida diària i necessitats de mobilitat i orientació.
- Necessitats de comunicació i ús de les tecnologies.
- Necessitats d'aprenentatge i inserció laboral.
- Necessitats de relació social i afectiva i d'oci.

### **Necessitat en l'execució i l'assoliment de les AVD i necessitat de mobilitat i orientació**

La diversitat funcional auditiva en general no comporta cap dependència significativa en les activitats de la vida diària, ni en la mobilitat i orientació. Tot i això, per aconseguir la plena autonomia d'aquest col·lectiu sí que és necessari implementar alguns facilitadors, suports i ajudes tècniques.

Els **facilitadors i adaptadors de l'entorn** són necessaris perquè hi ha molts factors de l'entorn que poden afectar la manera com la persona amb pèrdua d'audició sent i entén el que altres estan dient, per exemple:

- La presència de sorolls distractors de fons com escalfadors o aire condicionat, sorolls del trànsit o la televisió.
- Els terres i les parets i altres superfícies dures que provoquen que els sons rebotin i produeixin ressò. És més fàcil sentir-hi en cambres amb moqueta i que tinguin mobles entapissats.

Els **suports i les ajudes tècniques en el transport** poden ser avisadors i pantalles d'informació, o ascensors amb portes de vidre que permeten la comunicació visual entre l'interior i l'exterior en cas d'emergències; com podeu veure a la figura 2.16.

**FIGURA 2.16.** Ascensor de vidre



Font: accaps.org. (PDF ajudes tècniques)

Finalment, els **suports a la comunicació** poden consistir, per exemple, en substituir o afegir tots els senyals sonors, senyals visuals. A continuació en teniu alguns exemples:

- Senyals visuals, com llums vermells o llums amb text per avisar d'alarmes o incendis.
- Pantalles de text, que donen informació visual i que serveixen per gestionar el torn d'usuaris, donar informació d'incidències, entre altres exemples; com podeu veure a la figura 2.17.

**FIGURA 2.17.** Pantalla de text



Font: accaps.org. (PDF ajudes tècniques)

- Relloctges-despertadors vibradors o lumínics de taula o de polsera, com un receptor en forma de despertador: aparell despertador que rep avisos de diferents transmissors i alerta amb llum flaix i/o connectat a un vibrador de coixí, com el de la figura 2.18

**FIGURA 2.18.** Despertador i coixí vibrador



Font: accaps.org. (PDF ajudes tècniques)

- Sistemes d'alerta generals, per a quan sona el porter automàtic, el timbre de la porta, el telèfon o per a quan un nen plora.
- Sistema de bucle inductiu, que es connecta a qualsevol aparell d'àudio, televisió o telèfon mòbil i envia el so directament a l'audiòfon o a l'implant coclear.
- Sistemes de transmissió per infrarojos, per a l'escolta directa de la televisió.
- Diferents telèfons amplificats.
- Televisió amb subtítols.
- Videocàmeres.



## Necessitat de comunicació, accés a l'oci i la cultura

L'audició és la via principal en tots els processos de desenvolupament i adquisició de la comunicació, el llenguatge i la parla. I el **llenguatge** i el **pensament** són dos conceptes que sempre han anat relacionats en la història de la psicologia. Les persones amb diversitat funcional auditiva disposen de diferents tipus de llenguatge, alguns lligats a l'audició i altres a la llengua de signes.

Així doncs, si es disposa dels suports adients i s'implementen les ajudes tècniques necessàries, les persones amb diversitat funcional auditiva gaudiran d'un desenvolupament cognitiu, comunicatiu i social adequat.

### Tasca com a tècnics

Com a tècnics d'atenció a persones en situació de dependència heu de tenir en compte:

- la modalitat comunicativa i alternativa a la comunicació utilitzada per cada persona amb DFA,
- les pautes per comunicar-s'hi de manera més eficient i
- les ajudes tècniques per a la supressió de barreres en la comunicació.

### Modalitats comunicatives i alternatives a la comunicació:

En general, podríem dir que hi ha dues modalitats comunicatives:

- **Modalitat oral:** prioritza l'ús exclusiu de la llengua parlada com a sistema i mitjà de comunicació i d'expressió.
- **Modalitat bilingüe** (combina la llengua de signes i llengua escrita-parlada): cada persona parteix de les seves particularitats i necessitats lingüístiques i comunicatives i incorpora en la seva comunicació la llengua de signes i altres recursos i alternatives.

Cada persona amb diversitat auditiva opta per la modalitat comunicativa amb la que se sent més identificada, s'adequa més a les seves característiques i li és més funcional. Com a tècnics en APSD, heu de conèixer aquestes modalitats i les diferents alternatives a la comunicació que hi poden haver, perquè, malgrat les diferents opinions sobre les modalitats de la comunicació, la **finalitat última** serà afavorir i optimitzar la comunicació de la persona.

A continuació teniu els diversos sistemes de comunicació que poden utilitzar les persones amb diversitat funcional auditiva:

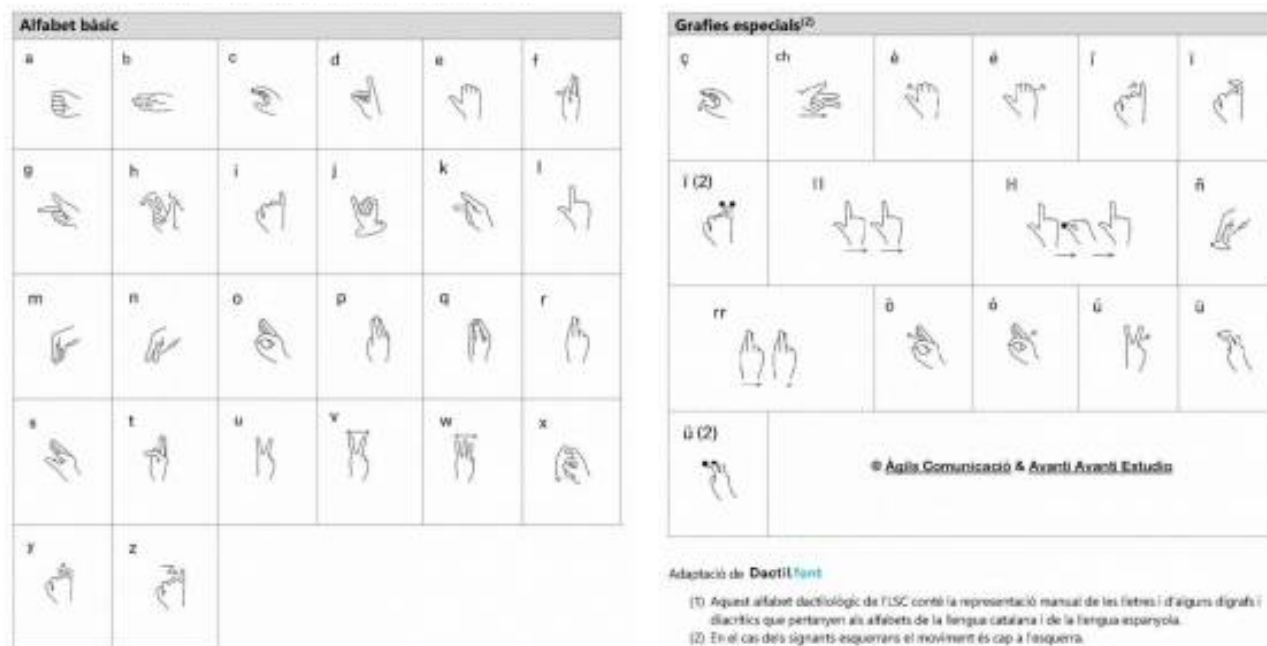
- La **parla**: la intel·ligibilitat de l'expressió oral dependrà de les restes auditives conservades així com del grau d'aprofitament de l'audiòfon o implant. En general els nens amb pèrdues auditives moderades són capaços d'assolir una parla intel·ligible per a qualsevol persona.
- **Lectura labial**: és un mètode visual que consisteix a captar la informació de la persona que parla, a partir de l'observació del moviment dels seus llavis i l'expressió facial.

- **Llengua escrita:** representa una important via de captació d'informació i d'expressió complementària o alternativa a la via auditiva oral. Aquesta és una raó per la reivindicació per part d'aquest col·lectiu de la subtítolació universal a la TV, el cinema, etc.
- **Paraula complementada:** es tracta d'una modalitat audiooral amb suport a la lectura labial. La lectura labial està reforçada per l'ús simultani, per part de la persona que parla, amb diferents configuracions dels dits de la mà i de posicions de la mà en diversos llocs del rostre ("cues").
- **Mètode bimodal:** es tracta de l'ús simultani en el temps de la llengua parlada i de signes. L'ordre sintàctic és el de la llengua parlada. No es tracta, doncs, de la producció simultània de dues llengües (oral i de signes) sinó només de l'oral, perquè la llengua de signes té una gramàtica diferent.
- **Llengua de signes:** el senyal s'expressa mitjançant la posició de les mans en l'espai sígnic o en contacte amb el cos i/o mitjançant el moviment de les mans, els braços, el tors, el cap i els elements que formen l'expressió facial (celles, ulls, nas, galtes, llavis i llengua). La llengua de signes catalana és la llengua emprada per la comunitat de persones sordes i sordcegues de Catalunya. És una llengua natural, és a dir, no ha estat creada o inventada per professionals de l'educació o la sanitat, sinó que s'ha desenvolupant en la conversa entre persones signants.
- **La dactilologia:** consisteix en reproduir les lletres de l'alfabet mitjançant signes fets amb les mans, com es pot veure a la figura 2.19.

**Portal de la llengua de signes catalana**

La llengua de signes catalana (LSC) és la llengua pròpia de la comunitat de signants de Catalunya. Des del 2004 l'IEC ha donat suport a tot un seguit d'iniciatives de recerca i difusió d'aquesta realitat lingüística i cultural i ha intervingut activament en el seu procés de reconeixement legislatiu tant en l'àmbit català com en l'estatal ([blogs.iec.cat/lsc](http://blogs.iec.cat/lsc)).

FIGURA 2.19. Alfabet dactilològic de la llengua de signes catalana (LSC)



Font: Portal de la llengua de signes catalana

**Pautes per comunicar-se amb persones amb diversitat funcional auditiva:**

En la vostra intervenció professional, no heu d'oblidar mai que la persona amb diversitat funcional auditiva, encara que porti pròtesis auditives, no hi sent de la

mateixa manera que una persona oient i pot necessitar llegir els llavis i petites accions que poden ajudar a que la comunicació sigui correcta.

#### **Pautes per afavorir una millor comunicació**

1. Abans de començar a parlar, assegurar-se que et presten atenció.
2. Començar a parlar quan la persona estigui mirant.
3. Si es tracta d'una conversa en grup, respectar els torns entre els interlocutors i indicar qui intervindrà.
4. Parlar de cara i posar èmfasi en el costat en què l'altra persona hi sent millor.
5. Permetre que pugui veure bé la boca mentre se li parla.
6. Parlar clar, vocalitzar bé i no molt ràpid, amb naturalitat.
7. No tenir res a la boca (parlar sense xiclets i sense posar-nos res davant dels llavis, com un llapis per exemple).
8. No cridar. Parlar amb un volum normal, excepte que indiquin el contrari.
9. Comunicar-t'hi de forma natural, no exagerar la forma de parlar: ni massa de pressa ni massa a poc a poc.
10. Evitar els llocs sorollosos per conversar amb algú que té problemes de sordesa. S'ha de tenir en compte que el soroll ambient causa interferències a l'audiòfon.
11. Aclarir la frase fent servir paraules més senzilles quan no s'entengui allò que es diu. Escriure-les en cas que sigui necessari.
12. Utilitzar gestos per explicar-se. Donar claus o pistes visuals quan es vulgui canviar el tema de la conversa.
13. Repetir el missatge si no s'ha entès. Dir el mateix amb frases més senzilles, però correctes, i amb paraules que tinguin el mateix significat.
14. Utilitzar gestos naturals, paraules escrites o dibuixos per facilitar la comprensió del missatge.
15. Ser molt pacient, positiu i educat.

Font: Hospital Clínic de Barcelona; [www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/sordesa](http://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/sordesa).

#### **Ajudes tècniques per a la supressió de barreres en la comunicació:**

Totes les persones amb DFA, amb independència del grau de sordesa o de la modalitat comunicativa, tenen barreres de comunicació que cal trencar. La comunicació i informació accessibles permeten que les persones amb DFA puguin treballar, formar-se i gaudir dels serveis, la cultura i l'oci igual que la resta de la ciutadania, cosa que afavoreix la seva autonomia personal.

Associacions com l'ACCAPS promouen els mitjans de comunicació oral com:

- **La subtitulació:** és la mesura d'accessibilitat universal per a tot el col·lectiu de persones amb DFA,
- Els **anells magnètics:** és un aparell d'amplificació que converteix el so captat per un micròfon en un corrent elèctric que circula per un cablejat dissenyat de forma particular segons l'àrea que es vol cobrir. Quan la persona sorda activa el programa de la telebobina (T) al seu audiòfon o

#### **El 97% es comuniquen oralment**

Segons dades de l'Enquesta de discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), a l'estat espanyol, el 97% de les persones sordes es comuniquen oralment: [tinyurl.com/y3y7bwdd](https://tinyurl.com/y3y7bwdd).

implant, rep el so de forma nítida, sense soroll de fons ni reverberació, i així augmenta la sensació d'audició i de confort. Hi ha teatres, auditoris i espais públics que estan dotats d'aquest sistema. Es poden identificar amb el símbol que es veu a la figura 2.20:

FIGURA 2.20. Anell auditiu



- Les **emissores d'FM**: són un sistema de comunicació portàtil que consta d'un aparell emissor i un aparell receptor. L'emissor converteix el so en ones de radiofreqüència que sintonitza amb l'aparell receptor. És l'aparell receptor a través d'un bucle personal o directament amb un adaptador a l'audiòfon el que es connecta amb la telebobina o posició T de l'audiòfon i/o de l'implant coclear. D'aquesta manera, la persona sorda rep el so de l'interlocutor de forma nítida sense soroll de fons ni reverberació augmentant així la qualitat de so.
- El **servei d'interprets de llengua de signes**, amb l'objectiu de suprimir les barreres de comunicació existents entre les persones sordes i les persones oients desconexores del LSC. Per al col·lectiu de persones amb DFA Signants és un dels suports més importants. Molts espais culturals, educatius i d'oci disposen d'aquest servei. Algunes entitats, com la FESOCA, ofereixen diferents serveis d'interpretació.

#### ACAPPS i FESOCA

ACAPPS són les sigles de l'Associació Catalana per a la Promoció de les Persones amb Sordesa, podeu saber-ne més a: [acapps.org](http://acapps.org). FESOCA són les sigles de la Federació de Persones Sordes de Catalunya; aquest és el seu web: [www.fesoca.org](http://www.fesoca.org).

En el següent vídeo trobareu més informació sobre l'emissora FM i l'anella magnètica:



<https://www.youtube.com/embed/2CX0QqI4KO0?controls=1>



#### Necessitat d'aprenentatge i inserció laboral

Molts dels suports i ajudes pel col·lectiu de persones amb diversitat funcional auditiva són els que s'utilitzen en els processos d'inserció laboral i en els d'ensenyament i aprenentatge. En relació a la **inclusió en el sistema educatiu formal**, cal esmentar el Decret 150/2017 de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu, per tenir en compte com es realitza i quins suports té l'alumnat amb sordesa en el sistema educatiu formal.

Els Centres de Recursos Educatius per a Deficients Auditius (CREDA) són uns serveis educatius públics i específics del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. La composició multidisciplinària dels CREDA (psicopedagogs, audioprotetistes i logopedes) permet un abordatge global de les necessitats dels infants amb pèrdua auditiva, així com una atenció als centres educatius on són escolaritzats i a les seves famílies.

Les famílies i l'alumnat poden optar per l'educació en llengua oral o per l'educació bilingüe (llengua de signes / llengua oral), com a **modalitat de la comunicació**; en totes dues serà important l'aprenentatge de la llengua escrita:

- L'**educació en llengua oral** consisteix en el desenvolupament i ús exclusiu de la llengua oral com a llengua de comunicació i d'accés al currículum escolar.
- L'**educació bilingüe** consisteix en l'aprenentatge i l'ús de la llengua de signes per a la comunicació i l'accés al currículum, i l'aprenentatge de la llengua oral, normalment la de signes, fent servir en cada cas la més adequada a les característiques de l'alumnat.

Els ajuts específics que proporcionen dependran de la modalitat escollida i, en general, passen per aquest suport logopèdic per part del CREDA, o **mestre/a d'audició i llenguatge** (MALL). L'alumnat que hagi escollit la modalitat bilingüe, pot gaudir d'interpretació en llenguatge de signes català (LSC) a l'aula, que pot incloure tota o bona part de la jornada lectiva o només algunes hores setmanals, segons les circumstàncies.

A part d'aquests suports, dins l'aula s'han de tenir en compte totes les estratègies i situacions que poden facilitar que l'alumnat amb DFA rebi millor la informació que es proporciona al conjunt del grup-classe. Així doncs, s'han d'utilitzar tots els recursos possibles a l'aula, tant visuals, orals, escrits i gestuals, per tal d'aconseguir la transmissió de la màxima informació possible.

#### **Dia a dia de l'alumnat sord**

El següent vídeo il·lustra algunes de les experiències i estereotips que han viscut alumnes amb diversitat funcional auditiva en la seva escolarització:



<https://www.youtube.com/embed/u391qf06ZgU?controls=1>



#### **CREDA**

Els CREDA són serveis de suport als centres educatius davant les necessitats que interfereixen en el desenvolupament personal, social i curricular de l'alumnat amb dèficit auditiu, trastorn específic del llenguatge i/o la comunicació. Podeu saber-ne més a: [xtec.gencat.cat/creda](http://xtec.gencat.cat/creda).

Pel que fa a la **inserció laboral** malgrat les mesures i incentius adoptats i la normativa en contra la discriminació en aquest àmbit, encara és difícil una inserció laboral òptima. En el cas de les persones amb diversitat funcional auditiva, els suports i adaptacions al lloc de treball seran bàsicament de comunicació, però malgrat que ha existit una evolució social, encara hi ha molts **estereotips**, sobretot pel que fa a determinats perfils professionals. Entitats com ACAPPS o FESOCA ofereixen des dels seus serveis d'inserció laboral, un suport integral a les persones

amb DFA amb la prioritat de la normalització de les persones d'aquest col·lectiu en l'àmbit laboral, és a dir, la seva inserció a l'empresa ordinària. Alhora que treballen diàriament en la sensibilització al sector empresarial.

“Una persona sorda, si vol i té la formació adequada, pot treballar de qualsevol cosa. També d'atenció al públic: hi ha persones sordes que han estat usuàries del nostre servei i estant treballant com a formadors, de caixers a supermercats o de dependents en comerços. Cal tenir present que el 98% de les persones sordes es comuniquen oralment, és a dir, parlant”.

“No és una qüestió de responsabilitat social corporativa sinó de la política de recursos humans de l'empresa. La igualtat d'oportunitats només serà efectiva i real quan les empreses no tinguin prejudicis a l'hora de contractar una persona amb sordesa que compleixi amb els requisits per la vacant de feina”.

Laia Sullastres, coordinadora del Servei d'Inserció Laboral de l'ACAPPS.

### **Necessitats de relació social i afectiva**

La comunicació verbal oral és essencial en la relació social i emocional. Amb els infants amb dificultats auditives, des del naixement o amb hipoacúsiaprelocutiva, s'ha de vetllar no només per l'adquisició d'un llenguatge i una comunicació adequada pel seu correcte aprenentatge sinó per la seva interacció social, perquè puguin comunicar-se amb els altres i establir lligams i relacions.

En persones amb pèrdua d'audició **postlocutives**, la situació ocasiona problemes de comunicació que poden tenir efectes importants i generar sensació de soledat, aïllament i frustració, sobretot, en les persones grans. Cal tenir present, que la pèrdua d'audició no només perjudica la comunicació, també té efectes negatius en la qualitat de vida, i el perfil psicosocial de les persones.

Algunes complicacions i efectes que pot tenir la pèrdua postlocutiva serien (Berdejo, I. i Caballero, M.):

- **Complicacions psicològiques;** les més habituals són: vergonya, culpabilitat i ira; pena, problemes de concentració; preocupació i frustració; ansietat i desconfiança; inseguretat; autocrítica i baixa autoestima/confiança en si mateix.
- **Complicacions socials;** les més habituals són: aïllament i retraïment; pèrdua d'atenció; distracció/falta de concentració; problemes a la feina; problemes per participar en la vida social; problemes de comunicació; pèrdua d'intimitat o problemes sexuals.

Cal tenir en compte que aquestes complicacions poden aparèixer, però dependrà molt de les característiques de cada persona i l'acompanyament i suport que hagi tingut.

## 2.3 Persones amb sordceguesa

La sordceguesa és una única discapacitat, conseqüència d'un deteriorament combinat de la vista i l'oïda. Es considera que una persona és sordcega quan la combinació de les **deficiències visual i auditiva** dificulten la comunicació amb els altres, l'accés a la informació i la mobilitat.

Algunes persones sordcegues poden tenir una resta de visió i/o audició i d'altres, en canvi, no sentir-hi ni veure-hi gens. Algunes persones neixen amb sordceguesa (congenita) i en altres casos l'adquireixen al llarg de la vida per diferents causes.

Els problemes de comunicació són els més destacats, però no són els únics amb què es troba una persona quan conviu amb la sordceguesa. La combinació de les dues pèrdues sensorials repercuteix en molts altres aspectes vitals que limiten el seu desenvolupament personal en els diferents àmbits de la vida i que dificulten el desenvolupament diari. La sordceguesa afecta la percepció global de la realitat, el coneixement que es té de l'espai i la capacitat per moure'ns-hi.

En general, per comunicar-se amb les persones amb sordceguesa, cal emprar mètodes de comunicació total (oral al mateix temps que llengua de signes recolzada) i mètodes d'intervenció específics a la sordceguesa. Cal adequar-se a les capacitats i discapacitats de la persona en particular i, usualment, es requereix un mediador per a cada persona amb sordceguesa.

El **tacte** i la **propiocepció** (la consciència del cos sobre la seva pròpia postura corporal respecte al medi que ens envolta) constitueixen canals fonamentals d'entrada d'informació per a la persona amb sordceguesa, ja que són les vies segures per les quals pot accedir a la informació, comunicar-se i aprendre, independentment que pugui aprofitar, si els tingués i fossin funcionals, les seves restes de visió i/o audició.

El tacte adquireix un paper rellevant en la percepció de la persona i de les seves possibilitats de conèixer i interactuar amb el món que l'envolta. Es converteix en la via fonamental d'informació, facilita la integració perceptiva de l'experiència diària i permet a la persona el contacte amb la realitat. Per a les persones amb sordceguesa, accedir a través del tacte a la utilització del sistema Braille suposa, a més de comptar amb un codi de lectoescriptura, intercanviar informació i comunicar-se.

### La difícil situació de les persones sordcegues

En el següent vídeo podeu veure una entrevista del programa *Els matins* de TV3 amb el Ricard López, pare d'una nena sordcega, i la Pilar Sierra, mare d'un nen també sordcec, explicant els problemes que afronten les persones amb aquesta doble discapacitat.



[https://www.youtube.com/embed/fYd3OG7i2\\_Y?controls=1](https://www.youtube.com/embed/fYd3OG7i2_Y?controls=1)



La comunicació mitjançant el sentit del tacte permet la interacció amb el món de les persones sordcegues (imatge: www.once.es).

