

Aplicació del Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona: anàlisi de dues experiències pràctiques en domicilis i comunitat¹

Application of the person-centred and integrated care model: analysis of two practical experiences in home and community settings

Alicia Suria-Lorenzo²

ORCID: 0009-0006-0999-8040

Ana García-Mendoza³

ORCID 0009-0004-7506-3468

Miriam Padilla Sánchez⁴

ORCID: 0009-0005-8554-8490

Alejandro Chuquitarco-Morales⁵

ORCID: 0000-0002-5407-8976

Pilar Rodríguez-Rodríguez⁶

ORCID: 0000-0003-4040-3704

Recepció: 04/12/25. Revisió: 03/03/26. Acceptació: 18/03/26

Per citar: Suria-Lorenzo, Alicia; García-Mendoza, Ana; Padilla Sánchez, Miriam; Chuquitarco-Morales, Alejandro, i Rodríguez-Rodríguez, Pilar. (2026). Aplicació del Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona: anàlisi de dues experiències pràctiques en domicilis i comunitat. *Revista de Treball Social*, 230, 225-244. <https://doi.org/10.32061/RTS2026.230.10>

1 Les autores agraeixen els valuosos comentaris tant de les persones revisores anònimes com de l'equip editorial de la *Revista de Treball Social*, que han contribuït a millorar substancialment aquest article. Agraïm especialment a Georgina Granero Chignoli, María Aurora Cañadas Romero i Mònica Donio-Bellegarde, antigues investigadores de la Fundació Pilares, per la seva destacada contribució al desenvolupament del programa. Finalment, expressem el nostre més sincer reconeixement a les persones participants i les seves famílies per la seva confiança i generositat en compartir les seves experiències.

2 Treballadora social, coordinadora de programes d'intervenció, Fundació Pilares para la autonomia personal. alicia.suria@fundacionpilares.org

3 Psicòloga, responsable de certificacions, Fundació Pilares para la autonomia personal. ana.garcia@fundacionpilares.org

4 Terapeuta ocupacional, tècnica d'intervenció, Fundació Pilares para la autonomia personal. miriam.padilla@fundacionpilares.org

5 Doctor en Sociologia. Investigador a l'Institut Interuniversitari de Desenvolupament Social i Pau, Universitat d'Alacant. alejandro.chuquitarco@ua.es

6 Filòsofa i gerontòloga, presidenta de la Fundació Pilares para la autonomia personal. prodriguez@fundacionpilares.org

Resum

Aquest article⁷ descriu l'aplicació del programa Cuidamos Contigo,⁸ desenvolupat per la Fundación Pilares, a partir de l'anàlisi de dos casos d'intervenció comunitària amb persones en situació de dependència a Madrid i Alacant (2020-2022) amb l'objectiu d'afavorir la sistematització de la pràctica professional.

El programa es fonamenta en el Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona (MAICP), i la intervenció es va recolzar en eines pròpies d'aquest (Valoració Integral, Història de Vida i Plans Personalitzats) i en la metodologia de Gestió de Casos (GdC), visites de seguiment i provisió d'ajuts consensuats i continuats, incloent-hi serveis domiciliaris, productes d'ajuda i facilitació de l'accés a recursos comunitaris.

L'estudi dels casos (en J., un home de 45 anys amb malaltia neuromuscular a Madrid, i l'E., una dona de 70 anys amb mobilitat reduïda a Alacant) permet observar canvis en diferents dimensions de la seva qualitat de vida, independència funcional, autodeterminació i benestar emocional. Totes dues persones van passar de situacions de reclusió domiciliària i autonomia limitada a recuperar activitats significatives, capacitat de decisió i més participació sociocomunitària.

Els casos analitzats mostren com l'aplicació coordinada del MAICP i la GdC facilita respostes personalitzades i integrals centrades en la persona, afavorint la permanència al domicili i l'accés a ajuts formals i comunitaris. L'experiència descrita suggereix el potencial d'aquests enfocaments per contribuir a la millora dels serveis socials i de les cures de llarga durada.

Paraules clau: Atenció integral i centrada en la persona, gestió de casos, persones en situació de dependència, cures de llarga durada, treball comunitari.

7 En l'elaboració d'aquest manuscrit s'ha fet servir intel·ligència artificial generativa (Claude, Anthropic) com a ajut per a la redacció i refinament estilístic d'alguns fragments. La conceptualització de l'estudi, anàlisi de dades, interpretació de resultats i argumentació substantiva són íntegrament de les autores.

8 Aquest treball ha estat possible gràcies al finançament proporcionat per la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives / Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge de la Generalitat Valenciana (0,7% IRPF), l'Ajuntament de Rojals, la Fundació "la Caixa" (convocatòries Comunitat Valenciana i Comunitat de Madrid), i la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad de la Comunitat de Madrid (0,7% IRPF).

Abstract

This article describes the application of the *Cuidamos Contigo* programme, developed by the Pílares Foundation, based on the analysis of two community intervention cases involving people in situations of dependency in Madrid and Alicante (2020–2022), with the aim of contributing to the structuring of professional practice.

The programme is based on the person-centred and integrated care model (PCIC), and the intervention drew on tools associated with this model (comprehensive assessment, life history and personalised plans), as well as a case management approach (CM), including follow-up visits and the provision of agreed and continuous support, such as home-based services, assistive products and facilitation of access to community resources.

The case studies –involving J., a 45-year-old man with a neuromuscular condition in Madrid, and E., a 70-year-old woman with reduced mobility in Alicante– illustrate changes across several dimensions, including quality of life, functional independence, self-determination and emotional well-being. Both individuals moved from situations of home confinement and limited autonomy to regaining meaningful activities, greater decision-making capacity and increased levels of social and community participation.

The cases analysed demonstrate how the coordinated application of the PCIC model and case management facilitates personalised, comprehensive and person-centred responses, supporting individuals to remain at home and access both formal and community-based support. The experience described highlights the potential of these approaches to contribute to improvements in social services and long-term care provision.

Keywords: Person-centred and integrated care, case management, people in situations of dependency, long-term care, community work.

1. Introducció

La Fundación Pilares és una organització sense ànim de lucre que, entre les diverses línies d'acció que té, ha desenvolupat un programa d'intervenció, anomenat Cuidamos Contigo, sota el Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona (MAICP).

Inicialment, aquest programa va néixer el 2014 a Madrid amb l'objectiu d'oferir ajut, als seus domicilis, a persones en situació de dependència o fragilitat i a les seves famílies cuidadores, emprant per a això la metodologia de la Gestió de Casos (GdC) i la intervenció comunitària. A partir de l'any 2017 comença a estendre's per altres municipis de la província d'Alacant, Espanya.

L'objectiu d'aquest article és descriure i analitzar l'aplicació del programa i la seva fonamentació teòrica i metodològica a partir de l'estudi qualitatiu de dos casos (un a la ciutat de Madrid i un altre a la província d'Alacant) amb la finalitat d'afavorir la sistematització del procés d'intervenció i il·lustrar els canvis observats en la situació i qualitat de vida de les persones ateses.

2. Marc conceptual

2.1. El Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona

El MAICP promou l'autonomia, la independència i les vides amb sentit de les persones adultes en situació de dependència o necessitat d'ajut i dels seus familiars cuidadors (Martínez-Buján i Vega, 2021). Té l'objectiu de superar els persistents models paternalistes i assistencialistes (Fantova, 2008; Bascompte et al., 2015), emprant per a això metodologies i eines validades, participatives i constructivistes (Ramos-Feijóo, 2014), en què les mateixes persones decideixen, dissenyen i avaluen els seus propis plans personalitzats d'atenció, mitjançant acompanyament i orientació professional (Bascompte et al., 2015).

Les dimensions del MAICP que orienten la intervenció professional són la integralitat i la personalització. La primera implica atendre holísticament les necessitats bio-psicosocials-espirituals i mediambientals de les persones. Aquesta requereix un enfocament transversal que articuli la coordinació entre sistemes d'atenció, cures professionals i familiars, i recursos comunitaris. La segona implica reconèixer la dignitat, autonomia i singularitat de cada persona, considerant-ne la trajectòria vital per acompanyar la presa de decisions sobre el seu pla d'atenció, adaptant serveis i recursos de distinta naturalesa (García, 2022).

Des del MAICP es planteja integrar els seus principis rectoros com a eixos fonamentals per orientar el disseny i la implementació de programes i intervencions: autonomia i independència funcional per promoure capacitat de decisió i control sobre la vida quotidiana; participació activa en decisions sobre vida i cures; inclusió social mitjançant vincles comu-

nitari; accessibilitat de l'habitatge i productes d'ajut per eliminar obstacles en les activitats de la vida diària; continuïtat en l'atenció mitjançant coordinació de serveis i professionals; i promoció del benestar i qualitat de vida perquè les persones desenvolupin vides amb sentit (García, 2022; Librada et al., 2014).

2.2. La Gestió de Casos des del Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona

Seguint a Ramos-Feijóo (2014), la GdC s'entén com l'acompanyament professional permanent a persones que requereixen ajuda o cures i a les seves famílies, en l'elaboració d'un itinerari en el qual s'articulen i gestionen de manera coordinada recursos i serveis. Aquesta metodologia constitueix una de les eines fonamentals per a l'aplicació pràctica del MAICP, ja que permeten la personalització de l'atenció i garantir la continuïtat dels ajuts (Ramos-Feijóo, 2014). Per implementar la GdC es proposa la figura del professional de referència, que comprèn, acompanya, i ofereix informació i assessorament personalitzat, fent que la persona atesa sigui responsable i participi del seu propi pla d'atenció (Rodríguez, 2013).

En la GdC, la integració de la perspectiva comunitària és imprescindible. Des del MAICP s'entén la comunitat com un actiu que pot oferir recursos, xarxes d'ajut i oportunitats de participació social (Librada et al., 2014). Això implica treballar amb associacions, grups d'ajuda mútua, recursos de proximitat i xarxes informals, que complementin els serveis formals, afavorint així la inclusió social i el manteniment de les persones en el seu entorn habitual (Ramos-Feijóo, 2014).

La coordinació entre sistemes i serveis en general, i la coordinació sociosanitària en específic, constitueixen un altre element clau. Aquestes coordinacions s'han de produir tant horitzontalment, entre diferents serveis, sectors i professionals que atenen la mateixa persona, com verticalment, entre els diferents nivells assistencials (primària i especialitzada) (Librada et al., 2014). Tot això per evitar la fragmentació de l'atenció i garantir la coherència del pla personalitzat, assegurant que tots els actors implicats treballin de manera conjunta cap als objectius definits amb i per la persona atesa (García, 2022).

La metodologia de la GdC ha estat implementada en diversos contextos internacionals i nacionals amb resultats positius. A escala internacional, destaquen experiències com el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) als Estats Units; el programa PRISMA al Canadà; i el model Buurtzorg als Països Baixos (Leichsenring et al., 2013).

En el context espanyol, s'han desenvolupat diverses experiències entre les quals destaca el programa ETXEAN ONDO, promogut pel Govern del País Basc, centrat en la GdC per a persones grans al domicili amb coordinació sociosanitària; i diversos programes en l'àmbit de salut, en atenció primària i atenció especialitzada, de diferents comunitats autònomes, que han implementat la infermera gestora de casos per a pacients crònics

complexos, afavorint la coordinació entre nivells assistencials (Ramos-Feijó, 2014).

2.3. El paper del treball social en la gestió de casos des del Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona

La GdC i la figura del professional de referència han d'entendre's com un mètode d'intervenció que no s'adscriu necessàriament a una disciplina concreta, sinó que pot correspondre a diferents perfils professionals en funció de les característiques de les persones ateses.

La vinculació entre el treball social i la GdC es pot entendre a partir dels principis ètics i metodològics que orienten la pràctica professional. El codi deontològic de treball social (Consell General del Treball Social, 2012) estableix com a principis generals el respecte a la persona i la seva dignitat, l'acceptació de la persona, la individualització i la personalització, la promoció integral, l'autodeterminació, i la responsabilitat i corresponsabilitat en les intervencions. Aquests principis resulten especialment coherents també amb els plantejaments del MAICP, que situa la persona com a subjecte actiu del seu propi procés d'atenció i en promou la participació en la presa de decisions sobre la seva vida i les seves cures.

Diversos autors han assenyalat que la formació i pràctica del treball social proporcionen un marc especialment adequat per al desenvolupament de la gestió de casos, a causa de la seva orientació cap a la intervenció en situacions complexes, la coordinació de recursos i l'acompanyament continuat a persones i famílies. Aquesta metodologia requereix el desenvolupament simultani de funcions professionals com l'assessorament, la mediació, la facilitació de l'accés a recursos, la defensa de drets, la coordinació interprofessional i l'avaluació de processos. En aquest sentit, la gestió de casos s'integra de manera natural en els mètodes propis del treball social, particularment en el treball social de casos i en la intervenció centrada en la persona. Weil (1985) i Moxley (1989), citats per Sarabia (2007), ja assenyalaven aquesta integració, juntament amb aportacions més recents (Fernández i Ponce de León, 2019).

3. Context d'intervenció: Programa Cuidamos Contigo

Cuidamos Contigo és un programa d'intervenció dirigida a persones en situació de fragilitat, solitud o dependència i les seves famílies cuidadores, desenvolupat per la Fundació Pilares a la ciutat de Madrid i a municipis d'Alacant.

L'objectiu general del programa era aconseguir millores en les diferents dimensions de la qualitat de vida de les persones participants i contribuir a la transformació de les cures de llarga durada mitjançant la difusió de resultats derivats de l'aplicació del MAICP i la metodologia de GdC. El treball es va centrar en quatre eixos: autonomia moral, indepen-

dència funcional, projectes vitals i treball comunitari. La intervenció es va articular a través de la construcció de relacions de confiança, emprant eines d'atenció personalitzada, visites de seguiment periòdiques i prestació d'ajuts consensuats que incloïen acompanyament, assessorament, formació, gestió i prestació de serveis domiciliaris (fisioteràpia, teràpia ocupacional, psicologia, productes d'ajut), així com facilitació de l'accés a recursos comunitaris. Així doncs, la meta del programa era fer costat a les persones que el requerissin perquè romanguessin als seus domicilis tant de temps com fos possible, vivint amb dignitat i amb una qualitat de vida òptima, evitant així institucionalitzacions innecessàries.

L'accés al programa es va produir a través de múltiples vies: derivacions des de serveis socials municipals i atenció primària; recomanacions entre persones usuàries i famílies; contactes amb associacions de persones grans, entitats del tercer sector i recursos comunitaris; i accions de difusió mitjançant xarxes socials, fullets, fires locals i trobades comunitàries. Aquesta diversitat de canals va afavorir l'accés tant de persones vinculades a serveis formals com d'aquelles que, malgrat estar en situació de necessitat, romanien invisibilitzades o desconnectades dels recursos disponibles.

4. Metodologia

4.1. Selecció de casos

El 2022, van participar al programa un total de 99 participants, 74 dels quals es trobaven en situació de fragilitat, solitud o dependència reconeguda (59 dones; 15 homes). Els altres 25 eren cuidadors familiars (20 dones; 5 homes). L'edat mitjana del primer grup va ser de 75 anys (valor extrem 98) i la de les persones cuidadores familiars, de 61 (extrem 80).

Per a aquest article s'ha dut a terme una selecció intencional de dos casos amb l'objectiu d'il·lustrar el procés d'intervenció desenvolupat en el marc del programa. Els criteris de selecció van incloure: (a) diversitat territorial, incorporant un cas a la ciutat de Madrid i un altre en un context rural de la província d'Alacant; (b) heterogeneïtat en el perfil de dependència i cicle vital; i (c) disponibilitat d'informació completa derivada del procés de valoració, planificació i seguiment. La finalitat d'aquesta selecció no va ser establir generalitzacions estadístiques, sinó oferir una anàlisi per comprendre l'itinerari d'intervenció, els ajuts desplegats i els canvis observats en la situació de les persones ateses.

4.2. Procés d'intervenció i eines

La intervenció es va desenvolupar al domicili de les persones participants. El procés es va iniciar amb la determinació de la situació de partida, mitjançant la valoració integral i la reconstrucció de la trajectòria vital, amb la finalitat d'identificar demandes, desitjos i objectius d'intervenció. A partir d'aquesta informació es va elaborar, de manera consensuada amb

cada persona i, quan procedia, amb el seu entorn familiar, el Pla d'Atenció Personalitzada i d'Acompanyament al Projecte de Vida (PAiPV). Aquest pla va estructurar les actuacions a desenvolupar, establint objectius, acords i ajuts en diferents dimensions de qualitat de vida. La intervenció va incloure seguiment periòdic i activació i coordinació de diversos recursos. Les principals eines emprades durant el procés van ser:

Valoració Integral. La Valoració Integral va permetre avaluar les diferents dimensions de la qualitat de vida de les persones participants mitjançant una àmplia bateria d'escales estandarditzades i ad hoc que van explorar l'estat de salut, el benestar emocional, cognitiu, la solitud percebuda, l'autodeterminació, la participació social, les relacions interpersonals, el benestar material i físic, la càrrega de cures familiars i la independència funcional en activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària (Schalock i Verdugo, 2002; García, 2022). Aquest instrument compleix una doble funció: identificar juntament amb la persona les àrees prioritàries d'intervenció i establir una línia base per al seguiment del procés i mesurament dels canvis. No obstant això, atès el caràcter descriptiu d'aquest article, l'anàlisi se centra fonamentalment en la informació qualitativa derivada del procés d'acompanyament.

Història de Vida. La Història de Vida es va elaborar després de la valoració integral i va permetre recollir les experiències vitals de les persones des de la seva pròpia perspectiva i interpretació, incloent-hi idees, opinions, valors, desitjos, gustos, habilitats i capacitats (Bonafont, 2020; García, 2022; Blanco, 2011). Aquesta eina, construïda des de la perspectiva de la mateixa persona, supera la visió professional rígida amb qüestionaris estandarditzats (Rodríguez, 2013). El relat biogràfic, enriquit gradualment durant la intervenció, permet una aproximació en profunditat a la manera de ser de la persona i facilita la interpretació de les seves eleccions i preferències sobre com vol viure, amb qui, on i de quina manera, al present i a la seva projecció futura (Bermejo, 2010).

Pla d'Atenció Personalitzada i d'Acompanyament al Projecte de Vida. El Pla d'Atenció Personalitzada i d'Acompanyament al Projecte de Vida (PAiPV) es va dissenyar consensuadament amb la persona, i, si és el cas, amb la seva família, partint de la informació recollida en la Història de Vida i la Valoració Integral (Rodríguez, 2013). Es tracta d'un instrument obert i flexible que té com a objectiu identificar les actuacions a desenvolupar des d'una relació d'ajuda horitzontal i des de la corresponsabilitat. Aquests plans superen l'atenció de necessitats o demandes de cures derivades de dificultats funcionals, i inclouen metes personals i projectes vitals que totes les persones tenen independentment de necessitar o no una gran quantitat d'ajuts (García, 2022). El treball professional consisteix a identificar, ordenar, prioritzar i establir a curt, mitjà i llarg termini les metes de la persona (Bermejo, 2010). El pla va ser revisat periòdicament durant el procés d'intervenció, cosa que va permetre ajustar ajuts i prioritats atesa l'evolució de la situació.

La comunitat. Les actuacions comunitàries van complementar el treball individual, articulant recursos formals i informals de l'entorn (Ra-

mos-Feijóo, 2014). Aquestes actuacions van incloure: acord i coordinació amb entitats públiques i privades, participació en espais de trobada i òrgans de participació ciutadana, gestió i dinamització del voluntariat, organització de tallers grupals d'envelliment actiu i saludable, i accions de sensibilització i difusió del MAICP. Així, es van complementar i van coordinar ajuts formals i informals, es va afavorir la inclusió social i el manteniment de les persones al seu entorn habitual, avançant també cap a una comunitat cuidadora que contribuís a la transformació del model de cures des d'un enfocament integral, personalitzat i comunitari (Librada et al., 2014). Aquestes actuacions es van recolzar en un diagnòstic comunitari que va permetre identificar actius comunitaris i oportunitats d'inclusió social en els contextos de Madrid i Alacant.

4.3. Estratègia d'anàlisi

L'estudi s'emmarca en un disseny qualitatiu de casos múltiples amb finalitat descriptiva i interpretativa. L'anàlisi s'ha centrat a reconstruir l'itinerari d'intervenció desenvolupat en cada cas i fer una revisió dels aprenentatges obtinguts. Durant el procés d'intervenció, les professionals van sistematitzar la informació resultant de l'aplicació de les diferents eines ja esmentades. Tota aquesta informació va ser organitzada en matrius de seguiment d'elaboració pròpia, una per cada cas.

L'anàlisi es va fer mitjançant una reconstrucció cronològica estructurada en quatre moments: (1) situació inicial; (2) identificació de demandes i definició del pla personalitzat; (3) desenvolupament de la intervenció; i (4) situació al tancament del període analitzat (desembre del 2022). Aquesta seqüència va permetre identificar transformacions en diferents dimensions de qualitat de vida i analitzar l'articulació entre ajuts formals, informals i comunitaris. Amb la finalitat de reforçar la credibilitat de l'estudi, es va dur a terme una triangulació de fonts documentals, contrastant la informació procedent dels diferents registres professionals i documents del programa. Aquest procediment va contribuir a augmentar la consistència interna de l'anàlisi i la transferibilitat de les troballes.

4.4. Consideracions ètiques

Les persones seleccionades van signar un consentiment informat que indicava la finalitat i el mètode de la intervenció, l'ús de la informació i el seu compromís de publicació, així com el caràcter anònim, lliure i voluntari de la participació, i la possibilitat de retirar-se en qualsevol moment sense conseqüències per a l'atenció rebuda. Per garantir la confidencialitat s'han eliminat o modificat aquelles dades que poguessin permetre la identificació directa o indirecta de les persones participants.

5. Anàlisi dels casos

5.1. El cas d'en J.

En J., home de 45 anys, resident a Madrid, vivia en un pis familiar amb ascensor al costat de dos familiars, i la seva tia n'era la cuidadora principal. Es va incorporar al programa al desembre del 2016 després de rebre una carta informativa de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, dirigida a perceptors de la Prestació Econòmica per a Cures en l'Entorn Familiar (PECEF). Després d'una primera visita domiciliària de la gestora i la formalització de l'accés del programa amb la signatura del consentiment informat, es va dur a terme la Valoració Integral. En aquell moment, la intervenció va quedar interrompuda per motius aliens al programa, i es va reprendre el 2021.

En el moment de reiniciar la intervenció, en J. mostrava una situació de deterioració progressiva derivada d'una malaltia neuromuscular que l'havia portat a la incapacitat permanent i a l'abandó de la seva activitat laboral. Aquesta situació va suposar una pràctica reclusió domiciliària: no sortia de casa excepte per a revisions mèdiques i va deixar de fer activitats gratificants que anteriorment desenvolupava a casa seva i a la comunitat. A més, amb prou feines prenia decisions sobre la seva vida quotidiana i expressava inseguretats respecte a la seva capacitat per fer activitats de manera autònoma.

Depenia de la seva tia per a activitats instrumentals (compres, tasques domèstiques, desplaçaments i gestions sanitàries) i per a algunes activitats bàsiques (anar al lavabo, afaitar-se i vestir-se). Conservava capacitats funcionals parcials (es desplaçava sense ajuda dins del domicili i caminava amb ajut en trajectes curts), però manifestava por de sortir al carrer. Rebutjava l'ús de cadira de rodes per associar-la a una dependència més gran.

5.1.1. Diagnòstic i demandes

La Valoració Integral i la reconstrucció de la Història de Vida van permetre identificar com a principals àrees d'intervenció: autodeterminació, independència funcional, benestar emocional, participació comunitària i enfortiment físic.

Inicialment, les seves demandes es van centrar en interessos vinculats a les seves aficions (converses sobre còmics, gravació de DVDs, continguts culturals). No obstant això, a mesura que avançava el procés d'acompanyament, van emergir nous desitjos orientats a recuperar autonomia funcional i reprendre activitats fora del domicili. La taula 1 mostra en negreta els objectius inicials detectats després de la valoració inicial i, sense destacar, aquells que van emergir durant el procés d'intervenció.

Taula 1. Demandes, desitjos i objectius. Cas 1: en J.

| | Hàbits o ajuts (curt termini) | Futur desitjat (mitjà/llarg termini) |
|---|--|---|
| Funcionalitat, activitats quotidianes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afavorir la independència per fer les activitats de la vida diària, disminuint progressivament els ajuts de la seva cuidadora. ▪ Estructurar la rutina diària, incorporant exercicis de disfàgia i físics. ▪ Fomentar les seves capacitats físiques (força, passejos, coordinació, etc.). ▪ Encoratjar la seguretat en si mateix durant els passejos. ▪ Adquirir productes d'ajut. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestir-se sol. ▪ Rentar els plats. ▪ Baixar les escales sol per poder sortir més de casa. ▪ Aixecar-se del llit amb seguretat. |
| Aficions o interessos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravar DVDs amb sèries i pel·lícules del seu interès. ▪ Elaborar informació sobre lectures interessants (mitologia, història, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenir converses sobre còmics, manga, cinema, etc. |
| Activitats significatives diàries, ocasionals o periòdiques desitjades | <p>Participar en activitats significatives a la seva comunitat (activitats relacionades amb els seus interessos), com ara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitar botiga de còmics. ▪ Visitar una fira de cultura japonesa. | NA |
| Cura de la salut | NA | NA |
| Altres | NA | NA |

Font: Elaboració pròpia.

Notes: NA (no aplica). No es va recollir informació sobre aquests ítems per a en J.

5.1.2. Intervenció

A partir de 2021 es va dissenyar consensuadament el PAiPV, estructurant les actuacions en diferents fases progressives, encara que no estrictament lineals.

Fase 1: construcció de vincle i activació al domicili (2021). Les primeres visites es van orientar a generar relació de confiança i a identificar petites activitats gratificants vinculades als seus interessos. Durant aquest període es va detectar una baixa percepció d'autoconcepte, expressada en verbalitzacions com “no soc capaç de fer res”, malgrat conservar capacitats funcionals parcials.

Un element central del procés va ser la dinàmica de sobreprotecció exercida per la cuidadora principal. Encara que aquesta responia a una intenció de cura, contribuïa indirectament a reforçar la passivitat d'en J. L'hospitalització temporal de la tia va suposar un punt d'inflexió: la necessitat d'assumir determinades tasques va permetre visibilitzar capacitats conservades i va obrir espai per replantejar el repartiment d'ajuts. En aquesta etapa, la intervenció es va centrar en petites decisions quotidianes, iniciant un treball progressiu de recuperació d'autodeterminació.

Fase 2: treball funcional i obertura a l'entorn (2022). El 2022 es va incorporar una terapeuta ocupacional, la qual cosa va permetre intensificar l'abordatge funcional. Es va treballar la independència i autonomia per vestir-se, establint acords amb la cuidadora per evitar sobreprotecció, habilitant un armari propi i acordant la seva participació diària en tasques domèstiques, com rentar els plats.

En el pla físic es va treballar l'enfortiment de membres inferiors i superiors al voltant del portal, introduint progressivament sortides al barri. La por de sortir, vinculada a la possibilitat de caigudes i al rebuig de l'ús de cadira de rodes, va constituir un nus crític. L'estratègia professional va consistir en una exposició gradual i pactada, prioritzant trajectes breus i significatius, la qual cosa va permetre incrementar la seva sensació de control i seguretat. La visita a una botiga de còmics que freqüentava abans de la malaltia va suposar una fita en termes d'identitat i participació comunitària. A partir d'aquest moment, va ser el mateix J. qui va començar a proposar trobades coincidint amb la presència d'un amic, presentant més iniciativa.

Adicionalment, es va introduir l'ús del bastó en exteriors amb ajut d'una altra persona i es van fer adaptacions al domicili (barra de transferència) juntament amb la incorporació de productes d'ajut per a la deglució. En l'àmbit comunitari es va coordinar amb entitats de voluntariat per facilitar acompanyaments setmanals.

Al llarg de la intervenció, un dels principals reptes va ser equilibrar la promoció d'autonomia amb el respecte als ritmes d'en J., que manifestava resistència puntual a canvis que percebia com a amenaçadors. L'estratègia professional va prioritzar acords graduals i reforç d'assoliments, evitant imposar objectius no interioritzats.

5.1.3. Situació final (desembre 2022)

Al tancament del període analitzat, en J. mostrava avanços rellevants en independència funcional: es vestia sol, participava en tasques domèstiques i feia sortides breus amb l'ajuda del bastó. Es van observar millores en autodeterminació, atès que va començar a assumir més protagonisme en decisions sobre la seva vida quotidiana i proposar activitats significatives. La proposta de coincidir amb un amic a la botiga de còmics mostrava un desplaçament des de la intervenció dirigida per la professional cap a una participació més activa.

No obstant això, persistien resistències vinculades a la por de caure i a la incertesa davant de situacions noves, la qual cosa indicava que la consolidació de l'autonomia requereix continuïtat i reforç progressiu. De la mateixa manera, la reducció d'ajuts per part de la cuidadora va exigir un reajustament en la dinàmica familiar, revelant que la intervenció no només transforma la situació de la persona, sinó també els equilibris del sistema de cures.

En conseqüència, les línies de continuïtat s'orienten a reforçar l'autonomia en activitats bàsiques, ampliar gradualment la participació comunitària i continuar treballant la gestió de la por a l'exterior, evitant retrocessos associats a la sobreprotecció.

5.2. El cas de l'E.

L'E., dona de 70 anys, jubilada, soltera i sense fills, vivia sola en un municipi d'Alacant. La seva família més propera vivia en una altra localitat pròxima. Presentava mobilitat reduïda en el moment d'accés al programa. S'hi va incorporar al març del 2020 per derivació dels Serveis Socials municipals. En una primera visita domiciliària conjunta entre la treballadora social d'atenció primària i la gestora de casos es va presentar el programa i se'n va formalitzar la participació mitjançant consentiment informat. En una segona visita es va iniciar la Valoració Integral (que es va completar per correu electrònic) i es va començar a treballar en la seva Història de Vida. Després de decretar-se l'estat d'alarma per COVID-19 el 15 de març del 2020, el seguiment va passar a fer-se telefònicament de manera quinzenal. Al maig del 2020, amb la tornada a la intervenció presencial, es va iniciar el disseny i la implementació del seu PAiPV.

En el moment inicial, la seva situació de salut limitava significativament la mobilitat, impeding-li sortir del domicili excepte per a cites mèdiques. Necessitava ajut per a activitats bàsiques i activitats instrumentals de la vida diària (ABVD i AIVD respectivament). No obstant això, gestionava de manera autònoma la medicació que prenia i els seus assumptes econòmics.

Passava bona part del dia en una butaca, fins i tot durant la nit, a causa de les dificultats per incorporar-se del llit. Comptava amb una cuidadora privada per a tasques domèstiques i amb l'ajut puntual d'una veïna. Tenia sol·licitada teleassistència, sense resposta en aquest moment.

En el terreny personal, presentava un alt nivell cultural, formació universitària i una trajectòria professional prèvia en serveis de telefonia i ràdio. Mantenia una capacitat decisòria clara i expressava amb fermesa les seves opinions. No obstant això, la situació de dependència havia afectat el seu autoconcepte i la seva participació social. Manifestava ansietat associada a la pèrdua de mobilitat i verbalitzava sentiments d'impotència davant la seva situació.

5.2.1. Diagnòstic i demandes

La Valoració Integral i la Història de Vida van permetre identificar com a àrees prioritàries: independència funcional, mobilitat, accessibilitat de l'entorn físic, benestar emocional i manteniment d'activitats significatives. Les demandes inicials es van centrar a recuperar mobilitat i poder sortir del domicili. Entre els seus objectius expressos es trobaven: aixecar-se del llit amb autonomia, caminar amb més seguretat, dutxar-se sense ajuda, anar a comprar i sortir a passejar o desplaçar-se a altres municipis. La taula 2 mostra en negreta les demandes, desitjos i objectius inicials detectats després de la valoració inicial i, sense destacar, aquells que van emergir durant el procés d'intervenció.

Taula 2. Demandes, desitjos i objectius. Cas 2: l'E.

| | Hàbits o ajuts (curt termini) | Futur desitjat (mitjà/llarg termini) |
|---|---|---|
| Funcionalitat, activitats quotidianes, accessibilitat | <p>Rebre assessorament i orientació en l'execució d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.</p> <p>Modificar la disposició dels mobles per aconseguir espais sense obstacles i prevenir caigudes o cops.</p> <p>Canviar les potes del llit per unes de més altes.</p> <p>Adquirir un elevador de WC, agafadors i cadira per a la dutxa.</p> <p>Col·locar rampes per sortir a la terrassa i construir rampa d'accés a l'edifici (previ acord comunitat de veïns).</p> | <p>Poder sortir de casa per fer activitats quotidianes o d'oci.</p> <p>Tenir un habitatge accessible on poder moure's amb facilitat.</p> <p>Poder entrar i sortir del seu edifici sense ajuda.</p> |
| Activitats significatives diàries, ocasionals o periòdiques desitjades | <p>Tornar a encarregar-se de la cura de les seves plantes.</p> | <p>Recuperar aficions o activitats que va deixar de fer pels problemes de mobilitat:</p> <p>Sortir a dinar o sopar a un altre poble.</p> <p>Organitzar passejos vora el mar.</p> <p>Esmorzar a la terrassa.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| Cura de la salut i del benestar emocional | Fer exercicis per a la mobilitat MMII, amb ajut de teràpia ocupacional. Activar sessions de fisioteràpia per millorar mobilitat i força. Rebre escolta activa i suport emocional. | Trobar-se més activa i àgil en el dia a dia. |
| Altres | Practicar la pujada a un cotxe no adaptat. Canvi de cuidadora i reduir hores d'aquesta. | Poder anar en taxi a altres municipis. No necessitar l'ajut d'una altra persona en el dia a dia. |

Font: Elaboració pròpia.

5.2.2. Intervenció

Després del període de seguiment telefònic derivat de la pandèmia, al maig del 2020 es va dissenyar consensuadament el PAiPV.

Fase 1: activació funcional i adaptació de l'entorn (2020-2021). Les primeres actuacions es van centrar en la recuperació de la mobilitat de membres inferiors i a facilitar transferències segures. Es va establir la coordinació amb fisioteràpia, amb sessions setmanals finançades conjuntament pel programa i Serveis Socials, complementades amb exercicis domiciliaris mitjançant bandes elàstiques supervisats per la terapeuta ocupacional.

Paral·lelament, es va abordar l'accessibilitat de l'entorn domèstic. Es va redistribuir el mobiliari per prevenir caigudes, es van instal·lar rampes de fusta per a l'accés a la terrassa i es va modificar l'altura del llit per facilitar incorporacions. Es van incorporar productes d'ajut (elevator de WC, agafadors i cadira antilliscant a la dutxa) al domicili. Aquestes decisions van ser adoptades de manera gradual, després de negociar amb la mateixa E., que inicialment mostrava reticència a algunes adaptacions pel seu impacte simbòlic en la percepció d'autonomia. Totes aquestes adaptacions li van permetre recuperar activitats significatives com esmorzar a la terrassa i tenir cura de les plantes, reforçant la seva motivació cap a la millora.

Fase 2: obertura a l'exterior i reajustament rere fita crítica (2021-2022). La professional de referència va gestionar una autorització municipal per instal·lar una rampa al portal, facilitant sortides a l'exterior. Així mateix, es van practicar transferències a vehicles no adaptats per possibilitar l'ús de taxi sense cadira de rodes, reduint barreres econòmiques i ampliant oportunitats de mobilitat.

A principis del 2022, un ingrés hospitalari per COVID-19 va produir pèrdua de to muscular i retrocés funcional. Això va obligar a reformular temporalment els objectius del PAiPV, prioritzant la recuperació de capacitats bàsiques abans que l'ampliació d'activitats comunitàries. Es va intensificar la coordinació amb fisioteràpia per recuperar mobilitat i prevenir una deterioració més gran.

Durant tot el procés, un dels principals nusos crítics va ser la resistència inicial de l'E. a determinades propostes, incloent-hi el canvi de cuidadora. La intervenció professional es va orientar a respectar la seva capacitat decisòria, evitant imposar modificacions no consensuades. Aquesta estratègia de negociació progressiva va suposar més lentitud en la implementació d'algunes actuacions, però en va afavorir l'acceptació i sostenibilitat posterior.

Les accions de coordinació van incloure seguiment amb Serveis Socials municipals en relació amb prestacions i recursos domiciliaris, així com coordinació amb podologia, Creu Roja i ortopèdies locals.

5.2.3. Situació final (desembre 2022)

Al tancament del període analitzat, l'E. havia millorat la seva independència funcional en activitats com vestir-se, dutxar-se i aixecar-se del llit. Aquestes millores van repercutir positivament en la seva seguretat i el seu benestar emocional. L'ús autònom del WC després de la instal·lació de l'elevador va constituir una fita rellevant, no només funcional sinó simbòlica, en reforçar la seva percepció de dignitat i control sobre el seu cos.

Les adaptacions fetes al domicili i a l'accés a l'edifici van facilitar la sortida a l'exterior i els desplaçaments en taxi, ampliant les seves possibilitats de participació social. Així mateix, la millora funcional va permetre reduir progressivament les hores de cuidadora, arribant a prescindir d'ajut els caps de setmana, la qual cosa indica un reajustament en el sistema d'ajuts.

No obstant això, el procés va posar de manifest la vulnerabilitat dels avanços davant d'esdeveniments de salut sobrevinguts, com l'ingrés hospitalari, que va generar un retrocés temporal i va obligar a reorientar prioritats. Així mateix, la resistència inicial a determinats canvis va mostrar la tensió entre la proposta tècnica i la vivència subjectiva d'autonomia, subratllant la necessitat d'intervencions basades en la negociació i el respecte als ritmes personals.

Les línies de continuïtat s'orienten a consolidar l'autonomia en ABVD i AIVD, ampliar progressivament la participació comunitària i reforçar la confiança en la mobilitat exterior, evitant que la por a recaigudes limiti els avanços assolits.

6. Conclusions

Els casos analitzats permeten extreure aprenentatges transferibles sobre l'aplicació del MAICP mitjançant la metodologia de GdC en contextos de fragilitat, solitud o dependència. Més enllà dels resultats individuals, l'experiència aporta claus operatives i organitzatives rellevants per a la pràctica professional.

6.1. Aportacions de la metodologia a la pràctica real

La intervenció mostra que la combinació de Valoració Integral, Història de Vida i PAiPV permet reorientar situacions de pèrdua de control cap a processos de recuperació d'autonomia i participació. Els ajuts desplegats no es van limitar a la cobertura de necessitats bàsiques, sinó que es van orientar a reforçar autodeterminació, vincles socials i presència comunitària.

Un element diferencial va ser la figura professional de referència, que va actuar com a eix de coordinació i continuïtat, articulant recursos ja existents en l'entorn i evitant respostes fragmentades. La flexibilitat del MAICP va facilitar l'adaptació del pla davant de canvis sobrevinguts, garantint la coherència entre preferències personals i ajuts activats. Els casos destaquen que la fragilitat funcional no implica necessàriament la renúncia a una vida amb sentit quan la intervenció se centra en capacitats, desitjos i projectes de vida.

6.2. Nusos crítics i estratègies professionals

La implementació del model no va estar exempta de dificultats. La resistència inicial al canvi, l'ambivalència davant d'ajuts formals o els retrocessos derivats d'esdeveniments de salut van obligar a reformular objectius i temps.

Una lliçó clau és que la sostenibilitat dels canvis depèn més del consentiment i apropiació progressiva que de la rapidesa en l'execució. La negociació, el respecte als ritmes personals i la reformulació contínua del pla es revelen com a estratègies més eficaces que la imposició tècnica.

Així mateix, els retrocessos funcionals van posar de manifest la necessitat de plans flexibles, amb capacitat de prioritzar objectius bàsics quan la situació ho requereix. La continuïtat professional i la coordinació interserveis van resultar determinants per evitar descompensacions majors o institucionalitzacions innecessàries.

6.3. Implicacions organitzatives i de sistema

Des d'una perspectiva organitzativa, la GdC vinculada al MAICP mostra potencial per millorar l'eficiència del sistema sense requerir grans inversions estructurals. El seu valor resideix en l'activació i coordinació

de recursos ja disponibles, reduint usos inadequats de serveis sanitaris i socials i reforçant la permanència en l'entorn comunitari.

L'existència d'una figura professional transversal, no adscrita a una única disciplina, facilita respostes integrals i evita la fragmentació característica de carteres rígides i incompatibles. Aquest enfocament contribueix a la sostenibilitat de les cures de llarga durada en situar la persona al centre i ajustar els ajuts a la seva evolució.

Des de la perspectiva del treball social, la GdC vinculada al MAICP reforça competències nuclears de la disciplina: valoració integral, intervenció centrada en la persona, mediació, coordinació interprofessional i activació comunitària. Lluny de limitar-se a la tramitació de recursos, el rol professional es redefineix com a acompanyament estratègic i ètic en processos de canvi, combinant anàlisi tècnica i construcció de vincle. Aquest enfocament contribueix a reposicionar el treball social com a agent clau en la transformació de les cures de llarga durada, superant models assistencialistes i fragmentats.

A més, l'experiència reforça el treball interdisciplinari. En els casos analitzats, la coordinació entre treball social i teràpia ocupacional va resultar especialment rellevant: mentre la GdC garantia continuïtat, articulació comunitària i coherència del pla, la teràpia ocupacional va aportar avaluació funcional, entrenament en activitats de la vida diària i adaptació de l'entorn físic, elements determinants per a l'autonomia.

Referències bibliogràfiques

- Bascompte, Dolores; Laborda, Mercedes, i Carme Sabater, María Carmen. (2015). Atención integral centrada en la persona. *Revista de Treball Social*, 206, 108-113.
- Bermejo García, Lourdes (Coord.). (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de buenas prácticas*. Editorial Médica Panamericana.
- Blanco, Mercedes. (2011). El enfoque del curso de la vida: orígenes y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 5(8), 5-31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Bonafont, Ana. (2020). *Guía N° 5: Atención centrada en la persona: Historia de Vida y Plan Personalizado de Atención y de Apoyo al Proyecto de Vida*. Fundación Pilaes para la autonomía personal.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código deontológico de trabajo social*. Recuperat 14 maig 2026, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

- Fantova, Fernando. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales: Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Fernández García, Tomás, i Ponce de León Romero, Laura. (2019). *Trabajo social individualizado: metodología de intervención*. Alianza Editorial.
- García Navarro, José Antonio. (2022). La atención integral e integrada sociosanitaria. Cambios necesarios en los sistemas de atención. Dins Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà Mancebo i Clarisa Ramos-Feijóo (Coords.), *La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados* (p. 137-147). Tecnos.
- Leichsenring, Kai; Billings, Jenny, i Nies, Henk. (2013). *Long-term care in Europe: Improving policy and practice*. AIAA.
- Librada Flores, Silvia; Herrera Molina, Elena; Díaz-Veiga, Pura, i Rodríguez Rodríguez, Pilar. (2014). La coordinación sociosanitaria en el modelo de atención integral y centrada en la persona. Dins Pilar Rodríguez i Antoni Vilà Mancebo (Coords.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (p. 185-208). Tecnos.
- Martínez-Buján, Raquel, i Vega Solís, Cristina. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a25. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.25>
- Ramos-Feijóo, Clarisa. (2014). Intervención comunitaria desde el MAICP. Participación social de las personas adultas mayores y las personas con diversidad funcional. Dins Pilar Rodríguez Rodríguez i Antoni Vilà Mancebo (Coords.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (p. 209-232). Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Sarabia Sánchez, Alicia. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, 42, 7-17.
- Schalock, Robert, i Verdugo, Miguel Ángel. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. American Association on Mental Retardation.