

40

**L'atenció centrada en
la persona als centres
residencials.
Facilitadors i limitadors
de les relacions amb les
famílies**



Generalitat de Catalunya
Escola d'Administració Pública
de Catalunya

Regina Cairol Berengueres

L'atenció centrada en la persona als centres residencials

Facilitadors i limitadors de les relacions amb les famílies

Regina Cairol Berenguères

Desembre de 2024



Generalitat de Catalunya
**Escola d'Administració Pública
de Catalunya**



Aquesta obra està subjecta a llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>). Està permès de reproduir-la, distribuir-la i fer-ne comunicació pública, sempre que es faci sense afany de lucre i es reconeixin explícitament l'autoria i l'Escola d'Administració Pública de Catalunya com a editora de la publicació.

Títol del treball:

L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA ALS CENTRES RESIDENCIALS.
FACILITADORS I LIMITADORS DE LES RELACIONS AMB LES FAMÍLIES

Col·lecció: Obres digitals, núm. 40

Autora:

Regina Cairol Berengueres

© 2024, Escola d'Administració Pública de Catalunya

Primera edició: desembre de 2024

Coordinació editorial: Servei de Recerca, Innovació i Transferència de l'EAPC

Maquetació: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions

ISBN 978-84-10393-45-5 (PDF)
978-84-10393-46-2 (ePUB)

DOI 10.58992/od.2024.40

Aquest document digital és accessible al [web de l'EAPC](#) dins l'apartat de Publicacions.

Sumari

Resum executiu	6
1. Introducció	7
1.1 Presentació del tema	7
1.2 Justificació de l'interès a dur a terme la investigació	8
1.3 Delimitació del projecte	9
2. Objectiu	11
2.1 Objectiu general i pregunta clau del treball	11
2.2 Objectius específics	11
3. Marc normatiu	12
3.1 Què entenem per model d'ACP	12
3.2 L'ACP com a estàndard ètic i jurídic	13
3.3 L'ACP com a garantia del dret a l'autodeterminació de l'usuari	15
3.4 Les relacions interpersonals	15
4. Metodologia de la recerca	19
5. Resultats i anàlisi de les dades	21
5.1 Resultats dels centres residencials per a persones grans	21
5.2 Resultats dels centres residencials per a persones amb discapacitat	27
5.3 Resultats en funció de les dades socioeconòmiques	30
6. Conclusions	34
7. Valoració i agraïments	39

8. Referències bibliogràfiques i normatives	40
9. Annexos	43
Annex 1. Indicadors d'implementació de l'ACP	43
Annex 2. Formularis de recollida de dades	46
Annex 3. Visites als centres residencials	47
Annex 4. Dades demogràfiques i socioeconòmiques (Idescat)	50

Resum executiu

Aquest treball de recerca consisteix en una investigació que aborda l'atenció centrada en la persona (ACP) als centres residencials propis de la Generalitat de Catalunya amb gestió delegada, a les comarques de les regions sanitàries de Lleida i l'Alt Pirineu i Aran. L'èmfasi principal d'aquest estudi recau en les relacions interpersonals, especialment entre les persones institucionalitzades i els seus familiars.

El treball també identifica els factors que afavoreixen o obstaculitzen les seves relacions i intenta determinar si existeixen correlacions entre aquests factors i el context geogràfic i socioeconòmic on s'ubica el centre residencial.

L'estudi posa de manifest la importància que tenen les relacions de les persones institucionalitzades amb les seves famílies, i l'impacte sobre la seva qualitat de vida i sobre el seu benestar emocional, psicològic i físic.

1. Introducció

1.1 Presentació del tema

L'Administració pública de la Generalitat de Catalunya, concretament el Departament de Drets Socials i Inclusió,¹ té competència directa sobre tots els serveis residencials per a persones grans, persones amb discapacitat i persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental. En aquest sentit, el Departament de Drets Socials i Inclusió aposta fermament per aplicar el model d'atenció centrada en la persona i així queda recollit en les convocatòries de provisió de serveis. Un exemple d'això el tenim en determinades [convocatòries de provisió de serveis socials](#), en què queda palès que es valoren les millores sol·licitades, entre les quals la implantació de l'atenció centrada en la persona (ACP), així com la necessitat d'incloure una proposta de millora tècnica del protocol d'acollida (preincorporació i incorporació) i l'adaptació al servei durant el primer mes d'estada, en què s'han de recollir els principis bàsics del model d'ACP, amb la finalitat de vetllar perquè els serveis prestats no limitin els drets de les persones usuàries, en adaptar-se a les conveniències administratives, burocràtiques i de funcionament dels centres.

El model d'ACP promou el servei com a organització flexible en què l'usuari esdevé el centre de tota intervenció o procés assistencial; prioritza el respecte als seus valors, les seves preferències, les seves necessitats i, alhora, la seva història de vida, i garanteix que les persones puguin continuar mantenint les decisions sobre la seva vida.

Així doncs, aquest model requereix un canvi cultural dels professionals i de les institucions i una adaptació dels procediments, els sistemes i les normatives als mateixos centres assistencials.

Cal tenir present que els protocols d'actuació faciliten l'estandardització dels processos, però no sempre faciliten l'adaptació a les diferències individuals o a la singularitat de cada persona. És per això que es

1. La denominació del departament és la vigent en la data de publicació del treball.

considera clau que els protocols d'atenció garanteixin l'aplicació dels principis bàsics de l'ACP. Per això, en la proposta de millora en la qualitat de la prestació del servei, és preceptiva la presentació del protocol d'acollida (preincorporació i incorporació) i d'adaptació al servei durant el primer mes d'estada, d'acord amb les persones destinatàries, els professionals implicats, així com les actuacions i els mecanismes d'avaluació. Es tracta d'una valoració sobre la viabilitat econòmica i tècnica dels recursos materials i professionals que potencien el dret a decidir dels usuaris, tenint en compte la individualitat i singularitat de les persones residents, en funció de les capacitats conservades i les seves potencialitats, sempre sota un enfocament multidimensional de la persona, de la seva qualitat de vida i coordinant-se amb els diferents serveis, i des d'una metodologia participativa i consensuada, acompanyant i preservant els drets i la igualtat de condicions a les persones usuàries.

Entre l'àmplia gamma de serveis i recursos que presta el Departament de Drets Socials i Inclusió ens focalitzarem en els serveis i les prestacions gestionats seguint els criteris d'accés establerts per la normativa vigent, dissenyats per fomentar l'autonomia en les activitats diàries, amb uns elevats estàndards de qualitat definits pel pla de qualitat, conforme a la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, i que requereixen una organització específica i de suport personalitzat en l'entorn residencial que supeix la llar.

En el moment de l'elaboració del treball, el Departament de Drets Socials i Inclusió té 104 centres propis amb gestió delegada. Aquests centres estan distribuïts entre els diferents serveis territorials de la manera següent: 79 a Barcelona, 4 a Girona, 12 a Lleida, 4 a Tarragona i 5 a les Terres de l'Ebre.

Tal com s'ha esmentat anteriorment, un dels reptes més importants que afronta el Departament de Drets Socials i Inclusió és la implementació del model d'ACP en tots els seus centres propis, tant de gestió pròpia com delegada; de fet, en conseqüència, en aquests darrers ja consta com a requisit en els plecs per a la contractació i en el procés d'acreditació de les entitats prestadores del servei. L'enfocament de l'ACP parteix de la singularitat i la individualitat de cada persona i en ressalta les capacitats per damunt de les limitacions, com ara la malaltia o el deteriorament.

Si partim de la idea que en el model d'ACP el servei i la gestió col·loquen la persona en el centre de tots els serveis i les cures, en prioritzen la dignitat, n'asseguren una millor qualitat de vida i protegeixen els seus drets personals, això implica respectar les decisions dels residents i les seves preferències i opcions individuals i, per tant, adaptar els centres a les seves necessitats individuals, en lloc de forçar les persones a ajustar-se a les estructures del centre.

Aquest estudi se centrarà específicament en l'anàlisi de les relacions de les persones residents amb els seus familiars, concretament als centres residencials propis amb gestió delegada del territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran.

1.2 Justificació de l'interès a dur a terme la investigació

L'ACP és l'estàndard ètic i jurídic que cal seguir als centres residencials, reconegut per les administracions públiques i per les normatives vigents. Aquest model es considera el més destacat i exemplar, ja que garanteix el dret a l'autodeterminació dels usuaris en aquests serveis.

El dret d'autodeterminació de les persones els ha de permetre prendre decisions sobre la seva pròpia vida i sobre com volen ser ateses, i les relacions interpersonals els permeten expressar les seves preferències i necessitats i ser escoltades en el procés.

Celeiro Fuentes (2022) assenyala que el model d'ACP pot tenir un efecte beneficiós sobre la capacitat de millorar el benestar en persones que viuen en residències.

També les relacions interpersonals tenen un impacte directe en la salut física i emocional dels residents. Cabezas Peña et al. (2014) postulen que les persones amb relacions socials saludables presenten nivells més baixos de pressió arterial, un sistema immunitari més fort i una millor capacitat per gestionar les malalties cròniques. També tenen més facilitat per recuperar-se després de malalties i processos mèdics.

Álvarez Gómez (2015) en el seu estudi assenyala que les relacions interpersonals proporcionen suport emocional, cosa que redueix la soledat i l'ansietat i, en conseqüència, millora la salut mental a llarg termini. A més, les interaccions socials poden alleujar l'estrès i la depressió, augmentar l'autoestima i promoure la confiança en un mateix. També poden estimular la ment i prevenir el deteriorament cognitiu, la qual cosa és especialment important per a les persones grans. Mantenir la ment activa mitjançant converses significatives i interaccions regulars ajuda a prevenir la sensació d'abandó i la desconexió del món exterior.

Atesa la importància de les relacions de les persones en l'àmbit residencial, i com a responsable del sector social dels serveis territorials de Lleida del Departament de Drets Socials i Inclusió, considero necessari i justificat aquest estudi per millorar la dimensió interrelacionada de les diferents variables, pel que fa a la millora del servei de les residències del territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran. També considero pertinent valorar, a partir de la diagnosi resultant, l'elaboració d'una proposta aplicable d'implementació d'un pla pilot en algun d'aquests centres, sempre tenint presents les limitacions pressupostàries a les quals es troben sotmeses generalment les administracions públiques.

Quin propòsit té aquest estudi i quina aportació pretén fer? Visibilitzar que les relacions en l'àmbit familiar haurien de restar en un primer pla. En aquest sentit, hauríem de disposar d'una matriu d'avaluació de l'ACP amb un bloc exclusiu que inclogués les relacions familiars, els beneficis per als residents, així com els facilitadors i els limitadors de les visites als centres per part dels familiars.

1.3 Delimitació del projecte

Els centres residencials requereixen suport, formació i orientacions estratègiques per a la implementació efectiva del model d'ACP. Es tracta d'un model en constant evolució i que s'enfronta a les resistències i les limitacions de la comunitat, dels professionals i de les famílies.

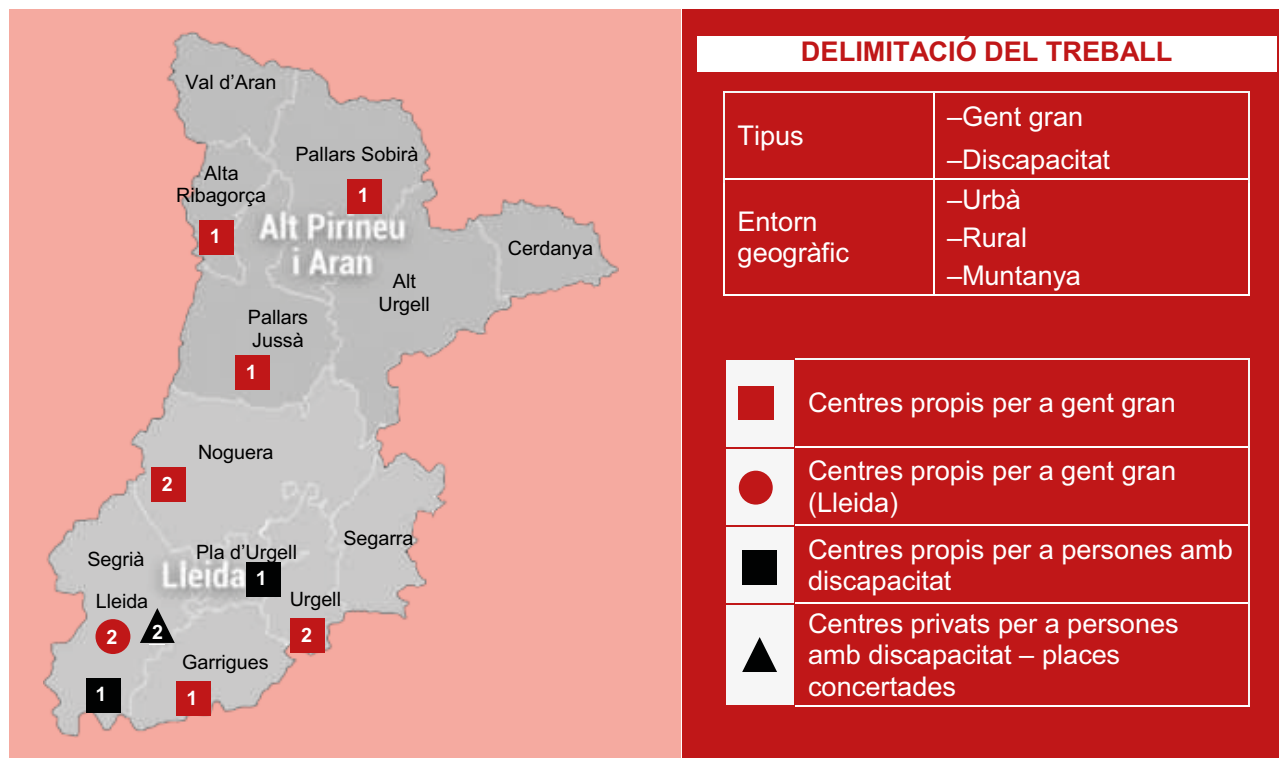
L'estudi proposa una anàlisi comparativa dels dotze centres del territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran, centrant-se en els factors que faciliten i obstaculitzen les relacions amb les famílies, amb una atenció especial a les seves visites.

Voldria destacar que sovint s'utilitzen matrius d'avaluació que han estat dissenyades per a centres destinats a persones grans que no consideren les necessitats específiques dels centres per a persones

amb discapacitat o malalties mentals. L'homogeneïtzació del model i dels instruments d'avaluació pot resultar contraproductiu i contravenir els principis de l'ACP si no s'aborda amb prudència.

Els enfocaments i les necessitats són totalment diferents quan es tracta de persones en l'etapa final de la vida, persones amb malalties greus com l'Alzheimer o persones amb brots psicòtics que requereixen estabilització.

Figura 1. Marc de l'estudi (centres del territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran)



Font. Elaboració pròpia.

Per tant, delimitaré aquest treball als deu centres residencials per a persones grans i als dos centres destinats a persones amb discapacitat al territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran, de manera diferenciada. També quedarà limitat a les relacions interpersonals entre les persones institucionalitzades (que viuen en un centre residencial) i els seus familiars, tenint en compte que les relacions personals d'alguns residents consisteixen exclusivament en les que tenen amb la plantilla de professionals del centre i la resta de les persones institucionalitzades, ja que potser no reben visites de familiars, per manca de vincle o de xarxa familiar.

2. Objectiu

2.1 Objectiu general i pregunta clau del treball

La finalitat de l'estudi és analitzar i comprendre els factors que influeixen positivament o negativament en les relacions interpersonals als centres residencials de la demarcació de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran, per tal de millorar la qualitat de l'atenció i el benestar de les persones institucionalitzades.

Per tant, la pregunta clau del treball és: quins elements promouen o limiten aquestes relacions interpersonals amb els familiars?

2.2 Objectius específics

Els objectius específics de l'estudi són els següents:

1. Identificar els elements que promouen o limiten les interaccions entre els usuaris i les seves famílies, posant èmfasi en les visites.
2. Determinar si l'entorn geogràfic i socioeconòmic pot afavorir o no les visites als centres residencials per part dels familiars.

3. Marc normatiu

3.1 Què entenem per model d'ACP

L'any 2008, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir l'ACP com l'atenció que s'assoleix quan es col·loca la persona en el centre de totes les dimensions relacionades amb la intervenció basada en l'evidència científica, l'organització del servei, l'equip multidisciplinari i l'entorn.²

Revisant, però, la bibliografia existent, es fa evident que no disposem d'una definició universal de l'ACP, tot i que la més acceptada és la de Brooker (2004), que defineix l'ACP com la metodologia que respecta i valora l'individu com a membre de ple dret de la societat, que elabora un pla d'atenció individualitzat en sintonia amb les necessitats canviants de les persones, arribant a comprendre la perspectiva de la persona que pateix dependència, i que, a més, ofereix una psicologia social de suport per tal d'ajudar les persones amb dependència a viure una vida en què percebin un benestar relatiu.

En aquest estudi parlarem de facilitadors i limitadors, conceptes molt utilitzats en el model de *dementia care mapping* (DCM), com a potenciadors i detractors. El DCM, eina desenvolupada pels professors Tom Kitwood i Kathleen Bredin a finals dels 1980, va ser dissenyat per poder determinar la qualitat de l'atenció que rebien les persones amb demència. Amb aquest enfocament, el DCM s'usa com a directriu en el desenvolupament de l'ACP i obre una nova perspectiva de treball que valora de manera prioritària les persones, intentant que desenvolupin de la manera més autònoma possible el seu projecte de vida i procurant obtenir sempre el seu benestar, mesurant tant els elements que contribueixen a la qualitat de vida d'aquestes persones com també, i igual d'important, mesurant la qualitat de l'atenció rebuda.

El DCM, originàriament pensat per a la pràctica assistencial, estableix com un dels seus objectius principals transformar la cultura organitzativa d'un centre assistencial a un model d'ACP i capacitar els seus

2. Per a més informació, vegeu la [Constitució de l'Organització Mundial de la Salut, signada a Nova York el 22 de juliol de 1946. Esmenes als articles 24 i 25 de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut, adoptades en la XII Assemblea, a Ginebra, el 28 de maig de 1959.](#)

equips mitjançant un programa de millora contínua de la qualitat. Tant el mètode com el seu sistema de codificació es van desenvolupar a l'inici a partir de moltes hores d'observació etològica en residències, centres hospitalaris i centres de dia del Regne Unit (Kitwood i Bredin, 1994).

El DCM és un conjunt d'eines d'observació que s'uneixen en un instrument per al desenvolupament de les pràctiques de l'ACP i que també s'usa per a la investigació. Per tant, el podem considerar tant un instrument de procés organitzatiu com un instrument de valoració.

Martínez Rodríguez (2016), experta en el camp, afirma que l'ACP representa un canvi de paradigma respecte als models tradicionals d'atenció paternalista, que se centren en la patologia i els símptomes. L'ACP busca abordar la demència i les necessitats de les persones des d'una perspectiva més humana i empàtica, destacant la importància de les relacions entre la persona i els seus cuidadors i defensant la creació d'entorns inclusius i acollidors que afavoreixin el benestar i la qualitat de vida.

3.2 L'ACP com a estàndard ètic i jurídic

L'ACP és àmpliament reconeguda com l'estàndard ètic i jurídic en l'atenció a les persones, amb l'objectiu d'assegurar que les persones ateses rebin una atenció de qualitat, respectuosa i digna, garantint alhora el reconeixement i la satisfacció dels seus drets i necessitats.

Des de l'any 2008, l'OMS fa una crida a revisar els models d'atenció existents a escala mundial per adaptar-los als nous reptes plantejats pel context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic actual. Aquesta crida ha de ser un punt d'inflexió que impulsi un canvi en l'orientació dels serveis de salut i assistència social, col·locant la persona com a punt central d'aquest sistema, promovent el respecte per la dignitat i l'autonomia com a principis ètics fonamentals.

El 1992 el Grup de Demències de la Universitat de Bradford va començar a oferir cursos per aprendre a utilitzar el DCM. Actualment, hi ha més de 2.000 persones formades en aquest mètode al Regne Unit, s'està treballant amb aquesta metodologia a més de 15 països i 7 tenen un conveni signat amb la Universitat de Bradford per implementar-lo. El 2006, Alzheimer Catalunya va signar un conveni de col·laboració amb aquesta universitat i es va convertir en l'organització estratègica per implementar el DCM a Espanya. Actualment, la Universitat de Bradford es compromet a treballar amb Alzheimer Catalunya Fundació per aconseguir-ne el màxim nivell de desenvolupament al nostre país.

En l'àmbit internacional existeixen bones pràctiques i experiències de referència que serveixen com a guia i suport en aquest estudi, com les recomanacions de l'Assemblea General de les Nacions Unides, la [Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i protocol facultatiu](#) i les directrius de l'OMS sobre l'ACP, i ja s'estableix com la tendència estàndard per als serveis d'atenció dels residents en centres de gent gran, discapacitat i salut mental.

A Catalunya, s'han promulgat tres lleis rellevants que reforcen aquest enfocament:

- La [Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica](#), pionera a tot l'Estat espanyol, que reconeix de manera explícita el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut.

- La [Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència](#), d'àmbit estatal, coneguda com a *Llei de la dependència* o LAPAD, que reconeix als ciutadans en situació de dependència un dret universal i subjectiu a prestacions que millorin la seva qualitat de vida.
- La [Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials](#), que assegura el dret de la ciutadania a viure dignament i promou el quart pilar bàsic de l'estat del benestar.

Aquestes lleis han marcat un canvi significatiu en l'àmbit dels serveis socials i de la salut. S'han generat nous usuaris i noves necessitats, que requereixen que els professionals posin l'accent en les preferències i les necessitats específiques de cada persona.

La legislació i els plans estratègics en polítiques sanitàries i del benestar, com el segon [Pla estratègic de serveis socials \(2021-2024\)](#), volen allunyar el paternalisme dels nostres centres i afavorir la veu de la ciutadania. En aquest sentit, les investigacions sobre l'atenció a les persones amb demència i altres malalties han confirmat la importància de treballar acompanyats de les persones afectades i les seves famílies per desenvolupar plans d'atenció personalitzats que s'adaptin a les seves necessitats i al seu estil de vida.

També són diversos els estudis comparatius que han inspirat aquest estudi i les seves conclusions, com ara els de fundacions gerontològiques o l'estudi dels experts Salvà, Rojano i Rivero de 2007, sobre les situacions de dependència. El 2020, experts i investigadors, entitats i agents experts en l'àmbit, en la [Declaració a favor d'un canvi necessari en el model de cures de llarga durada en el nostre país](#) consideren que és necessari el següent:

[...] una revisió urgent de l'actual model d'atenció a les persones que necessiten suports i cures per a gaudir d'una vida plena, per donar respostes diverses, globals i ecosistèmiques i, amb això, el corresponent escenari de finançament públic dels diferents serveis de suport i de cures de llarga durada, avui dia escàs i amb notables diferències entre els territoris autònoms. (Fundación Pílares, 2020)

La fundació Alzheimer Catalunya, referent a Catalunya i Espanya de la metodologia DCM, ens fa una ressenya sobre la seva utilització per millorar la qualitat de la pràctica assistencial centrada en les persones a diferents nivells (Alzheimer Catalunya, 2017):

1. Plans d'atenció individualitzada: són útils per millorar el benestar i la qualitat de vida de les persones amb demència, ja que proporcionen informació per optimitzar el benestar al llarg del dia i identifiquen petites coses que provoquen alegria o angoixa.
2. Organització de l'atenció grupal: es pot utilitzar el DCM per millorar l'organització de les unitats hospitalàries o residències amb un enfocament més centrat en la persona, suggerint modificacions en moments clau com els àpats, activitats o canvis de torn per millorar el benestar col·lectiu.
3. Gestió de recursos i formació de personal: el DCM facilita la presa de decisions sobre les habilitats i els coneixements necessaris per al personal, i permet definir perfils i programes de formació basats en experiències específiques del centre.
4. Seguiment del canvi i elaboració d'informes: ens permeten avaluar l'efecte dels canvis implementats, tant individualment com de centre. És valorat pels consells reguladors del Regne Unit com a pràctica exemplar. Les dades del DCM són útils per elaborar informes per a serveis d'inspecció, mantenint la confidencialitat dels participants i els equips mapats.

Així, tot i que l'ACP actualment és molt coneguda en el sector perquè és una metodologia que ajuda a millorar la qualitat de vida de les persones i, per tant, és una eina molt rellevant per a les administracions públiques, encara és poc utilitzada.

3.3 L'ACP com a garantia del dret a l'autodeterminació de l'usuari

L'ACP esdevé una garantia del dret a l'autodeterminació de les persones institucionalitzades, ja que se centra en la participació activa de l'usuari en la presa de decisions que afecten la seva vida, les seves necessitats i les seves preferències.

Les persones que viuen en aquests centres tenen l'oportunitat de recuperar el control de la seva assistència i de triar com satisfer les seves necessitats, en contrast amb la situació anterior, en què altres persones prenen decisions per elles.

Tot i que existeix un marc normatiu que regula les pràctiques als centres, és important destacar que sovint les regulacions poden ser insuficients o estar obertes a diverses interpretacions, cosa que deixa lloc a buits. En aquests casos, les reflexions ètiques dels equips assistencials adquireixen una gran rellevància. La promoció i la normalització d'espais de reflexió ètica i comitès d'ètica poden contribuir a sensibilitzar els professionals envers aquest model d'atenció i assegurar-ne la correcta implementació.

Un exemple rellevant és el [Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya](#), que exerceix un paper fonamental en la promoció d'una ACP que respecta els drets i les preferències de les persones residents en centres assistencials de Catalunya.

La implementació de l'ACP en les nostres organitzacions i serveis no pot ser efectiva realment sense una sensibilització i una promoció dels valors ètics a les organitzacions i entre els professionals. Necessitem espais que permetin als professionals reflexionar i resoldre qüestions ètiques plantejades en la intervenció social i en les situacions que viuen diàriament als centres residencials, atesa l'atenció directa que tenen amb les persones residents i també amb els seus familiars. No són pocs els reptes que s'han d'abordar per tal de fomentar i difondre bones pràctiques professionals i organitzatives en els serveis socials mitjançant l'elaboració de protocols, criteris, recomanacions, etc.

Actualment, a Catalunya, solament comptem amb un registre de 50 espais de reflexió ètica de Serveis Socials ([ERESS](#)) i 8 comitès d'ètica, la qual cosa ens ha d'esperonar a potenciar la creació de més espais de reflexió i deliberació. Aquests espais són necessaris per facilitar la implementació de l'ACP i respectar el dret d'autodeterminació de la persona mentre el seu estat cognitiu ho permeti, garantint les seves últimes voluntats si així s'han manifestat, i poder deliberar sobre les actuacions que cal dur a terme en els casos que sigui necessari.

3.4 Les relacions interpersonals

En el camp de la psicologia positiva, Vázquez et al. (2009) entenen que les relacions gratificants i satisfactòries són un impuls per al benestar i la salut mental, les quals poden fomentar una percepció positiva de nosaltres mateixos i dels altres i, per tant, contribuir a l'autoestima i al sentiment de pertinença a un grup, així com al reforçament del teixit social, factors protectors en l'entorn de la persona.

Giménez et al. (2010) afirmen que enfrontar de manera saludable situacions estressants permet a la persona reforçar el seu teixit social, enforteix el sentiment de pertinença i té a favor el factor protector dins del seu entorn. D'aquesta manera, es posa de manifest com les relacions, influïdes per les experiències individuals, la personalitat i l'entorn, són fonamentals per al benestar dins del marc de l'ACP i, en conseqüència, diverses habilitats socials poden facilitar experiències positives en aquest context (Carr, 2007, i Segrin i Taylor, 2007, citats a Lacunza i Contini, 2016).

Actualment, les relacions no es limiten només a l'intercanvi cara a cara, sinó que també es desenvolupen a través de les xarxes digitals. Tot i això, aquesta forma de comunicació pot tenir efectes diferents sobre el benestar emocional. Trabal Tañá (2016) parteix de la premissa que les relacions digitals poden augmentar el nombre de contactes, però també poden comportar una disminució en la qualitat de la comunicació no verbal, una empatia limitada i altres problemes emocionals i d'autoestima.

L'impacte de les relacions interpersonals és especialment rellevant en l'entorn residencial, ja que tenen un efecte profund en la salut física i emocional i, per tant, cal que estiguin incloses en els plans de tractament i prevenció de malalties.

De manera paral·lela, també se sap que els sentiments d'aïllament social i de solitud influeixen negativament no només en la vida mental i en la sensació subjectiva de benestar, sinó també en molts aspectes fisiològics que afavoreixen el desenvolupament de malalties orgàniques.

De Jong Gierveld (1987) descriu la soledat com un sentiment que arriben a patir les persones en percebre una manca de relacions socials, insatisfactòria o inadmissible, bé perquè el seu nombre és inferior al que desitgen o bé perquè no aporten la intimitat, l'efecte o la valoració esperats, com també estableixen Gallardo Peralta et al. (2023), López Doblas i Díaz Conde (2018a) i Palma Ayllón i Escarabajal Arrieta (2021). En paraules de Benet Franco (2023, p. 6), basant-se en Carrillo López et al. (2021) i López Doblas i Díaz Conde (2018): "La soledat és una experiència subjectiva i negativa, que resulta de l'avaluació cognitiva en què hi ha una diferència significativa entre les relacions socials que es desitgen i les que tenen realment" [traducció pròpia].

Segons les conclusions de l'estudi de Real Casals (2022) sobre la prevenció de la soledat en les persones grans institucionalitzades, l'aïllament social i la soledat afecten processos fisiològics dels sistemes immunitari i neuroendocrí, els cicles de vigília i de son, els processos autoinflamatoris i la fisiologia dels lípids. En conjunt, aquests processos ajuden a explicar el deteriorament de la salut de les persones que experimenten aïllament social o soledat i, per tant, també un increment considerable del risc de mortalitat.

Biota Piñeiro et al. (2022), en la seva anàlisi de la percepció de la soledat de les persones a la Comunitat Autònoma del País Basc, conclouen que la soledat afecta tant la salut física com la salut mental i dona lloc a depressió, ansietat, trastorns del son, deteriorament cognitiu, baixa autoestima, estrès, psicosi, demència incipient i pensaments suïcides. D'acord amb Benet Franco (2023, p. 10), basant-se en Gallardo Peralta et al. (2023), Hernández Gómez et al. (2021), Kyung Choi i Heui Lee (2022) i Palma Ayllón i Escarabajal Arrieta (2021), de manera inversa, la malaltia pot donar lloc al sentiment de solitud, i és aquí on destaquem malalties oncològiques, de discapacitat física, mentals i cròniques, com ara cardiovasculars o degeneratives.

Així doncs, per afavorir la salut mental i física de les persones cal dedicar recursos a programes específics que ajudin a combatre de manera efectiva l'aïllament social i la soledat no desitjada.

Les persones institucionalitzades d'entre 75 i 79 anys són les que verbalitzen més el sentiment de solitud. I les persones vídues o divorciades també mostren un grau més alt de solitud. Tenir parella actua com a factor de protecció davant de la institucionalització. La nit és el moment del dia en què perceben més grau de solitud i aïllament social, pel buit de la parella.



Les persones que no reben visites o trucades durant la setmana o que en reben poques també tenen una percepció més alta d'abandonament. Sí que podem afirmar que la majoria de les persones institucionalitzades perceben que tenien menys sentiment de solitud abans d'ingressar a la residència, la qual cosa hauria de ser el tema d'un nou estudi, per comprovar si la institucionalització és un factor que incrementa aquest sentiment.

Tot i les diferències, el sentiment de soledat sí que és un sentiment més compartit entre les persones que viuen a les residències de gent gran que a les residències per a persones amb discapacitat, ja que els familiars de les persones amb discapacitat tenen **un sentiment més significatiu de control, tutela i responsabilitat**.

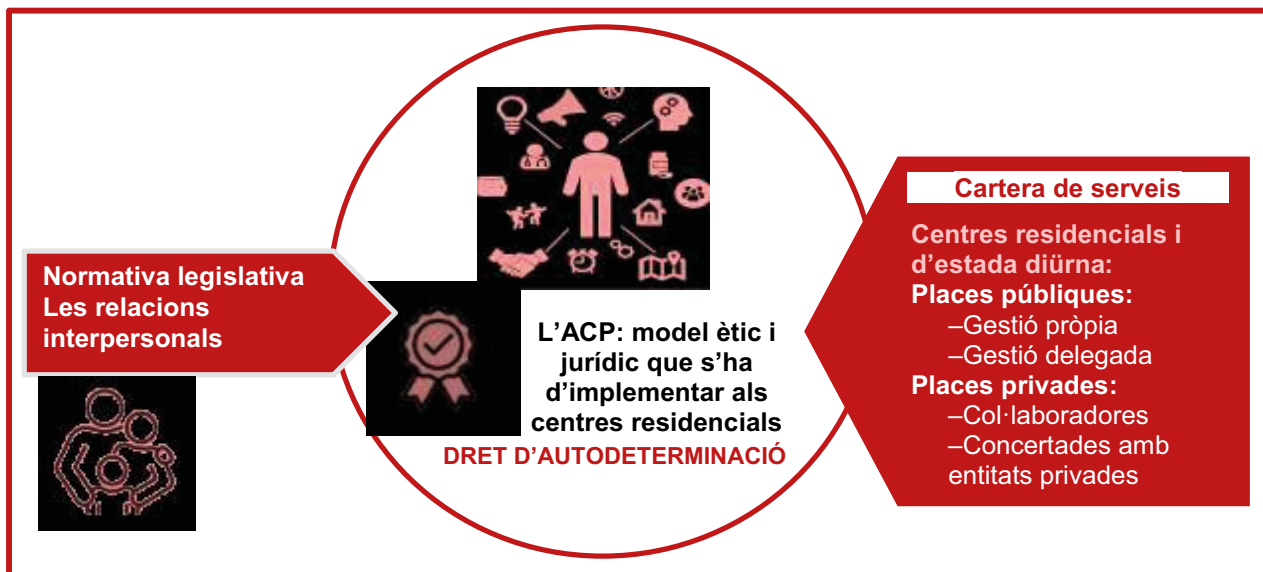


Font de les imatges. Flaticon.

El Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, en el document [La intimitat als centres residencials de persones amb diversitat funcional. A propòsit de l'ús, l'accés i la supervisió dels espais](#), aprovat en el Ple del dia 20 d'abril de 2017, estableix la importància de la intimitat en les relacions humanes i als centres residencials. És importantíssima en l'ús, l'accés i la supervisió dels espais i cal distingir els tres espais d'intimitat (llocs comuns, llocs propis i llocs íntims), que requereixen actituds i tractaments diferents.

Revisada una petita mostra de la bibliografia científica existent sobre aquest tema, el treball de postgrau se centrarà en els aspectes que poden millorar les relacions amb les famílies, específicament als centres residencials del Departament de Drets Socials i Inclusió amb gestió delegada al territori de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran. És necessari reflexionar sobre com les relacions i les visites dels familiars als centres influeixen en la qualitat de vida i el benestar dels residents, tenint en compte que la soledat no desitjada no només es troba en l'àmbit domiciliari, sinó que també es manifesta de manera notable en les persones institucionalitzades.

Figura 2. Síntesi del model de l'ACP



Font. Elaboració pròpia.

Font de les imatges. Flaticon.

4. Metodologia de la recerca

L'estudi es basa en els resultats obtinguts a partir de l'aplicació d'una metodologia qualitativa i quantitativa, combinada amb la bibliografia científica sobre l'ACP, per tal de conèixer les dinàmiques interpersonals i les visites en contextos residencials.

La metodologia qualitativa consisteix a dur a terme entrevistes obertes a dos grups de discussió, utilitzant un procés de diàleg que faciliti la recollida de perspectives diverses.

Es parteix de la premissa que cada centre té la seva pròpia història i manera de treballar, així com diferents formes de relacionar-se amb els residents. Això farà necessari entendre les particularitats de cada centre per millorar les relacions personals i promoure l'ACP en cada cas.

En el mostreig de l'estudi s'ha garantit la representativitat de tots els centres per a gent gran i per a persones amb discapacitat del territori, considerant la diversitat familiar (famílies nuclears, monoparentals, reconstituïdes, sense fills) i la perspectiva de gènere. En el cas dels centres per a persones amb discapacitat al territori, s'han incorporat dos centres de titularitat privada per fer la mostra més representativa.

Per mantenir la confidencialitat i l'anonimat dels participants, ha calgut fer-los una explicació detallada de l'estudi. També s'ha adquirit un compromís ètic i moral amb els participants per assegurar que no pateixin represàlies o judicis adversos cap a ells mateixos o els seus familiars.

La recollida de dades ha combinat tècniques metodològiques quantitatives i qualitatives. Pel que fa a la metodologia quantitativa, les dades s'han obtingut mitjançant un formulari dissenyat específicament per a aquest treball, que podeu consultar a l'annex 2 del document. Aquest formulari s'ha distribuït a tots els centres, entre els usuaris, els professionals i els familiars, per conèixer diferents visions i generar valor.

Per a la quantificació de les visites, les dades han estat facilitades per les direccions dels centres d'estudi, d'acord amb els seus registres. Aquestes dades s'han estructurat a les taules V, VI, VII i VIII d'aquest document (annex 3).

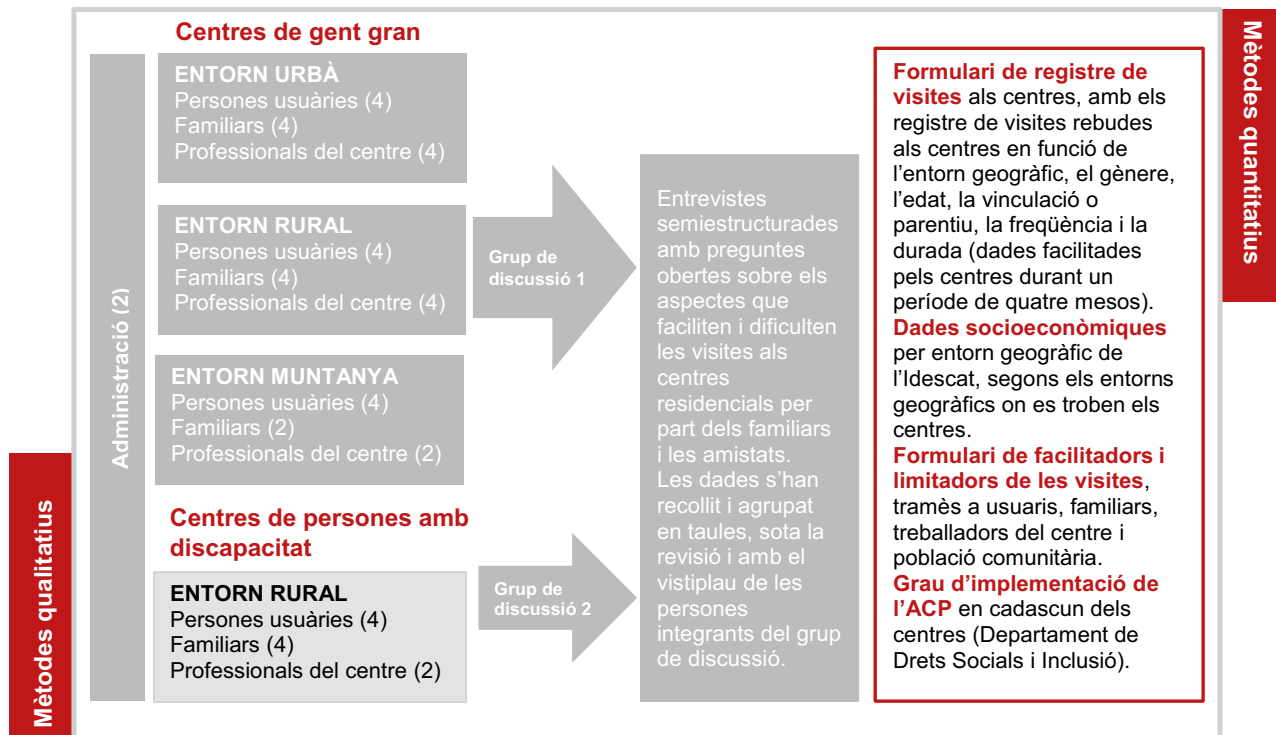
Quant als dos grups de discussió, el primer s'ha centrat en l'avaluació dels elements facilitadors i els obstacles que limiten les relacions familiars a les residències de gent gran, mentre que el segon s'ha centrat en els centres destinats a persones amb discapacitat. Els resultats s'han recollit a les taules 1 i 2. Els resultats s'han categoritzat per tal de poder analitzar els resultats obtinguts.

En cada grup de discussió dels centres per a gent gran han participat 32 persones (16 homes i 16 dones), entre les quals familiars, usuaris i professionals, garantint la perspectiva de gènere i la representativitat territorial. Inclouen 12 persones representants de Lleida capital, 12 de les zones rurals de la plana de Lleida i 8 de les comarques de muntanya de l'Alt Pirineu, respectivament.

En el cas del grup de discussió dels centres per a discapacitats, hi han participat 10 persones de la plana de Lleida (5 dones i 5 homes).

En ambdós grups s'ha dut a terme una observació activa dels participants per aprofundir en la comprensió de les seves interaccions i dinàmiques, amb la voluntat de prevenir biaixos i confirmar que les dades reflecteixen la realitat estudiada.

Figura 3. Síntesi de la metodologia



Font. Elaboració pròpia.

5. Resultats i anàlisi de les dades

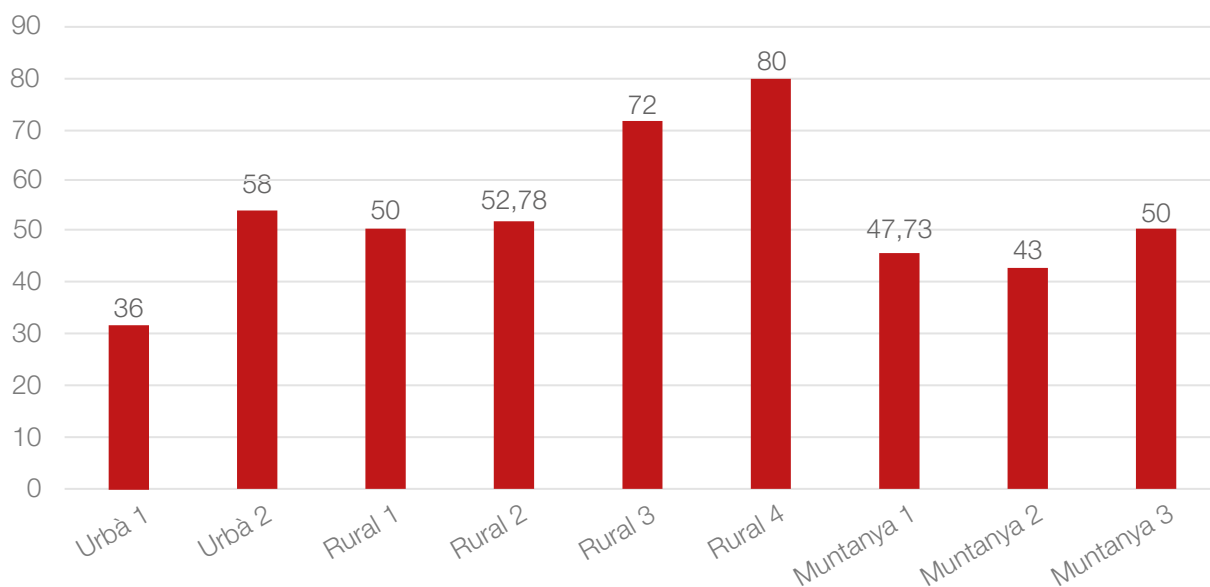
Les dades obtingudes s'han dividit en dues parts, la primera dedicada als centres per a gent gran i la segona als centres per a persones amb discapacitat. L'enfocament té com a objectiu identificar tendències i correlacions específiques en cadascun d'aquests entorns i evitar així l'homogeneïtzació de tipologies, la qual cosa seria contrària als principis del mètode ACP.

5.1 Resultats dels centres residencials per a persones grans

Els resultats obtinguts per aquests centres s'han classificat d'acord amb l'entorn del centre: urbà, rural o de muntanya.

Per abordar el primer objectiu, s'ha partit dels graus d'ACP dels 10 centres de gent gran, detallats al gràfic 1, a partir dels quals estudiarem si la tendència i l'evolució d'aquesta variable tenen correlació directa amb el nombre de visites per part dels seus familiars.

Gràfic 1. Grau d'implementació de l'ACP als centres de gent gran (%)



Font. Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió. Dades dels centres anonimitzades.

En les taules V, VI i VII de l'annex 3 s'observa que el percentatge d'usuaris residents als centres és sorprenentment semblant en els tres entorns analitzats, amb un 33 % d'homes, un 67 % de dones i un 0 % de persones no-binàries. Això reflecteix un equilibri de gènere en aquests espais, la qual cosa és un indicador positiu dels avenços en la igualtat de gènere en aquests entorns, tot i que no es fa visible la possible existència del col·lectiu LGBTI. Aquesta variable, per tant, no cal tenir-la present a l'hora de considerar la possibilitat de si la variable gènere de les persones usuàries té un impacte directe en el fet de rebre més o menys visites.

Sí que trobem notables diferències quant al gènere dels visitants. Així, als centres de muntanya es constata una major presència d'homes, que arriba al 37 %, en comparació amb els altres dos entorns, on la proporció de visitants masculins és inferior. Aquesta diferència podria estar influïda per factors socioeconòmics i pel flux migratori cap a les zones urbanes, la qual cosa comporta una major participació de tota la família en els desplaçaments i les visites. En l'àmbit urbà s'observa una participació més gran del gènere femení.

D'altra banda, les xifres mostren que la proporció de dones visitants és força similar als tres entorns geogràfics i oscil·la entre el 63 % i el 67 %. Aquesta troballa subratlla la importància d'explorar la influència de la migració a les ciutats i d'altres factors demogràfics en les dinàmiques familiars, que poden estar relacionades amb la perspectiva de gènere en les tasques de cura, encara avui molt atribuïdes a les dones.

Segons l'edat dels visitants, s'evidencien variacions significatives en funció de l'entorn del centre. Als centres urbans, només el 9 % dels visitants pertany al grup d'edat de 18 a 50 anys, mentre que en els centres de muntanya aquesta proporció augmenta significativament fins al 46 %. Això suggereix que a les zones urbanes la població més jove de les famílies podria estar menys implicada en les visites a les persones grans. En canvi, en les zones de muntanya, on les visites familiars solen ser més disperses en el temps, hi ha una participació més àmplia dels diferents grups d'edat i existeix una participació de generacions més joves.

Sí que cal considerar que la tendència de les dades podria anar canviant a mesura que les generacions més joves es vagin establint a l'entorn de muntanya, atès que el sector turístic incrementa l'oportunitat i la demanda de mà d'obra i el repoblament d'aquest àmbit.

De tota manera, els usuaris i les usuàries de les residències de l'Alt Pirineu només reben un 35 % de visites al mes, tot i que la majoria dels residents són originaris de la zona i hi han viscut, però, com ja hem mencionat, les seves famílies no, ja que d'entre la població de visitants de 18 a 51 anys una part molt important resideix fora de la comarca, degut al flux migratori cap a les zones urbanes, com Barcelona i Lleida, la qual cosa comporta que les visites siguin menys freqüents (quinzenals i mensuals) a causa de les distàncies. Sí que es comencen a igualar les proporcions de les visites quan les edats dels familiars són superiors a aquesta franja.

En conseqüència, quant a la freqüència de les visites, les dades reflecteixen que les visites diàries i setmanals són més freqüents entre els familiars que viuen a prop del centre residencial, mentre que les visites quinzenals o mensuals són més habituals quan hi ha més distància entre el domicili i el centre (comarques de muntanya). És evident que existeix una correlació significativa entre la ubicació geogràfica del centre i la freqüència de les visites que reben els residents amb alts nivells de dependència. També es constata que en la freqüència de les visites hi intervé la distància entre el centre i el domicili dels visitants: als centres de Lleida, el 86 % de les famílies viu al mateix municipi, mentre que a comarques aquest percentatge disminueix al 51 %, una diferència que es podria atribuir al factor de proximitat.

En qualsevol cas, quant al format de les visites, en tots els entorns les visites es fan de manera presencial i només un 2 % de les visites són telemàtiques, tot i l'impacte que van tenir aquestes comunicacions durant la COVID-19.

Respecte al vincle familiar amb la persona resident, s'observa que les visites per part de la parella són notablement diferents segons l'entorn. Als centres urbans, representen el 30% del total, mentre que a

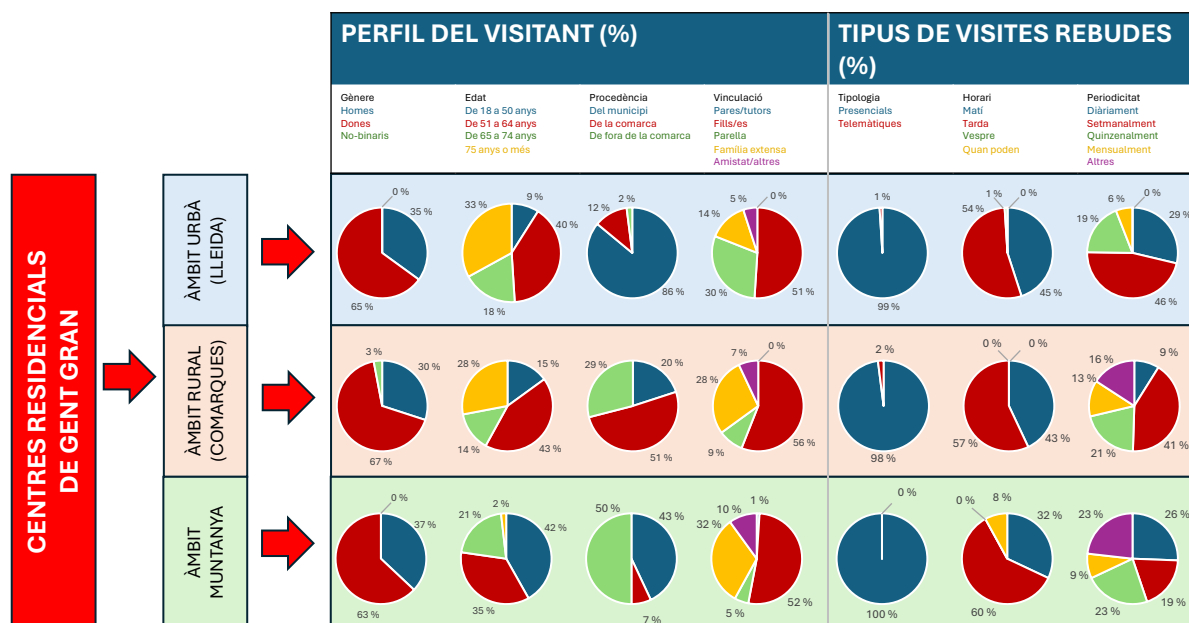
les zones rurals són només el 9% i a les zones de muntanya, tan sols el 5%. Això podria atribuir-se a la manca o a l'escassetat de transport públic, la qual cosa limita l'accés de les parelles als centres, ja que parlem de persones també d'edat avançada que en molts casos necessiten suport o transport públic per poder anar fins al centre residencial, atès que la seva autonomia està determinada pel transport.

Aquestes diferències també són visibles amb la família extensa, que presenta una proporció més gran en l'entorn rural (28 %), mentre que en els altres entorns la proporció de visitants d'aquest tipus és molt més baixa.

Pel que fa al moment del dia en el qual es produeix la visita, la tarda sembla ser més convenient per als familiars. Segons comenten els membres del grup de discussió, aquesta preferència podria estar relacionada amb l'activitat laboral i els seus horaris i, per tant, amb el temps de què disposen per a la conciliació familiar.

És palès que, d'aquests centres, els que tenen una puntuació més alta en el grau d'implementació de l'ACP també tenen un nombre més elevat de visites; en conseqüència, podem confirmar que sí que existeix una correlació entre el grau d'ACP, l'entorn geogràfic i el nombre de visites.

Gràfic 2. Comparativa del perfil del visitant i el tipus de visites rebudes, per entorn geogràfic



Font. Elaboració pròpia a partir de les taules V, VI i VII de l'annex 3.

Pel que fa a la informació recollida al grup de discussió 1 (taula 1), i un cop compartida la informació rebuda sobre l'estudi quantitatiu de les visites, s'inicia un debat enriquidor sobre els facilitadors i els limitadors de les relacions i les visites, les categoritzacions dels quals incloem en aquesta taula.

Taula 1. Facilitadors i limitadors de l'ACP als centres de gent gran

Facilitadors entre els residents	Limitadors entre els residents
<ol style="list-style-type: none"> Viure en unitats de convivència i respecte mutu. Compartir activitats i aficions. Disposar d'una comissió de benvinguda o d'un resident facilitador. Compartir espais comuns. Poder decidir amb qui comparteixen habitació segons afinitats. 	<ol style="list-style-type: none"> Diversitat de perfils dels usuaris i d'històries de vida. Diversitat en els graus de dependència i les seves causes o malalties.
Facilitadors per als familiars	Limitadors per als familiars
<ol style="list-style-type: none"> Disposar de més espais d'intimitat per a les visites. Fomentar el respecte sobre la mateixa presa de decisions. Compartir activitats conjuntes i espais comuns. Potenciar i incrementar la comunicació cara a cara i, si no és possible, utilitzar noves tecnologies. Organitzar esdeveniments i reunions familiars per reforçar els llaços familiars. 	<ol style="list-style-type: none"> Distància del nucli familiar al centre. Poca oferta de transport públic. Poca o nul·la formació per emprar mitjans telemàtics.
Facilitadors per al personal del centre	Limitadors per al personal del centre
<ol style="list-style-type: none"> Assignar un professional de referència amb qui generar vincles. Anteposar les decisions de l'usuari a les dels familiars. Tenir la possibilitat de participar en el Pla individual d'atenció individualitzat (PIAI) o en el Pla d'atenció individualitzat (PAIV). Augmentar la ràtio de professionals per resident al centre. Disminuir la rotació de personal i augmentar l'estabilització de les plantilles, cosa que permet conèixer millor els usuaris i establir-hi més vincles. 	<ol style="list-style-type: none"> Ràtio professionals/residents, que pot fer que el personal no pugui donar-los prou atenció individualitzada. Poca estabilització de la plantilla i rotació del personal per plantes, que pot afectar la continuïtat de la relació amb els residents. Manca de formació del personal auxiliar de geriatría, que pot influir en la qualitat de l'atenció. Estructura i edificació dels centres, que pot no ser òptima per a les relacions personals. Manca d'espais d'intimitat, que pot afectar la privacitat dels residents i la generació de vincle mutu.

Font. Elaboració pròpia a partir del grup de discussió 1.

Destaquen com uns grans facilitadors el fet de disposar d'espais d'intimitat, de fomentar el respecte en la presa de decisions i de compartir activitats i espais en els àpats.

La comunicació presencial, cara a cara, és la més efectiva i significativa amb el perfil actual de residents, tot i que sigui necessari incloure l'ús de noves tecnologies. Per això, cal anticipar-se als nous escenaris i als nous perfils d'usuaris i famílies. És fonamental que les generacions futures d'usuaris i professionals rebin formació en aquestes eines de comunicació. Els centres cívics, els clubs de gent gran i les organitzacions han d'apostar per aquesta formació i lluitar contra la bretxa digital, a més de preparar els centres amb equips i dotar d'habilitats per als seus treballadors.

L'organització d'esdeveniments i reunions familiars als centres també podria millorar les relacions pel fet de compartir moments familiars importants, sobretot quan la persona ingressada no pot sortir del centre.

Cal fomentar i incrementar la participació dels diferents actors en l'organització d'activitats i festivitats: administracions (ajuntaments, consells comarcals, diputació), entitats i organitzacions de voluntariat, etc.

La millora en la qualitat de les visites passa per la creació real i efectiva d'unitats de convivència (no més de sis o set persones) i per fer visites a la nova família del seu familiar –les persones que conviuen amb el seu familiar resident acaben sent-ne els familiars.

És molt important la creació d'una comissió de benvinguda que faciliti la integració al centre tant al resident com a la família. Seria molt rellevant que els familiars poguessin decidir amb qui volen compartir habitació o quina és la seva unitat de convivència, basant-se en motius d'afinitats i no per data d'ingrés. Això mantindria un nivell motivacional més alt dels usuaris. No obstant això, consideren que la diversitat en els perfils i les històries de vida o els graus de dependència física o cognitiva poden ser limitadors en les seves relacions.

Altres factors, com la distància de la residència del nucli familiar al centre residencial, la manca de transport públic i la manca de formació en mitjans telemàtics, poden limitar la interacció i les visites, com ja s'ha dit.

Cal destacar, però, que totes les persones participants coincideixen que les seves relacions millorarien si tinguessin més contacte físic amb els familiars i més visites per part seva.

Els familiars demanen tenir un professional de referència al centre que els pugui transmetre molta més informació sobre el resident més enllà de sobre el seu estat de salut, sobre el seu estat anímic, emocional... Aquest professional de referència hauria de conèixer, entre d'altres, la història de vida, les aficions, les mancances i les voluntats del resident, hauria de tenir més dedicació cap a l'usuari i la família, i donar-los més acompanyament, i hauria de ser una persona amb qui puguin generar un vincle més estret usuaris i familiars (*similar a una atenció domiciliària*), amb qui puguin reforçar la relació i generar el vincle i, sobretot, amb qui puguin interactuar personalment el dia o dies de la visita. Molts familiars no coincideixen amb els professionals si les visites es produeixen en cap de setmana, o segons la franja horària del seu servei (matí, tarda o nit). Això s'hauria de compensar amb un gran treball d'equip a l'hora de compartir informació entre professionals dels diferents torns i, molt concretament, sobre l'estat emocional i el benestar de la persona resident (si es troba neguitosa, si sent enyorança o nerviosisme...) segons la franja del dia o els esdeveniments transcorreguts al llarg del dia.

Però la manca de recursos i el poc reconeixement de les tasques de cura comporten una rotació molt alta de la plantilla, poca estabilitat professional i manca de formació tant en relacions socials com en suport emocional.

En la bibliografia referenciada es feia esment de la rellevància dels aspectes psicosocials, mèdics i ambientals en les relacions humanes. El suport social percebut per la comunitat pot enfortir les relacions, ja que una xarxa social i comunitària àmplia pot oferir més oportunitats, tot i l'esforç que requereix mantenir-les.

Segons les observacions fetes pels mateixos treballadors del centre, la participació activa dels familiars en els programes com el PIAI o el PAiV també incrementaria les relacions i les interaccions amb els seus familiars. Cal revisar el model d'aquests documents. Cal informació molt més significativa i avaluar-la amb la família, fet que podria ser interessant, per mirar de donar resposta a preguntes com les següents: l'estat emocional o la gestió emocional mostrada és fruit d'un esdeveniment recurrent o esporàdic? Cada quant passa? On passa? Amb qui està la persona quan passa? Té relació amb el tipus d'ambient que hi ha en aquell moment? Coincideix en el moment d'algun acompanyament de cures, activitat concreta o moment del dia? Ja li passava abans de venir a viure a la residència? Amb quina emoció es podria identificar (ràbia, tristesa, ira, por...)? Les mostres de malestar físic o de salut poden ser fàcilment atribuïdes a la patologia provocada pel dany neurològic. Per tant, els professionals no només han de conèixer l'historial mèdic de la persona, sinó que és quasi més important saber detectar quines

manifestacions o reaccions alteren l'estat habitual de la persona quan no es troba bé. Les persones amb demència o diversitat cognitiva tenen la capacitat de sentir benestar i malestar independentment del grau de dany neurològic.

Recordem que les persones institucionalitzades veuen afectades la percepció de la realitat a causa del dany neurològic, però les necessitats de comunicació i relació continuen existint. L'empatia és la clau si volem posar les persones en el centre i fer que siguin les protagonistes de la seva vida, centrada en les capacitats, i que els professionals les acompanyin i els donin suport.

El dany neurològic en molts casos afecta la memòria, el llenguatge i la funcionalitat motora, com les apràxies, la disfàgia i els problemes visuoperceptius. Tot això fa que percebin el món d'una manera diferent i única i, per tant, les relacions s'han de cuidar. Totes les vivències, les relacions i les decisions que s'han pres en el passat ens defineixen en el nostre present. En molts casos, en persones amb dany neurològic el passat més llunyà està més present que el passat recent. Conèixer la vida de les persones pot ajudar a entendre-les i acompanyar-les millor i aquesta informació pot venir donada molts cops per les mateixes famílies. Cal ser conscient que les experiències vitals no acaben amb l'ingrés a la residència, i les seves relacions tampoc.

És fàcil atribuir expressions o reaccions de neguit, ràbia, tristesa (labilitat emocional), angoixa, agressivitat física i verbal... com a símptomes normals de les persones amb demència o discapacitat, quan en realitat són evidències d'una manca de comprensió de la realitat viscuda o percebuda. També constatem que les persones institucionalitzades d'entre 75 i 79 anys són les que verbalitzen més el sentiment de solitud. I les persones vídues o divorciades mostren també un grau més alt de solitud. Cal tenir present que aquests perfils són els que formen majoritàriament la mostra total, ja que tenir parella actua com a factor de protecció davant de la institucionalització. La nit és el moment del dia en què perceben més grau de solitud i aïllament social, pel buit de la parella.

Les persones que no reben visites o trucades setmanalment o que en reben poques també tenen una percepció més alta d'abandonament. Sí que podem afirmar que la majoria de les persones institucionalitzades perceben que tenien un menor sentiment de solitud abans d'ingressar a la residència, la qual cosa hauria de ser el tema d'un nou estudi, per comprovar si la institucionalització és un factor que incrementa aquest sentiment.

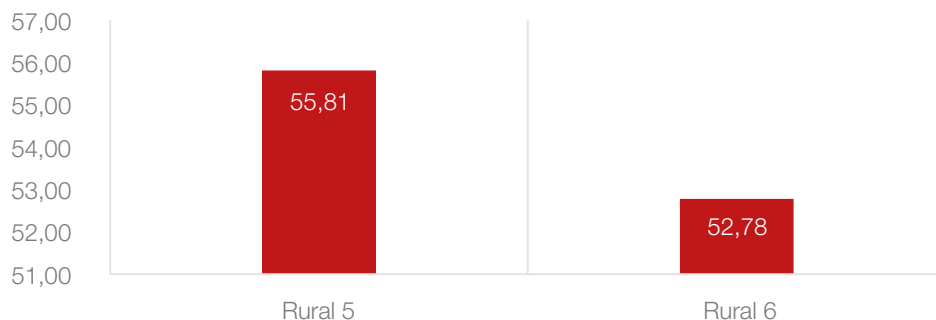
Finalment, les relacions entre els residents i la comunitat milloren sempre que la persona ja hagi desenvolupat una xarxa social comunitària prèvia a l'ingrés o si ja havia participat en activitats comunitàries. No obstant això, la manca de predisposició de les persones, la seva resistència al canvi o la voluntat de les administracions, les institucions i les entitats d'afavorir espais comunitaris poden limitar aquests vincles relacionals amb la comunitat.

Les famílies tenen un paper important en les relacions dels residents als centres residencials de gent gran i cal adoptar estratègies per millorar la qualitat en les seves relacions i visites basades en una relació autèntica i sincera.

5.2 Resultats dels centres residencials per a persones amb discapacitat

Per assolir el primer objectiu assenyat en l'estudi, partirem dels graus d'ACP obtinguts pels dos centres propis per a persones amb discapacitat amb gestió delegada al territori (vegeu el gràfic 3).

Gràfic 3. Grau d'implantació de l'ACP als centres de persones amb discapacitat (%)



Font. Elaboració pròpia a partir de dades del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió. Dades dels centres anonimitzades.

En aquest cas, no hi podem incloure la variable geogràfica, ja que els centres de la mostra se situen en l'àmbit rural, concretament a les comarques del Segrià i el Pla d'Urgell. Fins i tot, els altres dos centres que hem sumat a la mostra estan ubicats al Segrià.

Cal tenir en compte que, tot i que el territori de Lleida solament compta amb dos centres propis de gestió delegada, les relacions amb la resta dels centres privats és molt estreta, i això influeix en les dinàmiques de les relacions interpersonals entre els diferents centres residencials de persones amb discapacitat, cosa no tan comuna en els centres de gent gran.

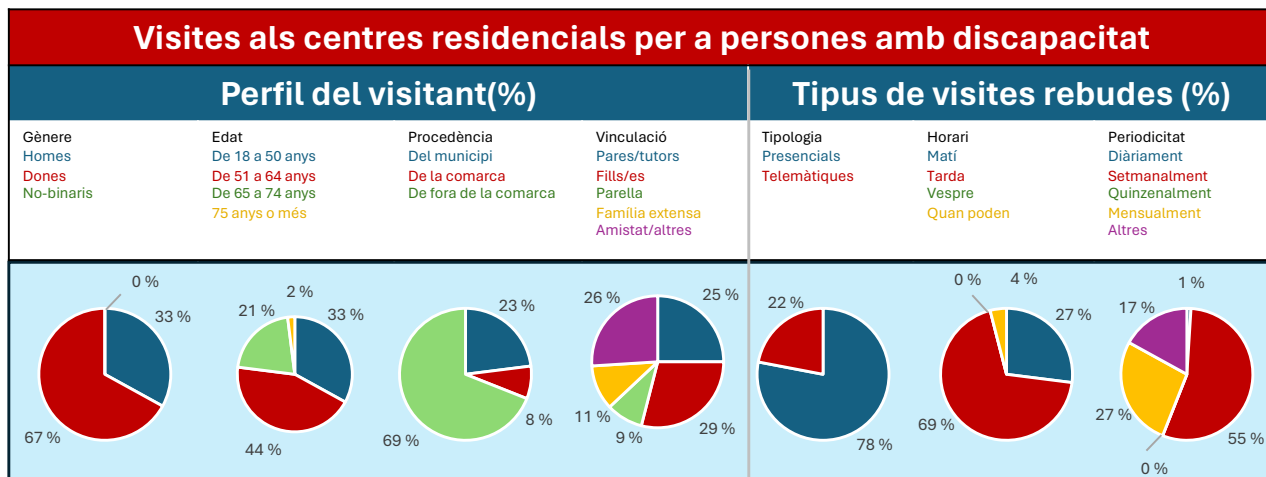
Quant a la població d'aquests centres (vegeu la taula VIII de l'annex 3), s'observa una distribució de gènere en què hi ha una prevalença lleugerament inclinada cap a les dones, ja que constitueixen el 52 % de les persones ingressades, mentre que els homes representen el 48 %. Aquesta dada és important per entendre la dinàmica de gènere en aquests centres. També veiem diferències notables en el gènere dels visitants. Els homes representen el 33 % dels visitants, mentre que les dones són el 67 %.

En l'edat dels visitants trobem una distribució variada: un 33 % tenen entre 18 i 50 anys, el 44 % estan dins de la franja d'edat de 51 a 64 anys, el 21 % tenen entre 65 i 74 anys i només el 2 % superen els 65 anys. Aquests centres reben visitants amb una varietat d'edats més àmplia, molts cops esdevinguda pel seu parentiu.

Pel que fa a la procedència dels visitants, destaca que un 69 % venen de fora de la comarca, la qual cosa reflecteix una àrea de captació geogràfica àmplia. Això pot veure's influït per la necessitat de disposar de més recursos especialitzats per als diferents tipus de discapacitats.

En relació amb el tipus de parentiu, la majoria són fills o filles (29 %) i amistosats (26 %), mentre que les parelles representen només el 9 % de les visites i la família extensa, l'11 %.

Gràfic 4. Visites rebudes als centres residencials per a persones amb discapacitat



Font. Taula VIII.

Per a la constitució del grup de discussió 2, es van convidar 10 persones, que representaven els usuaris, els familiars i els treballadors de les entitats gestores. Aquestes dades estan recollides i categoritzades a la taula 2 del document.

En aquest cas, el sentiment de protecció per part de la família és molt real i incipient, ja que molts usuaris hi ingressen de ben joves i hi resten institucionalitzats molts anys.

També s'ha valorat que els residents dels centres amb discapacitat física o intel·lectual gaudeixen de més i millors oportunitats de sortides a l'exterior, ja sigui per motius laborals o per dur a terme activitats socials i comunitàries, cosa que afavoreix les interaccions i les relacions interpersonals.

Les relacions entre els mateixos residents ja són un facilitador clau. La gran majoria comparteixen el mateix tipus de dependència, la qual cosa pot afavorir la interacció i les relacions positives entre ells i evitar el sentiment d'abandonament o solitud que sí que veiem en les persones grans institucionalitzades.

La presència de professionals més especialitzats en les plantilles, amb menys rotació, també millora les dinàmiques i les relacions internes entre els mateixos usuaris i entre els usuaris i els seus familiars.

Taula 2. Facilitadors i limitadors de l'ACP als centres per a persones amb discapacitat

Facilitadors entre els residents	Limitadors entre els residents
<ol style="list-style-type: none"> 1. Grau de dependència similar dels residents. 2. Més interacció i relacions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generació de conflictes entre els usuaris per descompensacions, crisis, divergències, contradiccions.
Facilitadors amb els familiars	Limitadors amb els familiars
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participació i col·laboració més actives en la vida del centre. 2. Participació elevada i reconeixement dels consells de participació, així com altres comissions (restauració, sortides...). 3. Major nombre de visitants als usuaris (parens, mares, germans...). 4. Més visites als usuaris. 5. Participació activa en el PAiV. 6. Creació d'un projecte de vida. 7. Sentiment de protecció per part de la família en ingressar al centre a edats primerenques. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Internaments de llarga durada (els residents passen molts anys al centre). 2. Generació de vincles. 3. Més incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). 4. Manca d'espais d'intimitat.
Facilitadors amb el personal del centre	Limitadors amb el personal del centre
<ol style="list-style-type: none"> 1. Més homogeneïtat en les necessitats als centres. 2. Més treball en xarxa i federació d'entitats. 3. Més participació i implicació de persones voluntàries. 4. Professionals més especialitzats. 5. Plantilles més estables (més antiguitat i menys rotació). 6. Participació de tot l'equip tècnic i monitors en l'elaboració del PAiV. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos econòmics i personal.
Facilitadors amb la comunitat	Limitadors amb la comunitat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participació en serveis especialitzats, com els centres especials de treball (CET) i el Servei Ocupacional d'Inserció (SOI). 2. Més interacció i relacions en activitats comunitàries. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fal·làcies (falses creences, distorsions, etc.). 2. Estigmatització (del col·lectiu).

Font. Elaboració pròpia a partir del grup de discussió 2.

Entre els facilitadors, observem una major participació activa dels familiars, així com una col·laboració més estreta en la vida del centre. També és molt més significativa la participació en espais de reflexió i debat (consells de participació, comissions...).

La participació en l'elaboració del PIAI o del PAiV implica que les famílies estiguin presents en la creació d'un projecte de vida individual i compartit i amb el centre.

Entre els limitadors destaquen la manca d'espais d'intimitat per als usuaris i les seves famílies; per exemple, avui en dia encara tenim un centre on comparteixen habitació tres usuaris. És evident que cal treballar per dotar de més inversió econòmica els centres i aconseguir modificacions estructurals dels edificis. Ara bé, cal tenir en compte que el centre on tres usuaris comparteixen habitació ja ha estat considerat prioritari pel Departament i aviat serà reformat.

També s'ha abordat la importància d'incorporar als centres més mitjans tecnològics que facilitin la comunicació entre els usuaris i les seves famílies, en funció de les seves discapacitats. També reivindiquen una participació més activa en serveis especialitzats, com el CET i el SOI.

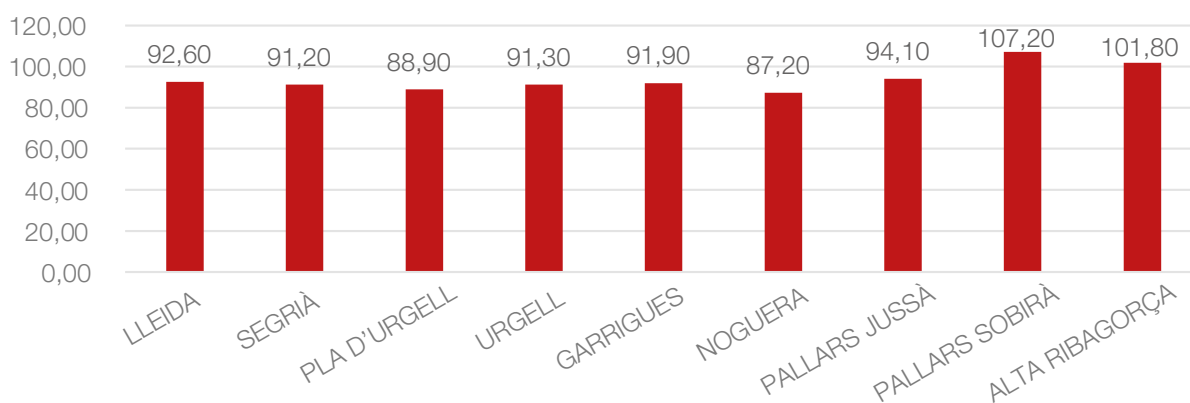
En el nostre cas, no tenim a la mostra cap centre de salut mental, però en el grup de discussió sí que tenim representants d'entitats que desitgen que s'estudiï l'estigma sobre la salut mental basat en estereotips, prejudicis i creences errònies que porten aquesta població a una greu discriminació i a una manca rellevant de xarxa social i relacions interpersonals.

5.3 Resultats en funció de les dades socioeconòmiques

Per a l'abordatge del segon objectiu específic plantejat sobre la possible correlació entre el nivell socioeconòmic de les zones on es troben els centres i les visites rebudes pels residents, partirem dels indicadors de renda familiar disponible (RFD), el producte interior brut (PIB) i l'índex socioeconòmic territorial (IST), que podeu consultar a l'annex 4.

La relació entre el nivell socioeconòmic de la zona i les visites als residents no mostra una correspondència directa. No obstant això, és evident que hi ha una correlació positiva entre el grau d'implementació de l'ACP i la freqüència de les visites rebudes als centres.

Gràfic 5. Índex socioeconòmic en les diferents comarques de l'estudi

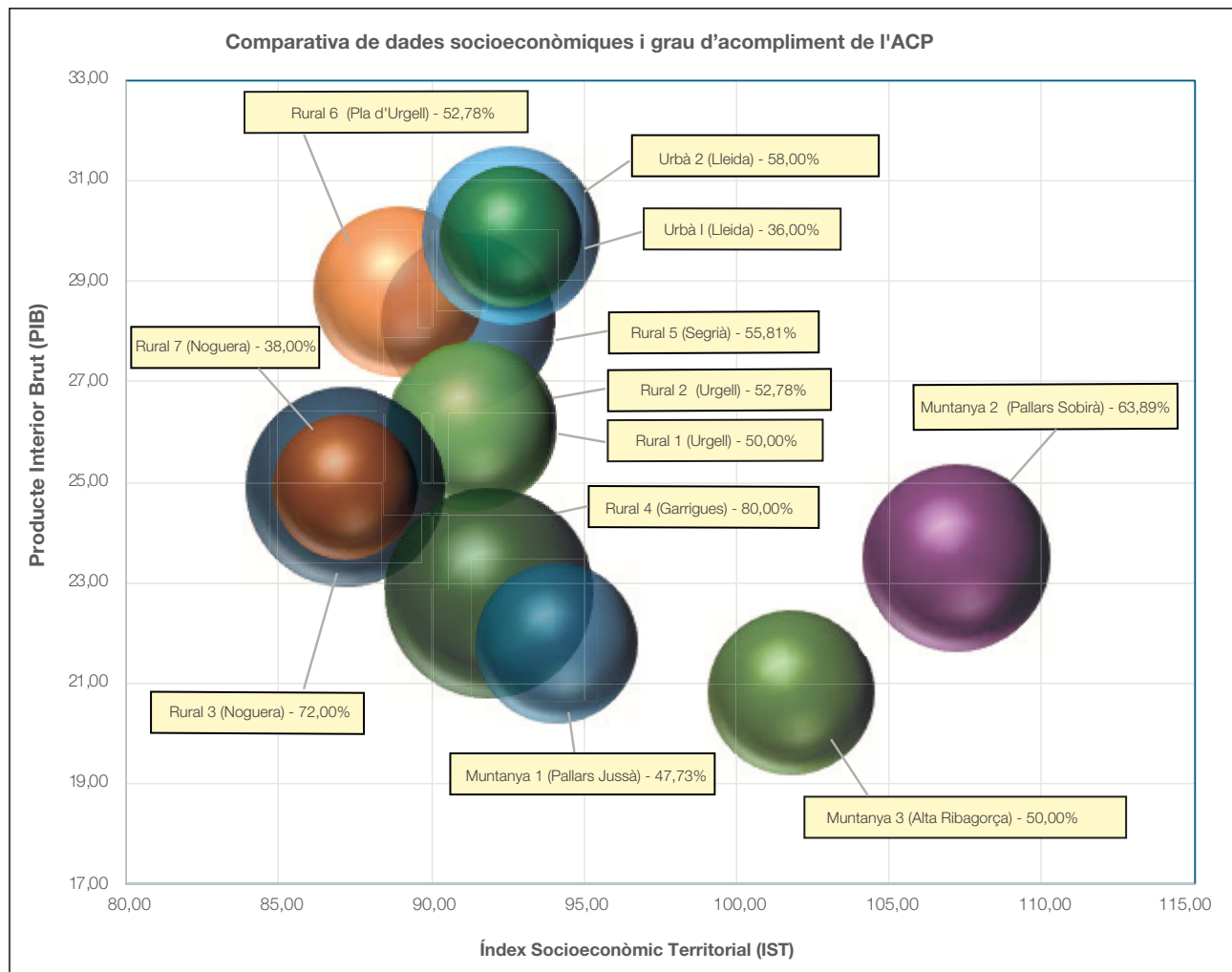


Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

Així, primerament, revisem la correspondència existent entre el grau d'ACP i el nombre de visites rebudes pels residents dels centres i, en segon lloc, determinem si els factors econòmics de l'àmbit territorial on es troba el centre (indicadors econòmics) poden estar relacionats amb la implementació de l'ACP i les visites als centres.

Cal destacar que els centres propis de la Generalitat estan compromesos a garantir que no hi hagi un desequilibri significatiu entre zones amb més recursos econòmics i zones amb menys, i que l'atenció i el suport als residents es mantinguin en els mateixos estàndards de qualitat, independentment de la ubicació geogràfica o de l'IST. En aquest sentit, podem parlar de certa equitat residencial, pel que fa a directrius de funcionament.

Gràfic 6. Comparativa entre el grau d'ACP i les dades socioeconòmiques del municipi i la seva comarca

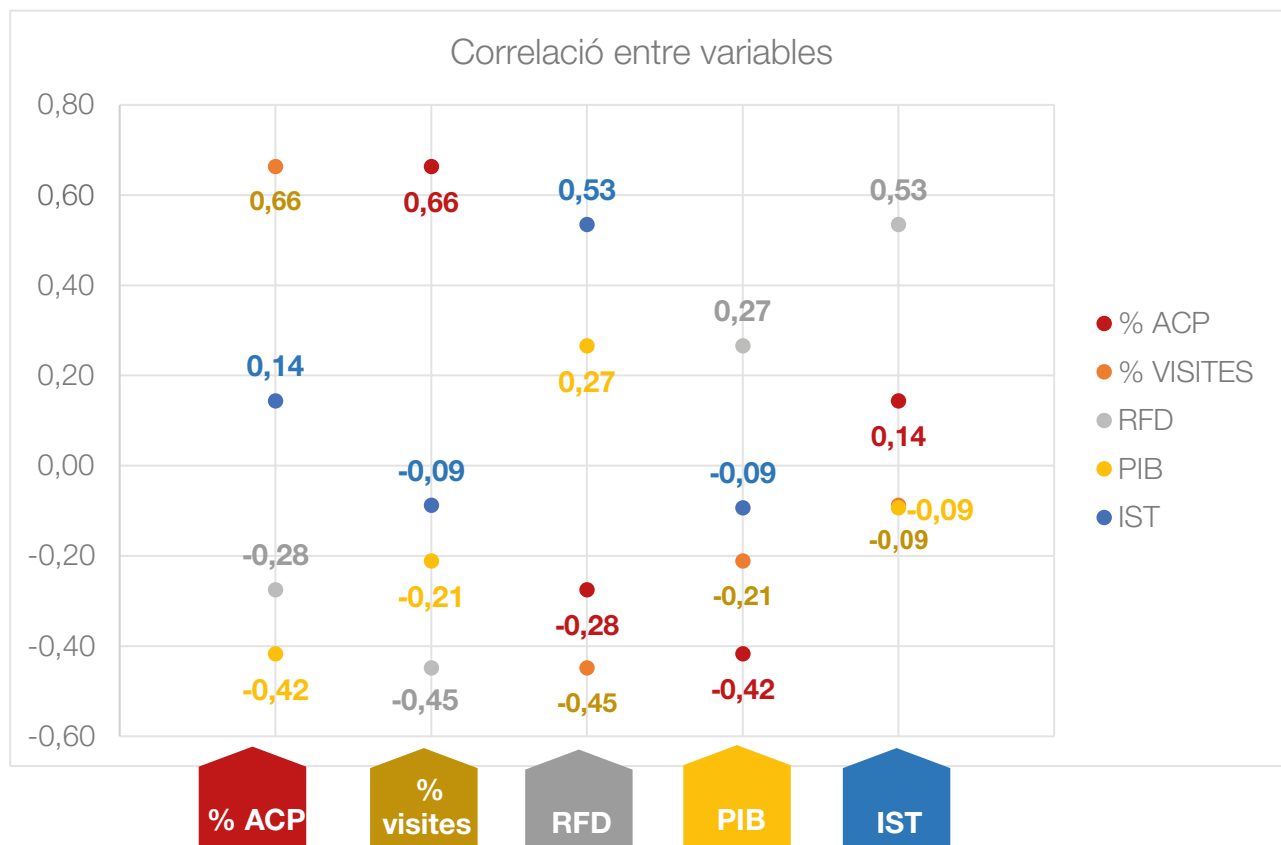


Font. Elaboració pròpia a partir de les dades de la taula IV, de l'annex 2, i de la taula XI, sobre dades econòmiques, de l'annex 3. Dades dels centres anonimitzades.

En aquest apartat, també analitzarem la relació entre l'ACP (% ACP) i el percentatge de visites (% visites) als centres residencials per a gent gran i per a persones amb discapacitat, tenint en compte diversos índexs socioeconòmics (l'RFD, el PIB i l'IST) i segons l'entorn (urbà, rural o de muntanya).

S'han calculat les correlacions entre les variables d'interès utilitzant la fórmula de correlació de Pearson, tenint en compte que la força de la correlació (r) de 0 a 1 es llegeix tenint en compte la taula de correlacions entre variables (taula XII, annex 4).

Gràfic 7. Comparativa de les dades socioeconòmiques amb el grau d'acompliment de l'ACP



Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat i de la Direcció General de Provisió de Serveis (taula de l'annex 4).

En el gràfic 7, observem la relació entre el percentatge d'ACP (% ACP) i el percentatge de visites (% visites), diferenciada per l'RFD. La correlació entre el percentatge d'ACP i el percentatge de visites és del 0,66, cosa que indica una correlació positiva alta. Això suggereix que, a mesura que augmenta l'ACP (% ACP), també tendeix a augmentar el percentatge de visites (% visites). Tot i això, aquesta correlació es manté constant independentment dels nivells d'RFD. Ara bé, els punts amb nivells més alts d'RFD no semblen concentrar-se als extrems alts del percentatge d'ACP ni del de visites, la qual cosa podria indicar que els percentatges d'ACP i de visites estan relacionats, però que els corresponents a l'RFD han de tenir en compte altres factors, com la disponibilitat de recursos als centres d'atenció.

Pel que fa a la correlació entre el percentatge d'ACP i el percentatge de visites segons el PIB, és del 0,27, cosa que indica poca correlació, és a dir, una correlació positiva feble. Això suggereix que l'RFD té una influència limitada en el PIB, sense una concentració clara en cap àrea específica geogràficament.

La dispersió dels punts suggereix que el PIB podria no ser un factor determinant directe en la correlació entre l'ACP i les visites. És possible que el PIB influeixi en altres factors, com la infraestructura i els recursos disponibles, que poden afectar la qualitat de l'atenció i la freqüència de les visites. Seria beneficiós investigar com el PIB afecta altres indicadors de rendiment als centres d'atenció.

Pel que fa al percentatge d'ACP i el percentatge de visites segons l'IST, observem una distribució més consistent al llarg del gràfic. La correlació és de 0,53, cosa que indica una correlació positiva mitjana-moderada; això suggereix que una RFD més alta està associada amb un índex socioeconòmic territorial més gran i per això hi ha una correlació positiva moderada entre el percentatge d'ACP i el percentatge

de visites. Els punts amb un IST més elevat tendeixen a ubicar-se en àrees amb un percentatge més alt de visites, cosa que suggereix que l'IST sí que podria tenir una influència indirecta més forta en el percentatge de visites.

Com a resultat podem suposar que l'IST sembla estar més estretament relacionat amb la freqüència de visites que l'RFD, i que el PIB reflecteix una combinació de factors econòmics i socials que afecten directament l'accessibilitat i la qualitat dels serveis als centres d'atenció. És crucial considerar l'IST en estudis futurs per entendre millor com els factors socioeconòmics territorials influeixen en l'atenció i l'ús dels serveis.

Podem concloure que, en general, les correlacions entre el percentatge d'ACP i el percentatge de visites mostren que l'ACP és un factor important per augmentar la freqüència de visites als centres d'atenció. Tot i això, la influència de l'RFD, el PIB i l'IST varia.

Així doncs, analitzades les dades obtingudes, també s'evidencia que, més enllà dels indicadors econòmics, pot haver-hi altres factors que influeixin en la implementació de l'ACP i en les visites als residents, i hauríem de tenir present estudiar-los en un futur pròxim.

6. Conclusions

Pel que fa al primer objectiu plantejat a l'estudi, s'ha destacat de manera cabdal la importància de les relacions interpersonals en la vida dels residents als centres residencials i s'ha evidenciat que existeix una correlació positiva entre la implementació reeixida de l'ACP i les visites de familiars en aquests centres. Aquesta relació causal identificada és una troballa que mereix especial atenció.

Els centres de gent gran que puntuen més alt en ACP, majoritàriament, són de l'àmbit rural, i les persones usuàries tenen més visites significatives dels seus familiars. En aquest context, s'han analitzat els factors geogràfics de l'entorn que són evidents com a facilitadors i limitadors de les visites rebudes pels residents.

És particularment rellevant en l'àmbit de les persones grans que la percepció de solitud i abandonament emergeix de manera preocupant i que pot intensificar-se amb la institucionalització, sobretot quan aquestes persones no reben visites o quan les visites no resulten prou significatives.

Les relacions socials comunitàries sorgeixen com a mitgadores d'aquesta percepció i proporcionen una xarxa de suport emocional i social. Tant en l'àmbit rural com en el de muntanya, la majoria dels visitants coneixen altres persones institucionalitzades i hi interactuen, tot i que no són familiars, atesa la seva coneixença i sentiment de veïnatge.

S'ha identificat una complexa interacció de factors relacionats amb l'entorn geogràfic urbà, rural o de muntanya. Aquestes conclusions són essencials per a la comprensió d'aquesta dinàmica i haurien d'orientar algunes de les estratègies de desplegament de les polítiques públiques en aquests àmbits.

També s'han identificat elements que promouen o limiten les interaccions familiars, les quals en molts casos es veuen influïdes pels elements següents:

- La proximitat física dels familiars i els centres, així com el fet de poder desplaçar-se amb facilitat (l'accessibilitat i els horaris del transport públic).

- La flexibilitat en els horaris laborals per part dels familiars, cosa que permet que es puguin coordinar més fàcilment i, en conseqüència, afavorir la freqüència de les visites. Cal tenir present que al sector econòmic primari (agricultura i ramaderia) hi ha una important massa de personal autònom.
- La presència de xarxes de suport comunitari amb més grups de voluntariat intergeneracionals i la participació dels centres educatius de l'entorn estimulen compartir activitats i actes amb els familiars. Per tant, s'han de promoure aquestes xarxes socials i comunitàries i les seves iniciatives en activitats amb els familiars.

Hem d'adaptar estratègies i documents personalitzats per a cada centre, tenint en compte les seves necessitats específiques. Els casals de gent gran i els casals cívics de la Direcció General d'Acció Cívica i Comunitària també tenen un paper considerable a l'hora de facilitar les activitats intergeneracionals inclusives i, per descomptat, en la formació de competències digitals entre les futures persones residents i també en els familiars actuals.

Això implica una anàlisi aprofundida dels factors que poden afavorir, obstaculitzar o limitar les relacions interpersonals, la promoció en la formació del personal i la garantia de recursos adequats.

Les característiques demogràfiques dels visitants, com el gènere, l'edat i el parentiu, també exerceixen una influència en les dinàmiques de les visites, de manera que són molt més actives les persones del gènere femení.

Pel que fa a la presencialitat o la virtualitat, malgrat l'augment de l'ús de les TIC, les visites presencials encara són les més comunes, mentre que les visites virtuals són una opció poc utilitzada. Se n'ha identificat el potencial i cal intensificar-ne l'ús quan els desplaçaments o les distàncies geogràfiques representen un obstacle.

Tot i les diferències existents entre els centres residencials de gent gran i de persones amb discapacitat, pel que fa a les visites en l'entorn rural són similars. Sí que resulta palès que la intencionalitat pot presentar diferències. En l'àmbit de les persones grans, els familiars senten un cert sentiment de culpabilitat, ja que molts cops, atesa l'elevada dependència, han hagut d'ingressar els seus familiars en contra de la seva voluntat. D'altra banda, en l'àmbit de les persones amb discapacitat aquesta finalitat és prioritàriament d'acompanyament i protecció.

L'estudi deixa palès que en l'àmbit de la gent gran la variable de l'entorn geogràfic té un paper determinant en les relacions interpersonals i en les visites als centres. Destaquem els principals aspectes limitadors:

- Els desplaçaments de llarga distància i els costos econòmics associats als viatges, especialment en les àrees de muntanya. Com ja s'ha dit, la manca de sistemes de transport públic fiables dificulta les visites, sobretot de familiars d'edat avançada, ja siguin les parelles o els membres de la família extensa, els germans, etc.
- Les famílies amb recursos financers limitats poden trobar dificultats per suportar els costos associats, no solament en les despeses de viatge, sinó en el temps lliure o no remunerat.

- La rigidesa dels horaris. Moltes famílies solament poden permetre's fer visites durant el cap de setmana, amb la qual cosa se'n limita la freqüència. Mentre no es disposi d'horaris més flexibles per a la conciliació familiar, ens veurem abocats en molts casos a aquesta limitació.
- La bretxa digital dels usuaris o de les mateixes famílies. En molts casos solament es preveuen les trucades telefòniques de veu, si la dependència del resident ho permet. Hem de tenir present que molts cops la manca de dispositius electrònics i la manca de formació dels mateixos professionals del centre poden suposar un obstacle.
- Les preocupacions de salut pròpies o d'altres membres de la família. La manca de xarxes de suport comunitari i grups de voluntariat o iniciatives de diferents organitzacions locals, ja que aquestes xarxes i iniciatives poden fomentar les visites mitjançant assistència logística (vehicles) i dotar de recursos addicionals les famílies (acompanyament per fer visites telemàtiques).

Tot i les diferències, el sentiment de soledat sí que és un sentiment més compartit entre les persones que viuen a les residències de gent gran que a les residències per a persones amb discapacitat.

S'ha subratllat que la dedicació de temps adequat a les interaccions significatives en aquest context, la comunicació efectiva i una alta intel·ligència emocional esdevenen competències essencials per garantir una ACP de qualitat. L'empatia també emergeix com un pilar fonamental en les relacions interpersonals entre els professionals, els residents i les seves famílies.

Tot això posa sobre la taula la reivindicació de més espais d'intimitat per visitar, espais que no es limitin a les habitacions, que en la majoria dels casos són compartides, o als llocs comuns, en els quals s'interromp la privacitat dels altres residents.

Finalment, s'ha destacat la importància del seguiment i l'acompanyament dels centres residencials per part del Departament de Drets Socials i Inclusió, òrgan competent, per tal de millorar la qualitat dels serveis i garantir la transparència en les seves operacions, no solament des de l'àmbit de la inspecció, sinó des d'un àmbit més col·laboratiu. Aquesta supervisió resulta més facilitadora quan la gestió del centre és pública o publicoprivada.

Seria important fer extensiu aquest acompanyament als centres privats amb places concertades o col·laboradores. Qualsevol persona que gaudeixi d'una plaça residencial subvencionada públicament hauria de gaudir dels mateixos estàndards de qualitat.

Pel que fa al segon objectiu plantejat, sobre la relació entre les variables de l'entorn geogràfic i socioeconòmic i si poden o no afavorir les visites, no s'ha pogut establir una correlació directa entre els indicadors econòmics de les zones geogràfiques i la freqüència de les visites als centres residencials. En canvi, altres factors, com la disponibilitat de recursos econòmics de les famílies, han emergit com a elements crítics que influeixen en aquest aspecte.

Ara bé, sí que s'ha posat de manifest que la situació financera de les famílies té un paper fonamental en la seva capacitat per fer visites amb regularitat als centres residencials. Aquesta constatació ens recorda que les dinàmiques de les visites no es poden explicar únicament a través dels indicadors econòmics de les regions, sinó que cal tenir en compte les circumstàncies particulars de cada família.

A més, aquestes conclusions ens recorden la importància fonamental de tractar els residents i, per tant, les visites rebudes amb tota la dignitat i el respecte que mereixen i considerar-les terapèutiques en molts casos, en lloc d'adoptar una perspectiva paternalista que els infantilitzi.

Cal tenir en compte que hi ha també obstacles que cal superar i que formen part de les estructures arquitectòniques dels centres. El disseny arquitectònic d'un edifici, d'un armari o d'un calaix i la domòtica i la robòtica en general poden provocar i provoquen revolucions en el respecte i la promoció de la intimitat de les persones amb diversitat funcional. En algunes ocasions fan falta inversions econòmiques importants (per exemple, substituir les habitacions compartides per habitacions individuals o altres preparades per viure-hi en parella), però en altres depèn principalment d'una actitud creativa i innovadora per part dels responsables dels centres (per exemple, els panys electrònics amb comandament a distància o armaris i calaixos adaptats).

Cal invertir en la creació d'espais d'intimitat, que facilitin el fet de viure en unitats de convivència de sis o set persones com a màxim, amb habitacions més personalitzades, amb banys integrats que facilitin als residents la pròpia intimitat. En aquest cas, la majoria dels centres, tots propis, no compleixen aquestes condicions.

A més a més, s'han identificat altres desafiaments, com la rigidesa de les normatives i els reglaments interns dels centres, així com la falta de suport institucional, que requereixen una investigació més profunda en futurs estudis.

S'ha de donar més importància a l'ERESS per poder definir els valors necessaris perquè els puguin utilitzar usuaris, professionals i famílies. Creiem que al món residencial hi ha dues paraules clau per treballar amb la família: *transparència* i *confiança* (una cosa porta a l'altra).

No voldria acabar sense fer constar que algunes de les limitacions i les recomanacions fetes des del lloc de treball que ocupo no solament poden millorar la dimensió relacionada amb les residències del territori de Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, sinó que podrien ser extrapolables a altres centres del territori i a altres indrets de Catalunya.

Algunes de les propostes requereixen disponibilitat pressupostària per dur-les a terme, però considero que són necessàries si volem incrementar el benestar emocional de les persones que viuen als centres residencials. Altres propostes, però, són molt viables actualment, com ara la modificació dels horaris de visites, amb llibertat total de la família –això sí amb normes de convivència–, el foment de les relacions dins del centre amb procediment d'unitats de convivència, la planificació d'activitats (comprar, cuinar, riure i experimentar al voltant de la cuina...).

Seria interessant poder fer una prova pilot amb les propostes fetes i analitzar-ne els resultats. M'explicaré: us imagineu un centre on la llibertat, els drets, l'ètica i sobretot el respecte siguin la seva bíblia, la seva disciplina? Segur que ara no, però podem trobar les persones correctes i planificar accions de millora.

Quant a la seva aplicabilitat, tot va en relació amb la flexibilitat dels serveis i les polítiques; cal una transformació que s'ha de fer des de dintre, i sobretot amb objectius molt clars i indicadors de resultats. La modificació de la cartera de serveis és fonamental i, per tant, ha de poder donar cobertura a totes les modificacions plantejades.

Figura 4. Propostes de millora dels serveis residencials per a persones grans i amb discapacitat

REFLEXIONEM



Oportunitats

- ✓ Relació públicoprivada.
- ✓ Plecs de clàusules.
- ✓ Places públiques per garantir els mateixos drets, serveis i qualitat.
- ✓ Potenciar i impulsar els consells de participació (grups motors).
- ✓ Més flexibilitat horària (conciliació familiar).

Reptes

- ✓ Més accessibilitat (molts centres són lluny del nucli població).
- ✓ Més espais d'intimitat (disseny arquitectònic).
- ✓ Persones de referència.
- ✓ Més transport públic o transport a demanda.
- ✓ Increment de la xarxa social i comunitària.
- ✓ Més col·laboració interdepartamental i interadministrativa.
- ✓ Incorporació de les noves tecnologies.
- ✓ Més participació i implicació ciutadana.
- ✓ La perspectiva de gènere en les polítiques públiques de cura.

Transferència dels resultats i coneixement al Departament, i aplicabilitat a la resta dels centres

Revisió de la metodologia de treball aplicada fins ara (més eines)

- ✓ Concert públicoprivat.
- ✓ Projectes complexos i mapa d'actors (creació de xarxa, mapa d'escenaris).
- ✓ Avaluació dels projectes.
- ✓ Transparència i rendició de comptes.
- ✓ Més participació ciutadana.
- ✓ Innovació i incorporació de les TIC.
- ✓ Rigidesa de les normatives i reglaments interns dels centres, així com falta de suport institucional, que requereixen una investigació més profunda en futurs estudis.



Font. Elaboració pròpia.

Font de les imatges. Flaticon.

7. Valoració i agraïments

Per fer aquest treball, he aplicat els coneixements adquirits durant el Postgrau en Direcció i Gestió Públiques. Aquests coneixements han estat fonamentals per millorar la diagnosi als centres residencials analitzats i m'han proporcionat les eines necessàries per explorar possibles accions en altres centres del territori; a més, aquestes eines contribueixen directament a les meves funcions professionals.

És essencial reconèixer que a través d'aquesta investigació he aprofundit en la complexitat inherent d'aquest projecte i en la immensa tasca que encara cal fer en l'àmbit de les relacions interpersonals, sobretot quan es treballa des d'una perspectiva integral com la de l'ACP.

Desitjo expressar el meu més sincer agraïment a la meva tutora, Begoña Román, per la seva expertesa, la seva orientació i el seu guiatge constants. La seva col·laboració ha estat fonamental per al desenvolupament d'aquest treball.

També estic profundament agraïda a les persones residents, als familiars, als professionals i a les direccions dels centres que han participat en aquest estudi. La seva disposició a col·laborar-hi i compartir les seves reflexions ha estat inestimable.

El suport i la col·laboració del personal del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat han estat d'un valor incalculable, ja que han compartit la seva informació i coneixement.

Finalment, desitjo expressar el meu agraïment als meus companys i companyes de postgrau, amb qui he compartit els reptes i les experiències d'aquesta etapa. Hem sigut una font d'inspiració mútua i ens hem animat al llarg d'aquest viatge.

Això fa necessari entendre les particularitats de cada centre per millorar les relacions personals i promoure l'ACP en cada cas, i que suposi un abans i un després per a les famílies. Per a cada centre, una proposta.

8. Referències bibliogràfiques i normatives

Álvarez Gómez, Marta. (2015). [*L'afectivitat en el vincle professional en entorns residencials, configuració i gestió*](#) [Treball final de grau]. Universitat Ramon Llull.

Alzheimer Catalunya. (2017). [*DCM. Dementia Care Mapping. Un instrument d'observació i valoració de la qualitat assistencial.*](#)

Benet Franco, Elena. (2023). [*Percepción de la soledad en personas geriátricas institucionalizadas*](#) [Treball final de grau]. Universitat de València.

Biota Piñeiro, Itsaso, Eiguren Munitis, Amaia, Dosil-Santamaria, María, i Picaza Gorrotxategi, Maitane. (2022). Anàlisi de la percepció de la soledat de les persones a la Comunitat Autònoma del País Basc. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 115-126. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn80id387206>

Brooker, Dawn. (2004). *Dementia Care Mapping. Experience and insights into practice*. Hawker Publications, Ltd.

Cabezas Peña, Carmen, Castell Abad, Conxa, Robert Isart, Roger, Roure Cuspinera, Eulàlia, Serra Farró, Jaume, i Vallbona Calbó, Carles. (2014). [*Bases per a la promoció de l'envelliment actiu i saludable.*](#) Agència de Salut Pública de Catalunya.

Carrillo López, Pedro José, Rosa Guillamón, Andrés, Tàrraga López, Pedro Juan, i García Cantó, Eliseo. (2021). Percepción de la soledad, felicidad y salud, y calidad de la dieta. El rol moderador del estado ponderal. *Nutrición Hospitalaria*, 38(3), 458-463. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03525>

Celeiro Fuentes, Clara. (2022). [*Envelliment, models residencials i sentiment de llar. Testimonis de vida en una llar compartida*](#) [Treball final de grau]. Universitat Autònoma de Barcelona.

- De Jong-Gierveld, Jenny. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. (2023). [*Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya. Línies estratègiques, projectes i actuacions*](#). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Fundación Pilares. (2020). [*Declaració a favor d'un canvi necessari en el model de cures de llarga durada en el nostre país*](#).
- Gallardo Peralta, Lorena P., Sánchez Moreno, Esteban, García Martín, María, i Rodríguez Rodríguez, Vicente. (2023). [*La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa*](#). *Revista Española de Salud Pública*, 97.
- Generalitat de Catalunya. (2017). [*Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019*](#).
- Giménez, Montse, Vázquez, Carmelo, i Hervás, Gonzalo. (2010). [*El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad*](#). *Psychology, Society, & Education*, 2(2), 83-100.
- Hernández Gómez, Mercedes Adelaida, Fernández Domínguez, María José, Sánchez Sánchez, Néstor Javier, Blanco Ramos, Manuel Ángel, Perdiz Álvarez, María Celsa, i Castro Fernández, Pedro. (2021). [*Soledad y envejecimiento*](#). *Revista clínica de medicina de familia*, 14(3), 146-153.
- Kitwood, Tom, i Bredin, Kathleen. (1994). Charting the course of quality care. *Journal of Dementia Care*, 2(3), 22-23.
- Kyung Choi, Hee, i Heui Lee, Seon. (2022). Needs analysis for non-face-to-face services among older adults to reduce loneliness. *Healthcare*, 10. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081576>
- Lacunza, Ana Betina, i Contini, Evangelina Norma. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*, 16(2), 73-94. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- López Doblas, Juan, i Díaz Conde, María del Pilar. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista internacional de sociología*, 76(1). <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Martínez Rodríguez, Teresa. (2015). [*La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación*](#) [Tesi doctoral]. Universidad de Oviedo.
- Martínez Rodríguez, Teresa. (2016). [*La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*](#). Fundación Pilares.
- Nacions Unides. (2006). [*Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat*](#).
- Organització Mundial de la Salut. (2022). [*Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar. Eina d'autoajuda de QualityRights de l'OMS*](#). Pacte Nacional de Salut Mental. Generalitat de Catalunya.

- Palma Ayllón, Elena, i Escarabajal Arrieta, María Dolores. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://www.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Real Casals, Clàudia. (2022). [*Prevenió de la soledat en les persones grans institucionalitzades. Disseny d'una intervenció basada en un taller d'horticultura*](#) [Treball final de grau]. Universitat de Lleida.
- Salvà, Antoni, Rojano, Xavier, i Rivero, Toni. (2007). Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación. *Documentación Administrativa*, 276-277, 663-682. <https://doi.org/10.24965/da.v0i276-277.9542>
- Trabal Tañá, Rosa Maria. (2016). [*L'atenció centrada en la persona a Catalunya: identificació de les seves bases a partir d'un procés de participació i consens*](#) [Treball final de màster]. Universitat de Girona.
- Vázquez, Carmelo, Hervás, Gonzalo, Rahona, Juan José, i Gómez, Diego. (2009). [*Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la Psicología Positiva*](#). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

9. Annexos

Annex 1. Indicadors d'implementació de l'ACP

Taula per a la recollida de dades, la qual facilita la comparació dels centres del mateix tipus per zona geogràfica i econòmica (centres per a gent gran i centres per a persones amb discapacitat).

Taula 1. Indicadors de qualitat dels centres propis per a gent gran amb gestió delegada

Comarca	Auxiliars de geriatría				SAAC	Espais d'intimitat	Usuaris	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Sense grau
	D'1 a 3 anys	De 3 a 5 anys	De 5 a 10 anys	Més de 10 anys							
Segrià (Urbà 1 i Urbà 2)	37,93 %	10,34 %	36,20 %	15,21 %	No	Sí	96	0	46	49	1
Segrià	27,78 %	9,26 %	51,85 %	11,11 %	No	No	60	0	26	34	0
Noguera (Rural 3)	36,11 %	8,30 %	11,11 %	44,44 %	No	No	84	12	44	28	0
Urgell (Rural 1)	19,35 %	22,60 %	25,80 %	32,25 %	Sí	No	60	8	34	18	0
Garrigues	5,35 %	12,50 %	10,71 %	23,11 %	No	No	59	4	43	11	0
Alta Ribagorça	33,00 %	0,00 %	20,00 %	47,00 %	No	Sí	38	0	25	13	0
Noguera (Rural 7)	10,00 %	47,00 %	31,00 %	10,00 %	No	Sí	28	0	19	9	0
Pallars Sobirà	45,00 %	15,00 %	20,00 %	20,00 %	No	Sí	40	4	11	25	0
Pallars Jussà	33,30 %	0,00 %	0,00 %	66,60 %	No	No	19	9	7	3	0
Urgell (Rural 2)	15,80 %	26,60 %	15,80 %	42,10 %	No	Sí	36	1	19	16	0

Font. Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat de Catalunya. Dades dels centres anonimitzades.

Taula II. Indicadors de qualitat dels centres propis per a persones amb discapacitat amb gestió delegada

Comarca	Monitors				SAAC	Espais d'intimitat	Usuaris	Mòdul generalitzat	Mòdul generalitzat + Pro Salut	Mòdul extens	Mòdul extens + TC
	D'1 a 3 anys	De 3 a 5 anys	De 5 a 10 anys	Més de 10 anys							
Segrià (Urbà 1 i Urbà 2)	32,66 %	37,33 %	11,66 %	18,33 %	Sí	Sí	49	22	27	0	0
Pla d'Urgell (Rural 6)	30,76 %	11,53 %	19,23 %	43,47 %	No	No	33	25	0	8	0

Font. Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat de Catalunya. Dades dels centres anonimitzades.

Taula III. Exemple de continguts d'una matriu d'avaluació de la qualitat de l'ACP

ESTRUCTURA DE L'EDIFICI	
PRIVACITAT DELS ESPAIS	
ASPECTES ORGANITZATIUS DE LA VIDA AL CENTRE	
PERSONA USUÀRIA I FAMÍLIA O ENTORN CUIDADOR	
PREACOLLIDA I ACOLLIDA	
ESTADA	
–PLA D'ATENCIÓ I VIDA (PIAI/PAIV)	
–ACTIVITATS	
–PARTICIPACIÓ	
COMIAT	
–FINAL DE VIDA	
PROFESSIONALS	
FORMACIÓ	
TRANSVERSALS	
SERVEIS OPCIONALS, INDIRECTES I DE RESTAURACIÓ	
CUINA	

Font. Elaboració pròpia, d'acord amb exemples del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat de Catalunya.

Taula IV. Grau d'implementació de l'ACP

CENTRE	COMARCA/ MUNICIPI	VISITES (%)	Grau d'implementació de l'ACP			
			Grau d'ACP (%)	RH i organització	Usuaris i familiars	Centre i serveis
Rural 5	Segrià	59,26	55,81	61,54	59,26	25,00
Rural 6	Pla d'Urgell	72,22	52,78	62,06	72,22	50,00
Urbà 1	Lleida	34,48	36,00	41,18	34,48	25,00
Urbà 2	Lleida	58,82	58,00	62,07	58,82	25,00
Rural 1	Urgell	65,01	50,00	55,17	47,06	25,00
Rural 2	Urgell	86,20	52,78	55,01	86,20	25,00
Rural 3	Noguera	68,97	72,00	82,35	68,97	50,00
Rural 7	Noguera	47,60	38,00	47,06	34,48	25,00
Rural 4	Garrigues	82,35	80,00	82,76	82,35	50,00
Muntanya 1	Pallars Jussà	51,85	43,73	53,85	51,85	0,00
Muntanya 2	Pallars Sobirà	58,60	63,89	61,10	58,60	25,00
Muntanya 3	Alta Ribagorça	60,12	50,00	77,00	79,30	25,00

Font. Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis del Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat de Catalunya. Dades dels centres anonimitzades.

Annex 2. Formularis de recollida de dades

Figura I. Imatge del formulari utilitzat per la recollida de dades als diferents centres



Font. Elaboració pròpia.

Figura II. Formulari de valoració de l'estat implementació de l'ACP als centres de l'estudi

Registre visites		Presencials	Telemàtiques
TOTAL VISITES			
Periodicitat			
Diàriament			
Setmanalment			
Quinzenalment			
Mensualment			
Altres			
Gènere/ tipus			
Homes			
Dones			
No binari			
Parelles			
+ de 3 persones			
Vinculació			
Pare / Mare			
Fill / Filla			
Parella			
Família extensa			
Amistats			
Altres			

Per tram d'edat			
< 18 anys			
18 a 50 anys			
51 a 64 anys			
65 a 74 anys			
> 75 anys			
Durada de la visita			
< 30 minuts			
30 a 60 minuts			
> 60 minuts			
Horari			
Mati (abans de dinar)			
Tarda (abans de sopar)			
Vespre (després de sopar)			
Procedència de la família			
Mateixa localitat			
Mateixa comarca			
Altres indrets			
Data			

Font. Elaboració pròpia.

Annex 3. Visites als centres residencials

Taula V. Registre de visites rebudes als centres residencials del territori en l'entorn urbà

CENTRES RESIDENCIALS DE GENT GRAN DE L'ÀMBIT URBÀ (LLEIDA)			
Mostra d'usuaris residents		33 % homes	67 % dones
Perfil del visitant		Tipus de visites rebudes	
Gènere		Tipologia	
Home	35 %	Presencials	99 %
Dona	65 %	Telemàtiques	1 %
No-binari	0 %	Horari	
Edat		Matí	45 %
Entre 18 i 50 anys	9 %	Tarda	54 %
Entre 51 i 64 anys	40 %	Vespre	1 %
Entre 65 i 74 anys	18 %	Periodicitat	
Més de 75 anys	33 %	Diària	29 %
Procedència		Setmanal	46 %
De la ciutat de Lleida	86 %	Quinzenal	19 %
De la comarca	12 %	Mensual	6 %
De fora de Lleida (ciutat/comarca)	2 %		
Vinculació			
Pare, mare, tutor o tutora	0 %		
Fills o filles	51 %		
Parella	30 %		
Família extensa	14 %		
Amistat i altres	5 %		

Font. Elaboració pròpia partir dels registres de visites dels centres residencials per a gent gran de Lleida capital.

Taula VI. Registre de visites rebudes als centres residencials del territori en l'entorn rural

CENTRES RESIDENCIALS DE GENT GRAN DE L'ÀMBIT RURAL (COMARQUES)			
Mostra d'usuaris residents		29 % homes	71 % dones
Perfil del visitant		Tipus de visites rebudes	
Gènere		Tipologia	
Home	30 %	Presencials	98 %
Dona	67 %	Telemàtiques	2 %
No-binari	3 %	Horari	
Edat		Matí	43 %
Entre 18 i 50 anys	15 %	Tarda	57 %
Entre 51 i 64 anys	43 %	Vespre	0 %
Entre 65 i 74 anys	14 %	Periodicitat	
Més de 75 anys	28 %	Diària	9 %
Procedència		Setmanal	41 %
Del mateix municipi	20 %	Quinzenal	21 %
De la comarca	51 %	Mensual	13 %

CENTRES RESIDENCIALS DE GENT GRAN DE L'ÀMBIT RURAL (COMARQUES)			
De fora del municipi/comarca	29 %	Altres	16 %
Vinculació			
Pare, mare, tutor o tutora	0 %		
Fills o filles	56 %		
Parella	9 %		
Família extensa	28 %		
Amistat i altres	7 %		

Font. Elaboració pròpia a partir dels registres de visites de les residències per a gent gran de comarques.

Taula VII. Registre de visites rebudes als centres residencials del territori a l'entorn de muntanya

CENTRES RESIDENCIALS DE GENT GRAN DE L'ÀMBIT DE MUNTANYA			
Mostra d'usuaris residents		33 % homes	67 % dones
Perfil del visitant		Tipus de visites rebudes	
Gènere		Tipologia	
Home	37 %	Presencials	100 %
Dona	63 %	Telemàtiques	0%
No-binari	0 %	Horari	
Edat		Matí	32 %
Entre 18 i 50 anys	42 %	Tarda	60 %
Entre 51 i 64 anys	35 %	Quan poden	8 %
Entre 65 i 74 anys	21 %	Periodicitat	
Més de 75 anys	2 %	Diària	26 %
Procedència		Setmanal	19 %
Del mateix municipi	43 %	Quinzenal	23 %
De la comarca	7 %	Mensual	9 %
De fora del municipi/comarca	50 %	Altres	23 %
Vinculació			
Pare, mare, tutor o tutora	1 %		
Fills o filles	52 %		
Parella	5 %		
Família extensa	32 %		
Amistat i altres	10 %		

Font. Elaboració pròpia a partir dels registres de visites de les residències per a gent gran a les comarques de l'Alt Pirineu i Aran.

Taula VIII. Visites rebudes als centres per a persones amb discapacitat

VISITES ALS CENTRES RESIDENCIALS PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT			
Mostra d'usuaris residents		48 % homes	52 % dones
Perfil del visitant		Tipus de visites rebudes	
Gènere		Tipologia	
Home	33 %	Presencials	78 %
Dona	67 %	Telemàtiques	22 %
No-binari	0 %	Horari	
Edat		Matí	27 %
Entre 18 i 50 anys	33 %	Tarda	69 %
Entre 51 i 64 anys	44 %	Quan poden	4 %
Entre 65 i 74 anys	21 %	Periodicitat	
Més de 75 anys	2 %	Diària	1 %
Procedència		Setmanal	55 %
Del mateix municipi	23 %	Mensual	27 %
De la mateixa comarca	8 %	Altres	17 %
De fora de la comarca	69 %		
Vinculació			
Pare, mare, tutor o tutora	25 %		
Fills o filles	29 %		
Parella	9 %		
Família extensa	11 %		
Amistat i altres	26 %		

Font. Elaboració pròpia a partir de les dades dels registres facilitats pels centres per a persones amb discapacitat.

Annex 4. Dades demogràfiques i socioeconòmiques (Idescat)

Les variables utilitzades en aquesta investigació inclouen l'àmbit geogràfic (com Lleida capital, la zona rural o la zona de muntanya), l'activitat econòmica predominant a la comarca, el producte interior brut (PIB) de la comarca, la densitat poblacional de la comarca i el grau d'ACP del centre, entre d'altres.

Taula IX. Població

MUNICIPI / COMARCA	POBLACIÓ (Idescat 2022)										
	HOMES					DONES					TOTAL
	0-14	15-64	65-84	85	TOTAL	0-14	15-64	65-84	85	TOTAL	
LLEIDA	10.694	48.321	9.404	1.455	69.874	10.145	45.602	12.099	3.077	70.923	140.797
SEGRITÀ	16.174	74.432	14.514	2.392	107.512	15.394	67.183	17.554	4.745	104.876	212.388
MOLLERUSSA	1.323	5.328	834	107	7.592	1.253	4.660	976	249	7.138	14.730
PLA D'URGELL	2.966	12.879	2.664	508	19.017	2.855	11.237	2.956	980	18.028	37.045
BELLPUIG	364	1.951	379	62	2.756	389	1.475	417	131	2.412	5.168
VERDÚ	33	267	69	26	395	46	263	85	62	456	851
URGELL	2.889	12.785	2.731	577	18.982	2.815	11.550	3.114	986	18.465	37.447
BORGES BLANQUES, LES	501	2.068	524	95	3.188	475	1.846	559	180	3.060	6.248
GARRIGUES	1.245	6.449	1.851	411	9.956	1.185	5.264	1.951	655	9.055	19.011
BALAGUER	1.485	6.121	1.106	224	8.936	1.368	5.369	1.360	427	8.524	17.460
PONTS	206	897	213	42	1.358	178	801	247	77	1.303	2.661
NOGUERA	2.906	13.618	3.216	664	20.404	2.680	11.555	3.495	1.163	18.893	39.297
TREMP	391	1.918	453	116	2.878	377	1.843	525	224	2.969	5.847
PALLARS JUSSÀ	809	4.395	1.244	308	6.756	761	3.881	1.277	524	6.443	13.199
SORT	177	724	169	24	1.094	154	703	182	59	1.098	2.192
PALLARS SOBIRÀ	464	2.513	613	107	3.697	426	2.297	549	212	3.484	7.181
PONT DE SUERT, EL	170	801	162	52	1.183	138	750	190	75	1.153	2.336
ALTA RIBAGORÇA	274	1.394	296	86	2.050	220	1.270	312	106	1.908	3.958

Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat (2022).

Taula X. Densitat de població

MUNICIPI/COMARCA	DENSITAT	
	SUPERFÍCIE (km ²)	DENSITAT (habitants/km ²)
LLEIDA	212,30	663,20
SEGRITÀ	1.396,66	152,10
MOLLERUSSA	7,08	2.080,50
PLA D'URGELL	305,14	121,40
BELLPUIG	34,98	147,70
VERDÚ	35,79	23,80
URGELL	579,66	64,60
BORGES BLANQUES, LES	61,55	101,50
GARRIGUES	797,70	23,80
BALAGUER	57,32	304,60

MUNICIPI/COMARCA	DENSITAT	
	SUPERFÍCIE (km ²)	DENSITAT (habitants/km ²)
PONTS	30,52	87,20
NOGUERA	1.784,07	22,00
TREMP	302,82	19,30
PALLARS JUSSÀ	1.343,09	9,80
SORT	105,05	20,90
PALLARS SOBIRÀ	1.377,92	5,20
PONT DE SUERT, EL	148,14	15,80
ALTA RIBAGORÇA	426,86	9,30

Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat (2022).

Taula XI. Dades socioeconòmiques

MUNICIPI/COMARCA	RENDA FAMILIAR DISPONIBLE (milers d'euros / habitant)	PIB (milers d'euros / habitant)	Índex socioeconòmic territorial (IST)
LLEIDA	16,30	29,90	92,60
SEGRIÀ	15,70	28,20	91,20
MOLLERUSSA	16,20	28,30	83,40
PLA D'URGELL	15,20	28,80	88,90
BELLPUIG	13,90	34,70	82,50
VERDÚ	ND	ND	100,30
URGELL	14,50	26,10	91,30
BORGES BLANQUES, LES	14,40	22,30	93,30
GARRIGUES	14,10	22,80	91,90
BALAGUER	13,40	18,60	80,10
PONTS	14,70	ND	82,50
NOGUERA	13,80	24,90	87,20
TREMP	15,80	23,60	89,50
PALLARS JUSSÀ	14,80	21,80	94,10
SORT	16,30	25,40	104,30
PALLARS SOBIRÀ	14,70	23,50	107,20
PONT DE SUERT, EL	15,00	20,40	98,00
ALTA RIBAGORÇA	14,70	20,80	101,80

Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat 2020.

Taula XII. Correlacions entre variables

	% ACP	% VISITES	RFD	PIB	IST
% ACP	1	0,66	-0,28	-0,42	0,14
% visites	0,66	1	-0,45	-0,21	-0,09
RFD	-0,28	-0,45	1	0,27	0,53
PIB	-0,42	-0,21	0,27	1	-0,09
IST	0,14	-0,09	0,53	-0,09	1

Font. Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat i del Servei de Recursos Propis de la Direcció General de Provisió de Serveis.

Taula XIII. Interrelació entre valor i força de la correlació

Valor r	Força de la correlació
$0,0 < 0,1$	No hi ha correlació
$0,1 < 0,3$	Poca correlació
$0,3 < 0,5$	Correlació mitjana
$0,5 < 0,7$	Correlació alta
$0,7 < 1$	Correlació molt alta