

“ALIMENTA LA TEVA SALUT”

ANÀLISI D'UN PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓ D'HÀBITS PER A LA MILLORA DE LA
QUALITAT DE VIDA DE LES PERSONES AMB TRASTORNS MENTALS SEVERS

Nom i Cognoms estudiant	Loida Gumà Bayà
Àmbit temàtic	Àmbit sociocomunitari
Nom del Director de TFM	Oscar Chiva Bartoll
Nom de la Universitat	Universitat Oberta de Catalunya
Data	Gener 2021

*“Invertir en tu mateix és la millor inversió que faràs. No només millorarà la teva vida,
millorarà la vida dels que estan al teu voltant”*

Robin Sharma

Agraïments:

Amb aquestes línies vull agrair, primerament, l'ajuda, suport i acompanyament de l'Oscar Chiva com a tutor del Treball Final de Màster de la Universitat Oberta de Catalunya. Gràcies al seus comentaris i correus al llarg del semestre, he pogut completar el projecte.

També vull fer l'agraïment a la Mònica Mutós, coordinadora del servei d'habitatge de la Fundació Privada Drissa de Girona, per la seva predisposició i col·laboració des del principi. I també a totes les persones, tant professionals com usuàries, que formen el servei d'habitatge pel seu esforç i col·laboració en la implementació de la investigació.

Per últim, i no menys important, vull fer extensiu l'agraïment al meu marit Sami Sánchez per la seva paciència, comprensió i suport emocional durant aquests mesos, que m'han permès poder gaudir del procés i dedicar el temps necessari per finalitzar el Treball Final del Màster de Psicopedagogia.

ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ	1
2.	JUSTIFICACIÓ	2
3.	PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA	3
3.1.	CONTEXT	3
3.2.	OBJECTIUS DEL TREBALL	4
3.3.	HIPÒTESIS	5
4.	MARC NORMATIU	6
5.	MARC TEÒRIC	8
5.1.	LA SALUT	8
	Promoció de la salut	8
	Promoció de la salut mental	9
5.2.	SALUT MENTAL I QUALITAT DE VIDA	11
	Els trastorns mentals severs	11
	Determinants de la salut	12
	Estils de vida saludable i qualitat de vida	15
	La salut mental a Girona	17
5.3.	APORTACIÓ A LA SOCIETAT I A LA ÈTICA PROFESSIONAL	18
	Aportació a la societat	18
	Ètica professional	20
6.	MÈTODE	21
6.1.	TIPUS D'INVESTIGACIÓ	21
6.2.	ELS DESTINATARIS, MATERIALS I CONTEXTOS	22
	Els destinataris i el context	22

Instruments	22
6.3. CRONOGRAMA	24
6.4. ANÀLISI DE LA INFORMACIÓ	25
7. RESULTATS	27
7.1. HÀBITS DE LES PERSONES AMB TMS DEL SERVEI D'HABITATGE DE FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA	27
7.2. PERCEPCIÓ DE L'EQUIP PROFESSIONAL DEL SERVEI D'HABITATGE DE FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA EN RELACIÓ AL TREBALL DELS HÀBITS SALUDABLES	33
8. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS	36
9. LIMITACIONS, SUGGERÈNCIES I PROPOSTES DE MILLORA	40
10. PERSPECTIVES DE FUTUR	41
11. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	42

1. INTRODUCCIÓ

La temàtica central del present projecte se centra en com els hàbits que tenen les persones amb Trastorns Mentals Severs (TMS) influeixen en el seu benestar i recuperació, i de quina manera es poden transformar per contribuir en la millora de la seva qualitat de vida.

La **problemàtica d'estudi** és que les persones amb TMS sovint presenten hàbits negatius d'estil de vida com el sedentarisme, dieta poc saludable (hipercalòrica en sucres i greixos), poques o inadequades relacions socials, etc. Aquests hàbits produeixen sobrepès o obesitat, manca d'autocures, consum de tabac, alcohol o altres drogues, i contribueixen tot plegat a disminuir la seva qualitat de vida i a augmentar l'estigma i la dificultat de la seva integració social.

Un hàbit és difícil d'eliminar, però amb consciència, voluntat i acompanyament, és possible **transformar-lo** i millor la qualitat de vida de les persones. Per això mateix, amb aquest projecte es vol realitzar una investigació-acció participativa d'un programa real i innovador anomenat "Alimenta la teva salut", que pretén millorar la qualitat de vida de les persones amb TMS a través d'un treball enfocat en l'adquisició d'hàbits saludables; transformant els mals hàbits adquirits fins ara. Aquest projecte es desenvolupa a la Fundació Drissa de Girona, la qual té per objectiu principal millorar la qualitat de vida de les persones amb problemes de salut mental a través del treball i l'habitatge.

Més enllà de conèixer el programa, es vol esbrinar com ho viuen les persones beneficiàries del programa, com treballen els professionals implicats i obtenir dades que permetin la introducció d'accions de millora per a contribuir en l'èxit del programa.

2. JUSTIFICACIÓ

Fa quatre anys que treballo a la Fundació Drissa, una entitat especialitzada en l'acompanyament de les persones amb TMS a través del treball i l'habitatge. En aquest temps he pogut apreciar com les característiques pròpies de la malaltia i també de la mateixa medicació, influeixen en els hàbits que una persona amb un diagnòstic de salut mental pot tenir a l'hora de cuidar-se i preocupar-se pel seu benestar. En l'àmbit personal, he comprovat que l'adquisició d'hàbits saludables, tant alimentaris, físics i emocionals, influeixen directament en el creixement personal i benestar de la persona.

A la fundació existeixen varis serveis d'atenció a la persones i entre ells hi ha el servei d'habitatge, que té per objectiu contribuir al desenvolupament de la persona en les activitats de la vida diària, tant a la seva llar com en la comunitat, possibilitant la seva autonomia. Per les funcions que desenvolupo dins l'entitat, no conec del tot aquest servei però des de fa 4 anys s'està oferint aquest programa centrat en la millora i adquisició d'hàbits saludables anomenat "Alimenta la teva salut". Per aquest motiu, tinc un interès professional per conèixer de més a prop aquest servei i veure com treballen amb el col·lectiu aquest aspecte, i alhora un interès personal perquè crec molt en el poder i beneficis dels bons hàbits.

Considero que aquesta investigació pren importància en aquest àmbit de la salut mental perquè, actualment, la protecció i promoció de la salut física de les persones amb TMS es considera una línia prioritària a nivell mundial, tant des de l'ètica com des de la salut pública perquè afecta a la protecció dels drets fonamentals de la persones relacionats amb les seves possibilitats de benestar i qualitat de vida. Preocupar-se per la salut física de les persones amb TMS suposa tenir una especial sensibilitat i una actitud que va més enllà d'allò exclusivament mental, i que permet promoure estils de vida saludables.

3. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

L'estudi s'emmarca en l'àmbit sociocomunitari, concretament en l'àmbit de la salut mental. Les persones amb problemes de salut mental són, a dia d'avui, un col·lectiu considerat vulnerable. Una malaltia mental acostuma a produir un deteriorament de la salut física, ja que en moltes ocasions està relacionada amb hàbits de vida poc saludables com el consum de tabac, alcohol o altres tòxics, la qual cosa comporta una càrrega acumulada de malaltia al llarg d'aquests anys. Aquests aspectes influeixen de manera negativa en el seu procés de recuperació o de treball cap a la pròpia autonomia.

3.1. CONTEXT

Es realitzarà la investigació del programa "Alimenta la teva salut" que s'executa al servei d'habitatge de Fundació Drissa de Girona des de fa 4 anys, i que s'integra amb la resta de tasques que executen els professionals.

La Fundació Drissa és una entitat sense ànim de lucre constituïda l'any 1999 de la mà de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), empresa pública que gestiona la xarxa de salut mental a la Regió Sanitària de Girona, i de dos empresaris gironins a títol personal davant l'evidència de la manca total de possibilitats laborals per aquest col·lectiu a les nostres comarques. L'entitat té com a primer objectiu treballar per a la millora de la qualitat de vida de les persones amb TMS, tot i que d'acord amb els seus estatuts, també actua en àmbits com l'habitatge, la sensibilització social sobre la salut mental i la investigació i ciències de la salut.

El projecte a avaluar es desenvolupa al servei d'habitatge, el qual compta amb una llar amb suport com a dispositiu residencial comunitari, ubicat en un edifici integrat en l'entorn social, on s'ofereix allotjament, supervisió i suport a 6 persones amb un trastorn mental sever amb problemes d'habitatge. Aquest servei també proporciona un Programa de Suport a l'Autonomia a la Pròpia Llar (PSALL) i un Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) des d'on s'ofereix orientació i suport a les persones amb problemàtica social derivada de la malaltia mental que viuen soles, en parella o conviuen amb altres persones i que plantegen determinades necessitats que no poden satisfer elles mateixes.

Actualment, des d'habitatge s'atén a 60 persones amb TMS vinculades a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de comarques gironines, i totes aquestes són beneficiàries del programa "Alimenta la teva salut". En el servei, hi treballen un total de 9 professionals. Així doncs, l'objecte d'estudi d'aquesta investigació seran les persones beneficiàries del projecte i els professionals del servei.

3.2. OBJECTIUS DEL TREBALL

Aquesta investigació té per **objectiu principal** conèixer els hàbits reals de les persones amb TMS del servei d'habitatge de la Fundació Drissa de Girona, i transformar-los a través d'un projecte d'hàbits saludables per millorar la seva qualitat de vida.

Els objectius específics seran:

1. Determinar els hàbits físics, socials i alimentaris de les persones usuàries participants del programa.
2. Especificar quines tasques desenvolupen els professionals del servei per executar el projecte.
3. Plantejar possibles accions de millora per garantir l'èxit del programa.

L'assoliment d'aquests objectius permetrà d'una banda conèixer, a través d'una enquesta, la situació real de les persones usuàries i participants del programa en relació als seus hàbits (obj. 1) i, d'altra banda, a través d'una entrevista als diferents equips professionals, conèixer la realitat del dia a dia i quines accions desenvolupen per treballar aquests hàbits amb les persones (obj.2). El compliment d'aquests dos primers objectius permetrà obtenir una visió més àmplia de la situació i facilitarà proposar accions de millora per garantir l'èxit del programa i innovar en la seva implementació (obj.3).

3.3. HIPÒTESIS

Com a hipòtesis general es pot considerar que els programes d'hàbits saludables són un bon recurs per a millorar la qualitat de vida de les persones amb problemes de salut mental; concretament, per acompanyar-les en el procés de prendre consciència i de transformar els seus hàbits per afavorir la seva integració a la comunitat.

En relació amb els objectius proposats, es plantegen les següents hipòtesis específiques:

1. Les persones amb TMS del servei d'habitatge de Fundació Drissa tendeixen a tenir uns hàbits físics, socials i alimentaris poc saludables, els quals influeixen en la seva salut i en el seu estat mental.
2. L'equip del servei d'habitatge de la Fundació Drissa, quan desenvolupa programes d'hàbits saludables, es troba amb dificultats per fer entendre i acompanyar a les persones amb TMS degut a la baixa predisposició que es troben per part dels usuaris.
3. Formacions específiques destinades a l'equip professional del servei d'habitatge de la Fundació Drissa, poden contribuir directament en la millora i èxit del programa.

4. MARC NORMATIU

En l'àmbit de la salut pública, es troba la **Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública**. Aquesta es defineix com el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat a través de la mobilització de recursos humans i materials per protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública.

En l'àmbit de la salut mental, no existeix cap llei (ni estatal ni catalana) que la reguli de manera integral. A Catalunya, el Parlament va aprovar la **Llei 20/1985, del 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, que incideix en determinats aspectes relatius a la salut mental**. El contingut d'aquesta llei és una matèria en evolució constant, per això la legislació catalana s'ha anat acomodant a la realitat social canviant. La darrera modificació es va fer a través de la Llei 1/2002, de l'11 de març, que estableix la prohibició absoluta de venda i de consum d'alcohol als menors d'edat i l'obligatorietat de senyalitzar-ho en els establiments corresponents. Tot i no haver res específic, el Parlament de Catalunya va aprovar la **Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya** que en l'article 8 encomana al Servei Català de la Salut l'atenció psiquiàtrica i la promoció, la protecció i la millora de la salut mental.

Seguint amb la salut mental, existeix la **Guia de Drets en Salut Mental** elaborada per la Federació Veus i Entitats Catalanes de Salut Mental en Primera persona. Aquesta guia té l'objectiu de ser una eina de consulta sobre la ciutadania i els drets en l'àmbit de la salut mental, i adreçada a totes les persones implicades en els processos de recuperació i al públic en general.

La Generalitat de Catalunya va presentar el 2017 el **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions**; un pla estratègic amb 29 objectius per assolir i una setantena d'actuacions orientades a promoure, prevenir i atendre a la salut mental i les addiccions. Es tracta, en definitiva, de promoure l'autonomia de les persones i el seu apoderament, tot implicant el conjunt de la comunitat en aquest procés.

A escala mundial, existeix **La Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030** que planteja 17 objectius principals de desenvolupament sostenible (ODS) amb molts objectius específics que abarquen els àmbits econòmic, social i ambiental. D'aquests 17 objectius, el 3 està enfocat en **Garantir una vida saludable i promoure el benestar** per a tothom en totes les edats. Aquest objectiu contempla la salut mental en el subobjectiu 3.4. que diu així: *Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar* (Objectius de Desenvolupament Sostenible, 2015).



Imatge 1. Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) de l'any 2015

5. MARC TEÒRIC

5.1. LA SALUT

Abans d'entrar en matèria amb la fonamentació teòrica específica de l'objecte d'estudi d'aquest treball, es creu convenient conèixer els antecedents de la salut i la seva promoció. Això permetrà entendre millor el context en el què es troba actualment un projecte d'hàbits saludables com aquest; el qual encaixa amb les polítiques de salut vigents.

Promoció de la salut

En el primer punt de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es descriu que la salut és l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malalties i invalideses. Aquesta definició va ser presentada l'any 1945 per Stampar¹ i va ser finalment recollida i admesa universalment per l'OMS l'any 1948. Aquesta acceptació va permetre deixar enrere el concepte de salut basat només en l'absència de malaltia; creença que es va mantenir fins a mitjans del segle XX. De fet, l'any 1940 ja es va començar a definir la salut en sentit positiu amb les aportacions de Sigerist (1941) que va exposar que la salut no és simplement l'absència de malaltia; és una cosa positiva, una actitud joiosa i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa a l'individu. L'acceptació d'aquesta definició de part de l'OMS permet concebre la salut d'una manera holística; d'una banda, es considera la salut en un sentit positiu i no només en l'absència de malaltia, i d'altra banda, no només se centra en l'aspecte físic, sinó que també té en compte la part psíquica i social, fet que genera una visió completa i integral de la salut de les persones (Organització Mundial de la Salut, 1948).

El concepte de Promoció de la Salut (PS) s'exposa l'any 1945 quan Sigerist (1941) descriu les quatre tasques essencials de la medicina: Promoció de la salut, prevenció de la malaltia, restabliment de la malaltia i rehabilitació.

¹ Andrija Stampar (1888-1958), científic Croata i professor de la "Universidad de Zagreb", va ser una autoritat en el camp de l'epidemiologia i un pioner en la medicina preventiva. Va ser un dels fundadors de l'OMS i es considera l'autor de la definició de salut.

La PS s'estructura i es concreta a través de la presentació de la Carta d'Ottawa, considerada la Carta Magna de la PS. Aquesta exposa que la PS consisteix en proporcionar a la població els mitjans necessaris per millorar la seva salut i aconseguir un màxim de control sobre la mateixa. Per aconseguir un estat adequat de benestar físic, mental i social, l'individu o grup ha de ser capaç d'identificar les seves aspiracions, cobrir les seves necessitats i adaptar-se al medi ambient. Així doncs, la salut no es concep com a objectiu final, sinó com la font de riquesa de la vida quotidiana i per això, la PS no té presència exclusiva en l'àmbit sanitari (Organització Mundial de la Salut, 1986).

Des de 1986 fins al 2016, s'han celebrat 9 conferències Mundials de Promoció de la Salut amb l'objectiu de seguir avançant, transformant i incidint en les polítiques dels països per fer present la PS en tots els àmbits que hi té accés una persona. En la novena i darrera Conferència Mundial de Promoció de la Salut que es va celebrar el novembre del 2016 a Xangai (Xina), es va produir sota el lema: La PS en els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS). En la conferència es va reafirmar que la salut és un dret universal, un recurs essencial per a la vida, un objectiu social compartit i una prioritat política per a tots els països. Els ODS, i concretament l'objectiu 3, estableixen el deure d'invertir en la salut, de garantir la cobertura sanitària universal i de reduir les desigualtats sanitàries entre les persones de totes les edats (Organització Mundial de la Salut, 2016).

Promoció de la salut mental

Si bé abans s'ha esmentat la definició de salut segons l'OMS, aquesta defineix la Salut Mental com un estat de benestar en el que l'individu té consciència de les seves pròpies aptituds, és capaç d'afrontar les pressions normals de la vida, pot treballar de manera productiva i fructífera i és capaç de realitzar una contribució positiva a la comunitat. D'aquesta definició es desprèn que la salut mental forma la base del benestar i el funcionament efectiu de l'individu i la comunitat.

Les persones diagnosticades amb una patologia relacionada amb la salut mental presenten necessitats diverses relacionades amb els tres aspectes presents en la definició de salut esmentada anteriorment: físiques, mentals i/o socials. Aquests tres aspectes no funcionen de

forma aïllada, sinó que són interdependents entre si. Per aquest motiu, en el present estudi es considera que treballar els hàbits saludables amb persones amb TMS pot contribuir directament en la millora d'aquests tres aspectes presents en la definició de salut mental de l'OMS (1998).

La salut mental s'ha inclòs en la política sanitària desde 1997 a través de diferents iniciatives i projectes específics, però per arribar a tothom cal estar present en les polítiques nacionals per reforçar les autonòmiques. Per aquest motiu, l'any 2013 l'OMS elabora el Pla d'Acció sobre Salut Mental per establir objectius comuns a nivell mundial i així treballar de forma equitativa i augmentar la prevenció. Aquest pla té com a **visió** un món en el qual es valori, fomenti i es protegeixi la salut mental, s'implementin accions de prevenció, i que les persones afectades puguin exercir la totalitat dels seus drets humans i accedir de forma oportuna a una atenció sanitària i social de gran qualitat i culturalment adaptada; i així estimular la recuperació amb l'objectiu d'aconseguir un major nivell de salut i plena participació en la societat i en l'àmbit laboral, sense estigmatitzacions ni discriminacions. La seva **missió** és la de fomentar el benestar mental, prevenir els trastorns mentals, proporcionar atenció, millorar la recuperació, promoure els drets humans i reduir la mortalitat, morbiditat i discapacitat de les persones amb trastorns mentals (Organització Mundial de la Salut, 2013).

A Catalunya, la salut mental és un assumpte de gran importància i interès en les polítiques de salut i també socials. A grans trets, el Pla director de Salut Mental i Addiccions (PDSMiA) de l'any 2006 va definir un model d'atenció a la salut mental amb una visió àmplia del conjunt del sistema de salut i va oferir propostes que inclouen aspectes de promoció i prevenció, tractament, rehabilitació i inserció social i laboral de les persones afectades.

En aquesta comunitat autònoma, en l'àmbit més social i comunitari existeix "Salut Mental Catalunya"; l'aliança de dues entitats "Federació Salut Mental Catalunya" i "Fundació Salut Mental Catalunya", que tenen la voluntat de fer un pas més, reforçar els seus projectes propis i continuar treballant per la millora de la salut mental en tots els àmbits, compartint estratègies i optimitzant recursos.

5.2. SALUT MENTAL I QUALITAT DE VIDA

Els trastorns mentals severos

Els principals destinataris d'aquest projecte són les persones amb TMS. Al llarg del temps, s'han utilitzat diverses classificacions de les malalties mentals. Darrerament, les més utilitzades pels professionals sanitaris són l'anomenada DSM-V (classificació desenvolupada als Estats Units) i la CIE-10 (classificació internacional de malalties desenvolupada per l'OMS). Tot i que aquestes guies són utilitzades, existeixen diferents opinions pel que fa a la seva utilitat i fiabilitat; es considera que caldria fer-ne una revisió (Comunitat terapèutica del Maresme, n.d.).

Les malalties més freqüents són:

- Depressió
- Ansietat
- Trastorn Obsessiu Compulsiu
- Esquizofrènia
- Trastorn bipolar
- Paranoia
- Trastorns de personalitat
- Anorèxia i Bulímia
- Retard mental i demència

Tot i que les persones amb problemàtiques de salut mental són diferents entre elles, presenten elements comuns:

- Són persones especialment vulnerables a l'estrès. Això fa que la seva simptomatologia es vegi agreujada a l'hora d'afrontar certes demandes de l'entorn.
- Presenten dèficit en les seves habilitats i capacitats per desenvolupar-se de forma autònoma.
- Tenen importants dificultats per interactuar socialment. Aquest fet provoca pèrdua de xarxes socials de recolzament, que en molts casos es limita a la família, i per tant, es donen casos d'aïllament social.

Aquests darrers punts són reconeguts pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, el qual exposa que les persones amb TMS poden presentar necessitats diverses en relació a la seva problemàtica psiquiàtrica i psicosocial, que tenen més risc de patir situacions de desigualtat social, i que són especialment vulnerables a les situacions d'estrès. A tot això, se

li suma que sovint generen una important càrrega familiar que pot comportar restriccions substancials en la vida social de la persona cuidadora. Per aquest motiu, una adequada atenció comunitària integral a les persones amb TMS exigeix la col·laboració de la xarxa pública de serveis socials, que ha de tenir un paper important en l'atenció a les necessitats socials i en el suport a la inclusió social de la persona a la comunitat.

Determinants de la salut

De quina manera es pot determinar que una persona té una “mala” salut? Per abarcar el problema específic d'aquest estudi, és important conèixer quins són els factors que determinen la salut, per saber cap a on orientar les accions i millorar la qualitat de vida de les persones amb TMS.

L'OMS (1998) manifesta que els determinants de la salut són aquell conjunt de factors econòmics, socials, ambientals i personals que determinen la salut de les persones i de les poblacions. Aquesta és una visió força àmplia de la salut que es va estendre quan Lalonde (1974), sent ministre de salut a Canadà, va presentar al Parlament l'informe Lalonde on exposava que els **determinants de la salut** s'agrupaven en quatre àmbits:

ÀMBIT	FACTORS
Estils de vida (50%)	<p>L'estil de vida és un conjunt d'hàbits conductuals que unes vegades són saludables i d'altres són nocives per a la salut. El 50% de la nostra salut ve condicionada pel tipus d'hàbits que tenim.</p> <p>Tradicionalment, els estils de vida han estat relacionats amb el consum del tabac, l'alcohol, substàncies tòxiques, l'alimentació, l'exercici físic, la higiene i la salut mental. No obstant això, també hi intervenen factors externs com la cultura, l'ocupació, l'educació, el nivell d'ingressos i l'entorn; fet que comporta que el control que tenim sobre la nostra salut sigui relatiu.</p>

	<p>Els problemes de salut mental poden sorgir en qualsevol etapa de la vida, per això és important que els projectes de PS promocienin els estils de vida saludable tenint en compte el context social i cultural de la persona.</p>
<p>La biologia humana o genètica (20%)</p>	<p>La part genètica influeix en el 20% de l'estat de la nostra salut, i té en compte els aspectes relacionats amb la salut física i mental que es desenvolupen en el cos humà. Aquests aspectes venen condicionats per l'herència genètica, el procés de maduració i l'envelliment de la persona.</p> <p>A vegades, identificar la base genètica d'alguna patologia pot ajudar en el diagnòstic i en la prevenció de la malaltia.</p>
<p>El medi ambient (20%)</p>	<p>L'entorn influeix en el 20% de l'estat de la salut. El medi ambient té a veure amb tots aquells fenòmens externs al cos humà sobre els quals la persona hi té poc o cap control.</p> <p>En el medi ambient no només s'identifiquen factors naturals, sinó també socials:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Naturals</u>: contaminació ambientals, factors biològics (microorganismes), físics (radiacions, sorolls), químics (plaguicides, metalls pesats) i els canvis climàtics. - <u>Socials</u>: Condicions de l'habitatge i el treball, el nivell educatiu, el nivell d'ingressos i la cultura.
<p>Sistema sanitari (10%)</p>	<p>El 10% restant que determina la salut de les persones té a veure amb el sistema sanitari; és a dir, el conjunt de centres, recursos humans, medis econòmics i materials, tecnologies, etc. que promouen les relacions entre les persones i aquests recursos. El sistema sanitari, entre d'altres funcions, ha de promociionar programes de PS per tal de prevenir malalties i oferir-ne el tractament i la rehabilitació.</p>

Aquesta distribució dels determinants de la salut basada en l'impacte que aquests tenen sobre l'estat del cos humà, presenta desigualtats en comparació a com es repartia el pressupost assignat al sistema sanitari dels països desenvolupats; el 80% a la sanitat, el 10% a la genètica, el 5% a medi ambient i el darrer 5% als estils de vida (Lalonde, 1974). Als Estats Units, l'any 1976 es va realitzar l'estudi Dever on es va exposar que la millora dels estils de vida contribuïa potencialment a la reducció de la mortalitat en un 43%, les investigacions de genètica i biologia en un 27%, millorar la qualitat del medi ambient en un 19% i els serveis sanitaris en un 11%. Aquests dos autors van poder fer evident la relació directa entre els determinants i la salut de la població, i la desproporció entre els recursos destinats als diferents factors i la relació que tenien amb la reducció de la mortalitat. Aquestes dades poden recolzar la necessitat de programes subvencionats d'hàbits perquè entitats del tercer sector social puguin oferir serveis de promoció d'estils de vida saludable.

Així mateix, cal destacar que també existeixen altres factors que intervenen com a determinants de la salut: el context social i econòmic, l'entorn físic i les característiques personals i conductes individuals de cada persona. Aquests factors formen els **determinants socials de la salut** que exposen com les condicions socials en què les persones viuen i treballen afecten a l'estat de la seva salut. Les persones amb més control sobre les circumstàncies de la seva feina són més sanes i viuen més que aquelles amb feines de més risc o estressants. La inseguretat laboral incrementa els problemes de salut mental com l'ansietat i les depressions, i també les malalties cardiovasculars. Així doncs, els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen i són els principals responsables de les desigualtats en salut; és a dir, en funció de la classe social, gènere, territori o ètnia, hi ha diferents oportunitats i recursos en matèria de salut (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2012).

Tots aquests arguments fan evident la relació entre estils de vida i salut. En el següent apartat s'aprofundeix més sobre aquest aspecte.

Estils de vida saludable i qualitat de vida

En l'apartat anterior, s'ha mostrat que el determinant principal de la salut és l'estil de vida, i és per això que la base d'aquest treball se centra en treballar els hàbits relacionats amb l'estil de vida d'una persona.

L'OMS (1998) va definir **l'estil de vida** com una manera de viure que es basa en patrons de comportament identificables, determinats per la interacció entre les característiques personals individuals, les interaccions socials i les condicions de vida socioeconòmiques i ambientals de les persones. Així mateix, aquesta va definir **qualitat de vida** com la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de la cultura i del sistema de valors en els quals viu i en relació amb les seves expectatives, les seves normes i les seves inquietuds. Es tracta d'un concepte molt ample que està influït de manera complexa per la salut física del subjecte, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així com la seva relació amb els elements essencials del seu entorn.

Els estils de vida individuals es caracteritzen pels hàbits adquirits al llarg del temps; és a dir, comportaments que es repeteixen de forma habitual i que conformen la manera que tenen les persones d'actuar i de relacionar-se amb si mateixes i el seu entorn. Per tant, els **estils de vida saludable** comporten l'adopció de conductes que promouen la salut. Actualment aquesta tasca es difícil perquè degut a una sèrie de circumstàncies i condicions, una bona part de la població es troba en l'àmbit del sedentarisme, mala nutrició i consum de tabac, alcohol i altres substàncies (Vincezi i Tedesco, 2009).

Les principals àrees d'hàbits de vida saludable que s'exposen en la graella següent seran la guia per a construir un instrument de recollida de dades. Aquest permetrà determinar quins són els hàbits que tenen actualment les persones destinatàries amb TMS d'aquest projecte.

PRINCIPALS ÀREES D'HÀBITS DE VIDA SALUDABLE	
ALIMENTACIÓ	<p>La societat ha sofert uns canvis sociològics i culturals que afecten directament als hàbits i preferències alimentàries (Durá y Castroviejo, 2011). Cada cop hi ha menys interès en dedicar temps a comprar aliments i cuinar, i es tendeix més al consum d'aliments processats amb altes dosis de components d'origen animal, sucres refinats, greixos saturats i colesterol, i per contra, un baix consum d'origen vegetal.</p> <p>L'alimentació saludable és un pilar fonamental per tenir una bona salut mental. A Canadà s'implementen estratègies relacionades amb la salut nutricional i persones amb TMS que inclouen la seguretat alimentària, l'alimentació saludable, el control de pes, l'educació alimentària, així com també estratègies per controlar els efectes secundaris nutricionals derivats dels medicaments.</p>
ACTIVITAT FÍSICA	<p>L'activitat física es defineix com qualsevol moviment físic produït per les contraccions musculars i que fan augmentar la despesa energètica per sobre del nivell basal. Per aquest motiu, l'àmbit de l'activitat física engloba qualsevol activitat que una persona realitza durant el dia (la feina, tasques de la llar, activitats d'oci o temps lliure, transport, etc.). En canvi, l'exercici físic és un esforç físic més programat, estructurat i repetitiu en el temps (Caspersen, Powell i Christenson, 1985).</p> <p>L'activitat física, programada o no, es una part important dels estils de vida saludables perquè aporta beneficis directes pel benestar de les persones a nivell físic, psíquic i social.</p> <p>Godfrin i Van Heeringen (2010) han demostrat que programes de ioga i mindfulness, on es potencia l'exercici físic, són molt efectius com a tractament de l'estrès i les depressions; per tant, són un bon recurs per a persones afectades de malalties mentals.</p>
HIGIENE	<p>La higiene engloba la corporal, la bucal i la de mans. El principal objectiu de tenir uns bons hàbits d'higiene és el de mantenir la pell íntegra i evitar malalties. A més, el fet de tenir una bona higiene i cuidar-se, afavoreix l'estat de benestar, autoestima i promou la integració social de la persona.</p> <p>Les persones amb TMS, en funció del moment en què es troben de la malaltia, sovint presenten dificultats en la competència de l'autocura i d'imatge personal.</p>

<p>CONSUM DE TÒXICS</p>	<p><u>Tabaquisme</u> Aquest és un hàbit acceptat per una gran part de la societat, però és una forma de drogodependència a causa de la nicotina que és molt addictiva; crea tolerància, dependència física i psicològica, i també síndrome d'abstinència quan es decideix abandonar-la. El tabaquisme s'associa amb una baixa salut mental; a més, existeix una relació entre el consum del tabac i els símptomes psiquiàtrics com la depressió, l'ansietat i l'estrès. Les persones amb malaltia mental presenten altes possibilitat de fumar i els hi és més costós abandonar l'hàbit.</p> <p><u>Consum de substàncies</u> L'alcohol, després del tabac, és la substància psicoactiva que causa més morts a Espanya i és un factor de risc per la salut tres vegades més important que la diabetis i cinc vegades més que l'asma (Anderson i Baumerg, 2006). L'abús de drogues i la malaltia mental a vegades van de la mà. En alguns casos, el fet de presentar psimptomatologia d'ansietat, depressió o esquizofrènia pot afavorir l'addició i, en d'altres casos, l'abús de substància pot desencadenar un trastorn mental.</p>
--------------------------------	--

La salut mental a Girona

A Girona, municipi en el qual es realitza l'anàlisi d'aquest projecte, la salut mental queda atesa sota el model de salut mental de Girona: **La Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS).**

L'IAS és avui una empresa pública que forma part del sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT) de la Generalitat de Catalunya a través de la concertació amb el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família. La Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'IAS (XSMiA) és la xarxa pública de referència a les comarques gironines especialitzada en l'atenció a la salut mental. Disposa de serveis d'hospitalització, ubicats al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, i de serveis d'atenció comunitària. Aquesta Xarxa ha esdevingut un model de referència nacional i internacional segons un estudi anomenat REFINEMENT. El REFINEMENT (Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care) analitza com els sistemes de finançament afecten la qualitat de l'atenció en salut mental i compara models existents al continent (Itàlia, Àustria, l'Estat espanyol, Anglaterra, França, Finlàndia, Suècia, Estònia i Romania) (Institut d'Assistència Sanitària, n.d.).



Imatge 2. Centres de salut mental de la Xarxa de Salut Mental de les Comarques Gironines

5.3. APORTACIÓ A LA SOCIETAT I A LA ÈTICA PROFESSIONAL

Aportació a la societat

García-Palacios (2020)² exposa en un dels seus darrers articles que les dades sobre salut mental són impactants. Segons l'OMS, 450 milions de persones pateixen un trastorn mental al món. A més, els problemes de salut mental no només afecten a les persones que la pateixen, sinó també als seus familiars; una de cada quatre famílies té almenys un membre afectat per un trastorn mental. Diferents institucions estan alertant sobre la necessitat de millorar el benestar psicològic de la ciutadania amb l'objectiu de prevenir aquests problemes.

Els equips de recerca en salut mental exposen que és possible prevenir i tractar problemes de salut mental com la depressió i l'ansietat; i així millorar la seva qualitat de vida. Els tractaments més coneguts han estat centrats principalment per les intervencions farmacològiques i psicològiques. Tot i així, el Laboratori de de Psicologia i Tecnologia

² Catedràtica de Personalitat, Avaluació i Tractaments psicològics de la Universitat Jaume I

(LabPsittec) de la Universitat de Jaume I, fa més de 25 anys que treballa en el camp de la investigació per millorar les intervencions psicològiques. Una de les línies que investiguen té a veure amb l'objecte d'estudi d'aquest treball: la relació entre hàbits saludables i la promoció del benestar psicològic.

Per aquest motiu, considero que l'anàlisi d'aquest projecte pot tenir un impacte positiu en la societat. D'una banda, hi haurà un impacte directe en les vides de les persones participants del programa de la ciutat de Girona i les seves famílies, així com també d'altres persones properes a la fundació (ja siguin persones usuàries com professionals). Es posarà sobre la taula una nova mirada en relació a la recuperació i/o millora de la qualitat de vida de les persones amb TMS més enllà dels tractaments farmacològics, els quals són necessaris però es poden complementar amb altres intervencions més pedagògiques com és l'aprenentatge i presa de consciència dels propis comportaments, per així transformar aquells hàbits que dificulten el benestar general de la persona. A més, aquest programa també intervé en la lluita contra l'estigma existent en relació a la Salut Mental; degut a la desconeixença hi ha una concepció errònia de què les persones amb TMS són persones amb menys oportunitats i capacitats.

D'altra banda, tenint en compte que la salut mental és una qüestió que afecta a tothom, donar a conèixer que l'adopció d'hàbits saludables pot ajudar a prevenir situacions o futures patologies relacionades amb la salut mental, causarà un impacte real i necessari en la consciència de les persones. Vivim en una societat protagonitzada per la immediatesa, l'estrès, el consumisme, etc. A més, se li suma que estem vivint una situació extraordinària a causa de la Sars-Cov-2 (COVID-19), que està ocasionant una dosis extra de patiment i fatiga social; per tant, programes que ofereixen recursos i eines per aprendre a cuidar-se i preocupar-se pel propi benestar són ben encertats i necessaris, tant per les generacions actuals com per les del futur.

Ètica professional

Per mantenir una actitud responsable i ètica durant el treball, s'han seguit els principis generals del codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya del 2015 (COPC) i el de Pedagogs del 2013 (COPEC), juntament amb els principis del Codi de bones pràctiques en recerca i innovació de la UOC del 2012; codis de conducta guiats per valors ètics.

D'una banda, respectant el principi de competència professional i responsabilitat (COPEC, 2013), en el marc teòric s'han utilitzat justificacions i arguments sòlids recolzats per referents teòrics i resultats d'altres investigacions publicades recentment. Per preservar les fonts originals i evitar el plagi (Valero, 2018), també s'han seguit els criteris marcats per la normativa de l'Associació Americana de Psicologia (APA). Per aquest motiu, és fàcil trobar durant el redactat fragments parafrasejats, citant sempre l'autor i l'any per evidenciar la font d'origen. D'altra banda, durant les diferents fases previstes en l'execució del projecte, es prendrà consciència dels aspectes relacionats amb la privacitat, l'anonimat, el consentiment informat, la sinceritat i la transparència (Rodríguez-Gómez, 2018), prenent com a referència la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades personals i garantia dels drets digitals.

6. MÈTODE

6.1. TIPUS D'INVESTIGACIÓ

Revisant l'objectiu principal del projecte, així com els objectius específics que se'n deriven, es creu convenient d'una banda, aplicar una metodologia d'investigació qualitativa; concretament la **investigació-acció (I-A) participativa**. Aquesta “promou que les persones examinin el seu coneixement i la manera que tenen d'interpretar-se a elles mateixes i d'interpretar la seva acció en el context social i material. És participativa en el sentit que només podem fer Investigació-Acció sobre nosaltres mateixos, tant si som un individu com un col·lectiu” (Rodríguez-Gómez, 2018, p.50).

Aquesta metodologia s'emmarca en el paradigma sociocrític i té per objectiu la transformació de la realitat; en aquest cas, es buscarà millorar la pràctica dels professionals del servei d'habitatge per a transformar els hàbits de les persones amb TMS vinculades al servei, i així millorar la seva qualitat de vida. La meua col·laboració directa amb el servei d'habitatge permetrà que l'equip tingui les eines i els recursos per reflexionar sobre el seu propi coneixement i pràctica, i així s'obrirà la possibilitat de transformar la realitat que els envolta millorant les seves accions.

D'altra banda, a aquesta metodologia se li afegeix un component quantitatiu per tal d'assolir tots els objectius presentats. Així doncs, la metodologia del projecte és mixta i seguirà un **procediment concurrent**; és a dir, es faran servir simultàniament les metodologies quantitatives i qualitatives per a comprendre millor l'objecte d'estudi (Creswell, 2018). Els mètodes d'investigació mixta s'utilitzen cada vegada més en investigacions socials perquè permeten la integració sistemàtica dels mètodes quantitius i qualitatius en un mateix estudi; enriqueixen la recerca i permeten obtenir una visió més completa de l'objecte d'estudi (Chaves, 2018).

6.2. ELS DESTINATARIS, MATERIALS I CONTEXTOS

Els destinataris i el context

Els **destinataris** i, per tant, la **població** escollida per aquest projecte són d'una banda, les persones usuàries amb TMS vinculades al servei d'habitatge de la Fundació Drissa de Girona i, d'altra banda, l'equip professional del servei d'habitatge. Finalment, la **mostra** aconseguida ha estat de 32 persones amb TMS i 9 professionals del servei.

Així doncs, el **context** en el que es realitza l'anàlisi és en l'àmbit del tercer sector social, concretament el d'un servei que s'ofereix al col·lectiu de salut mental de Girona. Aquesta té una llar amb suport i ofereix serveis de PSALL i SAD a les persones que ho necessiten. Aquests serveis es regeixen, entre d'altres, per la Llei 39/2006 de promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència.

Instruments

Els instruments de recollida d'informació que s'utilitzaran per complir amb els objectius proposats i així donar resposta a les hipòtesis plantejades, seran tant de caràcter qualitatiu com quantitatiu:

Qüestionari:

Un qüestionari és la eina que permet plantejar un conjunt de preguntes per recollir informació estructurada sobre una mostra de persones i així descriure a la població a la que pertanyen (Fàbregues, Meneses, Rodríguez-Gómez i Paré, 2016).

Per complir amb l'objectiu i hipòtesis número 1, les persones usuàries del servei d'habitatge contestaran un qüestionari³ autoadministrat d'elaboració pròpia i validat per la Fundació Drissa, utilitzant l'aplicació de Formularis de Google. Algunes de les persones usuàries el contestaran amb l'ajuda i el suport de l'equip professional del servei degut a la baixa competència digital que poden tenir. Aquest qüestionari pretén obtenir una sèrie de dades

³ Veure Annex 1

demogràfiques i determinar de forma específica quin tipus de relació tenen les persones usuàries amb els hàbits saludables.

El qüestionari es divideix en diverses parts:

- 1) Dades demogràfiques: Cinc preguntes obertes i tancades per conèixer les característiques relatives a l'edat, al gènere i al seu entorn per contextualitzar millor la mostra.
- 2) Preguntes relacionades amb els hàbits saludables: Preguntes tancades que es poden respondre a partir d'un llistat de categories exhaustives i mútuament excloents; concretament, amb alternatives de resposta ordenades de tipus "Likert" (Fàbregues et al., 2016). En algunes preguntes s'han afegit matisos per fer l'ítem més entenedor per la persona que l'ha de contestar degut al col·lectiu a qui va dirigit.
- 3) Dues preguntes finals que donen l'oportunitat d'expressar l'opinió personal respecte l'objecte d'estudi; és a dir, sobre si l'adquisició d'hàbits saludables influeix o no en el benestar d'un mateix.

Entrevista semiestructurada:

Existeixen moltes definicions sobre què és una entrevista, però totes tenen en comú que aquesta té per objectiu recollir informació d'un o varis participants sobre un determinat objecte d'estudi, a partir de la seva interpretació de la realitat (Fàbregues et al., 2016).

Per complir amb l'objectiu i hipòtesis número 2, es realitzarà una entrevista⁴ a l'equip de professionals del servei d'habitatge per conèixer la seva realitat en els serveis que fan amb els usuaris. En aquest cas, l'entrevista és semiestructurada perquè es parteix d'un guió predeterminat però amb preguntes obertes que permeten més flexibilitat i matisos en les respostes de les persones entrevistades (Rodríguez-Gómez, 2018). Aquest tipus d'entrevista també permet a la persona entrevistadora decidir lliurement l'ordre d'exposició dels temes i la manera en què es formulen les preguntes (Corbetta, 2003). Per tal d'obtenir diverses visions sobre l'objecte d'estudi, la mateixa entrevista es durà a terme dues vegades i de forma grupal;

⁴ Veure Annex 2

l'equip de professionals d'habitatge es divideix en dos (equip de matins i equip de tardes) i en una reunió amb cada un dels equips es procedirà a realitzar l'entrevista.

6.3. CRONOGRAMA

Les fases de recollida i anàlisi de dades es duran a terme durant el mes de desembre; concretament de l'1 al 23. Tal i com s'exposa a la graella, en aquest temps es desenvoluparan diferents accions en tres fases:

		DESEMBRE 2020																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FASE 0 - CONTACTE		[Barra de color blau cobrint els dies 1 al 7]																														
FASE 1 - RECOLLIDA DE DADES		[Barra de color blau cobrint els dies 8 al 16]																														
1) Qüestionari		[Barra blanca cobrint els dies 8 al 16]																														
2) Entrevista		[Barres petites blanques cobrint els dies 9, 10, 11, 12]																														
FASE 2 - ANÀLISI I CONCLUSIONS		[Barra de color blau cobrint els dies 17 al 23]																														
1) Anàlisi de resultats		[Barra blanca cobrint els dies 17 al 23]																														
2) Conclusions		[Barra blanca cobrint els dies 21 al 23]																														
3) Suggestiments		[Barra blanca cobrint els dies 22 al 23]																														

Fase 0 - Contacte amb el servei d'habitatge de la Fundació Privada Drissa (1 al 7)

Durant aquesta setmana, es farà el contacte amb el servei d'habitatge a través del correu electrònic per informar dels detalls del treball a tot l'equip professional. Aquest correu s'envia després d'haver-se reunit prèviament amb la coordinadora del servei, la qual ha validat en tot moment l'execució del projecte. S'aprofita aquest contacte via correu per fer arribar el consentiment informat⁵ de l'equip professional, ja que es demana la seva col·laboració i participació per poder dur a la pràctica les fases següents.

Fase 1 - Recollida de dades (8 al 16)

Un cop rebut el consentiment de l'equip professional, durant la propera setmana s'executaran diferents accions en paral·lel:

- Del 8 al 16 hi haurà temps per facilitar el qüestionari a l'equip professional, i que aquest acompanyi a les persones usuàries a respondre'l. Les persones usuàries, abans de contestar les preguntes, hauran d'acceptar també l'ús de les seves dades

⁵ Veure Annex 3

perquè tal i com es pot veure a l'Annex 1, en el formulari de Google hi haurà un apartat on la persona haurà de donar el seu consentiment per continuar.

- Els dies 9 i 11 es duran a terme les trobades amb l'equip professional; un dia amb el torn de matins i l'altre amb el torn de tardes. L'entrevista es registrarà en format àudio per poder mantenir una interacció directa amb l'equip durant l'entrevista sense estar pendent de les anotacions i analitzar-la posteriorment.

Fase 2 - Anàlisi de dades (17 al 23)

Una vegada obtinguda tota la informació gràcies als instruments emprats, es procedirà a les accions de buidatge i anàlisi de dades (del 17 al 20), i també la redacció de les conclusions i suggeriments (del 21 al 23).

6.4. ANÀLISI DE LA INFORMACIÓ

Les dades obtingudes a través dels diferents instruments presentats anteriorment seran tractades de la següent manera:

Qüestionari:

Per fer aquest anàlisi, s'utilitzarà l'eina de Formularis de Google i l'Eina d'Excel de Microsoft 2016. En aquest cas es farà un anàlisi quantitatiu de les dades: Seguint a Valero (2018), per a les dades quantitatives referents a l'edat i al grau de discapacitat s'utilitzaran les mitjanes i les corresponents desviacions estàndards. Per a la resta de dades qualitatives, com el gènere, on viuen, i la relació que tenen amb cada grup d'ítems segons temàtica (alimentació, físic, consums, oci i suport), s'extreuran les freqüències i els percentatges.

D'una banda, aquestes extraccions permetran contextualitzar la mostra i, d'altra banda, determinar de forma específica quina relació tenen les persones usuàries del servei d'habitatge amb els hàbits saludables i amb quina freqüència practiquen cada un d'ells. Aquest darrer punt permetrà detectar en quins ítems caldria treballar més i en quins seria necessari fer un treball de manteniment per conservar-los. Totes aquestes dades s'exposaran

a través de taules i gràfics perquè sigui més visual i àgil detectar el més rellevant. Per aquest motiu, i seguint amb Valero (2018), l'estadística emprada en aquest estudi només serà la descriptiva perquè permetrà obtenir la informació necessària per assolir els objectius.

Entrevista semiestructurada:

Per analitzar l'entrevista semiestructurada, s'aplicarà l'anàlisi de contingut esmentat per Fàbregues et al. (2016), el qual permet identificar el més rellevant de l'entrevista i categoritzar-la. S'utilitzarà una estratègia qualitativa per analitzar les dades obtingudes. Per començar, després de fer una transcripció de l'entrevista, es farà una exploració de les dades per tenir una primera impressió de com són i com es distribueixen (Valero, 2018). Seguidament, es passarà a la codificació de la informació per convertir-la en quelcom a processar; és a dir, identificar en el text conceptes que esdevindran claus en el procés (Ritchie, 2003, citat per Valero, 2018, pàg.16). Finalment, després d'aquesta codificació, es procedirà a la categorització, on s'organitzarà la informació en diferents temes que després es presentaran de forma visual a través de l'eina de xarxes: “[...]col·lecció de nodes que interconnectaran diversos conceptes, per exemple, accions de persones, esdeveniments o processos” (Valero, 2018, pàg.17). Aquest exercici permetrà conèixer la perspectiva de l'equip professional, i especificar quines tasques desenvolupen per treballar els hàbits saludables amb els usuaris.

7. RESULTATS

7.1. HÀBITS DE LES PERSONES AMB TMS DEL SERVEI D'HABITATGE DE FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA

Per definir els hàbits específics que mantenen les persones usuàries amb TMS del servei d'habitatge, s'ha aplicat un qüestionari. A continuació, seguint una estadística descriptiva, es mostren les dades obtingudes més rellevants a través de taules, gràfics i breus resums.

D'una banda, es presenta la Taula 1 amb l'anàlisi de les dades demogràfiques per detallar la mostra al màxim possible:

Taula 1 Dades demogràfiques				
Participants (n)		32		
Dades categòriques			Dades mètriques	
	Freqüència	Percentatge	Mitjana	Desviació estandar
Gènere			Edat	49,72
Home	27	84,38%	Grau de discapacitat	58,47
Dona	5	15,63%		10,41
Municipi de residència				17,56
Anglès	1	3,13%		
Banyoles	2	6,25%		
Breda	1	3,13%		
Cassà de la Selva	1	3,13%		
Girona	14	43,75%		
La Cellera	1	3,13%		
Llagostera	1	3,13%		
Maçanet de la Selva	1	3,13%		
Salt	1	3,13%		
Santa Coloma de Farners	5	15,63%		
Sils	1	3,13%		
Torroella de Montgrí	1	3,13%		
Vilobí	2	6,25%		
Convivència				
Sol/a	9	28,13%		
Comparteix pis	9	28,13%		
Família	5	15,63%		
Llar amb suport	6	18,75%		
Parella	3	9,38%		
Percepció sobre la relació entre els hàbits saludables i la qualitat de vida				
Sí	28	87,50%		
No	1	3,13%		
No ho sé	3	9,38%		

Destacar que el 88% de les persones participants considera que mantenir uns bons hàbits saludables està directament relacionat amb la qualitat de vida. Algunes d'elles ho argumenten dient que gràcies al suport que reben se senten més motivades a l'hora de portar una rutina, d'aprendre coses noves i de seguir una bona alimentació. També exposen que al estar al servei i adquirir alguns hàbits com fer activitats i moure's, ha contribuït a perdre pes i els hi ha millorat el seu benestar emocional.

D'altra banda, es presenten les taules (2 i 3) i gràfics (1, 2 i 3) amb l'anàlisi dels hàbits que tenen les persones participants en cada àmbit (alimentació, físic, consums, oci i suport). Els ítems de "mai", "poques vegades" i "algunes vegades", es consideren ítems relacionats amb la baixa adquisició dels hàbits, mentre que els de "majoria de vegades" i "sempre" ho estan amb una mitja i alta adquisició. En el cas del Gràfic 3 sobre els consums, els ítems canvien: "cada dia" i "3-4 vegades a la setmana" es consideren ítems associats a un mal hàbit, mentre que "cap de setmana", "ocasionalment" i "mai", es vinculen amb un hàbit poc o no adquirit; en aquest cas no adquirir-lo és quelcom positiu:

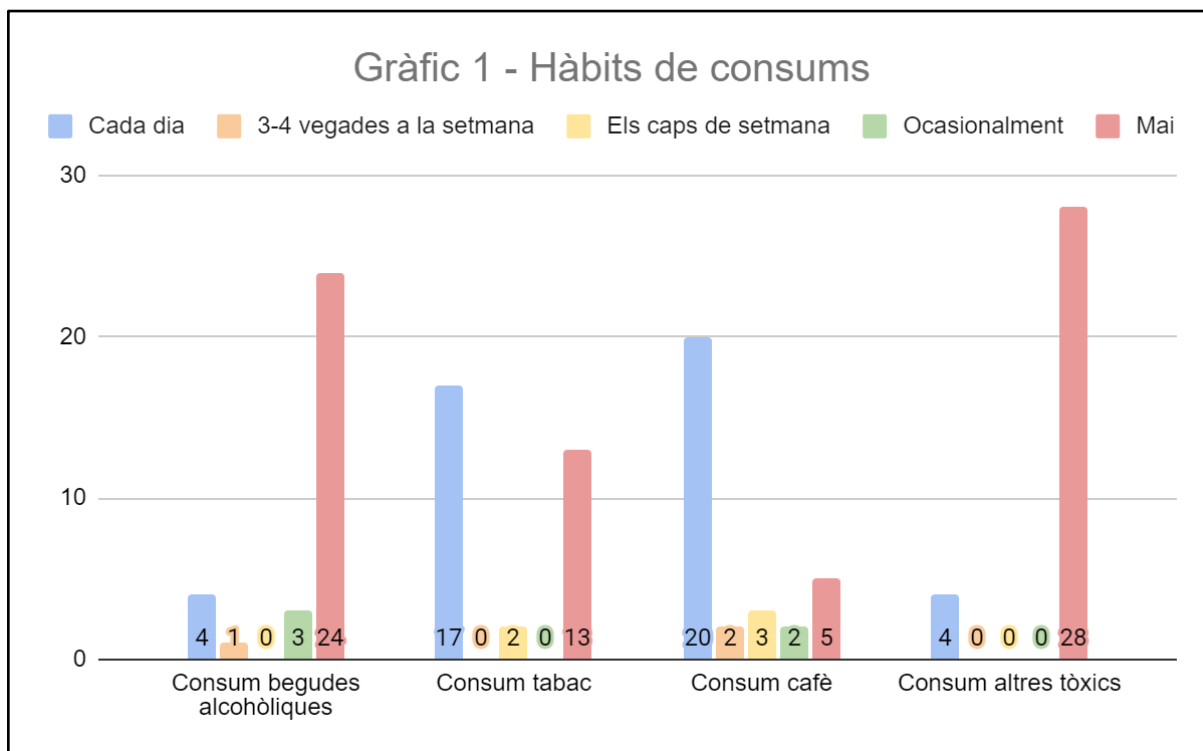
Participants (n)	32									
	Mai		Poques vegades		Algunes vegades		Majoria de vegades		Sempre	
Pla d'alimentació equilibrat	1	3,13%	4	12,50%	10	31,25%	7	21,88%	10	31,25%
Menjar 5 cops al dia	8	25,00%	7	21,88%	7	21,88%	3	9,38%	7	21,88%
Consum fruita i verdura (2/dia)	6	18,75%	6	18,75%	8	25,00%	1	3,13%	11	34,38%
Consum carn i embotits (3-4/set.)	3	9,38%	4	12,50%	7	21,88%	5	15,63%	13	40,63%
Consum peix i marisc (3-4/set.)	7	21,88%	9	28,13%	10	31,25%	5	15,63%	1	3,13%
Consum llegums (2-3/set.)	6	18,75%	7	21,88%	11	34,38%	4	12,50%	4	12,50%
Consum pa i cereals (2-3/set.)	2	6,25%	2	6,25%	3	9,38%	8	25,00%	17	53,13%
Consum dolços moderat	6	18,75%	12	37,50%	5	15,63%	3	9,38%	6	18,75%
Evitar consum entre hores	3	9,38%	4	12,50%	12	37,50%	3	9,38%	10	31,25%
Evitar consum precuinats	8	25,00%	6	18,75%	10	31,25%	2	6,25%	6	18,75%
	Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %	

El més destacat en aquesta taula és que el 53% dels participants es preocupen per tenir un pla d'alimentació equilibrat, però el 69% no té una rutina alimentària estable. En relació al consum dels aliments, només el 37% menja de forma regular fruita i verdura. La font principal de proteïnes és la carn; un 56% expressa que la consumeix de forma regular la majoria de vegades i sempre. El peix i el llegum com a fonts de proteïnes passen a un segon pla: només el 19% té present el peix a la seva dieta i un 25% el llegum. El 78% consumeix pa i cereals de forma regular i són el tipus d'aliments més freqüents en comparació a la resta. El 72% no modera el consum de dolços i això se suma a què el 59% tampoc controla el consum d'aliments entre hores. Només un 25% evita consumir aliments precuinats.

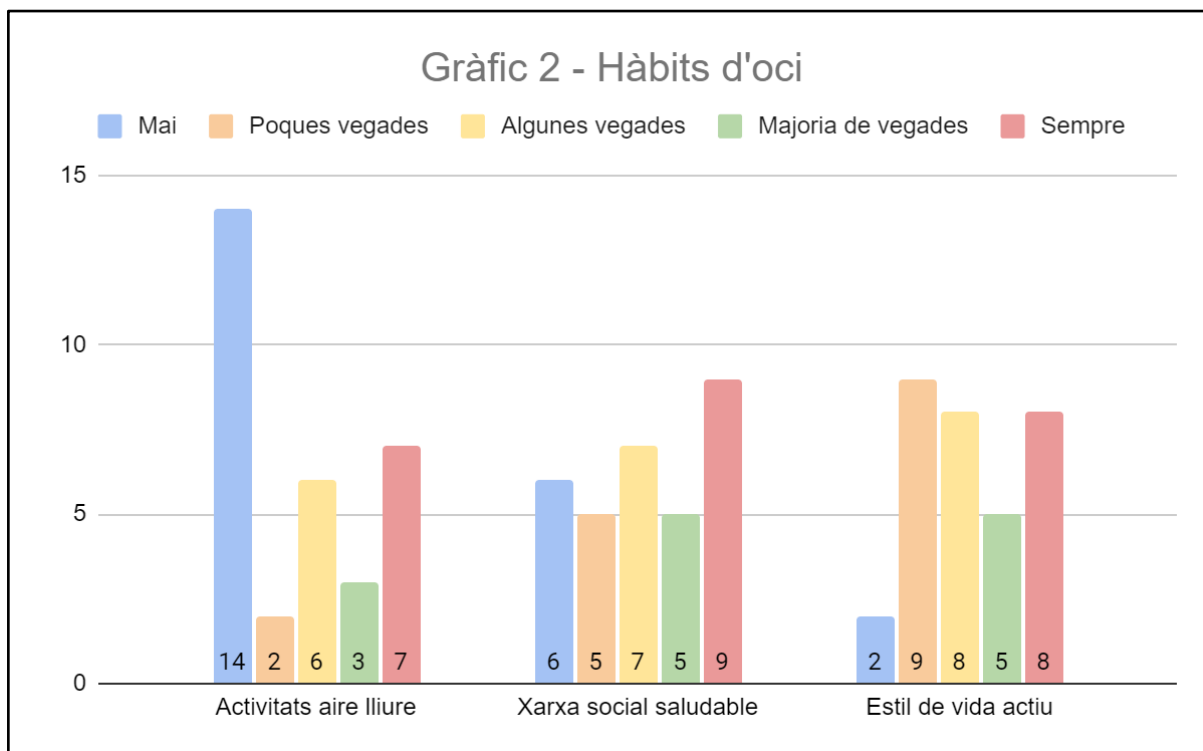
*Taula 3
Hàbits saludables - Físic*

Participants (n)		32									
	Mai		Poques vegades		Algunes vegades		Majoria de vegades		Sempre		
Exercici físic regular	8	25,00%	9	28,13%	5	15,63%	1	3,13%	9	28,13%	
Caminar 1/dia	5	15,63%	3	9,38%	4	12,50%	6	18,75%	14	43,75%	
Practicar activitats relaxants	16	50,00%	5	15,63%	3	9,38%	1	3,13%	7	21,88%	
Preocupar higiene corporal i bucal	0	0,00%	4	12,50%	4	12,50%	10	31,25%	14	43,75%	
Seguiment mèdic	1	3,13%	0	0,00%	3	9,38%	4	12,50%	24	75,00%	
Dormir 7-8h/dia	1	3,13%	2	6,25%	4	12,50%	7	21,88%	18	56,25%	
Descans profund i qualitat	0	0,00%	3	9,38%	6	18,75%	8	25,00%	15	46,88%	
	Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %		Freqüència %		

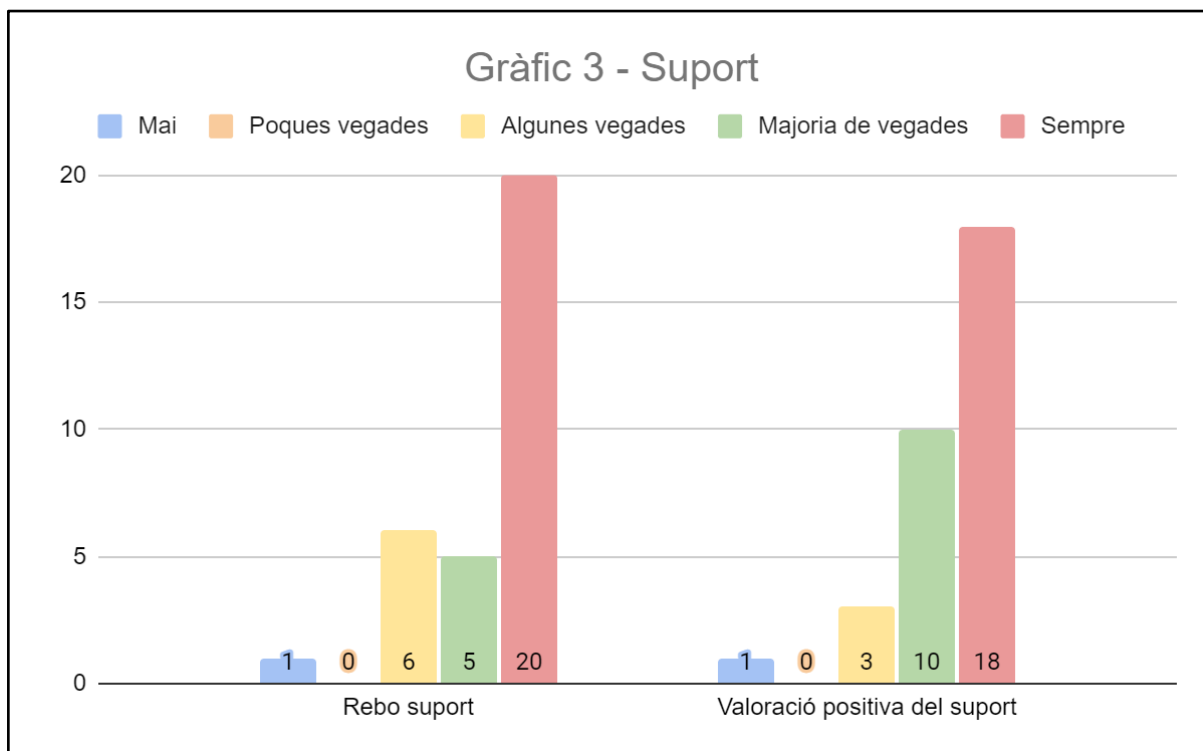
L'element més destacat és que 87% dels participants fan un bon seguiment mèdic. El 78% exposa que dorm entre 7h i 8h, i el 72% diu que les dorm de manera profunda i que tenen un descans de qualitat la majoria de vegades o sempre. En relació als hàbits d'autocura, el 75% de la mostra manté uns bons hàbits d'higiene corporal i bucal. En l'àmbit de l'exercici i/o activitat física, el 69% no manté una rutina d'exercici físic regular però el 62% sí que surt a caminar almenys una vegada al dia. També es destaca que només el 25% practica activitats relaxants.



En l'àmbit dels consums, es destaca que el 75% (24) no consumeix mai begudes alcohòliques. Es destaca la freqüència en què es consumeix tant el tabac com el cafè, ja que el 53% (17) i el 62% (20) els consumeixen de forma diària respectivament. Només un 12% (4) consumeixen diàriament altres tipus de tòxics.



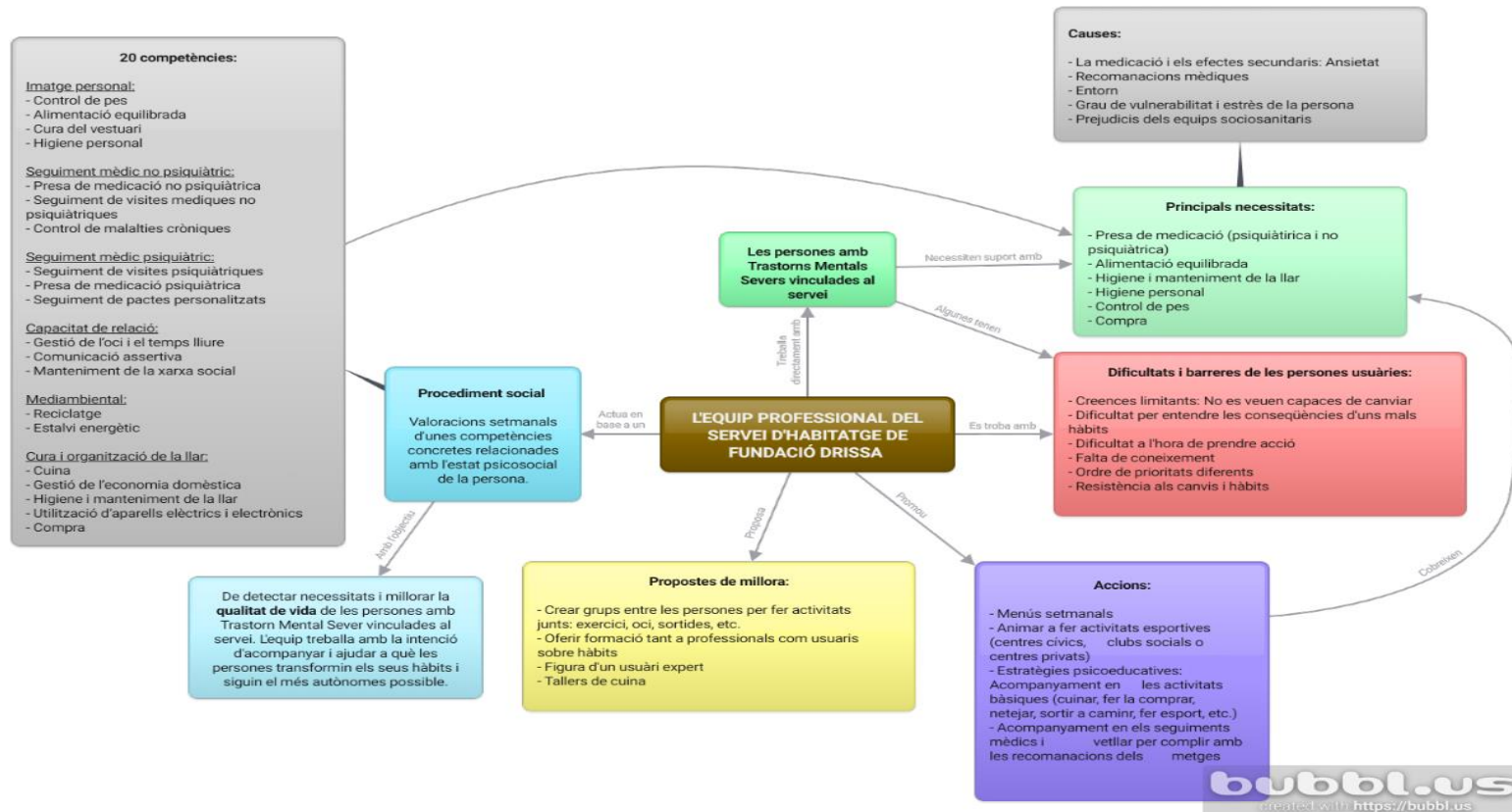
Es destaca la poca activitat que tenen la majoria dels participants a l'aire lliure; només un 22% (7) les realitza sempre i un 9% (3) la majoria de vegades. Això es complementa amb què el 60% (19) considera que poques vegades o només algunes té un estil de vida actiu. Referent a les xarxes socials estables i saludables, ressalta que un 19% (6) no es preocupa mai de tenir una xarxa d'amistat estable i sana, un 37% (12) se'n preocupa poc o a vegades, i el 43% (14) restant se'n preocupa la majoria de vegades o sempre.



En l'àmbit del suport, el 79% (25) exposa que sí rep un suport, mentre que el 22% (7) restant considera que no en rep mai o només algunes vegades. Els participants que reben suport mostren una valoració positiva sempre o la majoria de vegades en un 88% (28).

7.2. PERCEPCIÓ DE L'EQUIP PROFESSIONAL DEL SERVEI D'HABITATGE DE FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA EN RELACIÓ AL TREBALL DELS HÀBITS SALUDABLES

Per tal de complementar les dades obtingudes de les persones usuàries amb TMS i conèixer la realitat de l'equip professional, se li ha fet una entrevista semiestructurada. A continuació es mostra un resum amb les dades més rellevants de l'entrevista a través d'un mapa mental i una explicació:



Enllaç:

<http://go.bubbl.us/b26c33/bd6d/?Entrevista-equip-professional>

L'equip professional del servei d'habitatge està format per 9 tècnics. La seva activitat diària es basa en visitar a les persones al seu domicili i acompanyar-les en el procés d'aprenentatge de les competències que necessiten millorar per ser el més autònomes possible. Per desenvolupar la seva feina, segueixen un **procediment social** regulat per la IT-61 d'habitatge⁶, el qual determina que cada setmana s'han de valorar els objectius establerts en el pla d'atenció a les persones. La base d'aquests objectius és la llista completa de 20 competències relacionades amb la imatge personal, els seguiments mèdics psiquiàtrics i no psiquiàtrics, la capacitat de relació, el medi ambient, i la cura i organització de la llar.

Les **principals necessitats** de les persones amb TMS són aquelles relacionades amb la imatge personal, els seguiments mèdics, la presa de medicació, i la cura i organització de la llar. Els tècnics comenten que una de les **causes** més destacades d'aquestes necessitats no ve originada tant per la pròpia malaltia, sinó pels efectes secundaris de la medicació; aquesta els deixa amb un estat anímic molt baix, amb un alt grau de vulnerabilitat i amb una ansietat que intenten reduir consumint aliments poc saludables rics en hidrats, cafè, tabac, begudes energètiques, etc. En aquest aspecte, les recomanacions mèdiques sovint són un bon recurs pels tècnics per fer entendre a la persona usuària les modificacions conductuals que han d'haver per millorar els seus resultats en les properes analítiques. No obstant això, també es donen casos on el mateix servei sociosanitari actua amb prejudicis i no dóna prou atenció a altres patologies o necessitats físiques que puguin sorgir perquè ho associen tot a la malaltia mental, la qual cosa provoca que "s'arreglin" tots els símptomes amb la medicació psiquiàtrica i es mantinguin les necessitats reals de la persona sense cobrir. L'entorn també juga un paper important perquè en funció de com hagi reaccionat l'entorn més proper a la persona (família, amistats, etc.), potser la persona amb TMS ha quedat a un segon pla i no ha desenvolupat les competències necessàries per ser autònoma.

Davant d'aquestes necessitats, els professionals promouen **activitats** molt concretes basades en l'acompanyament com per exemple elaborar menús setmanals per controlar la dieta, ajudar-les a cuinar, acompanyar-les a les visites mèdiques per assegurar que entenen les

⁶ Veure Annex 4

recomanacions dels metges, i també acompanyar-les en la realització d'activitats físiques així com també animar-les a apuntar-se a clubs socials o centres privats per promoure l'autonomia i que ho acabin fent soles.

Durant la intervenció psicoeducativa que realitzen els professionals, existeixen **barreres i dificultats** de les persones amb TMS. Algunes d'aquestes barreres són la falta de coneixement sobre quins són els hàbits saludables i la dificultat per entendre les conseqüències negatives que hi ha al no adquirir-los. No obstant això, aquí també entra en joc la part psicosocial de la persona i la relació que té aquesta amb el seu entorn, les seves costums i els seus hàbits. Algunes d'elles mostren resistència als canvis perquè consideren que així ja estan bé i el que pels tècnics és prioritari, per elles no ho és. Tot i això, hi ha persones que sí que mostren interès i ho entenen, però els hi costa prendre acció i només actuen quan estan acompanyades. D'altres tenen creences limitants i es veuen amb poca capacitat de fer-ho; sovint es veuen superades pels efectes de la medicació.

A l'entrevista, es va aprofitar la ocasió per preguntar a l'equip quines **accions de millora** es podrien fer en el servei per promoure la qualitat de vida de les persones i la seva autonomia. Va sorgir la idea de crear grups d'usuaris per promoure l'oci i l'esport, introduir la figura d'un usuari expert; és a dir, una persona amb TMS que hagi aconseguit modificar els seus hàbits faci trobades amb aquelles que estan en el procés. El treball entre iguals a vegades és més productiu. També va sorgir la proposta d'oferir formació de part d'un expert en hàbits tant a les persones usuàries com a les professionals.

8. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Per elaborar aquest apartat de discussió i conclusions, cal recordar l'objectiu principal de la investigació: conèixer els hàbits reals de les persones amb TMS del servei d'habitatge de la Fundació Drissa de Girona, i transformar-los a través d'un projecte d'hàbits saludables per millorar la seva qualitat de vida. La implantació dels diferents recursos d'obtenció de dades s'ha dut a terme amb la finalitat de complir amb els objectius específics i donar resposta a les hipòtesis plantejades.

A través del qüestionari facilitat a una mostra de persones usuàries amb TMS del servei d'habitatge de la Fundació Drissa de Girona, s'ha pogut complir amb l'**objectiu 1**. Amb les preguntes formulades i dividides en diferents àmbits, s'ha determinat amb precisió quins hàbits tenen adquirits aquestes persones. A més, s'ha pogut validar la hipòtesis plantejada, ja que en general hi ha més presència d'hàbits poc saludables que de bons.

En el cas de l'alimentació, la qual esdevé pilar fonamental per tenir una bona salut mental (Durá y Castroviejo, 2011), es percep un alt percentatge de voluntat de tenir un pla d'alimentació equilibrat, tot i això, degut a les conseqüències de la presa de medicació, hi ha un percentatge molt baix que aconseguix mantenir una dieta estable i saludable. A més, per reduir l'ansietat, acostumen a recórrer al consum de tabac i cafè perquè al consumir-ho els ajuda, suposadament, a calmar-la. No obstant això, està demostrat que el consum del tabac augmenta l'ansietat i només quan les persones deixen aquest hàbit s'alliberen d'aquesta sensació d'angoixa (Soler, 2019). Pel que fa a la cura del físic, aquestes persones fan seguiments mèdics molt sovint degut a la seva malaltia i també perquè és un requisit per formar part del servei d'habitatge. Aquestes visites "obligades" ofereixen recomanacions que després l'equip professional intenta portar a la pràctica, ja que a les persones per si mateixes se'ls hi fa difícil de fer. Per aquest motiu l'activitat física que realitzen es limita als desplaçaments que fan caminant en el seu dia a dia. Torres (n.d.) explica que alguns dels símptomes negatius que pot ocasionar la malaltia mental són una apatia i un desinterès general que fa que les seves activitats diàries com mantenir una higiene, seguir uns horaris, fer exercici, etc. es vegin afectades. Les persones amb TMS acostumen també a tenir poques habilitats socials degut al deteriorament cognitiu que hagi pogut ocasionar la malaltia, les

males experiències viscudes anteriorment o per patrons conductuals que han adquirit amb el temps. La manca d'autocontrol d'aquestes persones, vinculat a les deficiències en l'àrea conductual i emocional, sumat a les dificultats per establir relacions interpersonals, posen de manifest les necessitats de les persones amb TMS (Torres, n.d.). És per això que en el present anàlisi hi ha un alt percentatge de persones que dóna poca importància a les relacions interpersonals. També és destacable que, tot i que totes les persones que han participat estan vinculades al servei d'habitatge, i per tant reben suport, hi ha un petit percentatge de persones que considera que no rep mai o poques vegades suport. Aquí entra en joc la percepció de la realitat de cadascú i del grau de coneixement o consciència de les coses i activitats que fa.

A través de les trobades amb l'equip professional del servei d'habitatge, a qui se li va fer una entrevista semiestructurada, s'ha pogut complir amb l'**objectiu 2**. Les dades obtingudes van en sintonia amb el que Lalonde (1974) exposa quan diu que el 50% de la salut ve condicionada pel tipus d'hàbits que es tenen, i és per això que les activitats principals dels tècnics se centren en treballar i transformar aquestes costums i hàbits que són perjudicials per la salut. Aquest treball es fa sempre des del mateix acompanyament i vincle que es crea entre usuari i professional, perquè és des d'aquest ambient de seguretat i confiança on es poden produir canvis significatius en la vida d'aquestes persones. També s'ha pogut validar la hipòtesis plantejada en relació a aquest objectiu, ja que els propis tècnics confessen que al final la seva feina és un conjunt de "bones intencions" amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones amb TMS, però que sovint es troben amb barreres i dificultats perquè aquestes entenguin que han de canviar actituds i conductes per millorar la seva salut. Aquesta percepció dels tècnics se suma a la de Vincezi i Tedesco (2009) quan exposen que una bona part de la població es troba immers en el sedentarisme, mala nutrició i consum de tabac, alcohol i altres substàncies.

Gràcies a l'entrevista emprada a l'equip professional d'habitatge, s'ha pogut fer una primera aproximació a quines serien les possibles millores que podria haver i que serien necessàries per potenciar l'autonomia de les persones amb TMS; ha estat un acostament a l'**objectiu 3**. Una de les dificultats que tenen les persones amb TMS vinculades al servei, és la falta d'acció.

Algunes entenen el que han de fer però els hi manquen les estratègies per posar-se a l'acció i fer els canvis per si mateixes. Per aquest motiu, una de les propostes és el de fer grups d'iguals entre ells per promocionar l'oci i l'activitat física. Aquesta activitat pot ajudar a prevenir casos d'aïllament social i augmentar la qualitat de la seva xarxa social (Comunitat terapèutica del Maresme, n.d.). La hipòtesis plantejada no es pot validar perquè no s'ha executat cap formació, no obstant això, el mateix equip considera que rebre formació, tant ells com les persones amb TMS pot contribuir en la millora i èxit del programa. Per tant, en una segona fase del projecte es podria estudiar l'impacte real de la implantació d'algunes d'aquestes propostes de millora, entre elles la formació.

Davant d'aquests resultats, exposo a continuació les tres conclusions principals a les que he arribat i, finalment, una consideració final per concloure aquest apartat.

Com a **primera conclusió**, les persones amb TMS vinculades al servei tendeixen a tenir uns hàbits de vida poc saludables. Aquests ho són degut, principalment, a la medicació i l'afectació de la malaltia en l'àrea emocional. Lazkanotegi (2013), com a cap d'infermeria i especialitzada en Salut Mental, exposa en un article que les persones amb problemes de salut mental presenten hàbits negatius d'estil de vida com el sedentarisme, mala alimentació i falta d'autocures. També afirma que els fàrmacs que s'utilitzen pels tractaments d'aquestes malalties produeixen reaccions adverses.

La **segona conclusió**, i lligada amb les necessitats de les persones amb problemes de salut mental mostrades anteriorment, considero que el servei i intervenció psicoeducatiu que desenvolupen els professionals és de vital importància per a les persones usuàries amb TMS. Aquestes poden, poc a poc, prendre consciència del seu estil de vida i transformar els seus hàbits gràcies al suport i acompanyament que reben dels professionals, tot i que a vegades mostren resistència al canvi. Aquesta afirmació va en consonància amb el que exposen González i Rodríguez (2002), quan exposen que les persones amb problemes de salut mental no només necessiten tractament psiquiàtric, sinó també programes i serveis de rehabilitació psicosocials que les ajudin a recuperar i/o adquirir capacitats i habilitats necessàries per viure, integrar-se a la comunitat i millorar la seva qualitat de vida.

Com a **tercera conclusió**, penso que la modificació dels hàbits és una tasca complicada però que si es fa de forma acompanyada i en comunitat, es poden aconseguir resultats exitosos que perdurin en el temps. Per aquest motiu, l'acció de millora del servei realitzant grups entre iguals per aconseguir algun objectiu pot ser una estratègia d'intervenció psicoeducativa adequada. Segons les investigacions més recents, el procés complet per canviar i/o introduir un hàbit és de 66 dies, el qual es divideix en tres fases de 22 dies cada una. En aquestes fases hi ha moments difícils perquè s'estan reescrivint els patrons de la ment, la qual cosa comporta un desgast d'energia molt gran (Sharma, 2018). Per aquest motiu, compartir aquesta càrrega energètica amb altres persones pot amenitzar una mica més el camí cap al canvi.

Per finalitzar, a tall de **consideracions finals**, recupero l'objectiu principal del treball i valido la hipòtesis general del projecte, exposant que el programa d'hàbits saludables que implementa el servei d'habitatge de la Fundació Privada Drissa afavoreix la transformació dels hàbits de les persones amb TMS i, per tant, contribueix en la millora de la qualitat de vida d'aquestes. No obstant això, els canvis en els hàbits no es veuen a curt termini, sinó que el canvi és el resultat d'un procés i d'un acompanyament constant per ajudar a les persones a què siguin conscients de la seva situació i decideixin voler-la modificar. Només des de la consciència i la convicció es poden modificar les pròpies conductes. Lazkanotegi (2013) defensa que s'han d'instaurar programes psicoeducatius que ofereixin a les persones usuàries eines per modificar els seus estils de vida inadequats, aportant solucions per així millorar la seva higiene, salut física, autoestima i, per tant, la seva qualitat de vida.

9. LIMITACIONS, SUGGERÈNCIES I PROPOSTES DE MILLORA

D'una banda, m'agradaria comentar les limitacions en l'àmbit de l'execució del projecte. Per tal de complir amb el cronograma previst, la implantació dels qüestionaris s'ha fet amb la col·laboració dels professionals tècnics del servei d'habitatge, els quals han ajudat a les persones amb TMS a contestar les preguntes durant els serveis. Aquesta implantació no la podia fer jo mateixa per tal de no influir en el procés i perquè juntament amb la coordinadora del servei es va creure convenient que ho fessin els mateixos tècnics degut al vincle i confiança que tenen amb les persones usuàries. En aquest procés hi hagut diversos factors que han influït al fet que al final no s'hagi arribat a totes les persones vinculades al servei: temps d'execució limitat, persones amb TMS que no han volgut participar, serveis que no s'han pogut fer, dubtes de professionals, etc. No obstant això, els imprevistos que hi han hagut s'han resolt en la mesura del possible i s'han implementat els instruments plantejats.

D'altra banda, és bo fer un repàs de tot el que s'ha fet i reflexionar sobre quines altres accions es podrien dur a terme per a millorar l'anàlisi. Per aprofundir en els dos primers objectius, es podria dur a terme, durant un temps determinat, una observació directa d'algun professional per complementar la informació obtinguda amb els instruments del qüestionari i l'entrevista. També seria oportú entrevistar a una mostra prèviament seleccionada de persones usuàries en base als resultats del qüestionari, per aprofundir en més detall i conèixer la seva opinió real al respecte dels hàbits saludables, estil de vida i salut mental.

Referent a l'anàlisi de les dades del qüestionari, s'han analitzat de tal manera que s'han pogut determinar els hàbits de les persones amb TMS, però en una altra ocasió es podria analitzar diferent associant a cada resposta una puntuació. D'aquesta manera, es podria fer un anàlisi per participant i poder-li transmetre a la persona el resultat final. Així doncs, es pot reutilitzar l'instrument i analitzar-lo segons convingui al servei. En el cas del tercer objectiu, es podria ampliar la informació obtinguda a través de la visió de l'equip professionals, i preguntar directament a les persones usuàries del servei per conèixer el seu punt de vista. A partir d'aquí, elaborar un pla d'acció i executar-lo durant el proper curs i, al finalitzar, fer-ne una valoració. Aquesta valoració permetria corroborar o refutar la hipòtesis plantejada en relació a aquest objectiu.

10. PERSPECTIVES DE FUTUR

Aquest projecte no té una data de caducitat perquè el treball dels hàbits saludables forma part de les tasques diàries que es treballen en el servei d'habitatge. Per aquest motiu, les accions que s'han dut a terme han estat una primera aproximació que ha permès al servei obtenir dades empíriques i evidències del que està passant amb les persones usuàries. L'instrument del qüestionari ha estat de gran utilitat pel servei i per a les persones usuàries amb TMS. Els mateixos professionals han transmès que a les persones amb TMS els hi ha anat bé contestar les preguntes del qüestionari per identificar realment quins són els hàbits que s'han d'adquirir per tenir una bona salut mental i física. Per aquest motiu, el servei es planteja introduir aquesta eina en el seu propi procediment social i aplicar-lo quan la persona entra per primera vegada al servei per conèixer el seu estat, i després més endavant per veure la seva evolució.

Així doncs, s'obre una nova etapa per continuar amb l'objectiu 3 i desenvolupar un seguit de propostes de millora en base les evidències obtingudes en aquesta primera aproximació.

11. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Agència de Salut Pública de Catalunya. (n.d.). Determinants de salut. Recuperat de: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/determinants_de_salut/

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed) Washington, DC EE. UU.

Anderson, P., i Baumberg, B. (2006). El alcohol en europa: Una perspectiva de salut pública. Informe para la Comisión Europea. Regne Unit: Institute of Alcohol Studies. Recuperat de: <http://www.mspsi.es/alcoholJovenes/docs/alcoholEuropaEspanol.pdf>

Caspersen, C., Powell, K., i Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. Recuperat de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

Chaves Montero, A. (2018). Rompiendo Barreras en la Investigación-La utilización de una metodología mixta en la investigación social.

Col·legi de pedagogs de Catalunya. (2013). Codi de deontologia del col·legi de pedagogs de Catalunya (COPEC). Recuperat de: <https://www.pedagogs.cat/reg.asp?id=1759&c=28&sc=103&i=ca>

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. (2015). Codi Deontològic (COPC). Recuperat de: https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_188/v/Codi%20deontol%C3%B2gic%20del%20COPC.pdf?tm=1524062657

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189.

Comunitat terapèutica del Maresme (n.d.). La Malaltia Mental. Recuperat de: <http://www.salutmental.cat/la-malaltia-mental/quines-hi-han.html>

- Corbetta, P. (2003). *Metodologías y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Creswell, J.W. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5a Ed.). London: Sage Publications.
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (n.d.). Malaltia mental, discapacitat i dependència. Recuperat de: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_malaltia_mental/malaltia-mental-discapacitat-i-dependencia/
- Dever, G.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.
- Durá Travé, T., & Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602–608.
- Fàbregues, Meneses, Rodríguez-Gómez y Paré. (2016). *Técnicas de investigación social y educativa*. Barcelona: Oberta UOC Publishing, S.L.
- García-Palacios. (2020). Els hàbits de vida saludables són importants per a la salut mental i el benestar. *UJI*. Recuperat de: <https://www.uji.es/com/investigacio/arxiu/noticies/2020/11/european-researchers-azucena/>
- Generalitat de Catalunya. (2017). Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019.
- Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 738-746.
- González, J., & Rodríguez, A. (2002). Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. *Madrid: Consejería de Servicios Sociales*.
- Institut d'Assistència Sanitària. (n.d.). Recuperat de <http://www.ias.cat/>

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services. Government of Canada.

Lazkanotegi, U. (2013). Hábitos saludables en la enfermedad mental. *Zona Hospitalaria*. (39), p.28. Recuperat de: <https://www.hospitalariasnavarra.org/archivos/201306/habitos-saludables-salud-mental.pdf?1>

Llei 20/1985, del 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, que incideix en determinats aspectes relatius a la salut mental. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº 572. Barcelona, 1985, 25 de juliol.

Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº1324. Barcelona, 1990, 30 d'agost.

Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades personals i garantia dels drets digitals. Butlletí Oficial de l'Estat nº294. Madrid, 2018, 6 de desembre.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'Autonomia Personal i atenció a les persones en situació de dependència. Butlletí Oficial de l'Estat nº299. Madrid, 2006, 15 de desembre.

Ministeri de Sanitat i Política Social (2009). Guia de Pràctica Clínica d'Intervencions

Objetivos y metas de Desarrollo Sostenible (ODS). (n.d.). Recuperat de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organització Mundial de la Salut. (1948). Carta Constitucional OMS. Ginebra: Organització Mundial de la Salut

Organització Mundial de la Salut. (1986). The Ottawa Charter. Ginebra: Organització Mundial de la Salut

Organització Mundial de la Salut. (1992). CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud.

Organització Mundial de la Salut. (1998). Promoción de la salud: Glosario.

Organització Mundial de la Salut. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Recuperat de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organització Mundial de la Salut. (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Recuperat de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>

Psicosocials en el Trastorn Mental Greu. Recuperat de: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abu so/Articulos/trastornamental.pdf>

Rodríguez-Gómez. (2018). Mòdul 2. El projecte d'investigació. Barcelona: Oberta UOC Publishing, S.L.

Salut Mental Catalunya. (n.d.). Recuperat de: <https://www.salutmental.org/qui-som/>

Sharma, R. (2018). *El club de las 5 de la mañana*. Canadà: HarperCollins Publishers Ltd.

Sigerist, H.E. (1941). *Medicine and human welfare* (p.161). New Haven: Yale University Press.

Soler, R. (2019). *Apaga tu ansiedad y dejarás de fumar*. Cuerpomente. Recuperat de: https://www.cuerpomente.com/blogs/ramon-soler/apaga-tu-ansiedad-dejaras-fumar_1596

Torres, M. (n.d.). *Persones amb malaltia mental*. Barcelona: IOC. Recuperat de: https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp_apd_m05_/web/fp_apd_m05_htmlindex/media/fp_apd_m05_u4_pdfindex.pdf

Valero, S. (2018). Mòdul 5. L'informe d'investigació. Barcelona: Oberta UOC Publishing, S.L.

Veus, F. (2017). *Guia de Drets en Salut Mental*. No hi ha recuperació sense drets. Recuperat de: <http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2017/06/guia-drets-salut-mental-veus-2017.pdf>

Vincezi, A., & Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista iberoamericana de educación*, 49(7), 5.

12. ANNEXOS

12.1. ANNEX 1 - QÜESTIONARI

ENQUESTA D'HÀBITS SALUDABLES PER A PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL SEVER VINCULADES AL SERVEI D'HABITATGE DE FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA DE GIRONA

INTRODUCCIÓ

Hola, sóc la Loida Gumà, estudiant del Màster de Psicopedagogia de la Universitat Oberta de Catalunya.

Aquest qüestionari s'ha creat en el marc del Projecte Final del Màster, i té per objectiu determinar quins són els hàbits físics, socials i alimentaris que tenen les persones usuàries del servei d'habitatge de la Fundació Privada Drissa de Girona.

Per a qualsevol dubte o aclariment us podeu dirigir a mi a través del següent correu: lguma@uoc.edu

PROTECCIÓ DE DADES - CONSENTIMENT INFORMAT

Acceptació en el tractament de les dades d'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades personals i garantia dels drets digitals. Informo que la informació obtinguda a través d'aquest qüestionari seran utilitzades només en el marc de la realització del projecte esmentat.

Acceptes el tractament de les teves dades?

- a) Sí
- b) No

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

- 1) Quants anys tens?
- 2) Gènere:
 - a) Home
 - b) Dona
 - c) No binària

- 3) Grau de discapacitat:
- 4) A quin municipi vius?
- 5) Amb qui vius?
 - a) Sol/a
 - b) Comparteixo pis
 - c) Amb la família
 - d) Visc en una llar amb suport

HÀBITS SALUDABLES

- 6) Respon a les afirmacions següents en funció de la freqüència en què les practiquis:

ALIMENTACIÓ	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Em preocupo per portar un pla d'alimentació equilibrat					
Menjo cinc vegades al dia (o tinc una rutina establerta)					
Consumeixo fruita i verdura almenys 2 vegades al dia					
Consumeixo carn i embotits de 3-4 vegades a la setmana					
Consumeixo peix i marisc de 3-4 vegades a la setmana					
Consumeixo llegums 2-3 vegades a la setmana					
Consumeixo pa i cereals 2-3 vegades a la setmana					
Consumeixo dolços i begudes ensucrades de forma moderada (1 cop a la setmana)					

Evito consumir aliments entre hores (fora dels àpats)					
Evito consumir aliments precuinats i processats					

FÍSIC	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Practico exercici físic de forma regular (mínim 2 cops per setmana)					
Surto a caminar almenys 1 vegada al dia					
Practico activitats que em relaxen (ioga, pilates, estiraments, llegir, etc.)					
Em preocupo de la meua higiene corporal i bucal					
Faig seguiments mèdics					
Dormo entre 7 i 8 hores al dia					
Tinc un descans profund i de qualitat					

CONSUMS	Cada dia	3-4 vegades a la setmana	Els caps de setmana	Ocasional ment	Mai
Consumeixo begudes alcohòliques					
Consumeixo tabac					
Consumeixo cafè					

Consumeix altres substàncies tòxiques					
---	--	--	--	--	--

OCI	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Participo en activitats a l'aire lliure					
Em preocupo per tenir una xarxa social (amistats) saludable					
Considero que tinc un estil de vida actiu (faig activitats que m'agraden, tinc projectes, hobbies, etc.)					

SUPORT	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Rebo suport per millorar els hàbits saludables					
Valoro positivament aquest suport que rebo					

- 7) Creus que l'adquisició de tots o la majoria d'aquests hàbits, poden influir directament en la millora del teu benestar i qualitat de vida?
- Sí
 - No
 - No ho sé

8) Argumenta la teva resposta:

12.2. ANNEX 2 - ESQUEMA D'ENTREVISTA

ESQUEMA D'ENTREVISTA A L'EQUIP PROFESSIONAL DEL SERVEI D'HABITATGE DE LA FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA DE GIRONA

- 1) En quines competències us baseu per escollir les que s'han de treballar amb les persones usuàries del servei d'habitatge? A on es poden trobar?
- 2) Quines són les competències més freqüents a treballar amb les persones usuàries del servei d'habitatge? Tenen a veure amb els hàbits saludables?
- 3) Quins són els principals motius pels quals tendeixen a sortir aquestes competències i no unes altres?
- 4) Quines són les principals dificultats que hi ha per treballar els hàbits saludables amb les persones usuàries del servei d'habitatge?
- 5) Quines són les activitats que més potencieu des del servei?
- 6) Considereu que el suport que oferiu millora la qualitat de vida de les persones usuàries del servei d'habitatge?
- 7) Proposariu accions de millora en relació al treball que es realitza amb els hàbits saludables? Si és que sí, quines accions farieu?

12.3. ANNEX 3 - CONSENTIMENT INFORMAT

CONSENTIMENT INFORMAT⁷

DADES BÀSIQUES SOBRE EL TREBALL FINAL DE MÀSTER DE PSICOPEDAGOGIA
Temàtica:
Els hàbits saludables en les persones amb Trastorn Mental Sever (TMS) del servei d'habitatge de la Fundació Privada Drissa.
Objectiu principal del Treball Final de Màster:
Conèixer els hàbits reals de les persones amb TMS del servei d'habitatge de la Fundació Drissa de Girona i transformar-los, a través d'un projecte d'hàbits saludables, per millorar la seva qualitat de vida.
Investigadora:
Loida Gumà Bayà amb DNI 40370588E
Universitat:
Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
Descripció de la recerca:
D'una banda, es vol determinar quins són els hàbits que tenen les persones amb TMS vinculades al servei d'habitatge de la Fundació Drissa, i també conèixer la feina que realitza l'equip professional del servei per treballar aquests aspectes amb les persones usuàries.
Descripció de la participació que se sol·licita:
Se sol·licita a l'equip professional del servei d'habitatge que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Col·labori en l'administració d'un qüestionari a totes les persones usuàries del servei. 2. Participi en una entrevista per conèixer el seu punt de vista sobre el treball dels hàbits saludables amb les persones usuàries. Aquesta entrevista serà gravada perquè la investigadora pugui examinar-la posteriorment.
Divulgació:
El Treball Final de Màster (TFM) es lliura al tribunal d'avaluació de l'assignatura.
Confidencialitat:
Les dades recollides es tractaran amb la màxima confidencialitat d'acord la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades personal i garantia dels drets digitals.
Tant el qüestionari com l'entrevista es completaran de forma anònima i en cap cas es publicaran, però si el tribunal d'avaluació ho sol·licita podran tenir accés als instruments completats.

⁷ Aquest document se signa per duplicat. L'investigadora n'ha de conservar una còpia i lliurar l'altra a les persones participants.

Nosaltres,

-
-
-
-
-

-
-
-

Com a membres de l'equip professional del servei d'habitatge de la Fundació Drissa, hem llegit aquest full d'informació amb les dades bàsiques sobre la recerca del Treball Final de Màster de la Loida Gumà.

Hem pogut aclarir els dubtes sobre aquesta recerca i hem rebut suficient informació sobre l'estudi. Prestem lliurement la nostra conformitat per participar en l'estudi i donem el consentiment per l'accés i utilització de les nostres dades en les condicions detallades en aquest document.

Firmes participants	Firma autor/a

Girona, 4 de desembre de 2020.

12.4. ANNEX 4 - IT-61

FUNDACIÓ DRISSA	HABITATGE		IT-61
MANUAL D'INSTRUCCIONS DE TREBALL		Nº Rev. 3	Pàgina 1 / 4
DEPARTAMENT: SOCIAL			
INSTRUCCIÓ OPERATIVA			RESPONSABLE

<p><u>Normativa</u> Llar amb suport i Programa autonomia a la pròpia llar (PSALL) i SAD segons normativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decret 176/2000, de 15-05-2000, de modificació del Decret 284/1996, de 23-07-1996, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. - Ordre BES/12/2002 de 14 de gener, per acreditar entitats per serveis comuns en malaltia mental i programa autonomia a la pròpia llar. - Ordre 20 d'abril de 1998, on s'estableix el programa d'ajuts per a l'accés als habitatges amb serveis comuns per a persones amb disminució derivada de malaltia mental - Llei 39/2006 de promoció de l'Autonomia Personal i atenció a les persones en situació de dependència. - La llei 12/2007 d'11 octubre de serveis socials - Decret 142/2010 d'11 octubre de la cartera de serveis socials <p>Està registrada en el document Control de documentació externa (IMP-0601).</p> <p><u>Beneficiaris</u> Per accedir al recurs s'ha de fer sol·licitud a l'Administració (en el cas de llar concertada i de PSALL) o a la mateixa Entitat, en el cas del SAD privat.</p> <p><u>Organització Servei</u></p> <p>A. Llar amb suport: .-S'inicia el servei quan la persona amb ok de l'Administració és derivada al servei d'acollida d'habitatge de la fundació.</p> <p>1.-s'obre un expedient, en què hi constarà: dades personals de l'usuari; nom i adreça de la família, o del representant legal/tutor, en cas d'estar incapacitat; certificat mèdic d'un psiquiatre que acrediti que no requereix atenció sanitària continuada i que pot desenvolupar les activitats de la vida diària només amb supervisió externa; pla de suport a la persona (IMP-IT-6101), amb les actualitzacions trimestrals de seguiment. nom amb adreça professional del psiquiatre responsable del control psiquiàtric de l'usuari, i del centre d'aguts de referència; seguiment del compliment de visites al psiquiatre o altres facultatius i control de la seva realització; fotocòpia de la documentació referent a l'assistència sanitària de caràcter públic o privat; medicació habitual actualitzada; contracte assistencial amb l'usuari (IMP-2800).</p> <p>2.- El primer dia de servei l'usuari farà una autoavaluació de competències que quedarà registrada a les enquestes del Midue. Durant el primer mes d'estada al servei es farà una avaluació de competències per part de l'equip d'habitatge que s'introduirà com a enquesta lligada a valoracions al Midue.</p> <p>3.-Al cap d'un mes, com a màxim, d'haver entrat a la llar amb suport es realitzarà el pla atenció a la persona (IMP-IT-6101). Aquest pla d'atenció a la persona ha de</p>	<p>CAP ÀREA SOCIAL I ELS PROFESSI ONALS DE SUPPORT ASSIGNA TS AL SERVEI</p>
---	---

sorgir d'encreuar les dades de l'autoavaluació de competències de l'usuari i de l'avaluació de competències feta per l'equip d'habitatge i es fa d'acord amb l'usuari i signant-lo perquè en quedi constància. Aquest pla d'atenció a la persona es penjarà als documents del Midue. També es realitzarà el Pla d'actuació en situació de crisi o descompensació (IMP-IT-6006). Aquest pla de descompensació només s'elabora quan hi ha descompensacions o ingressos psiquiàtrics recorrents, a criteri del professional.

4.- Un cop finalitzat cada servei, es tanca via midue. Dins de cada servei es poden introduir observacions i/o incidències.

5.- Setmanalment es valoraran els objectius marcats en el pla d'atenció a les persones a les valoracions del Midue.

6.-Setmanalment es fa una reunió de tot l'equip d'habitatge per tal de coordinar les accions pertinents segons els objectius de cada usuari.

7.-Periòdicament, segons necessitats detectades, es realitzen reunions de coordinació entre els diferents serveis assistencials externs.

8.-Trimestralment s'avalua el compliment d'objectius tenint en compte les valoracions que s'han anat fet setmanalment a través del pla de suport a la persona (IMP-IT-6101), i les noves necessitats que hagin pogut sorgir.

9.-Anualment caldrà passar l'Enquesta de satisfacció que es troba en el midue a fi de valorar la satisfacció dels usuari/es.

10.- Anualment es farà una revisió de l'avaluació de competències per part de l'equip d'habitatge com a enquesta lligada a les valoracions del Midue. També es tornarà a fer, anualment, l'autoavaluació de competències per part de l'usuari/a a les enquestes del Midue.

La baixa del servei pot ser per diferents motius que queden registrats a la situació de l'operari al midue.

B. Programa d'autonomia a la pròpia llar:

.- S'inicia el servei quan la persona amb ok de l'Administració, es derivada pel servei d'acollida d'habitatge de la fundació

1.- s'obre un expedient en què hi constarà: dades personals, nom i adreça de la família, o del representant legal/tutor, en cas d'estar incapacitat; Certificat mèdic d'un psiquiatre que acrediti que no requereix atenció sanitària continuada i que pot desenvolupar les activitats de la vida diària només amb supervisió externa i medicació habitual; Fotocòpia de la documentació personal i sanitària de caràcter públic o privat; el pla atenció de suport a la persona-PAP (IMP-IT-6101), i el contracte assistencial (IMP-2800).

2.- El primer dia de servei l'usuari farà una autoavaluació de competències a les enquestes del Midue. Durant el primer mes d'estada al servei es farà una avaluació de competències per part de l'equip d'habitatge. Aquesta avaluació de competències es farà com a enquesta lligada a les valoracions del Midue

3.- Al cap d'un mes, com a màxim, d'haver entrat al programa d'autonomia a la pròpia llar es realitzarà el Pla d'actuació en situació de crisi o descompensació (IMP-IT-6006). Aquest pla de descompensació només s'elabora quan hi ha descompensacions o ingressos psiquiàtrics recurrents, a criteri del professional.

4.- Es planifica la intensitat de cada servei depenent de les necessitats de cada cas,

5.- Un cop finalitzat cada servei, es tanca via midue. Dins de cada servei es poden introduir observacions i/o incidències.

6.-Setmanalment es valoraran els objectius marcats en el pla d'atenció a les persones a les valoracions del Midue.

7.-Setmanalment es fa una reunió de tot l'equip d'habitatge per tal de coordinar les accions pertinent segons els objectius de cada usuari.

8.-Periòdicament es realitzen reunions de coordinació entre els diferents serveis assistencials externs.

9.-Mínim anualment, s'avalua el compliment d'objectius del pla atenció de suports a la persona (IMP-IT-6101), i es signa.

10.-Anualment caldrà passar l'Enquesta de satisfacció que es troba en el midue a fi de valorar la satisfacció dels usuaris/es.

11.-Anualment es farà una valoració de competències per part de l'equip d'habitatge a les enquestes lligades a valoracions del Midue. També es tornarà a fer, anualment, l'autoavaluació de competències per part de l'usuari/a.

La baixa del servei pot ser per diferents motius que queden registrats a la situació de l'operari al midue.

<p>C .SAD (Servei d'atenció domiciliària)</p> <p>- S'inicia el servei quan hi ha l'ok de l'acollida del servei d'habitatge de l'entitat.</p> <p>- Es crea un expedient en paper i/o informàtic en que hi constarà com a mínim: les dades personals del/a usuària/a del servei i el model de contracte del servei de SAD</p> <p>- Es durà a terme el servei segons els horaris pactats en el contracte de servei</p> <p>En cas de servei a llarg termini:</p> <p>- El dia de l'acollida es farà a la persona usuària l'enquesta d'autoavaluació de competències.</p> <p>- Durant el primer mes es farà una avaluació de competències per part de l'equip professional</p> <p>- De l'encreuament de l'autoavaluació de competències i l'avaluació de competències de l'equip professional en sortirà el pla d'atenció de suport a la persona (IMP-IT-6101) que es pactarà i signarà amb l'usuari/a del servei (excepte en cas que es consideri que pot afectar a la qualitat del servei).</p> <p>- Mínim anualment es tornarà a fer l'autoavaluació de competències i l'avaluació de competències de l'equip professional del que en sortirà un nou pla d'atenció a la persona que es pactarà i es signarà amb la persona usuària del servei (excepte en cas que es consideri que pot afectar a la qualitat del servei).</p> <p>La baixa del servei pot ser per diferents motius que queden registrats a la situació de l'operari al midue.</p> <p><u>Impresos:</u></p> <p>Contracte assistencial (IMP-2800) Pla atenció de suport a la persona (IMP-IT-6101) Pla d'actuació en situació de crisi o descompensació (IMP-IT-6006)</p> <p><u>Indicadors</u></p> <ul style="list-style-type: none">- anàlisis d'incidències- nº incidències provocades per nosaltres- persones ateses a la llar- persones ateses al PSALL- persones ateses al sad- conversió a servei- Anàlisi d'enquestes de valoracions- Anàlisi d'objectius a treballar en funció de les enquestes- canvi de referent per usuari- canvis de referent per motius terapèutics	
---	--