

II Premis ACRA per a la millora del
benestar i qualitat de vida de la gent gran

**NOU MODEL
GEROASSISTENCIAL
D'ATENCIÓ
DEL
DOLOR**

ANY 2004

INDEX

1.INTRODUCCIÓ.....	.....
2.OBJECTIUS.....	.....
3.MARC TEÒRIC.....	.....
4.METODOLOGIA.....	.....
5.RESULTATS.....	.....
5.1- De l'estudi.....	.....
5.2-Des del punt de vista dels professionals.....	.....
5.3-En relació a protocols i registres.....	.....
CONCLUSIONS.....	.....
BIBLIOGRAFIA.....	.....

INTRODUCCIÓ

Actualment el nostre sector està immers en una constant expansió, evolució i especialització en l'atenció a les necessitats de la persona gran. L'increment de l'esperança de vida i l'augment evident de determinades patologies neurodegeneratives, així com l'atenció a la dependència, ha creat la necessitat dels canvis, per tal de donar resposta a la gran demanda social que està marcant el sector. Les noves disciplines professionals que interactuen en els processos d'atenció a la vellesa, tant l'àrea sanitària com social, consoliden les bases per una atenció geriàtrica i gereontològica integral i de qualitat a partir d'un abordatge interdisciplinari. Aquest treball en equip ens facilita poder entendre i atendre a la persona dins d'una visió global, des d'un aspecte bio-psico-social. A partir, doncs, d'aquesta filosofia i concepció, creiem que qualsevol problemàtica, patologia o situació ha de ser tractada pel conjunt de professionals que integren una institució. No hem d'oblidar que l'objectiu principal de les nostres intervencions és el d'assolir un benestar i una millora de la **qualitat de vida** de les persones amb les que treballem.

Si entenem com a qualitat de vida el fet de cobrir les expectatives que s'ha creat una persona al llarg de la seva vida, considerem que no podem oblidar un dels punts que afecta aquesta consecució de benestar : **el dolor**.

Per aquest motiu el nostre treball es centra en un **nou model d'atenció del dolor en l'atenció geroassistencial en persones institucionalitzades** des d'una perspectiva holística, des d'intervencions mèdiques i farmacològiques a intervencions de caràcter psicosocial i terapèutic. A partir d'aquí detallarem a nivell descriptiu les intervencions que es porten a terme des de totes les àrees per atendre el dolor a nivell específic. Simplement volem oferir un bon servei integral per a la persona resident a partir d'un model d'abordatge interdisciplinari, tractant el tema del dolor des de totes les perspectives possibles. Volem mostrar una manera de treball extrapolable a altres residències i inclòs àmbits d'intervenció, com podria ser el cas de l'àmbit de salut mental.

OBJECTIUS

OBJECTIU GENERAL

L'objectiu general del nostre treball és:

- Establir una intervenció interdisciplinari centrada en el dolor, perquè des de totes les àrees es pugui assolir un BENESTAR i una millora de la QUALITAT DE VIDA de les persones amb les que treballem.

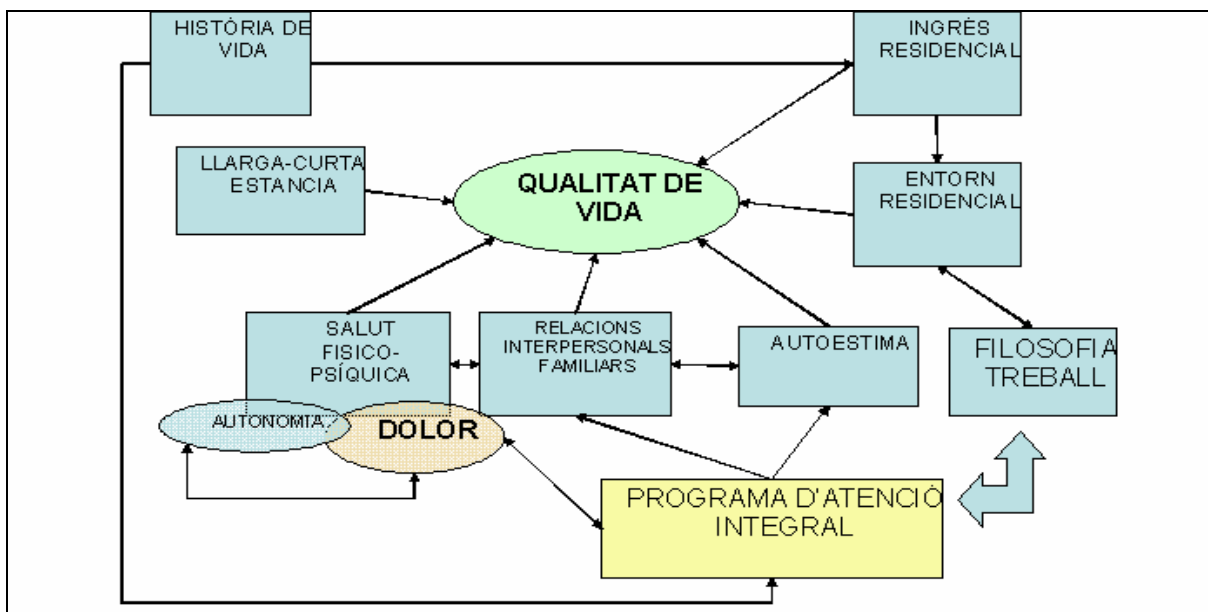
OBJECTIUS ESPECÍFICS

Els objectius específics són:

- Atendre el dolor en el seu sentit tridimensional: bio-psico-social, a partir d'un abordatge interdisciplinari.
- Millorar i reforçar l'aspecte psico-social del dolor crònic, no exclouent les actuacions sanitàries.
- Entendre el dolor com a causa de dependència física i psíquica .
- Relacionar el dolor amb percepció de salut i amb benestar.
- Relacionar el dolor amb estats depressius, agitacions, canvis de conducta...
- Definir actuacions indirectes. Incrementar l'autonomia en les activitats de la vida diària.
- Estimular a nivell cognitiu mitjançant activitats per tal de disminuir el temps de pensament en les limitacions de cada resident.
- Millorar l'estat d'ànim. La correlació de dolor, sentiment negatiu i estat d'ànim depressiu estan correlacionats.
- Atenuar l'ansietat i l'estrés que generen les pèrdues de les capacitats físiques i psíquiques (pèrdues de memòria, limitacions de la mobilitat, de comunicació...).
- Millorar l'estat general de la persona i el sentiment de salut.
- Proposar i aplicar tota una sèrie d'activitats adaptades a cada persona i a la situació actual en que es troba per tal d'incidir en les seves limitacions.
- Augmentar i mantenir l'autoestima

- Afavorir la individualitat del resident per a preservar la seva identitat, sentit de control, seguretat i ajudar-lo a creure en els seus propis recursos.
 - Controlar i evitar complicacions de les malalties cròniques.
 - Diagnosticar i tractar malalties agudes.
 - Prevenir i controlar els factors de risc que poden portar una malaltia mitjançant l'educació sanitària i la medicina preventiva.
 - Observar possibles canvis en el resident produïts per processos patològics per a detectar problemes de salut.
- Oferir una resposta satisfactòria de les necessitats, objectives i subjectives, dels usuaris de la nostra residència.
 - Partir d'uns valors ètics i morals on la dignitat de la persona gran serà el centre d'actuació de tots els professionals (codi deontològic).
 - Millorar la comunicació entre els membres de l'equip. Unificació de llenguatges.

QUALITAT DE VIDA DE LA GENT GRAN EN RESIDÈNCIES ASSISTIDES



Gràfica 1

La gràfica 1 reflecteix tots aquells factors que directa o indirectament s'interrelacionen i determinen la qualitat de vida de la persona gran institucionalitzada.

MARC TEÒRIC

En primera instància podríem definir el dolor com quelcom subjectiu, com una sensació desagradable que sovint ocasiona en la persona que el pateix canvis en l'estat d'ànim, en la conducta, a l'hora d'establir relacions amb els altres... Tots aquests factors no tenen únicament una vessant mèdica o sanitària doncs des de la nostre concepció, el terme dolor queda molt relacionat amb termes com qualitat de vida i benestar.

Segons la definició de la AIED (Associació Internacional per l'estudi del dolor) es defineix el concepte de dolor com *“una experiència sensorial i emocional subjectiva desagradable, associada a una lesió tissular real o potencial i sol ser un dels símptomes més comuns que es presenten en el procés de qualsevol malaltia”*.

La classificació més comú de dolor sol diferenciar dos categories:

- 1- Dolor agut: Es produeix per una estimulació nociva. Es d'aparició sobtada i pot durar un període variable de temps, sempre inferior a sis mesos. És important saber que aquest dolor agut és protector. És un signe d'alerta que precisa d'un abordatge ràpid. Presenta signes clínics com augment de la freqüència cardíaca, augment de la tensió arterial...
- 2- Dolor crònic: És de llarga duració, sis o més mesos. Sobrepassa el problema que va originà el dolor i no té propòsit biològic útil. És freqüent que el pacient no se'n recordi quan va començar. No solen presentar signes clínics de dolor. El pacient el pot arribar a viure com quelcom sense sentit, i pot observar-se aïllament, depressió, ira, dependència...En aquest cas el dolor deixa de ser conseqüència de malaltia i passa a ser causa de dependència.

En l'actualitat existeixen moltes dificultats per establir una definició o un marc conceptual entorn el dolor geriàtric. Són molts els estudis i la bibliografia trobada al respecte però des de visions molt més àmplies i aplicades més a l'àmbit de la medicina general que no pas a l'àmbit geriàtric o residencial. D'aquí la dificultat de tot un grup de treball interdisciplinari per establir un punt de partida en

aquest projecte doncs les percepcions sobre el terme dolor difereixen si l'àrea d'intervenció és de caire mèdic o social-terapèutic.

El nostre projecte reflecteix una metodologia de treball que es centra en oferir un servei integral per a la persona a partir d'un model d'abordatge interdisciplinari, tractant el tema del dolor, concretament de tipus crònic, des de totes les perspectives possibles. Qualitat de vida implica també no patir dolors a la vellesa.

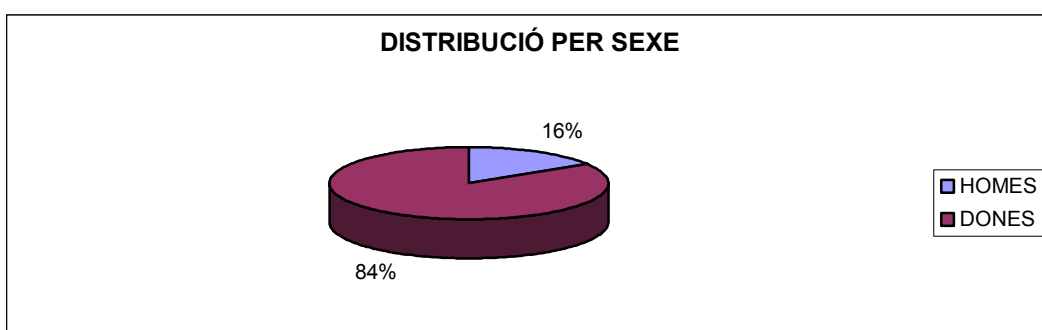
Partint de la definició de dolor, hem d'aturar-nos i reflexionar en l'aspecte subjectiu que és mantindrà latent en tot el projecte. Qualsevol percepció dolorosa estarà condicionada per la interacció de les característiques pròpies de cada persona, experiències viscudes, personalitats, estats anímics... Hi trobarem múltiples respostes davant estímuls o situacions similars. O dit d'una altra forma, ningú entén el dolor de l'altre. Descriure amb paraules allò que sentim es veritablement difícil.

Diferents estudis demostren de la importància de l'estat d'ànim en el sentiment de percepció del benestar i, conseqüentment, el grau de sensació del dolor. El grau de dolor que hom pot tenir ve determinat per la pròpia experiència de la persona. Això és el que es coneix com a sensació subjectiva. No s'ha d'oblidar que el dolor crònic modifica el comportament de la persona, altera les seves capacitats i sovint provoca situacions de patiment i pèrdua d'autonomia. Per tractar el dolor es necessita, primerament, conèixer la seva procedència i intensitat, per tal d'aplicar una teràpia adequada entorn diferents camps d'actuació. I conèixer a la persona ,doncs, no podem oblidar que les nostres intervencions aniran encaminades des de la mateixa persona i per la persona. Des d'aquesta vessant, treballarem a partir de dinàmiques i actuacions que poden afavorir la disminució del dolor, en especial el dolor crònic. Cal, però, no oblidar un factor important que té a veure en aquestes àrees de treball : el dolor emocional. La seva apreciació és complexa. En molts dels casos això es degut a la falta de comunicació i el deteriorament cognitiu que pateixen molts dels nostres residents. Així doncs, sota aquesta perspectiva i un cop determinat l'objecte d'estudi del nostre projecte es comença a recollir dades des de totes les àrees per intentar establir nivells de

connexió entre dolor, estat de salut i/o percepció de benestar dels nostres residents. Alhora que es comparava amb altres variables com: mobilitat, cura personal, activitats de la vida diària i ansietat.

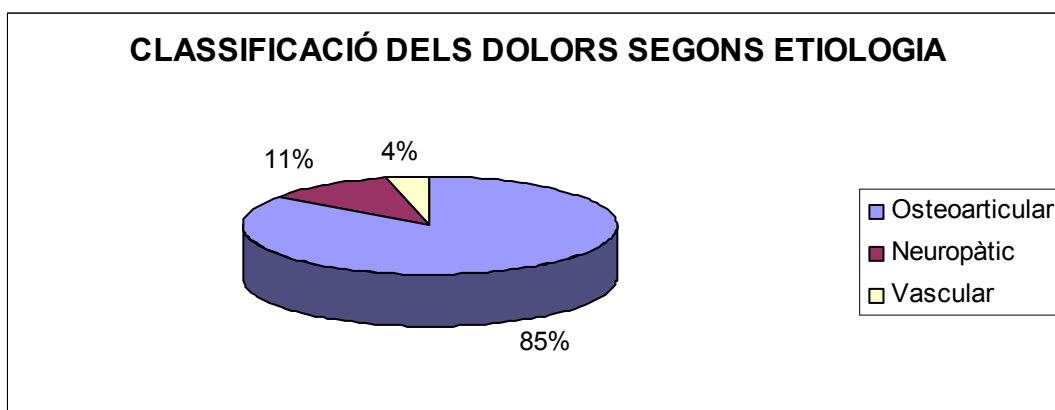
Els diferents tests, proves i enquestes passades a un grup de 24 persones, triades a l'atzar amb tipologies i patologies varies comencen a donar diferents variables que eren difícils de contrastar. Científicament, no arribàvem a cap conclusió en comú des de totes les àrees.

Les següents gràfiques volen il·lustrar la població estudiada.



Gràfica 2

A la gràfica 2, observem, com a dada merament descriptiva, el predomini de dones respecte homes . També dir, que la mitja d'edat és de 85,29 anys.

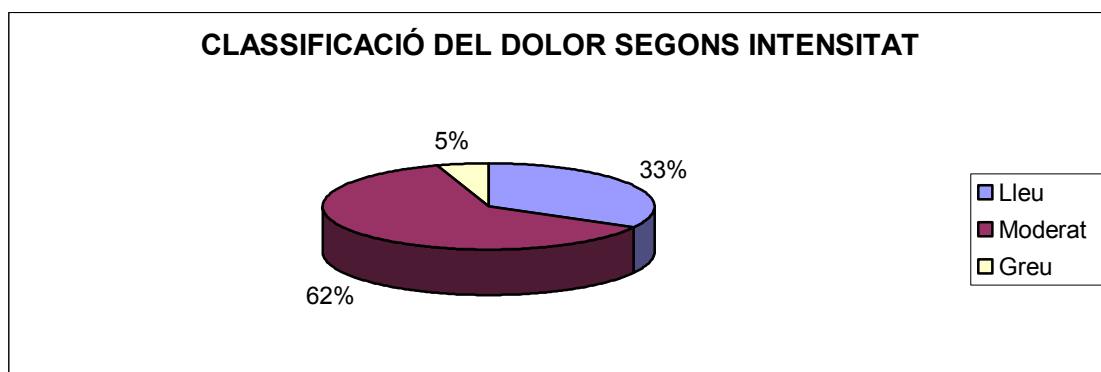


Gràfica 3

A la gràfica 3 veiem la distribució dels dolors més freqüents segons etiologia. Observem que la majoria dels dolors crònics recauen a nivell de l'aparell locomotor.

A partir dels resultats, vam constatar que els dolors lleus no eren invalidants, i que els dolors greus, en canvi, sí que repercutien en les activitats bàsiques de la

vida diària. Però també vam veure que els dolors moderats poden ser o no invalidants, i que conformen el 62% de la nostra mostra (gràfica 4).



Gràfica 4

Finalment, únicament es va concensuar una vegada més, que el dolor, entès des totes les àrees i des cada persona és quelcom Subjectiu. Buscar les relacions que poden existir entre diferents variables pot arribar a desviar-nos del nostres objectius.

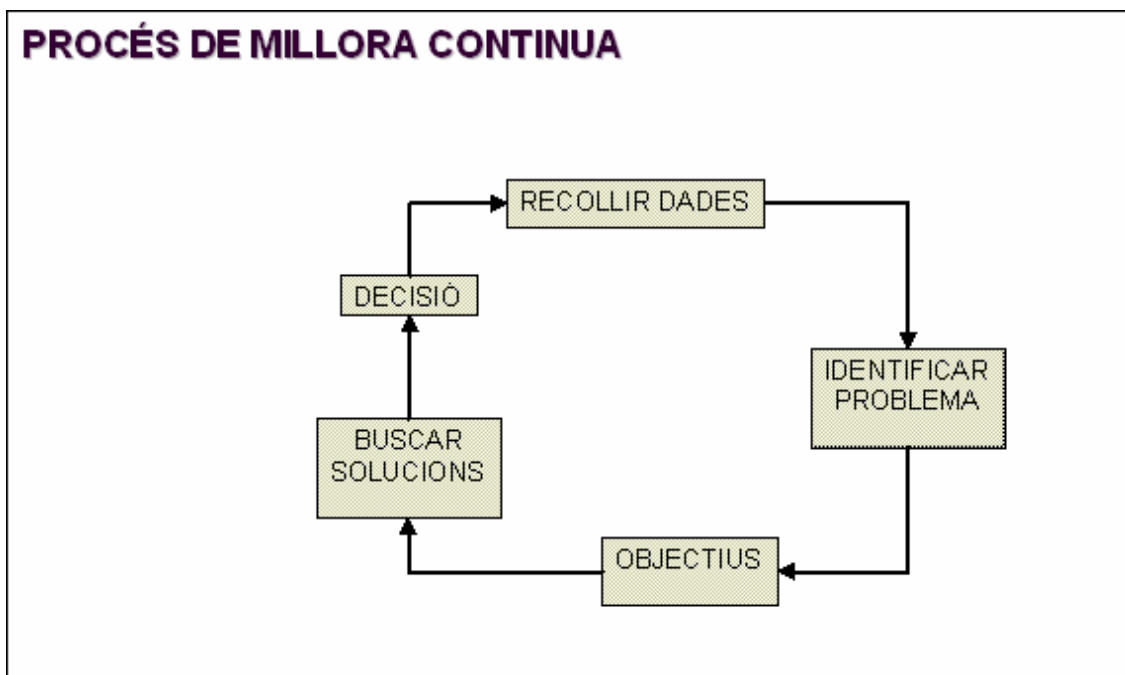
METODOLOGIA

El treball interdisciplinari és la base d'una atenció integral que vol cobrir les necessitats objectives i subjectives de cada persona, a partir d'una metodologia de treball basada en donar qualitat assistencial i així atendre a la persona gran en un marc real de qualitat de vida i benestar.

El treball interdisciplinari és l'eix principal de la nostra proposta, el que posa de manifest la importància del treball en equip dintre dels processos d'atenció de la persona gran institucionalitzada. En un altre punt volem remarcar la importància d'una filosofia de treball que unifiqués els criteris i esforços de cada professional. És imprescindible que aquesta filosofia de treball es faci evident en les actuacions de tots els treballadors d'una institució, perquè en el fons som persones al servei de persones, amb les nostres funcions i responsabilitats.

És aparentment fàcil **identificar** aquells usuaris que pateixen dolor crònic. Però trobem més dificultats quan parlem d'aquelles persones que pateixen deterioraments cognitius moderats i greus, on **l'observació** per part de totes les persones que treballen en el centre, pren la seva major importància. Observarem canvis de conducta, plors, crits, agitació, insomni...

En aquest sentit és necessari la **valoració del dolor**. Com qualsevol intervenció que realitzem, cal buscar una metodologia de treball. Veiem que part de la nostra feina és la de recollir dades. Però hem d'intentar que això ens serveixi per identificar problemes i avaluar-los. En el tema que tractem caldrà avaluar l'evolució del dolor per planificar una sèrie d'intervencions que després d'un temps establert s'ha de revisar i reconduir en aquells casos que persisteixi el problema. És el que es coneix com **procés de millora continua** (gràfica 5).



Gràfica 5

No obstant això, per tal de dur a terme aquest procés avaluatiu, hi ha un element imprescindible i necessari : el procés de recollida d'informació i la seva materialització mitjançant els instruments per poder registrar-la. Tot procés d'avaluació implica recollir informació pel que fa allò que es vol avaluar. No es

tracta de recollir quanta més informació, sinó que aquesta informació ha de caracteritzar-se per ser rellevant i exhaustiva respecte a allò que es vol avaluar. Una vegada es concreta la classe d'informació necessària, s'ha de determinar o establir el procediment o tècnica d'avaluació a triar o, tal i com és el nostre cas, crear instruments adequats. Un dels instruments de recollida d'informació és el següent registre del dolor.(gràfica 6)

REGISTRE DEL DOLOR		
NOMS I COGNOMS:	_____	
DATA:	_____	
HORA:	_____	
QUEIXA DEL DOLOR	VERBAL	GESTUAL
LOCALITZACIÓ:	_____	
CAUSA:	_____	
MESURES PRESES:	FÀRMACS	<input type="checkbox"/>
	FREGUES	<input type="checkbox"/>
	CANVI POSTURAL	<input type="checkbox"/>
	CONVERSA	<input type="checkbox"/>
	ALTRES	<input type="checkbox"/>
MILLORA DE LA QUEIXA	SI	NO

Gràfica 6

El procés avaluatiu ha estat patent al llarg de tot el procés d'intervenció sobre el dolor. El component bàsic d'aquest procés, com ara la informació, l'anàlisi-valoració, juntament amb la reflexió sobre els resultats, actuen una i altre vegada formant una espiral "informativa-valorativa-reflexiva", on cada vegada que comença aquest cicle continu, es fa sobre l'anterior, amb nous elements que l'enriqueixen. S'estableix d'aquesta manera un *feed-back* informatiu que va interactuant en tots aquells que intervenen : residents, auxiliars, due, fisioterapeuta... i que repercuteix, alhora, en la millora del procés d'intervenció i en les actuacions de tots els agents implicats.

No oblidem que la població geriàtrica és caracteritzada generalment per tenir pluripatologia, i per tant, diferents problemàtiques, entre elles el dolor, que seran causa dels diferents síndromes geriàtrics. El més clar, seria el síndrome d'immobilitat, com a primera reacció defensiva de l'organisme davant el malestar

que provoca el dolor, i que a la vegada desemboca en una ràpida pèrdua de capacitats i a una pèrdua d'autonomia.

Entenem com **equip de treball** conjunt de persones que treballen amb objectius generals comuns. Definim diferents àrees d'atenció, que a continuació exposem:

ÀREA MÈDICA

La finalitat de la nostra àrea és valorar els següents paràmetres :

- Identificar canvis de l'estat de salut dels residents..
- Pautar medicació: analgèsics, antiinflamatoris, i antidepressius,. (en el casos de dolor).
- Avaluació de l'eficàcia del tractament.
- Derivació a altres professionals.
- Seguiment del curs evolutiu del dolor.

ÀREA D'INFERMERIA

1- Valoració inicial. Recollir la informació.

2- Actuació:

1.Tractament no farmacològic:

- Eliminar l'estímul que origina el dolor.
- Repòs.
- Alleugerir el dolor amb fregues, massatges, aplicació de fred i calor.
- Cures tòpiques.
- Canvis en la dieta: dieta tova si el dolor es visceral.
- Suport psicològic i reforç positiu.
- Derivació a altres membres de l'equip interdisciplinari o especialistes.

2. Tractament farmacològic.

- Administració de medicació puntual actuant segons protocols.

- Seguiment de les pautes de medicació establertes per la doctora fins a nova valoració.
- Administració de placebos: En casos puntuals poden resoldre problemes momentanis, però no s'ha de fer un ús indiscriminat.

3.Avaluació i control.

Un cop feta la recollida de dades, l'exploració física i l'actuació, hem de valorar i controlar depenent si el dolor és agut o crònic, l'eficàcia del tractament. Farem un altre valoració on el resident ens indicarà si el dolor a millorat, en quina intensitat o si a desaparegut.

Mitjançant el mètode observacional podrem valorar de nou les expressions facials, els canvis posturals, la millora de l'estat generals, la participació en les activitats de la vida diària i la resposta al dolor.

ÀREA DE FISIOTERÀPIA

Farem servir les següents tècniques, prèvia valoració i elecció de la més adequada.

1- Massatge

2-Mobilitzacions articulars: L'estimulació dels propioceptors articulars (via ràpida) sobretot en dolors crònics.

3-Inmobilitzacions

4- El repòs

5-Tècniques de relaxació

6- Psicomotricitat i activitat física

Seran dues activitats grupals de l'àrea de fisioteràpia que actuaran sobre el dolor, ja sigui prevenint-lo, com aliviant-lo. L'explicació d'això la simplificarem ens uns quants punts:

- qualsevol activitat requereix una concentració i atenció que desfocalitza l'atenció que el resident pot tenir sobre el dolor
- relacionar-se i trobar-se bé, és una forma de fer més tolerable dolors de tipus crònic

- el moviment com estimulador dels receptors propioceptius, és per si mateix, una via fisiològica de disminució del dolor
- evitar l'atrofia, i en poques paraules, la inactivitat durant el dia, evitar l'aparició de dolors articulars característics de malalties com l'artrosi.

7- Termo-crio-electroteràpia:

- **Infrarojos**
- **Bany de parafina**
- **Cold Pack**
- **Ultrasons**
- **Microones**
- **TENS**

ÀREA DE TERÀPIA OCUPACIONAL

Des d'aquesta àrea es vol observar com interfereix el dolor alhora de realitzar una activitat. Per aconseguir-ho farem ús de la informació rebuda per part de la persona i de la observació de la seva conducta (agitació, plors, tristesa, angoixa...) durant l'execució d'una determinada tasca. Cal tenir en compte que hi ha persones que per afectació cognitiva tenen molta dificultat per manifestar el seu dolor.

ÀREA DE TREBALL SOCIAL

El dolor produeix una sèrie de situacions a l'entorn del malalt que per la seva complexitat cal abordar-les per l'equip interdisciplinari del centre.

Les experiències doloroses en les persones grans requereixen una especial atenció, observació i valoració que ens permetin mesurar com els afecta a la seva vida habitual.

El dolor pot fer que la persona gran pateixi angoixa, ansietat o es trobi en un estat depressiu. Davant d'aquestes situacions l'àrea de Treball Social actua

potenciant el nexa d'unió i suport positiu que per al resident és la figura de la família, amics, veïns o coneguts, promovent la implicació i participació d'aquests en la dinàmica del centre i en les seves activitats.

També, s'ofereix a la família i referents la informació i formació oportuna en quant a pautes i comportaments davant actituds de dolor del familiar.

ÀREA DE PSICOLOGIA

S'encarrega d'analitzar i treballar les influències biològiques i socials sobre el comportament de la persona a partir d'intervencions com els programes d'atenció a les persones amb deteriorament cognitiu i el programa de suport emocional.

ÀREA D'ANIMACIÓ PSICOESTIMULATIVA

Es treballa a partir d'intervencions encaminades a cobrir les necessitats detectades sobre el conjunt dels nostres residents, preservant, mantenint, i potenciant les capacitats cognitives i motores que contribueixen activament a la qualitat de vida d'aquestes persones.

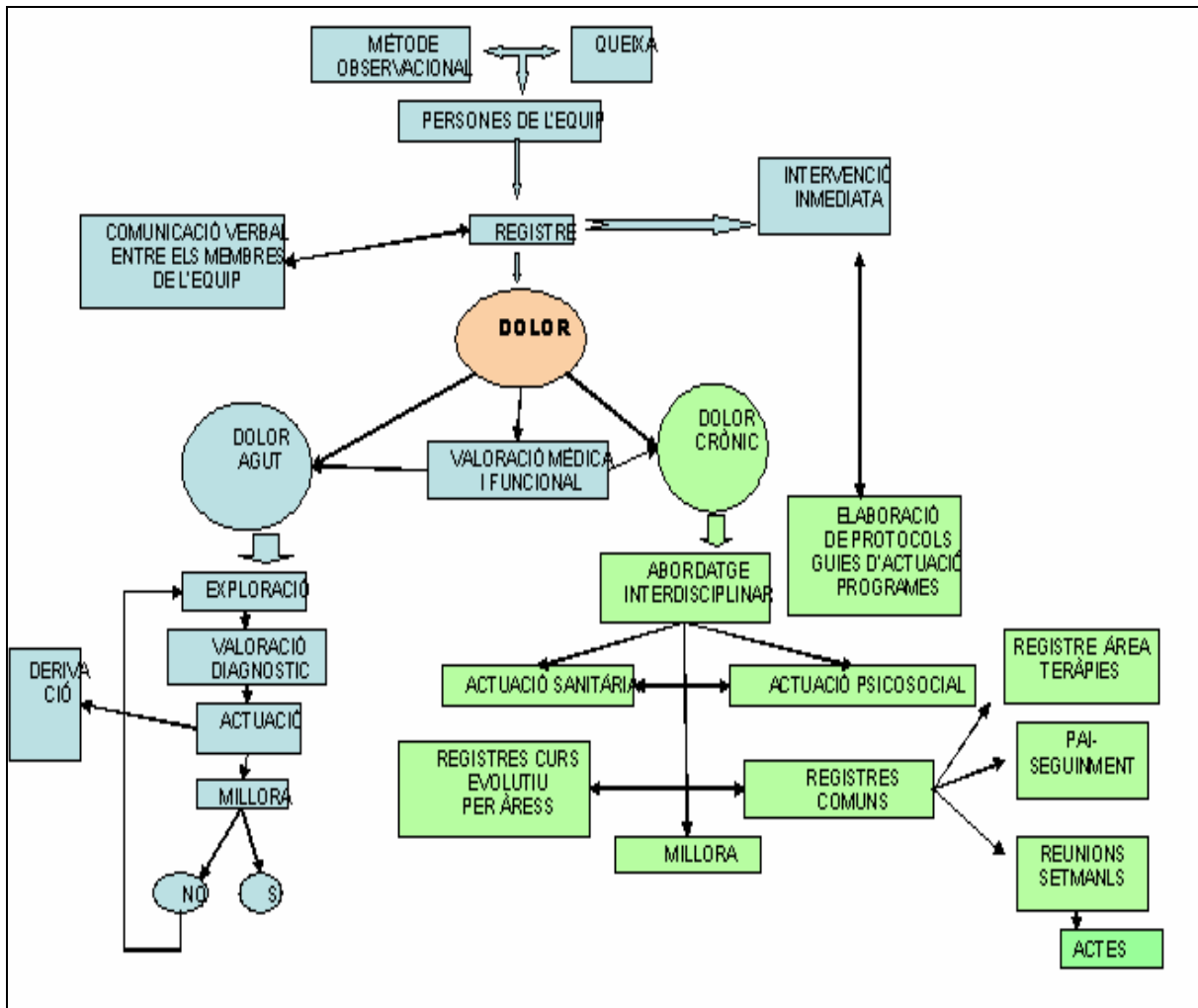
ÀREA DE GEROCULTORS

Actuacions encaminades a cobrir i atendre les necessitats més bàsiques de la vida diària, pautades i amb directrius de l'àrea d'infermeria i de l'àrea mèdica. Quan parlem d'intervencions que atenen i donen resposta a les Activitats bàsiques de la Vida Diària ens referim també a aquells aspectes no tan relacionats amb temes d'higiene i cura personal. Remarcant que, precisament, és a partir d'aquesta àrea quan moltes vegades es detecten en primera instància els canvis en els residents, palpables a nivell verbal, rictus, comunicació no verbal...

Altres actuacions:

- Tractament farmacològic : administració de fàrmacs segons protocol.

- Tractament no farmacològic :
 - Suport emocional i psicològic.
 - Capacitat d'escolta, diàleg i comunicació.
 - Contacte permanent amb el resident.
 - Derivació a altres professionals.
 - Tècniques per desfocalitzar el dolor.



Gràfica 7

La gràfica 7 esquematitza tot el procés d'atenció del dolor crònic, des de la seva :

- **Detecció**, ja sigui mitjançant l'observació o la pròpia queixa del resident a qualsevol persona de l'equip.

- **Registre del dolor.**
- **Valoració mèdica i funcional:** Per determinar el tipus de dolor i les seves repercussions immediates.
- **Abordatge interdisciplinari. Reunions setmanals.**
- **Valoracions, actuacions i registres per àrees. (Història clínica).**
- **Vies de comunicació entre professionals:**

1. Part d'incidències/ Registre de dolor.
2. Reunions setmanals amb resta d'equip. (Actes): Serveixen per compartir opinions, unificar esforços i determinar actuacions de les diferents àrees.
3. PIAI-seguiment.
4. Registre àrea de teràpies (gràfica 8): Eina que engloba totes les activitats grupals.

SEGUIMENT INDIVIDUAL ÀREA DE TERÀPIES																					
NOM I COGNOM: _____										MES: _____											
DATA	Activitat Física	Psicomotricitat	Tractament individual fisio.	Taller psicomotricitat manual	Taller AVD	Tractament individual TO.	Taller de memòria	Panell psicoestimulatiu	Psicoestimulació	Orientació a la realitat	Fluïdesa verbal	Cafè-Tertúlia	Assamblea	Coral	Sortides	Bingo	Jocs recreatius	Expressió manual i artística	Lectura de notícies	Biblioteca	
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																					

5. Educadora Social Terapeuta Ocupacional Fisioterapeuta

- En la nostre institució, el dolor d'un resident no impedeix ni limita la seva participació en la vida i desenvolupament del centre. És més, en la major part dels casos, quan els nostres residents ocupen el seu temps, disminueix la sensació i percepció del dolor. El focus d'atenció queda desplaçat a partir d'un ambient adaptat i integrador. Malgrat tot, en altres casos, el dolor es manté tot i que això no

impedeix ni limita la participació. I per últim existeixen també aquelles persones que no participen mai o deixen de fer-ho degut a un cert sedentarisme i fins i tot enquilosament.

- Qualsevol actuació és complementària a les actuacions sanitàries ja que reforcem els seus efectes. En alguns casos s'ha pogut reduir, fins i tot, la medicació sense objectivar canvis en l'estat del resident.

- Els diferents tests qualitius i quantitius emprats per mesurar el terme dolor, en el nostre context, no són aplicables a nivell general i no els podem classificar com a eines de valoració objectives degut a la complexitat de l'individu i de la seva pròpia percepció del dolor.

- El grau de percepció i apreciació del sentiment de dolor varia segons el moment del dia, inclús depèn de la persona que ho preguntis al resident la resposta serà una o altre.

- L'aplicació d'un registre del dolor com a eina d'identificació del problema i un consegüent seguiment funciona per tal de detectar en primera instància casos d'agudització del dolor crònic.

RESULTATS

De l'estudi :

- Pensem que no podem centrar el tema del dolor, únicament, a conceptes mèdics i farmacològics. Segons les nostres dinàmiques i context, la part més terapèutica i social pren important paper a l'hora d'abordar el tema que ens ocupa. Farmacologia i activitats han d'anar acompanyades. Cal reforçar les nostres actuacions per poder aconseguir els objectius proposats.

- Els dolors que originen incapacitat funcional cal tractar-los des de totes les àrees ja que hi ha una relació directa entre autonomia i qualitat de vida que no només es pot aconseguir (o no s'hauria d'aconseguir únicament) amb el subministrament de fàrmacs.

- El dolor és quelcom subjectiu, difícil d'abordar però no impossible, si el tema es tracta des de la persona i per a la persona objecte d'intervenció. Cal partir del coneixement d'aquesta, de com és, de les seves necessitats i expectatives per tal de poder planificar i dur a terme intervencions encaminades a oferir un bon servei

integral a la persona. La qualitat de vida i el benestar són els dos valors més importants a aconseguir en geriatria.

- Les dificultats de comunicació o la imprecisió de les explicacions per part dels residents fa que una observació minuciosa sigui la clau principal per interpretar e identificar la varietat de situacions on s'emmarca el dolor. En especial, en els casos on els residents pateixen un deteriorament cognitiu important.
- Per aquest motiu, creiem que en molts casos, el mètode observacional ens serveix per detectar canvis en els nostres residents.

Des del punt de vista dels professionals :

- Les intervencions que es porten a terme des de totes les àrees, la filosofia de treball, el conviure amb múltiples disciplines, parlant des del punt de vista professional, possibilita un feed-back continu i un contacte permanent a l'hora d'abordar diferents temàtiques, en aquest cas el dolor.
- Sembla contradictori però la varietat de visions aporta intervencions més específiques i actuacions molt planificades i dissenyades. El diàleg i el consens són l'eina necessària per unificar criteris i delimitar els rols de cada professional.
- Som persones al servei de persones, on cadascú té una percepció personal de les seves funcions i actuacions. Així es defineix la nostre filosofia de treball i en conseqüència el funcionament intern del centre.

En relació a protocols i registres respecte el tema :

- Reforça la importància de les actuacions del conjunt de professionals que integren l'equip interdisciplinari.
- És una via de comunicació directa entre professionals per tal de, posteriorment, prendre decisions i encaminar les nostres actuacions.
- És una constància escrita dels aconteixements que esdevenen en un centre en relació el sentiment de salut i benestar dels nostres residents.
- El personal queda involucrat en la presa de decisions que s'adopten per paliar o millorar el sentiment de salut dels nostres residents.

CONCLUSIONS

Abordar el concepte de dolor des d'una vessant interdisciplinària i des d'un model geroassistencial sembla complex. La diversitat de conceptes que sorgeixen dels propis tecnicismes professionals dificulten l'establiment d'una definició absoluta i global. D'altra banda, la percepció i apreciació del sentiment del dolor, per la pròpia persona i pel mateix professional, és quelcom subjectiu. Per tant, únicament, podem consensuar que tant les actuacions mèdiques i farmacològiques com les actuacions de caire més psicosocial són una manera eficaç, en el nostre cas, d'abordar interdisciplinàriament el dolor entès des d'una manera global.

Podem afirmar a partir d'aquest estudi que el dolor d'un resident no impedeix ni limita la seva participació en la vida i desenvolupament del centre. És més, en la majoria de casos en que els nostres residents ocupen el seu temps, disminueix la sensació i percepció del dolor. Així, les actuacions de cadascun dels professionals es reforçaran entre elles mateixes consolidant d'aquesta manera un equip sòlid de treball.

No presentem un model definitiu amb el qual paliar els efectes del dolor en la persona gran institucionalitzada sinó que a partir de la nostra filosofia de treball i a partir del dia a dia del mateix centre intentem oferir estratègies per a dur a terme intervencions basades en la consecució de la qualitat de vida d'aquesta població, actuant en aquest cas, sobre el dolor i sobre totes aquelles patologies i/o limitacions que esdevenen en la persona gran.

L'aplicació de registres elaborats pel conjunt de professionals ens permeten identificar i detectar els problemes i canvis que pateixen els nostres residents i a la vegada, ens permeten unificar criteris i consolidar l'equip de treball. D'aquesta manera el professional pot elaborar una visió més específica del resident i ajustada a les necessitats específiques de cada persona.

Cal destacar que aquesta d'actuació estableix els paràmetres i camps d'actuació de cada professional a partir de l'enriquiment de tot l'equip i que en cap cas limita o diferencia camps d'actuació. Es creen, per tant, nous models d'intervenció basats en l'atenció integral a l'usuari garantint un nivell òptim de Benestar dins el Projecte de Vida de cada persona.

BIBLIOGRAFIA

- Moizeszowick, J. (1998). *Psicofarmacología y psicodinámica. Estrategias Terapéuticas y Psiconeurobiológicas*. Barcelona : Paidós
- Moizeszowick, J. (2000). *Psicofarmacología y territorio freudiano*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Nº 21. Barcelona : Paidós.
- Amarrou, P. M. (1995). *La psicósomática del adulto*. Paidós : Barcelona.
- Morris, D. (1994). *La cultura del dolor*. Bello : Madrid.
- Bradley, P. (1999). *El manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Panamericana : Madrid.
- D'Alvia, R. (2001). *El Dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Barcelona : Paidós.
- Bennet, R. (1996). *Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients*. Boston : Little Brown.
- Pastor MA, López Roig S y Rodríguez Marín J. (1995). Dolor crónico: percepción y afrontamiento. *Revisiones en Salud Pública*, Vol. 4., 99-120.
- Pastor M.A. (1995). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. En J.M. Latorre (coordinador) *Ciencias Psicosociales Aplicadas*. Vol.2. Cap. 9. Madrid: Síntesis. pp. 125-132.
- Pastor MA, López Roig S, Rodríguez Marín J, Terol MC, Salas E y Sánchez S (1995). Percepción y demandas de información en enfermos reumáticos. En Conde Vieitez J y De Pedro A. *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida*. Salamanca: Eudema. pp. 531-537.
- Flórez Tascón, F. (1987). *Dolor*. Madrid : Idepasa