

DESCRIPCIÓ I VALORACIÓ DELS USUARIS I DELS RECURSOS DELS CENTRES DE DIA

Descripció i valoració dels usuaris i dels recursos dels centres de dia

Antonia M. Abellán García
Maria Elena Gimeno Domènech
Caterina J. Massutí Sureda
Jordi Parramon Coma

*(A José Antonio Delgado i a
Julián Ticoulat, in memoriam)*

Resum

Les persones han vist com, sense deixar de viure al seu domicili habitual i amb els seus familiars, ha canviat la seva vida: se senten acompanyades i membres d'un grup, les malalties no els han fugit però estan controlades diàriament, fan activitats que milloren la seva salut psicofísica, fan coses interessants que abans no feien o havien deixat de fer, viuen.

Així, amb el recull dels testimonis de familiars de persones usuàries, presentam el centre de dia Reina Sofia, després de l'experiència de setze anys des de la seva implantació dins els centres socioculturals.

En el fons, les estratègies professionals que desplegam i de les quals parlem en aquest article es poden resumir amb la frase inicial.

Entre les eines que tenim per aconseguir millorar el benestar de persones grans que presenten dependència funcional, la ubicació del centre de dia dins el centre sociocultural Reina Sofia destaca en importància. La convivència dels dos serveis dins el mateix espai físic ha estat una experiència molt innovadora als seus principis, que va provocar interessants debats sobre la convivència entre persones autònomes i persones dependents, que ha resultat tenir finalment efectes normalitzadors per al centre i que ens ha permès, a les persones grans usuàries dels serveis i als professionals que hi fem feina, experimentar el que avui s'anomena cultura positiva de l'envelliment.

Sistematitzar la intervenció professional, amb el disseny, l'adaptació i l'actualització dels protocols i la metodologia de treball, ha estat una prioritat per a tots els professionals que han format part de l'equip; aquest article pretén explicar-ne el procés.

Resumen

Las personas han visto como, sin dejar de vivir en su domicilio habitual y con sus familiares, ha cambiado su vida: se sienten acompañadas y miembros de un grupo, las enfermedades no han desaparecido pero están controladas diariamente, realizan actividades que mejoran su salud psicofísica, hacen cosas interesantes que antes no hacían o habían dejado de hacer, viven.

Así, con la recopilación de los testimonios de familiares de personas usuarias, presentamos el centro de día Reina Sofía, tras la experiencia de 16 años desde su implantación en los centros socioculturales. En el fondo, las estrategias profesionales que desarrollamos y de las que hablamos en este artículo, se pueden resumir con la frase inicial. Entre las herramientas que tenemos para conseguir mejorar el bienestar de personas mayores

que presenten dependència funcional, la ubicació del centre de dia en el centre sociocultural Reina Sofia destaca en importància. La convivència de los dos serveis en el mateix espai físic ha sigut una experiència molt innovadora en els seus principis, que provocà interessants debats sobre la convivència entre persones autònoms i persones dependents, i que ha resultat tenir finalment efectes normalitzadors per al centre i que nos ha permès, a les persones majors usuàries dels serveis i a les professionals que treballem en ells, experimentar lo que hoy se denomina cultura positiva del envejecimiento. Sistematitzar la intervenció professional, dissenyant, adaptant i actualitzant els protocols i la metodologia de treball ha sigut una prioritat per a tots les professionals que han format part del equip i este article pretén explicar el procés.

1. Comencem pel principi

El centre de dia Reina Sofia es va inaugurar l'octubre de l'any 1988 amb el nom: Hogar de la Tercera Edad Reina Sofia. Depenia administrativament del Ministeri d'Afers Socials del Govern central.

Comptava amb director, treballadora social, metge, infermera i tres ordenances, treballadors de l'IMSERSO.

Hi havia dues perruqueries (femenina i masculina) i servei de cafeteria-menjador, a més d'un servei setmanal de podologia, tots aquests serveis es gestionaven mitjançant contractes externs.

L'objectiu del centre era l'atenció diürna a persones grans amb autonomia personal per participar a les activitats i accedir als serveis.

El personal sanitari, el metge i la infermera, tenien assignada com a funció principal dur a terme programes preventius i d'educació sanitària.

La treballadora social tenia al seu càrrec l'acollida dels nous usuaris, l'organització de l'atenció individualitzada i la dinamització de grups.

La participació dels usuaris en la gestió del centre es materialitzava amb l'organització bianual d'eleccions entre els nous usuaris i usuàries per conformar una Junta de Govern, regulada amb un reglament propi, anomenat *Estatuto básico de los centros de la tercera edad del IMSERSO* (Ordre maig 1985). L'*Estatuto* parla de les modalitats de centres, de la direcció, dels òrgans de participació i representació, dels usuaris, dels drets i deures i estableix un règim disciplinari.

La publicació del *Plan experimental de atención a personas mayores en régimen de estancia diurna en centros del IMSERSO*, mitjançant circular núm. 11/1/92, de 18 de novembre, va fer que els professionals del centre redactàssim un primer projecte d'implantació del nou servei dins el centre i que s'iniciassin les gestions per fer les obres d'adequació de les infraestructures del centre i la supressió de les barreres arquitectòniques (instal·lació d'un ascensor, construcció d'un bany geriàtric i dos banys de personal).

El mes de juliol de l'any 1995 s'implantà com a programa experimental el servei d'estades diürnes a la Llar Reina Sofia, amb una oferta de vint places. El servei funcionaria els dies feiners, de dilluns a divendres, de les 9.00 a les 17.00.

Pel que fa a la plantilla, es va augmentar a sencera la mitja jornada del metge i de la infermera i es va fer una contractació externa amb Creu Roja de tot un equip professional (terapeuta ocupacional, treballadora social, dues auxiliars d'infermeria, una monitora de temps lliure, un xofer i un acompanyant del transport), a més a més de la dotació d'un bus adaptat per al transport de persones dependents.

L'any 1996 es transfereixen els serveis de l'IMSERSO a la CAIB i es crea l'IBAS (Institut Balear d'Afers Socials).

El mes de novembre de l'any 1999, a partir de la consideració que el nou servei s'havia consolidat, atesa la valoració positiva del seu funcionament i la demanda de places pendents d'atenció, s'augmenta a vint-i-cinc l'oferta de places i es contracta una nova auxiliar d'infermeria a jornada sencera.

Per la seva banda, l'equip de professionals començam una feina de reflexió i d'intent de sistematitzar els processos d'intervenció al servei d'estades diürnes, que culmina l'any 2002 en la publicació per part de l'IBAS del llibre *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència*. L'equip de professionals del centre és el redactor de la segona part de l'obra, en la qual es presenta el seu model d'organització.

L'IBAS va gestionar els serveis del Govern adreçats a les persones grans fins al gener de 2004, data en què desapareix l'IBAS i es transfereix gran part de la seva gestió al Consell de Mallorca, que crea l'ISSEM per a la gestió de tots els serveis socials.

Des de juny de 2007, l'Institut es reorganitza, se'n separen les competències d'esports i passa a ser l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS).

L'any 2010 el Consell de Mallorca assumeix competències en matèria de valoració (a partir de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència) i l'IMAS crea l'Àrea de la Dependència i Foment de l'Autonomia.

El mateix any el centre s'integra dins la Xarxa d'atenció a la dependència del Govern de les Illes Balears com a centre de dia especialitzat en dependència funcional, si bé això no suposa que deixi de ser gestionat per l'IMAS. A partir d'aquest moment, totes les persones que ingressen com a nous usuaris ho fan des del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) i l'equip tècnic del centre deixa d'intervenir en la valoració inicial (prèvia a l'ingrés) de les persones sol·licitants.

Al llarg de tot aquest temps de feina i d'acumulació d'experiència, els professionals hem intentat no deixar de banda l'adequació de la metodologia i dels instruments de feina i actualitzar el model presentat l'any 2002. La reflexió sobre la convivència del centre de dia i el centre sociocultural apareix molt sovint a les reunions de l'equip per observar-ne els resultats i aplicar-hi, si cal, mesures correctores, sempre en la línia de la normalització i de la integració.

Atesa la diferenciació de conceptes entre estada diürna i centre de dia que fa el *Libro Blanco de la dependencia* (IMSERSO 2004) i el Catàleg de Serveis de la Llei 39/2006, vàrem començar a parlar de centre de dia (definit com a servei terapèutic especialitzat al *Libro Blanco*) enlloc de servei d'estades diürnes.

2. El centre Reina Sofia avui

En aquests moments, el centre Reina Sofia atén vint-i-cinc persones amb dependència funcional i, alhora, funciona com a centre sociocultural per a persones grans.

Com a centre de dia sociocultural per a persones grans, té la finalitat de promoure i organitzar activitats primordialment de caire cultural i de foment de la convivència i l'ajuda mútua, per possibilitar un envelliment satisfactori. Té com a objectius fomentar l'autonomia personal i prevenir la dependència, potenciar l'autoestima, afavorir el manteniment actiu del cos i de la ment, facilitar hàbits saludables i promoure el desenvolupament de la capacitat creativa i artística.

En poden ser usuaris les persones més grans de seixanta anys, cònjuges o parelles de fet i els pensionistes més grans de cinquanta-cinc anys.

Es mantenen els serveis per als socis i sòcies i s'ha augmentat molt considerablement l'oferta d'activitats: ioga, tai-txi, gimnàstica, ball de saló, teatre, pintura, dibuix, ceràmica, punt mallorquí, pintura damunt tela, cuina, cant coral, aula d'informàtica (des de gener de 2003, per conveni de col·laboració amb Fundació la Caixa).

I com a centre de dia per a persones grans amb dependència funcional ofereix serveis

d'acollida i suport, amb finalitat terapèutica i rehabilitadora, així com assistència per a les activitats de la vida diària, de manera que facilita a les persones grans la permanència en el seu entorn familiar habitual.

S'hi accedeix per la Xarxa d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears.

Pel que fa a l'equip de professionals, s'ha suprimit la plaça de metge i està en procés la creació d'una nova plaça de fisioterapeuta per al centre de dia.

Part de l'equip de professionals del centre es manté mitjançant contractació externa.

La creació del SAAD i la integració del centre de dia dins la Xarxa d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears ha suposat un canvi en el model de feina de l'equip professional i encara actualment ens trobam immersos en procés d'adaptació. El fet de no intervenir en la valoració prèvia de les persones sol·licitants de plaça ens ha duit a centrar molt més les intervencions professionals en l'observació/valoració del període de prova dels nous usuaris i en el disseny del PIA.

2.1. El centre de dia: definició del servei i del perfil dels usuaris

La relació, tot i que es guia pels principis de la professionalitat, vol fugir de relacions tecnificades. Intentar aconseguir un ambient de cordialitat, simpatia, amabilitat, tolerància, respecte i comprensió, dins d'un context distès i amb bon humor, és tan important per als nostres equips com elaborar un diagnòstic adequat o un bon programa d'atenció individual.

De la publicació *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència* (part II, sobre els principis del centre de dia), IBAS 2002.

2.1.1. Les característiques que defineixen el servei:

- El centre de dia ofereix serveis d'acolliment i suport, amb una finalitat terapèutica i rehabilitadora, així com assistència per a les activitats de la vida diària per facilitar a les persones grans la permanència en el seu entorn familiar habitual.
- En són destinatàries les persones més grans de seixanta anys, o de cinquanta-cinc si són pensionistes, que convisquin amb els seus familiars i estiguin afectades d'algun problema de salut físic. L'atenció a les persones usuàries s'organitza a partir de la confecció d'un Programa Individual d'Atenció (PIA) per part de l'equip professional, per tal d'oferir una atenció integral que abraça les àrees social, sanitària i funcional.

- El transport adaptat del centre es considera un servei complementari que es concedeix a les persones usuàries segons la valoració sociofamiliar de l'equip tècnic i la ubicació dels seus habitatges.
- La permanència de les persones usuàries es manté mentre la situació s'adapti al seu programa individual d'atenció; l'agreujament dels problemes de salut que augmentin la seva dependència, els canvis en la situació familiar i els problemes de conducta són fins ara els motius de baixa i derivació a altres serveis més adients.

2.1.2. Sobre el perfil de les persones usuàries:

Parlam de perfil a partir de dos criteris bàsics: l'entorn i la dependència.

Entenem el centre de dia com a recurs adient per a les persones que conviuen en el seu entorn habitual i reben l'atenció adequada que la seva dependència requereix de part de la família, però sense descartar el suport formal.

Els professionals del centre de dia Reina Sofia entenem que aquests han d'estar especialitzats i s'han d'organitzar per perfils. Per les característiques del tractament que requereixen, s'ha de distingir entre les persones amb deteriorament cognitiu i les que no en presenten.

Les característiques estructurals i ambientals del centre de dia Reina Sofia, ubicat dins les dependències d'un centre sociocultural per a persones grans, varen determinar que les persones usuàries d'aquest havien de tenir un perfil de dependència funcional i que s'havien de posar les mesures per facilitar la interacció. El perfil físic s'adaptava molt més bé a les característiques físiques, socials i organitzatives del centre.

3. Les referències normatives

Ens remuntam a cinc anys abans de la publicació del *Plan Experimental* de l'IMSERSO per trobar legislació i mesures reguladores de l'organització de serveis per a persones grans que els permeti mantenir-se al seu domicili i entorn social:

- **Llei 9/1987**, del Govern Balear d'11 de febrer, d'**acció social**; posa en marxa un conjunt d'accions de protecció social pública adreçades a facilitar el desenvolupament de les persones i dels grups, a satisfer mancances i a prevenir i pal·liar els factors i les circumstàncies que produeixen marginació i exclusió social. El punt c) de l'article 10, sobre els serveis socials específics diu: *D'assistència a la Tercera Edat, per tal d'assegurar el benestar dels ancians, d'afavorir-ne el manteniment en el seu entorn habitual de vida i d'evitar-ne la marginació.*

- El **Plan Gerontològic**, pla estatal redactat l'any **1991** per iniciativa del Ministeri d'Afers Socials, amb la participació del Ministeri de Treball i Seguretat Social, fa una molt important contribució a articular i a donar rigor a les polítiques socials envers les persones grans:

Àrea de Servicios Sociales. Objetivo general 3: Promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social.

Àrea de Servicios Sociales. Objetivo general 7: Ofrecer unos servicios sociales idóneos para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, potenciando sobre todo el desarrollo de aquéllos que propician su autonomía personal, la permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual de vida.

- La circular de l'IMSERSO núm. 11/1/1992, de 18 de novembre, publica el *Plan experimental de atención a personas mayores en régimen de estancia diurna en centros del IMSERSO*.
- **Pla Integral de les Persones Majors**, iniciativa de la Direcció General d'Acció Social de la Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears, aprovat pel Parlament el novembre de **1998**. Es presenta com un pla específic per a les Balears que en el plantejament teòric fa molt d'èmfasi en la recomanació de crear fórmules de participació activa de les persones grans i també dels professionals en el disseny dels models d'intervenció/atenció de les persones grans:

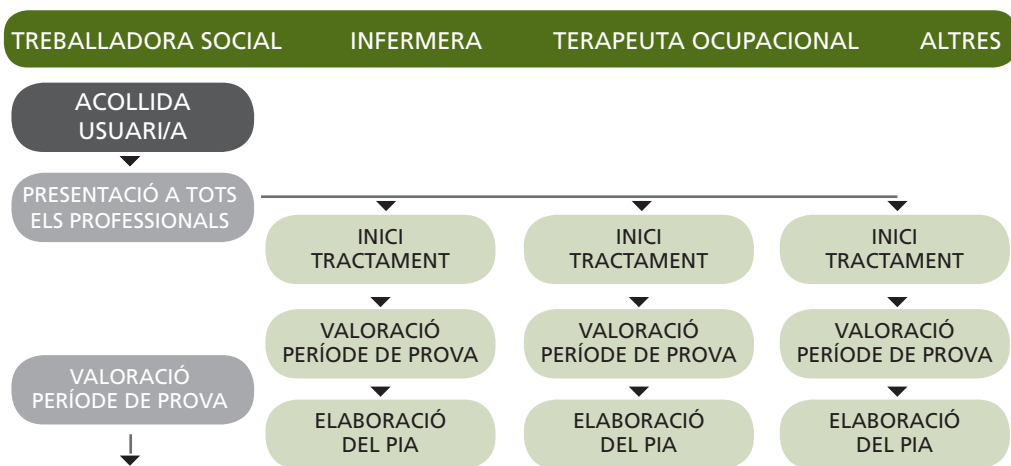
Afavorir i fer viable la permanència de les persones majors en el seu domicili i entorn natural proveint de serveis la comunitat (objectiu general núm. 5). Promoure la creació de serveis d'estades diürnes en els centres de dia amb la transformació de recursos existents o la creació de nous (objectiu específic núm. 5.4).

- El **Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears** de l'any 2001, al capítol 3, presenta un *Diagnòstic social dels centres de dia*.
- Publicació d'**Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència** (IBAS 2002). L'equip del centre Reina Sofia publica la proposta concreta d'un model de servei d'estades diürnes: la definició, les característiques, els recursos humans i professionals, els documents de sistematització de la feina i els instruments de valoració i seguiment.
- **Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament de centres i serveis per a persones majors, tant públics com privats, del territori de les Illes Balears**, en el seu Títol I, art. 2 i en especial en el seu Títol II, defineix els centres de dia, els seus objectius, les seves funcions, els seus usuaris, la pèrdua de condició d'usuari, les condicions materials i

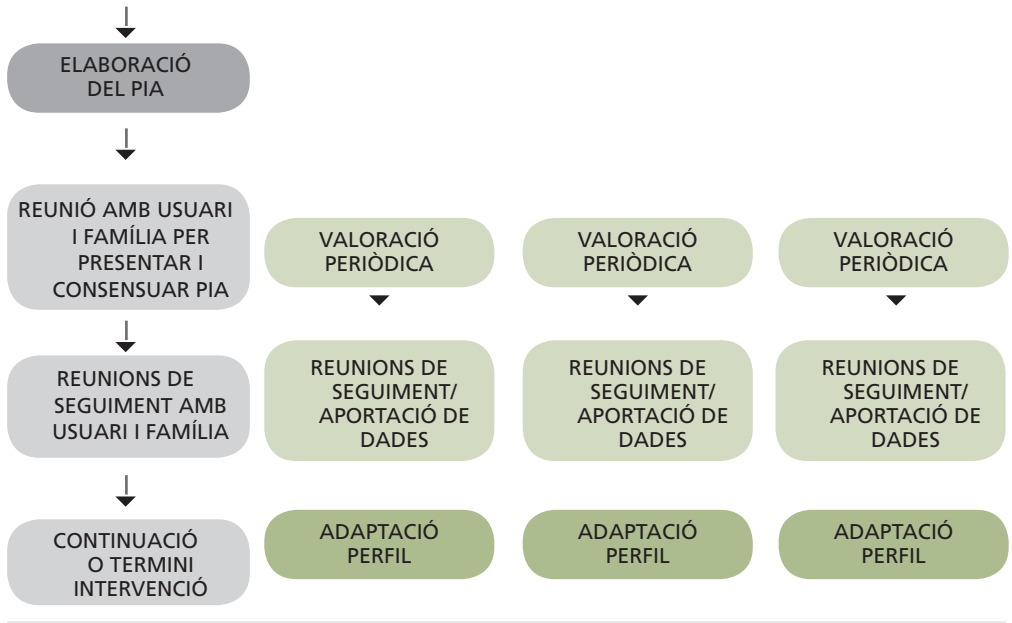
arquitectòniques específiques i els requisits del personal, per complir amb qualitat les seves comeses i per ser autoritzada la seva creació, obertura i funcionament continuat.

- La **Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència** crea el Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD), la qual cosa suposa un canvi en els protocols del centre, que passen a ser determinats pel nou sistema. La Llei relaciona els centres de dia per a persones grans al catàleg de serveis (article 15) i els defineix com a *servei que ofereix una atenció integral durant el període diürn a les persones en situació de dependència, amb l'objectiu de millorar o mantenir el millor nivell possible d'autonomia personal i donar suport a les famílies o cuidadors. En particular cobreix, des d'un enfocament biopsicosocial, les necessitats d'assessorament, prevenció, rehabilitació, orientació per a la promoció de l'autonomia, habilitació o atenció assistencial i personal* (article 24.1).
- **Llei 4/2009 d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears**, en el capítol III, article 21, defineix que *les Prestacions Tècniques són els serveis i les intervencions que duen a terme els equips professionals que s'adrecen a la prevenció, el diagnòstic, la valoració, la protecció, la promoció de l'autonomia, l'atenció i la inserció de les persones, les unitats de convivència i els grups en situació de necessitat social*, i fa referència a l'atenció diürna com a prestació tècnica.

4. Diagrama de flux



continua



5. Programes d'intervenció professional

5.1. Programa d'intervenció en equip: disseny del PIA

El Programa Individual d'Atenció és el document en què l'equip professional conjuntament, a partir de la valoració psicosocial i funcional, proposa els objectius a aconseguir amb cada persona usuària del programa.

De manera orientativa, hi ha establert un temps d'entre dues i tres setmanes per enllestir el document i començar el procés d'anàlisi amb tot l'equip i de presentació a la persona usuària i a la família.

Els punts de partida són:

- El **diagnòstic** de cada professional, a partir dels informes rebuts, les entrevistes, si cal, amb la persona usuària, els cuidadors i altres professionals de referència, així com els resultats de les escales de valoració específiques.
- L'**observació** del procés d'integració del nou usuari a la dinàmica del centre, amb les aportacions de les auxiliars d'infermeria, el monitor ocupacional i el personal de transport (si n'és usuari/a).

A partir de les intervencions des de cada àrea professional (infermeria, teràpia ocupacional i treball social), el PIA marca els objectius a aconseguir per millorar la qualitat de vida de cada persona usuària.

Una vegada que el document s'ha revisat i analitzat amb tot l'equip, es convoca una reunió amb la persona usuària i els seus familiars cuidadors per fer-ne la presentació, conèixer la seva opinió i, finalment, consensuar-lo amb ells. Consensuar per a nosaltres implica comptar amb el compromís d'usuaris i familiars de participar en el procés; per tant, cal que l'entenguin, l'acceptin i assumeixin la seva part d'implicació.

El Programa Individual d'Atenció és un document viu que es va modificant o bé per les circumstàncies vitals de cada persona o bé per les intervencions professionals; tot i que es van fent les anotacions pertinents en funció de les circumstàncies i de les intervencions que aquestes requereixen, es revisa formalment amb la persona usuària i la família cada sis mesos.

5.2. Programes d'intervenció des de treball social

la treballadora social del centre és la professional de referència quant a la **informació** i a la **coordinació amb altres serveis i professionals de l'àmbit sociosanitari**.

D'acord amb el SAAD, és la que coordina els ingressos i les baixes del centre de dia.

També actua d'enllaç-coordinació entre el centre de dia i el centre sociocultural, intervenint directament, conjuntament amb el terapeuta ocupacional en les estratègies d'integració de persones del centre de dia en activitats del centre sociocultural.

Objectius de la intervenció social:

1. Valorar l'adequació inicial de la necessitat personal del programa
2. Detectar la capacitat i disponibilitat familiar (prevenir claudicacions)
3. Propiciar l'admissió de l'usuari des d'una perspectiva normalitzada
4. Afavorir la implicació de la família en el procés
5. Facilitar la integració de l'usuari en la vida del centre
6. Obtenir el coneixement continuat de l'ajust i la pertinença del recurs a la situació-problema

7. Promoure la dimensió comunitària en la intervenció

8. Col·laborar de manera continuada amb l'equip d'intervenció

5.2.1. Programa d'acollida

Atesa la intervenció directa en la informació inicial sobre el centre de dia i la forma d'accés, la treballadora social del centre és el professional de referència per als nous usuaris i familiars en el moment de l'ingrés.

OBJECTIUS

- Organitzar els nous ingressos, en coordinació amb els professionals i serveis.
- Afavorir una bona integració.
- Fer el seguiment del període de prova.
- Dissenyar el Programa Individual d'Atenció, conjuntament amb els altres professionals de l'equip.

ACTIVITATS

- Citació.
- Prèviament a l'ingrés previst i conjuntament amb la resta de l'equip tècnic, es manté una reunió de presentació del nou/nova usuari/a a les auxiliars, a la infermera i al monitor ocupacional. La persona no hi és present i es trasllada als professionals que hi han d'intervenir la informació rellevant sobre el nou usuari i els objectius que inicialment es plantegen mentre es dissenyi el PIA.
- Entrevista d'acollida amb el nou usuari i el familiars cuidadors: presentació dels treballadors del centre i orientació en l'espai: visita a les instal·lacions del centre.
- Intervencions de seguiment del procés d'integració; les característiques de cada nova persona usuària determinaran les intervencions necessàries: observació, entrevistes amb l'entorn de l'usuari, reunions amb els professionals de l'equip i/o entrevistes amb l'usuari.

5.2.2. Programa d'intervenció amb famílies

Tot i que la intervenció amb les famílies de les persones usuàries del centre és un programa transversal en el qual hi intervenen tots els professionals, la coordinació de les intervencions és responsabilitat de la treballadora social del centre.

Parlem de *tenir cura dels que cuiden* quan oferim des dels nostres serveis suports que complementin la feina que desenvolupen les persones cuidadores.

L'objectiu de l'equip del centre de dia és incorporar els familiars al pla de cures i desenvolupar programes específics per tal que es mantinguin.

Cal avaluar inicialment la càrrega dels cuidadors amb l'objectiu de oferir-los els suports adients per reduir-la i evitar la claudicació, així com prevenir els conflictes familiars relacionats amb el rol de cuidador.

Com a equip entenem que les circumstàncies individuals de cada usuari i família determinaran les àrees d'intervenció professional: en cas de suport instrumental, per exemple, serà el terapeuta ocupacional de l'equip el professional encarregat de treballar amb aquesta família o en cas d'organització del pla de cures ho serà la infermera.

Les àrees relacional i psicoafectiva són les d'intervenció des de treball social.

L'objectiu general de la intervenció amb les famílies és afavorir la conciliació entre la vida familiar i professional.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Afavorir la col·laboració de la família amb el centre.
- Oferir informació, orientació i assessorament sobre recursos formals per compartir les cures.
- Proporcionar coneixements i habilitats per afrontar les cures amb les més bones condicions.
- Dotar la família d'estratègies per reduir l'estrès: tècniques de relaxació i d'organització del temps, interpretació i expressió d'emocions, entrenament en maneig i resolució de problemes.
- Proporcionar estratègies per compartir les cures amb altres membres de l'entorn familiar.

ACTIVITATS

- Avaluació inicial de la càrrega de la persona cuidadora, utilitzant l'escala de Zarit.
- Entrevistes individuals de suport emocional.
- Mobilització dels recursos complementaris i dels serveis d'atenció específics: ajuda a domicili, estades temporals.
- Organització de sessions grupals de formació (amb la participació dels professionals de l'equip i també externs).
- Organització d'espais de trobada facilitadors dels quals pugui sorgir un grup d'autoajuda.
- Informar sobre activitats externes adreçades a persones cuidadores (tallers dels centres de salut, conferències o publicacions d'interès).
- Recollir les propostes d'activitats dels cuidadors i afavorir que es puguin dur a terme.

La intervenció amb les persones cuidadores depèn de la disponibilitat i de les demandes d'aquestes. En la nostra experiència, les intervencions a nivell individual són constants en el temps, mentre que les de grup varien segons les característiques dels familiars d'una determinada etapa.

El perfil de familiar cuidador gran i jubilat és el més participatiu i demandant d'activitats de grup; en canvi, els cuidadors més joves, amb activitat laboral i altres càrregues familiars, demostren menys interès per les activitats grupals i demanen intervencions individualitzades ajustades a la seva disponibilitat de temps.

L'equip, tenint en compte l'observació anterior i sense perdre la perspectiva que les activitats grupals amb familiars poden tenir efectes molt positius, desplegam les estratègies necessàries per organitzar-les en el moment i amb la freqüència que ens garanteixin les més altes possibilitats d'èxit.

5.2.3. Programa de coordinació del transport

Fins al moment actual, el centre de dia no es troba territorialitzat. Tot i que la tendència és que en el futur les persones usuàries siguin residents d'una determinada zona geogràfica propera al centre, ara poden venir persones residents a qualsevol barri de Palma i, fins i tot, a un altre municipi (cal tenir en compte que el centre està gestionat pel Consell Insular).

Aquesta característica determina que **l'equip tècnic té la competència de valorar la concessió del transport** als usuaris que ho sol·liciten.

Els criteris que s'avaluen per valorar la **concessió** són:

- Ubicació de l'habitatge (aquesta dada és en part exclouent, atès que en els casos de viure fora dels itineraris fixats se'ls ofereix només la possibilitat d'utilitzar un dels punts de recollida).
- El grau de dependència (una persona amb un grau de dependència elevat té moltes dificultats per desplaçar-se en un transport no adaptat).
- La disponibilitat dels cuidadors.

Pel que fa a l'**organització i al funcionament**, els criteris fonamentals són:

- Que els trajectes no suposin per a cap usuari més de quaranta-cinc minuts de durada.
- Que tant a l'anada com a la tornada els usuaris han d'estar acompanyats.

Tot i que intervé en el procés global de valoració, correspon a la treballadora social aportar a l'equip les dades referides al tercer criteri de valoració.

OBJECTIUS

- Valorar la necessitat de transport
- Informar del funcionament del servei

- Coordinar els horaris
- Aportar al personal del transport la informació necessària sobre les persones usuàries per desenvolupar la seva feina
- Recollir aportacions, suggeriments i demandes dels usuaris i familiars
- Resoldre conflictes

ACTIVITATS

- Estudi de la xarxa familiar pel que fa a la necessitat de concedir el servei de transport: redacció d'un informe social.
- Entrevista inicial amb les noves persones usuàries i els seus cuidadors per informar-los detalladament dels horaris i llocs de recollida de cada un, així com sobre el funcionament del servei (se'ls entrega un full amb el protocol de funcionament del servei de transport: número del telèfon mòbil per a avisos 24 hores/actuació en cas de retards o avanços en els horaris/actuació en cas de no haver-hi la persona cuidadora al lloc de recollida).
- Reunions periòdiques amb el xofer i l'acompanyant per fer el seguiment del servei.
- Intervencions per resoldre incidències o conflictes.
- Programar les noves altes i ajustar, si cal, les rutes establertes fins al moment.
- Recollir el grau de satisfacció del servei per part dels usuaris i familiars cuidadors (fins ara no s'han passat qüestionaris de satisfacció i aquesta dada es recull a la reunió de seguiment del PIA).
- Coordinació amb els professionals del servei d'ajuda domiciliària si també intervenen en la preparació dels usuaris per anar al centre de dia i/o tornar-ne.

5.2.4. Programa de coordinació del voluntariat

L'IMAS té un programa específic de captació i suport de les persones voluntàries dels centres de gent gran de gestió directa.

Per això, les persones que sol·liciten fer voluntariat al centre de dia són derivades al servei de l'IMAS, que té cura de valorar-ne l'aptitud, donar-los formació específica inicial i periòdica, tramitar-los l'assegurança pertinent, així com assignar-los el centre.

A partir d'aquest moment, en coordinació amb l'equip, la treballadora social que fa l'acollida a les persones voluntàries acorda amb elles els dies i les hores que hi dedicaran i quina serà la seva funció, i les presenta a la resta dels professionals i a les persones usuàries. També fa periòdicament el seguiment de l'assistència i la valoració de l'activitat.

L'espai d'intervenció de les persones voluntàries se situa en les tasques complementàries a les dels professionals de l'equip: escoltar i acompanyar són les funcions primordials.

A la pràctica, el suport a les activitats dirigides pel terapeuta ocupacional i el monitor ocupacional és la tasca que l'equip assigna als voluntaris i, per això, cal que disposin d'una bona informació sobre el funcionament del centre de dia, participin en espais de trobada amb els professionals del centre i disposin dels coneixements necessaris sobre les persones usuàries quant a mobilitat, habilitats i els altres aspectes que sigui important que coneguin per complir la seva funció.

OBJECTIUS

- Informar sobre el programa de voluntariat de l'IMAS i difondre'l
- Acollida de les persones voluntàries del centre de dia
- Coordinar amb l'equip professional el disseny dels programes d'activitats dels voluntaris
- Donar suport i fer el seguiment

ACTIVITATS

- Entrevistes d'acollida
- Suport a la integració dels nous voluntaris
- Entrevistes de seguiment: valoració dels aspectes pràctics i del motivacional
- Participar a les reunions de coordinació del programa de voluntariat de l'IMAS
- Recollir els suggeriments i les aportacions dels voluntaris
- Participar amb l'equip de professionals en l'organització d'activitats extraordinàries (sortides a l'exterior, festes, tallers específics) i coordinar la participació dels voluntaris
- Resolució de conflictes

5.3. PROGRAMES D'ATENCIÓ SANITÀRIA

Fer feina a un centre de dia és una experiència molt enriquidora. Parlam d'una població d'edat avançada i dependent, amb poca interacció social, a la qual l'ingrés al centre de dia suposa un canvi considerable en la seva vida; un conjunt de circumstàncies que els tornen a motivar i ens ajuden a poder intervenir per millorar la seva salut.

La característica del centre Reina Sofia, com a centre sociocultural i a la vegada centre de dia, dóna l'oportunitat de comptar amb una infermera tota la jornada, això implica disposar de temps per fer les cures i de les condicions adients per atendre les necessitats relacionades amb salut que plantegen les persones usuàries.

Les intervencions d'infermeria dins el centre de dia tenen tres pilars bàsics:

*La predisposició i acceptació de les persones usuàries a participar activament en el procés de millora i manteniment de la salut, sempre des del respecte a la seva dignitat i autonomia per decidir.

*La implicació del cuidador principal és primordial per aconseguir la necessària interacció centre de dia/domicili.

*La col·laboració de les auxiliars amb les cures és el tercer pilar del bon funcionament, que requereix disposar d'un espai organitzat per a la coordinació.

5.3.1. Programa d'acollida

Té com a finalitat bàsica recopilar les dades de salut i explicar el funcionament del centre a nivell sanitari i les pautes a seguir.

OBJECTIUS

- Tenir una història actualitzada, amb les dades de salut de cada usuari
- Informar els nous usuaris i curadors dels rols de l'equip sanitari dins el centre de dia
- Establir la comunicació amb els curadors principals
- Establir coordinació amb les infermeres del centre de salut de cada usuari

ACTUACIONS

- Planificació i realització de la primera entrevista d'acollida amb el nou usuari i els curadors principals
- Recollida de dades de salut: medicació, dieta, control d'esfínters, patologies cròniques i hàbits higiènics
- Explicació i presentació detallada dels programes d'infermeria
- Explicació en detall de qüestions bàsiques d'organització i funcionament

5.3.2. Programa d'atencions bàsiques d'infermeria

En base a les característiques pròpies de la població que atenem, s'ha demostrat que és imprescindible sistematitzar de manera metòdica la presa de constants vitals, establir controls antropomètrics periòdics, valorar el nivell cognitiu i fomentar una bona adherència al tractament farmacològic, establint les mesures necessàries per prevenir, minimitzar o corregir problemes de salut.

És evident, i ja hi hem fet referència anteriorment, que la comunicació constant amb els familiars curadors resulta fonamental per obtenir bons resultats en les intervencions, però també ho és el contacte amb els centres de salut que atenen els usuaris. Atès que no hi havia establerts espais de coordinació organitzats institucionalment, hem començat per iniciativa pròpia a establir contactes amb les infermeres de referència dels usuaris del centre de dia, la qual cosa ens permet fer el seguiment de les actuacions i no duplicar-les.

OBJECTIUS

- Educació sanitària
- Disminuir complicacions i seqüeles de les patologies existents
- Detectar casos d'automedicació i poca adherència als tractaments
- Administrar els medicaments prescrits als usuaris
- Valorar i fer el seguiment del nivell cognitiu
- Formar les persones curadores en les atencions sanitàries bàsiques
- Potenciar el màxim nivell d'independència dels usuaris

ACTUACIONS

- Valoració inicial i periòdica de cada usuari
- Prescripció del pla de cures d'infermeria
- Seguiment i control de la presa de medicació
- Presa periòdica de constants
- Avaluació periòdica de les capacitats cognitives, mitjançant el Mini-mental
- Establir estratègies per prevenir l'automedicació (entrevistes individuals i tallers grupals)
- Comunicació oral i/o per escrit amb els familiars curadors i amb les infermeres dels centres de salut sobre l'evolució de cada usuari
- Derivació als serveis d'urgència en cas de necessitat
- Coordinació de les actuacions sanitàries amb auxiliars d'infermeria
- Coordinació de les actuacions sanitàries amb el terapeuta ocupacional

5.3.3. Programa d'higiene

La higiene adequada, així com la bona hidratació en les persones grans, garanteixen la prevenció d'alteracions importants de la salut, alhora que fomenten l'autoestima i afavoreixen les relacions interpersonals, evitant l'aïllament social.

OBJECTIUS

- Valoració integral del hàbits higiènics dels usuaris
- Planificar pautes d'higiene adaptades a cada usuari
- Detectar i corregir hàbits inapropiats
- Fomentar el coneixement sobre la importància dels bons hàbits
- Prevenir alteracions en la integritat de la pell i infeccions
- Potenciar el màxim nivell d'autonomia per a l'endrec personal dels usuaris

ACTUACIONS

- Examinar l'estat higiènic integral dels usuaris
- Planificar els banys que es donaran a les instal·lacions del centre, juntament amb les pautes adaptades a les característiques de cada usuari
 - Supervisar les intervencions de les auxiliars en la higiene dels usuaris

- Organitzar tallers d'educació sanitària adreçats a usuaris i familiars curadors
- Recomanacions quant a sabons a utilitzar, hidratants i roba i calçat apropiat i segur

5.3.4. Programa alimentació i nutrició

L'alimentació diària dels usuaris en el centre està supervisada per infermeria. La dieta és equilibrada i adaptada a les necessitats de cada usuari (blana, diabètica, hiposòdica, etc). Als cuidadors se'ls comunica el menú mensual perquè puguin completar la dieta a casa.

Un punt molt important en l'alimentació és aconseguir potenciar que les persones usuàries s'alimentin de manera autònoma dins les seves limitacions. Això és treball de la infermera i del terapeuta ocupacional, conjuntament amb les auxiliars.

L'alimentació és el primer pas per aconseguir una adequada qualitat de vida de les persones, les condicions de vida familiars, socials i econòmiques influeixen sobre els hàbits alimentaris, per això la relació entre alimentació i salut s'ha d'abordar des d'un enfocament multidisciplinari. L'existència de patologies cròniques s'accentua amb l'edat avançada, per la qual cosa els hàbits alimentaris es veuran modificats. La malnutrició, tant per excés com per defecte, és freqüent en aquesta etapa i fa que el treball de supervisió per part d'infermeria sigui prioritari.

OBJECTIUS

- Valorar els hàbits d'alimentació dels usuaris
- Detectar i corregir hàbits inadequats
- Planificar les dietes adaptades a les característiques de cada usuari
- Fomentar una hidratació adequada
 - Fomentar els coneixements sobre alimentació i nutrició
 - Potenciar el màxim nivell d'autonomia dels usuaris per a l'alimentació i hidratació

ACTUACIONS

- Examinar l'estat nutricional i d'hidratació de cada usuari
- Modificar les dietes en cas de necessitat
- Dissenyar els menús mensuals
- Establir pautes d'hidratació
- Organitzar xerrades sobre alimentació amb usuaris i curadors
- Assessorar el personal de cuina

5.3.5. Programa d'eliminació

La incontinència urinària és un problema de gran incidència en la gent gran, deteriora la qualitat de vida, limita l'autonomia personal, provoca alteracions en la integritat de la pell, té importants repercussions psicològiques i socials, com baixa autoestima o aïllament

social, i provoca un enorme abast sanitari.

És important resaltar que la incotinència no és un fenomen normal de l'envelliment. Les causes de la incotinència poden ser transitòries o establertes i es poden classificar en diversos tipus: d'esforç, d'urgència, per vessament, o mixta.

Les limitacions i dependències en relació amb la mobilitat poden contribuir a una incotinència urinària quan existeixen dificultats per accedir al lavabo i, si hi ha barreres arquitectòniques, el problema s'agreuja encara més.

OBJECTIUS

- Valorar el tipus d'incotinència que presenta l'usuari
- Valorar l'administració de tractament farmacològic específic per al tractament de la incotinència
- Mantenir la integritat de la pell en la zona perineal
- Afavorir el benestar físic i psíquic dels usuaris
- Oferir educació sanitària sobre el control d'esfínters als usuaris i cuidadors

ACTUACIONS

- Conèixer el patró d'eliminació de cada usuari
- Planificar les cures en relació amb els hàbits d'eliminació de cada usuari
- Controlar periòdicament les característiques de l'eliminació
- Proporcionar hàbits higiènics necessaris associats a la incotinència
- Realitzar tallers d'entrenament vesical

5.4. Programes de teràpia ocupacional

Des de l'inici, el Centre de dia Reina Sofia i la Teràpia Ocupacional començaren a fer les primeres passes conjuntament; tot i el desconeixement general i l'escassa presència de professionals d'aquesta disciplina als serveis de les Illes Balears en aquell moment, la teràpia ocupacional ha format part de l'organigrama de l'equip tècnic; s'ha evidenciat així la necessitat, utilitat i importància d'aquesta disciplina en el desenvolupament d'una filosofia de prevenció, millora i acompanyament sense la qual no s'entendria l'evolució i el reafirmament en els objectius generals del centre de dia Reina Sofia.

Alhora, també demostra l'experiència, la solidesa, així com les fortes inquietuds del conjunt de professionals que formaven part de la Llar Reina Sofia, per donar resposta a les necessitats de les persones grans.

Les persones grans i els familiars cuidadors han estat la base i l'objectiu de tots els programes que s'han desenvolupat al llarg d'aquest temps. La teràpia ocupacional,

mitjançant la valoració de les habilitats motores, cognitives, perceptives i psicosocials de les persones grans, ha establert un conjunt de programes que estan en revisió i adequació constant al llarg d'aquest temps.

Per tal de dur a terme els programes de teràpia, dissenyats i dirigits pel terapeuta ocupacional del centre, es necessita la intervenció constant i directa de les tres Auxiliars d'Infermeria, així com del Monitor Ocupacional.

La responsabilitat, coordinació i professionalitat d'aquestes figures permeten desenvolupar amb èxit els diferents programes entre el grup d'usuaris del servei d'estades diürnes.

Com a objectiu general del terapeuta ocupacional dins el centre de dia i els seus programes, hi ha el manteniment de la màxima independència de l'usuari per tal de dur endavant el desenvolupament de les activitats de la vida diària (AVD).

La metodologia de feina s'adapta segons necessitats i objectius al treball grupal o individual amb l'usuari, així com la integració dels familiars dins el procés de feina. Aquesta metodologia de feina escenifica un situació en què l'usuari i els seus familiars esdevenen el primer i més important; allà on van dirigits tots els objectius, recursos i esforços.

Programes d'intervenció de teràpia ocupacional

A continuació parlarem dels programes que, per criteris de prevalença o desenvolupament, creiem que reflecteixen més bé la feina que es duu a terme avui mateix al servei d'estades diürnes de la Llar Reina Sofia.

5.4.1. Programa d'Activitats de la Vida Diària Bàsiques i Instrumentals (A.V.D.)

Adaptant definicions reconegudes sobre les AVD bàsiques, podem definir-les com les activitats, els gests o hàbits que, de manera quotidiana, realitza tot ésser humà al llarg del dia. Aquestes activitats són bàsiques per a l'**autoindependència** a nivells elementals de funció física (vestir-se, caminar, alimentar-se, etc.). Els problemes en el desenvolupament per dur a terme aquestes tasques indiquen un deteriorament de les condicions de salut de la persona.

Totes les persones usuàries del centre de dia presenten mancances en les activitats de la vida diària bàsiques. Donar resposta a aquests problemes esdevé el principal objectiu dins el programa de teràpia ocupacional.

El nivell i les possibles variacions en el grau d'independència en la realització de les AVD bàsiques s'evidencien mitjançant la valoració de les AVD utilitzant escales de valoració

funcional, l'índex de Barthel i de Lawton i Brody, per a la comunicació interna entre l'equip tècnic o escales pròpies de teràpia ocupacional més sensibles en la discriminació dels problemes i canvis.

OBJECTIUS

- Valorar l'estat de les AVD
- Estimular la realització de les activitats de la vida diària i alentir el deteriorament d'aquestes
- Evitar sentiments d'inutilitat relacionats amb la dependència en l'autocura
- Valorar la necessitat i idoneïtat d'introduir ajudes tècniques per tal de compensar les limitacions i evitar així la dependència en AVD
- Detectar de manera precoç situacions de deteriorament

ACTIVITATS

- Introducció d'ajudes tècniques per a AVD
- Activitats d'entrenament per a l'usuari i família
- Fer propostes d'adaptació de l'habitatge (supressió de barreres arquitectòniques) per facilitar el desenvolupament dels usuaris amb més autonomia

5.4.2. Programa d'estimulació cognitiva

Tots els usuaris del centre, ja sigui per l'etapa del cicle vital en què es troben, per la manca d'estimulació o activitat cognitiva sovint durant llargs períodes, poden presentar dèficits a aquest nivell; per això se'ls introdueix en un programa d'estimulació cognitiva; és imprescindible per tal d'aconseguir fites en la resta de programes, establir objectius i activitats de seguiment i estimulació a nivell cognitiu.

OBJECTIUS

- Aprofitar-nos de la neuroplasticitat, alhora que afavorir-la mitjançant la realització d'activitats que estimulen les capacitats intel·lectuals
- Estimular, potenciar i mantenir funcions superiors
- Fomentar l'hàbit de realització d'activitats cognitives mitjançant tasques quotidianes
- Restaurar i exercitar habilitats cognitives
- Detectar de manera precoç l'inici del deteriorament cognitiu
- Alentir la progressió del deteriorament cognitiu associat a l'edat

ACTIVITATS

- Memòria immediata o a llarg termini
- Atenció i concentració
- Reconeixement numèric i càlcul
- Raonament

- Abstracció, organització espacial, percepció i lateralitat
- Llenguatge i tècniques d'orientació a la realitat

5.4.3. Programa d'animació sociocultural

El fet que el servei es desenvolupi dins un centre sociocultural per a gent gran ha permès una forta dotació quant a contingut d'un programa d'animació sociocultural dins el centre de dia. Aprofitar els grans avantatges, per exemple, d'espais, grups de gent, serveis i instal·lacions, entre d'altres, ens ha facilitat molt la programació d'activitats socioculturals.

En aquest punt, cal ressaltar la funció del Monitor Ocupacional, que ocupa l'horari de tarda en el centre i que, en coordinació amb el terapeuta ocupacional, coopera directament en els continguts d'aquest programa, afavoreix les activitats de caràcter grupal i, enforteix les relacions interpersonals del grup.

OBJECTIUS

- Potenciar la participació dels usuaris en activitats del centre, evitar situacions de passivitat, inactivitat o avoriment mitjançant l'ocupació del temps lliure
- Crear una àmplia gamma d'activitats de divers contingut, atenent a la situació física i psíquica dels usuaris
- Afavorir la integració dels usuaris en el seu grup d'iguals i evitar la desadaptació, els problemes de convivència i l'aïllament
- Potenciar l'establiment de relacions interpersonals entre usuaris del SED i usuaris de la llar i facilitar actituds solidàries i d'ajuda mútua.
- Oferir alternatives a la rutina diària del centre
- Propiciar contactes amb l'exterior i amb persones alienes al centre
- Propiciar la participació de les famílies i amitats en les activitats, així com la col·laboració i/o els suggeriments
- Realitzar activitats relacionades amb les tradicions o els costums propis dels usuaris i/o lligats a l'estacionalitat temporal
- Respondre a les expectatives dels usuaris afavorint les activitats més valorades, eliminar les no acceptades i proposar-ne de noves
- Afavorir la creativitat, col·laboració i cooperació entre usuaris
- Augmentar l'autoestima dels usuaris
- Augmentar el sentiment de pertinença al grup

ACTIVITATS

- Activitats sociofestives, celebració d'aniversaris, actuacions
- Activitats culturals: debats, videofòrum, exposicions
- Setmanes temàtiques: audicions musicals, activitats lúdiques
- Aula de majors: activitats educatives, jocs de taula, sortides

5.4.4. Programa d'intervenció en caigudes

Programa establert des de gairebé l'inici del servei. Les caigudes esdevenen un problema de gran importància sociosanitària i una de les primeres causes de preocupació dels usuaris i família.

Les seqüeles psicofísiques sovint són d'extrema gravetat i poden tenir conseqüències greus. Reduir al màxim les possibilitats de caiguda i eliminar-ne les causes evitables segueixen sent les nostres prioritats.

En el seu començament l'objectiu s'orienta a les caigudes per motius extrínsecs, mesures d'enllumenat, espai lliure, eliminació de barreres arquitectòniques, normes de seguretat bàsiques; les instal·lacions segures han estat el cavall de batalla que mantenim fins a dia d'avui; és un programa fet des de teràpia ocupacional però que engloba tot el personal del centre. Paral·lelament i a nivell individual es valoren també els factors intrínsecs, ja siguin alteracions de la marxa, visió, patologies, fàrmacs, etc.

OBJECTIUS

- Evitar caigudes
- Objectius específics
- Valorar l'estat i manteniment de les instal·lacions i els espais
- Conscienciar, educar i assessorar el personal i els usuaris en la importància de la prevenció, els riscos freqüents i les normes
- Protocol davant una caiguda
- Contenció de la situació i suport a l'usuari o persona afectada
- Informar l'equip sanitari
- Valorar la necessitat de trasllat a un centre mèdic
- Observació de l'evolució, si escau
- Comunicació de tota la informació (situació, gravetat, actuacions, recomanacions, etc.) a la família davant qualsevol tipus de caiguda
- Elaboració sempre d'un informe final de caigudes, que inclou una anàlisi detallada de la caiguda, testimonis, hora, lloc, personal, patologies associades, seqüeles a curt i llarg termini, etc.

Gràcies a la implicació i conscienciació de tot el servei, hem aconseguit disminuir de manera molt important el nombre de caigudes per motius extrínsecs. El manteniment en el nivell d'alerta ens permet seguir fent feina per minimitzar-les més i mantenir nivells esperançadors.

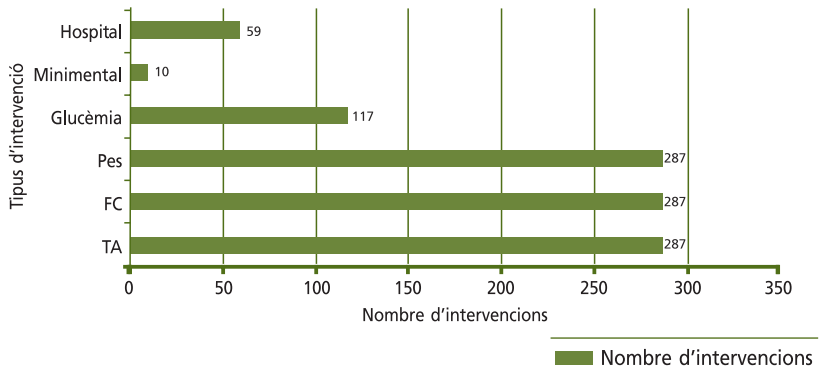
6. Annexos

Escales de valoració

<p>ESCALA DE SOBRECÀRREGA DEL CUIDADOR: Escala de Zarit</p> <p>1= no; 2=; 3= gairebé mai; 3= de vegades; 4= freqüentment; 5= gairebé sempre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prima veure que el seu familiar / pacient està sol més aviat de la que realment necessita? 2. Prima veure que a causa del temps que dedica al seu familiar / pacient ja no té temps per a les seves altres activitats? 3. Se sent estressada pel fet d'haver de tenir cura del seu familiar / pacient o a la seva llar? 4. Se sent acompanyada pel comportament del seu familiar / pacient? 5. Se sent irritada quan es a prop del seu familiar / pacient? 6. Se sent cansada de tenir cura del seu familiar / pacient? 7. Té por del futur amb l'entrada al seu familiar / pacient? 8. S'entia que el seu familiar / pacient depèn de vostè? 9. Se sent sorpresada quan ha d'estar al costat del seu familiar / pacient? 10. Sent veure que la seva salut s'ha vist afectada pel fet d'haver de tenir cura del seu familiar / pacient? 11. Sent que no té la vida privada que desitjava a causa del seu familiar / pacient? 12. Sent que la seva vida social s'ha vist afectada negativament pel fet d'haver de tenir cura del seu familiar / pacient? 13. Només si l'anyellada viu amb el pacient. Se sent incomodada quan l'anyellada arriba a casa a causa del seu familiar / pacient? 14. Comença a evitar la visita al seu familiar / pacient quan veu que els seus familiars passen més temps amb el pacient? 15. Comença a evitar de rebre visites dels seus familiars / pacients quan veu que no responen de manera adequada a les seves necessitats? 16. Sent que no té cap capacitat de tenir cura del seu familiar / pacient durant un temps més? 17. Sent que el pacient té un mal comportament que li fa difícil tenir cura del seu familiar / pacient? 18. Desitja poder encarregar la cura del seu familiar / pacient a una altra persona? 19. Se sent insegura respecte a allò que ha de fer amb el seu familiar / pacient? 20. Sent que l'haura de fer més del que ha de fer amb el seu familiar / pacient? 21. Cansat que potria tenir més cura de la que li toca amb el seu familiar / pacient? 22. Cansat que potria tenir més cura de la que li toca amb el seu familiar / pacient que amb altres persones? <p>Puntuació: -48 No sobrecarrega; 45-47 = 55-56 Sobrecarrega lleu; 56 Sobrecarrega mitjana</p>	<p>VALORACIÓ DE LES ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA BÀSIQUES: Escala de Barthel</p> <p>Nota: Independència: cap de les activitats instrumentals necessàries, cap de 9 errors de menjador, estirar la mànega, usar condiments, etc., per ell mateix. Menja en un menjador o a casa, però no pot cuinar i servir una altra persona (10). Depèn de vegades: pot cuinar o cuinar a l'aparell, estirar la mànega, etc., però és capaç de servir-se (15). Depèn: necessita que algú l'alimenti (20). Independència: cap de servei de saó, però se utilitzen la dutxa, la banyera o el WC sense cap ajuda (perquè per tot el cos, l'ús de la barra i tot el bany, pot fer-ho sense cap ajuda) (25). Depèn: necessita alguna ajuda o supervisió (30). Treure-se: Independència: cap de poder-se i treure la roba, cotzar-se les sabates i els botons i cotzar-se altres complements que necessita (per exemple, el braçaret, la colla i el cinturó) sense ajuda (40). Depèn: necessita ajuda per desfer-se de la roba però de la manera més autònoma possible (45). Depèn: (50). Angular-se: Independència: escolta totes les activitats personals sense cap ajuda, inclou rentar-se les mans i el cap i fer-se la barba i fer-se les dents. Els seus braços i cames són capaços de moure's per fer-lo, però pot haver alguna dificultat (55). Depèn: necessita algun suport (60). Depèn: Continua cap episodi d'incontinència, si necessita algun sistema o supositori, és capaç d'administrar-se els medicaments (65). Independència: inclou que pot regalar per si mateix o necessita ajuda per poder-ho fer (70). Depèn: necessita algun suport (75). Micció: inclou la situació durant la setmana anterior. Continua cap episodi d'incontinència (inc. dia i nit). Capaç d'usar qualsevol sistema de micció (80). Depèn: necessita algun suport (85). Accident ocasional: menys un cop en 24 hores, però la necessitat d'ajuda en la manipulació de sondes o dispositius (90). Independència: inclou pacients amb sense necessitat de suport (95). Ir al lavabo: Independència: entra i en surt del toilet, cap de poder-se i tancar la roba, després de fer-ho, inclou que pot pujar i baixar les escales i anar al treball, a l'escola o a casa sense ajuda per utilitzar tramper per mobilitar-se. Si usa cana, empenya, etc. (100). Depèn: necessita algun suport (105). Necessitat d'ajuda: capaç d'apanyar-se amb una petita ajuda en l'equilibri, treure's i posar-se la roba, però pot necessitar-se sovint l'ajuda per utilitzar el lavabo (110). Capacitat de fer-se servir: de servei més assistència (115). Treure's la roba: Independència: sense ajuda en tancar les fites, s'utilitza cadira de rodes, s'aprovina el fet, s'usa després de l'aprovina, faça la cadira, se col·loca en posició de seure (120). Depèn: necessita algun suport (125). Mirada: inclou supervisió visual o petita ajuda física, tal com la que ofereix una persona no gaire forta o sense entrenament (130). Gran ajuda: capaç d'usar sense ajuda, però necessita molta assistència (personal forta o entrenada) per posar-se al llit, sortir-ne o despenjar-se (135). Depèn: necessita ajuda per posar-se al llit, sortir-ne o despenjar-se (140). Desmobilitat: Independència: pot caminar; almenys 50 m. o l'equivalent a casa sense ajuda o supervisió, la velocitat no és important. Pot usar qualsevol ajuda (bastons, crosos, etc.) sense ajuda (145). Depèn: necessita algun suport (150). Independència en cadira de rodes en 30 m: ha de ser capaç de desplaçar-se i travessar portes i gran cantonades (155). Depèn: necessita algun suport (160).</p>	<p>Pagar i buscar escales: Independència: capaç de pagar i buscar un pes sense ajuda ni supervisió. Pot utilitzar el suport que necessita per caminar (bastó, crosos, etc.) i al portar-los. (18). Necessita ajuda: supervisió física o verbal (19). Depèn: necessita pagar i buscar alguna cosa sense ajuda (20). Puntuació: < 20: Dependència total. De 20 a 35: Dependència severa. De 40 a 55: Dependència moderada. > 60: Dependència lleugera. 100: Autònoma.</p>	<p>VALORACIÓ DE LES ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA: Escala de Lawton i Brody</p> <p>Capacitat per usar el telèfon Utilitza el telèfon per iniciar propis bucs i recerca números (1). Es capaç de marcar números, bucs i números (1). Es capaç de contestar el telèfon, però no de marcar (1). Necessita ajuda per usar el telèfon (2).</p> <p>Apar de compra Realitza totes les compres, necessitats de manera independent (1). Realitza independentment petites compres (2). Necessita acompanyament per realitzar qualsevol compra (3). Es pot ajudar amb un carter (4). Omnibus, pregar i llevar-se els regals d'altres persones (5). Es capaç de preparar independentment els menjar i el procotament regularment (6). Escala, servir i preparar menjar, però no manjar una altra preparada (7). Necessita que li prepari i que li serveixin el menjar (8).</p> <p>Tenir cura de la casa (no entremar als homes) Realitza totes les tasques de la casa per si sola o amb ajuda ocasional (1). Realitza totes les tasques de la casa amb ajuda ocasional, o de vegades (1). Realitza tasques lleugeres, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat (1). Necessita ajuda en totes les tasques de la casa (1). No participa en cap de les tasques de casa (2).</p> <p>Planar de la roba (no entremar als homes) Realitza totes les tasques de roba, estirant-les, mitges, etc. (1). Realitza totes les tasques de roba, estirant-les mitges, etc. (2). Tot el menjar de la roba, fins de estirar una altra persona (3).</p> <p>Un de mitges de transport Es capaç de viatjar sol en transport públic o de cotitzar al seu cotxe (1). Es capaç de viatjar en un cotxe amb un altre conductor (2). Pot viatjar en un cotxe amb un altre conductor amb ajuda ocasional (3). Té capacitat per utilitzar taxi o autobús, però amb ajuda d'altres (4). No volia en autobús (5).</p> <p>Responsabilitat respecte a la seva medicació Es capaç i responsable de prendre la seva medicació a l'hora i amb totes les necessitats (1). Pou responsable de la seva medicació a l'hora amb acompanyament (2). No té cap de les responsabilitats de la seva medicació (3).</p> <p>Maneig dels seus assumptes econòmics Maneja els assumptes financers amb independència, actual i reconeix els seus deutes (1). Maneja els assumptes financers amb ajuda ocasional (2). Necessita que li expliqui el seu estatus econòmic i el seu estatus de deutes (3). Incapaç de manejar diners (4).</p> <p>Puntuació: Dones: 0-1 Dependència total; 2-3 Dependència severa; 4-5 Dependència moderada; 6-7 Dependència lleugera; 8 Autònoma. Homes: 0 Dependència total; 1 Dependència severa; 2-3 Dependència moderada; 4 Dependència lleugera; 5 Autònoma.</p>
---	--	---	--

6.1. Gràfics

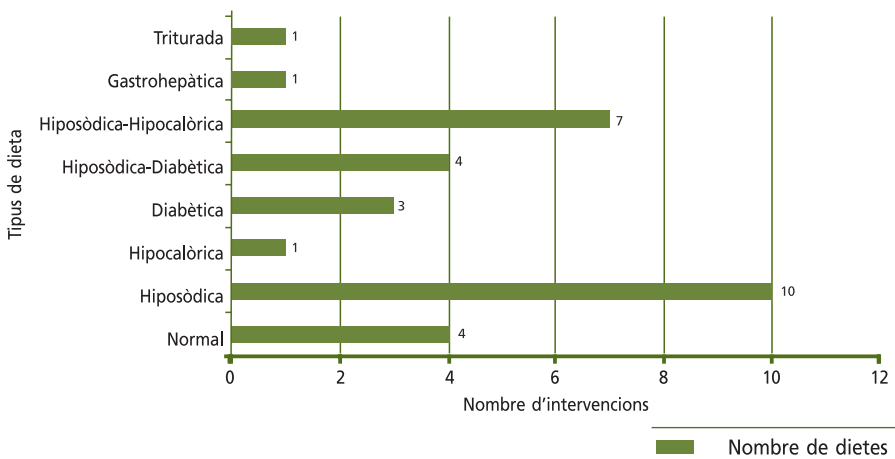
Gràfic 1 | *Atencions bàsiques infermeria maig 2010 - 2011*



Gràfic 2 | *Control d'esfínters*



Gràfic 3 | *Dietes alimentàries*



Índex minimental de Folstein

Exp. núm.

Data test:

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Nivell d'escolaritat:

Orientació

5/A

En quin any estam?

En quina estació de l'any?

Quin mes?

Quina és la data d'avui?

Quin dia de la setmana?

5/B

En quin país estam?

Quina província?

Quina ciutat?

Sap el nom d'aquest centre de dia?

Recorda en quin pis ens trobam?

Aprenentatge/fixació

3/

«Ara li diré tres paraules que haurà de repetir i memoritzar, més tard li demanaré que les repeteixi»: **BICICLETA CULLERA POMA**

Comptabilitzar un punt per cada paraula repetida en el primer intent.

Repetir fins que aprengui les tres paraules, i aturar-se al cap de cinc intents.

Anotar les vegades que li ho han repetit per memoritzar-les.

Atenció i càlcul

5/

- A. Sèries de 7: Restar de 100 de 7 en 7. Aturar a les cinc respostes.
- B. Lletrejar la paraula MUNDO al revés.
Puntuar la millor de les dues respostes.

Memòria**3/**

Demandar que repeteixi les tres paraules que havia de memoritzar (*bicicleta cullera poma*). Comptabilitzar un punt per cada resposta correcta.

Llenguatge i praxis constructiva**9/**

A. Mostrar-li un llapis i un rellotge i demanar-li el nom dels dos objectes.
Comptabilitzar un punt per resposta correcta.

B. Repetir la frase «*Ni sí, ni no, ni però*».
Comptabilitzar un punt.

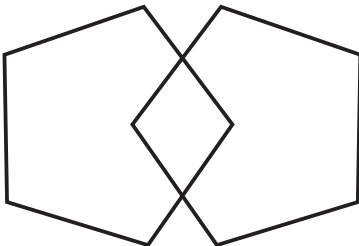
C. Indicar-li tres ordres concretes: «*Agafi aquest paper amb la mà dreta / Doblegui'l per la meitat / Deixi'l davall de la seva cadira*».

Comptabilitzar un punt per cada seqüència realitzada correctament.

D. Llegeixi i executi la frase següent: «*Tanqui els ulls*».
Comptabilitzar un punt.

E. Demanar-li que escrigui una frase amb subjecte i predicat.
Comptabilitzar un punt (obviar les faltes d'ortografia).

F. Copiar el dibuix següent:



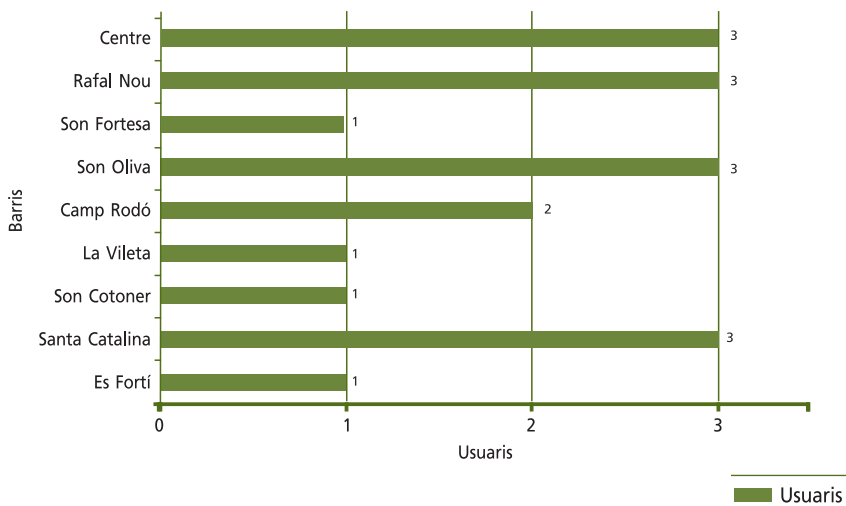
Comptabilitzar un punt si tots els angles són correctes, i també les dues interseccions.

PUNTUACIÓ TOTAL: / 30

Gràfic 4 | Baixes des de juny 2006 fins juny 2011



Gràfic 5 | Transport adaptat juny 2011



Referències bibliogràfiques

Conselleria de Benestar Social del Govern de les Illes Balears. IBAS (2002): *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència*.

Márquez-González, Maria (2008): «Emociones y envejecimiento». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm. 84.

Martínez, Teresa (2010): «Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm. 98.

Ministeri de Treball i Afers Socials. IMSERSO (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

Obra Social Fundació la Caixa (2006): *Kits Caixa. El repte de l'autonomia. Programa de prevenció de la dependència de l'Obra Social la Caixa*.

Obra Social Fundació la Caixa (2010): *Viu l'envelliment actiu: Memòria i altres reptes quotidians*.

Rodríguez, Pilar (2010): «La atención integral centrada en la persona». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm.106.

Autors

ANTONIA M. ABELLÁN GARCÍA

(Múrcia 1980). Diplomada en Infermeria (2011). Tècnica en Cures Auxiliars d'Infermeria (2001).

MARIA ELENA GIMENO DOMÈNECH

(Barcelona 1957). Diplomada en Infermeria (Palma 1979).

CATERINA J. MASSUTÍ SUREDA

(Felanitx 1959). Diplomada en Treball Social (Palma 1983).

JORDI PARRAMON COMA

(Gósol 1973). Diplomat en Teràpia Ocupacional (Terrassa 1997).