



col·lecció eines 7

Bones pràctiques:
serveis residencials per a persones
amb discapacitat física

7

col·lecció eines

Bones pràctiques: serveis residencials per a persones amb discapacitat física. – (Col·lecció Eines ; 7)
Bibliografia
I. Hilarión, Pilar, ed. II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials III. Col·lecció: Col·lecció Eines ; 7
1. Residències per a discapacitats 2. Discapacitats – Assistència institucional
364.65-056.26



Permesa la reproducció, sempre que se n'esmenti la procedència i no es faci amb finalitats comercials.

© d'aquesta edició:
Generalitat de Catalunya
Departament d'Acció Social
i Ciutadania
Plaça de Pau Vila, 1
08039 BARCELONA

Coordinació: Pilar Hilarión
Direcció i suport metodològic:
Subdirecció General de Programació i Avaluació
(ICASS) i Institut Universitari Avedis Donabedian

**AVEDIS
DONABEDIAN**
INSTITUT UNIVERSITARI-UAB



1a edició: abril 2010
Edició electrònica
Dipòsit legal: B-15898-2010
Maquetació: Ampans

col·lecció eines 7

Bones pràctiques:
serveis residencials per a persones
amb discapacitat física

7

Presentació

Estem vivint uns moments difícils, però hem de saber aprofitar-los per fer el canvi que ens ha de dur a la Catalunya capdavantera que tots volem. Des del Departament d'Acció Social i Ciutadania, treballem amb l'objectiu de construir a Catalunya un sistema de serveis socials ordenat, descentralitzat, equilibrat territorialment i sostenible.

Segons la programació territorial del Departament, el 2012 haurem assolit unes 2.865 places, entre llars, residències, centres d'atenció especialitzada i centres ocupacionals. Des d'aquests centres, amb la bona tasca de tot el personal, continuarem treballant per millorar la qualitat de vida de les persones usuàries i procurar la seva màxima autonomia.

Més enllà de l'increment de places, de recursos, etc., hi ha nombroses actuacions que el Departament d'Acció Social i Ciutadania presta als col·lectius més vulnerables de la societat, entre aquests, hi ha les persones amb discapacitat física. La col·lecció d'aquests manuals de *bones pràctiques* n'és un bon exemple. Entre les seves pàgines, els i les professionals trobaran consells, orientacions i recomanacions, és a dir, *bones pràctiques*, que ajudaran a millorar el servei i l'atenció a les persones amb discapacitat física en els serveis d'acolliment residencial.

Cal tenir ben present que des dels serveis residencials s'atenen persones amb diverses discapacitats, amb situacions personals i socials diferenciades i que, per tant, necessiten recursos i atencions personalitzades, sempre encaminades a una bona inclusió social.

Cada cop més, en editar els manuals de *bones pràctiques*, ens reafirmem en la necessitat d'orientar-les cap a un suport i atenció centrat en la persona, seguint un model en què l'eix principal sigui la qualitat de vida de la persona, amb el seu propi pla d'atenció individualitzat, sense oblidar, però, l'atenció a la seva família i el seu entorn comunitari.

Dono les gràcies a totes les persones que han dedicat els seus esforços i han aportat els seus coneixements i experiències per tirar endavant aquest manual. Estic convençuda que l'aplicació de les seves recomanacions i consells contribuiran a fer que les persones amb discapacitat física, les i els professionals que s'hi dediquen, familiars i tota la societat, en sortim beneficiats.

Perquè la nostra aportació serveixi per fer del nostre país un espai on totes i tots puguem trobar el nostre lloc i les persones amb discapacitat, amb les ajudes necessàries, puguin ser autònomes i assolir una vida de qualitat.

Carme Capdevila i Palau

Consellera d'Acció Social i Ciutadania

Pròleg

El document que presentem, *Bones pràctiques: serveis residencials per a persones amb discapacitat física*, és el resultat del desenvolupament d'una de les línies estratègiques del III Pla de qualitat de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials dedicada a impulsar la millora de la qualitat dels diferents recursos assistencials. La qualitat dels serveis és un dels principis rectors del Sistema públic de serveis socials i la seva millora contínua constitueix un imperatiu ètic per a tots els implicats: Administració, professionals, proveïdors, centres i persones usuàries.

Aquest document ha estat fruit de la implicació i l'experiència de diferents professionals dels serveis residencials per a persones amb discapacitat física i del personal tècnic de l'ICASS; així mateix, ha comptat amb la participació de persones usuàries d'aquests serveis. Gràcies al treball conjunt d'anàlisi de l'exercici de la pràctica professional i la detecció dels temes emergents en l'atenció i el suport a les persones, s'han identificat tant els processos clau com els elements que poden aportar major valor afegit a l'hora de prestar servei a les persones usuàries dels serveis residencials.

D'aquesta manera, respectant la riquesa i la pluralitat del sector, s'hi incorporen recomanacions que ajuden a harmonitzar i reduir la variabilitat de la pràctica professional en els processos de treball principals amb la finalitat de millorar la qualitat dels diversos serveis.

En aquest manual de bones pràctiques podreu trobar-hi recomanacions de millora de la qualitat en els diferents processos de treball dels serveis residencials per a persones amb discapacitat física. L'objectiu ha estat crear un marc de referència que integri els principals criteris d'atenció i suport a la persona que viu en un servei d'acolliment residencial per assegurar una pràctica professional personalitzada, que vetlli per la qualitat de vida de les persones usuàries del servei. També pretén dotar d'eines les entitats i contribuir a potenciar el valor afegit al servei que proporcionen. Aquest manual, conjuntament amb els indicadors de qualitat, ofereix a les entitats una base sòlida per construir o consolidar accions en l'àmbit de la qualitat.

Esperem, doncs, que es converteixi en un document de referència per a les entitats del sector interessades en la qualitat i en la incorporació de millores en els seus processos. Agraïm a tots aquells que hi han contribuït la participació, la implicació i els esforços abocats, que han permès elaborar aquest manual, que té com a objectiu fer un pas endavant en la qualitat de vida de les persones amb discapacitat física i que són usuàries dels serveis residencials.

Carolina Homar i Cruz
Directora general de l'ICASS

Índex

1

Introducció	13
1.1. <i>La persona amb discapacitat física</i>	15
1.2. <i>L'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física</i>	16
1.2.1. <i>Principis bàsics dels serveis com a recurs social</i>	17
1.2.2. <i>Cartera de serveis</i>	19

2

Bones pràctiques en funció de les diferents dimensions de qualitat de vida de les persones	22
2.1. <i>Benestar emocional</i>	22
2.1.1. <i>Valoració multidimensional</i>	22
2.1.2. <i>Àrees o problemes que cal abordar</i>	23
2.1.3. <i>Estratègies d'intervenció</i>	24
2.1.3.1. <i>Aspectes generals</i>	24
2.1.3.2. <i>Malalties mentals</i>	25
2.1.3.3. <i>Deteriorament cognitiu</i>	27
2.1.3.4. <i>Conductes addictives: ús i abús de substàncies tòxiques</i>	27
2.1.3.5. <i>Conductes disruptives</i>	28
2.1.3.6. <i>Acompanyament en processos de dol</i>	29
2.1.3.7. <i>Sexualitat</i>	30
2.1.4. <i>Oci: organització del temps lliure</i>	31
2.1.4.1. <i>Aspectes metodològics</i>	32
2.1.4.2. <i>El programa d'oci dins del servei d'acolliment residencial</i>	33
2.2. <i>Relacions interpersonals</i>	33
2.2.1. <i>Valoració multidimensional</i>	34
2.2.2. <i>Estratègies d'intervenció</i>	35
2.2.2.1. <i>Dret a la intimitat</i>	35
2.2.2.2. <i>Afrontament i resolució dels conflictes interpersonals</i>	36
2.2.2.3. <i>Millora de les relacions interpersonals</i>	36
2.2.2.4. <i>Millora de la comunicació per a persones amb problemes greus de parla</i>	39
2.3. <i>Benestar material</i>	43
2.3.1. <i>Valoració multidimensional</i>	44
2.3.2. <i>Àrees o problemes que cal abordar</i>	45
2.3.3. <i>Estratègies d'intervenció</i>	45
2.3.4. <i>Suports que cal activar</i>	46
2.4. <i>Desenvolupament personal</i>	47
2.4.1. <i>Valoració multidimensional</i>	47
2.4.2. <i>Àrees o problemes que cal abordar</i>	48

2.4.3. Estratègies d'intervenció	48
2.4.4. Suports que cal activar	51
2.4.5. Formació i ocupació	51
2.5. Benestar físic	53
2.5.1. Valoració multidimensional	53
2.5.2. Àrees o problemes que cal abordar	54
2.5.3. Estratègies d'intervenció	55
2.5.3.1. Realització d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària	55
2.5.3.1.1. Endreça personal	57
2.5.3.1.2. Vestit	56
2.5.3.1.3. Mobilitat i transferències	57
2.5.3.2. L'alimentació	58
2.5.3.2.1. Disfàgia: valoració i estratègies d'intervenció	59
2.5.3.3. Eliminació	60
2.5.3.3.1. Eliminació intestinal	60
2.5.3.3.2. Eliminació vesical	61
2.5.3.4. El son	61
2.5.3.5. Cura de la salut	62
2.5.3.5.1. Actuació immediata en cas d'una emergència sanitària	63
2.5.3.5.2. Foment d'un estil de vida saludable	63
2.5.3.5.3. Capacitat per assistir a les entitats prestadores de serveis de salut	63
2.5.3.6. Gestió de riscos	64
2.5.3.6.1. Caigudes	64
2.5.3.6.2. Lesions per pressió	65
2.5.3.6.3. Broncoaspiració	66
2.5.3.6.4. Cremades	67
2.5.3.7. Abordatge dels trastorns sensorials	68
2.5.3.7.1. Alteracions visuals-oculars	68
2.5.3.7.2. Problemes sensorials-perceptius	68
2.5.3.7.3. Problemes de comunicació i llenguatge	70
2.5.3.7.4. Discapacitat auditiva	70
2.5.3.8. Manteniment i reeducació funcional	71
2.5.3.8.1. Rehabilitació física i discapacitat	71
2.5.3.8.2. Inclusió en programes	73
2.5.3.8.3. Alteració de l'equilibri i de la coordinació	74
2.5.3.8.4. Alteració del to muscular, espasticitat	74
2.5.3.8.5. La família i el procés rehabilitador	76
2.5.3.8.6. Participació i relació amb el/la resident	76
2.6. Autodeterminació	77
2.6.1. Valoració multidimensional	77
2.6.2. Àrees o problemes que cal abordar	78
2.6.3. Estratègies d'intervenció	78
2.6.3.1. Intervenció en cas de conflicte ètic per a l'exercici del dret de l'autodeterminació	80
2.7. Inclusió social	82
2.7.1. Valoració multidimensional	83
2.7.2. Àrees o problemes que cal abordar	84

2.7.3. Estratègies d'intervenció	85
2.7.4. Suports que cal activar	87
2.8. Drets	87
2.8.1. Valoració multidimensional	87
2.8.2. Àrees o problemes que cal abordar	87
2.8.3. Estratègies d'intervenció	88

3

Metodologia de treball	90
3.1. Circuit d'admissió, estada i alta	90
3.1.1. Acollida i vinculació	90
3.1.2. L'estada al centre	92
3.1.3. Sortida del servei d'acolliment residencial	93
3.2. El treball interdisciplinari	94
3.3. L'elaboració del programa individual de suports	95
3.4. Valoració multidimensional i interdisciplinària de la persona i la família	96
3.5. Planificació d'objectius generals i específics	97
3.6. Atenció a la persona i a la família o als referents socials	97
3.6.1. Protocols i registres recomanats	98
3.6.1.1. Protocols bàsics i recomanats	98
3.6.1.2. Registres bàsics	101
3.7. Avaluació del programa individual de suports	102

4

Funcionament del servei d'acolliment residencial	104
4.1. Aspectes relacionals i organitzatius	104
4.1.1. Normes generals de funcionament i de convivència	104
4.1.2. Informació per a les persones usuàries del servei d'acolliment residencial	105
4.1.3. Mecanismes de participació de les persones residents	106
4.1.4. Altres situacions relacionades amb el funcionament del servei d'acolliment residencial	107
4.1.5. La satisfacció de les persones residents	108
4.2. Situacions especials de les persones residents	109
4.2.1. Situacions conflictives per incompliment de la normativa	109
4.2.2. Procediment que cal seguir quan existeix una persona incapacitada o tutelada	110
4.2.3. Procediment que cal seguir davant el consum o la tinença de substàncies	111
4.3. Bones pràctiques en relació amb el personal	111
4.3.1. Processos de selecció, acollida i integració al centre	112
4.3.2. Definició i avaluació de competències	112
4.3.3. La formació continuada i la gestió del coneixement	112
4.3.4. La participació del personal	113
4.3.5. La promoció i la motivació del personal	113
4.4. Bones pràctiques en relació amb el funcionament del servei d'acolliment residencial	114
4.4.1. La millora de l'accessibilitat	114
4.4.1.1. Accessibilitat dels dormitoris	114
4.4.1.2. Accessibilitat dels banys i dels vàters	115

4.4.2. <i>La seguretat en el servei d'acolliment residencial.</i>	
<i>La prevenció de riscos</i>	117
4.4.3. <i>Hàbits relacionats amb el manteniment i la utilització d'espais del servei d'acolliment residencial</i>	118
4.4.3.1. <i>Manteniment de l'habitació</i>	118
4.4.3.2. <i>Manteniment del servei d'acolliment residencial</i>	118
4.4.4. <i>Adaptació de l'entorn per a la millora de l'autonomia</i>	120
4.4.4.1. <i>Les ajudes tècniques</i>	120
4.4.4.2. <i>Realització d'activitats de la vida diària</i>	122
4.5. <i>Millora de la qualitat al centre</i>	123

Bibliografia	125
--------------	-----

A

Annexos	127
Annex 1. Normatives legals aplicables	129
Annex 2. Guia per al desenvolupament de la cartera de serveis	130
Annex 3. Exemples de suports per a la millora de la qualitat de vida	131
Annex 4. Proposta orientativa per a la valoració de les relacions interpersonals	133
Annex 5. Sistemes i ajuts tècnics per a la comunicació augmentativa i alternativa	136
Annex 6. Recomanacions per a la millora de les transferències de la persona resident	141
Annex 7. Disfàgia: valoració i estratègies d'intervenció	145
Annex 8. Fitxa d'informació útil per a les persones residents i els/les professionals	149
Annex 9. Administració de medicació	150
Annex 10. Mesures preventives de les lesions per pressió (lpp)	152
Annex 11. Resum de la carta de drets i deures en relació amb la salut	156
Annex 12. Escales de valoració	159
Annex 13. Tractament dels suggeriments i les reclamacions	163
Annex 14. Ajudes tècniques més significatives en una residència de persones amb discapacitat física	167
Annex 15. Membres del grup de treball	176

Introducció



Dins del marc del III Pla de qualitat de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament d'Acció Social i Ciutadania, s'ha desenvolupat aquest manual de bones pràctiques. Amb aquest document es vol fer un pas més en la política de millorar la qualitat de vida i la inclusió de la persona amb una gran discapacitat física en l'entorn comunitari. S'ha promogut la realització d'aquest manual mitjançant la participació activa dels centres, persones usuàries, institucions relacionades i proveïdors d'aquest àmbit d'actuació. La Fundació Avedis Donabedian ha ofert el suport metodològic pertinent.

L'objectiu d'aquest document és ajudar a crear un marc general d'experiència amb els principals criteris d'atenció i suport a la persona que viu en un servei d'acolliment residencial, per assegurar un procés centrat en l'individu. Cal tenir en compte que s'atenen persones amb circumstàncies de vida diferents i que requereixen suports d'intensitats diferents.

Per elaborar-lo s'ha partit de les bones pràctiques que es deriven de l'experiència de diferents centres i de les recomanacions existents en aquest sentit. El conjunt de membres que han integrat el grup de treball han fet aportacions des dels enfocaments metodològics i paradigmàtics existents, com també des de les diferents tipologies i models d'organització.

S'aconsegueix, d'aquesta manera, presentar una realitat rica i plural en l'abordatge de les diferents situacions en un servei residencial per a persones amb discapacitat física, i s'evita definir un únic model d'intervenció. Per tant, un dels objectius d'aquest manual és servir de punt de referència en el procés de planificació, redisseny i/o plantejament d'oportunitats de millora en els serveis específics adreçats a donar suport i/o atenció a la persona amb una discapacitat física que requereix suport per mantenir el seu màxim grau d'autonomia.

Tal com indica l'àmbit normatiu català¹ (vegeu l'annex 1), “els avenços científics i tècnics en el coneixement de la discapacitat, el reconeixement dels drets de les persones amb discapacitat i la pròpia reflexió sobre els models d'intervenció han fet que es reconsideri el concepte de la discapacitat en termes lligats a objectius de la millora de la qualitat de vida de les persones. Així, s'ha passat de models basats en actuacions assistencials i estructures de serveis a models que emfatitzen la promoció de les potencialitats personals, la participació activa de les persones usuàries en els processos de presa de decisions, la disminució de les limitacions funcionals en base a suports centrats en la persona i preferentment en entorns naturals”.

1. Decret 271/2003, de 4 de novembre, dels serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat (DOGC núm. 4013, de 19 de novembre de 2003).

Partim de la definició dels serveis d'acolliment residencial com a dispositius que, des d'un model integrador de l'atenció, ofereixen un marc residencial flexible substitutori de la llar per a aquells casos en què no sigui possible viure de manera autònoma al domicili amb l'ajuda de suports individuals, familiars i/o comunitaris. La cartera de serveis i activitats dels serveis residencials s'adreça, en la mesura de les possibilitats de la persona atesa, a promoure la vida independent, tenint en compte els suports extens i/o generalitzats que pugui requerir. Per aquest motiu, en primera instància, els serveis residencials no són un recurs finalista, ja que, sempre que és possible, s'impulsen les opcions de vida de la persona que promouen al màxim la seva autonomia en l'entorn comunitari.

Cal tenir en compte que els **suports**:²

- Són recursos i estratègies que incrementen el benestar personal.
- Són un vehicle a través del qual es pot millorar la qualitat de vida pròpia.
- Redueixen la discrepància entre les limitacions funcionals i les habilitats o comportaments involucrats per millorar la independència, la productivitat i la integració a la comunitat.
- Cal enfocar-los en totes les dimensions clau de la qualitat de vida, per incrementar-ne l'efectivitat.

2. Entenem per "suport extens" el que es presta de manera continuada, sense límit de temps, amb una freqüència regular o alta i que afecta algunes situacions de la vida de la persona amb discapacitat (llar, feina, escola, vida comunitària, etc.). La persona depèn en determinades situacions de tercers. El "suport generalitzat" és el que es presta de manera continuada, possiblement durant tota la vida, amb una freqüència i una intensitat altes. Afecta totes les persones i gairebé totes les situacions de vida de la persona. La persona depèn de tercers. El Decret 271/2003, de 4 de novembre, dels serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat (DOGC núm. 4013, de 19 de novembre de 2003), preveu també el suport intermitent i el limitat, que es presten en els serveis de centre de dia i atenció domiciliària.

3. Schalock, R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

Hem tingut en compte els objectius generals dels serveis d'acolliment residencial, entre els quals cal citar: proporcionar allotjament a persones que requereixen suport generalitzat i extensiu, prevenir i tractar els canvis produïts per la discapacitat, treballar per aconseguir la màxima autonomia de la persona i facilitar-ne la inclusió a la comunitat cercant la normalització.

En el procés d'adequació de pràctiques recomanades, a més, cal tenir en compte el perfil social i de salut de les persones residents, com també la qualitat de vida que perceben. Com que el tema de la qualitat de vida es considera un eix fonamental de la millora de la qualitat individual i social, aquest document articula les propostes de bones pràctiques en funció d'aquestes dimensions.

El model conceptual de referència utilitzat ha estat el de R. Schalock i M. A. Verdugo,³ que considera que són vuit les dimensions fonamentals de la qualitat de vida: benestar emocional, desenvolupament personal, relacions interpersonals, benestar material, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets. Els elements bàsics de l'atenció que proposa aquest model són aplicables tant en un entorn comunitari com en un de tipus residencial.

Entre els aspectes específics treballats en les dimensions de la qualitat de vida, s'inclouen la gestió dels suports, els drets i deures dels/de les residents, l'elaboració i seguiment del programa d'atenció individual, la planificació i realització de les activitats de la vida bàsica i instrumental, la formació i foment de l'ocupació, les intervencions en l'àmbit comunitari i de treball, les actuacions davant de situacions especials que es poden viure al centre, l'adequació

i foment d'ajudes per a l'autonomia i la preparació de la sortida del servei d'acolliment residencial. En el capítol 2, es desenvolupen aquests punts.

En els capítols 3 i 4, es detallen les bones pràctiques relacionades amb la metodologia i amb el funcionament general dels serveis d'acolliment residencial, respectivament.

L'aplicació operativa d'aquestes recomanacions posa de manifest la necessitat de millorar la coordinació entre els diferents agents implicats en el procés d'atenció, suport i rehabilitació de la persona en l'entorn comunitari.

Esperem que aquest document pugui ésser un element de reflexió per a la millora de la pràctica professional que portem a terme amb les famílies i les persones amb discapacitat física i que requereixen el suport dels serveis socials.

1.1. La persona amb discapacitat física

A continuació, a títol orientatiu, s'exposa el perfil bàsic de les persones usuàries dels serveis d'acolliment residencial. Aquest perfil s'ha elaborat en funció de la valoració feta pels membres del grup de treball que han col·laborat en el disseny i confecció d'aquest document i, per tant, correspon a una aproximació de la situació actual a la qual hem de donar resposta.

Cal comentar que existeix una alta variabilitat de tipologia de residents i de dinàmiques de treball dels diferents centres. Aquest fet suposa un repte major a l'hora de proposar un manual de bones pràctiques que pugui ser aplicable als diferents contextos.

Característiques sociodemogràfiques⁴

- Aproximadament el 60% de les persones usuàries dels centres residencials per a persones amb discapacitat física que requereixen suport extens o generalitzat procedeixen d'un entorn geogràfic proper al centre.
- Respecte a la distribució per sexes, aproximadament un 40% són dones.
- L'estat civil correspon majoritàriament a persones solteres.
- Entre un 40 i un 50% són persones en edats compreses entre els 18 i els 40 anys; la resta tenen entre 40 i 65 anys.

Dos fets que cal tenir en compte amb vista a la planificació futura dels centres residencials són l'envelliment progressiu i les noves necessitats relacionades amb l'edat i la formació de noves parelles dins del servei mateix.

Característiques socioeconòmiques

- Dificultat o manca de relacions externes.
- Dificultat per integrar-se en activitats laborals i de lleure.
- Poques expectatives de futur.

4. Aquestes dades corresponen al perfil de les persones usuàries ingressades a les residències on treballen diferents membres del grup de treball que han participat en el disseny d'aquest document de bones pràctiques.

- Barreres arquitectòniques i de transport, que generen dificultats en els desplaçaments per la comunitat.
- Problemes d'addicció a les drogues.
- Convivència amb problemàtiques mentals.
- Diferents nivells d'implicació familiar, en funció de la tipologia del diagnòstic i de l'edat de la persona. Algunes vegades tenen famílies desestructurades o separacions amb un cònjuge afectat. Pares i mares i tutors/es o representants legals d'edat avançada. En alguns casos, s'evidencia la manca de recursos familiars.
- Escassos recursos econòmics de la persona resident.
- Persones estrangeres que potser no tinguin una situació legal normalitzada.

Diagnòstics mèdics més freqüents

- Malaltia neurodegenerativa.
- Paràlisi cerebral.
- Traumatisme cranioencefàlic.
- Lesions medul·lars.
- Accident vascular cerebral, amb discapacitat física important.

Altres problemàtiques associades

- Malaltia mental associada, amb trastorns de conducta o sense.
- Abús de substàncies o conductes addictives.
- Trastorns convulsius.
- Alteracions de la comunicació.
- Retard mental.
- Trastorns o simptomatologia psicològica associada.

Capacitats funcionals

El grau de dependència usualment és alt i requereixen diferents tipus de suport per part del centre, la família o el/la tutor/a i la comunitat.

1.2. L'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física

L'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física té per objectiu, des d'un model integrador, oferir un espai de vida flexible, substitutori de la llar, que intenta donar resposta a les diferents necessitats de les persones amb discapacitat física que requereixen suport extens o generalitzat.

Aquest recurs té un equip multidisciplinari, que treballa de manera interdisciplinària amb un enfocament transdisciplinari. Dóna el suport necessari perquè les persones puguin viure en un context integrador i normalitzador durant un període de la seva vida. És una plataforma perquè la persona, amb el suport que se li ofereix, pugui desenvolupar el seu projecte vital, interaccionant amb l'entorn i utilitzant els serveis comunitaris que requereix o

dels quals disposa. D'aquesta manera, es promou l'autonomia personal de la persona amb discapacitat física, amb la recuperació de capacitats o assolint la major competència possible. En aquest sentit, és un recurs no necessàriament finalista que ofereix el suport adient durant el temps necessari.

Els objectius generals d'aquest tipus de dispositius són els següents:

- Proporcionar allotjament i manutenció a persones amb discapacitat física que requereixin qualsevol tipus de suport.
- Promocionar al màxim el grau d'autonomia de les persones.
- Prevenir i tractar el deteriorament produït per la discapacitat i l'edat.
- Facilitar la inclusió de la persona a la comunitat i cercar-ne la normalització i la inclusió social.

1.2.1. Principis bàsics dels serveis com a recurs social

La gestió de l'atenció i dels suports implica una actitud centrada en la persona, tant com a individu com en relació amb el seu entorn. Suposa passar d'una orientació basada en el dèficit a una estratègia de millora: es treballa el concepte de qualitat de vida com a agent de canvi per a l'optimització de la persona.

Els principis que orienten la filosofia de l'atenció en l'àmbit dels serveis socials i, per tant, totes les intervencions que se'n deriven, es podrien resumir en:

- Qualitat de vida

Afavorir la qualitat de vida de les persones amb discapacitat física ha de ser l'objectiu dels serveis d'atenció. Es parteix del model de R. Schalock i M. A. Verdugo, que considera que les dimensions de la qualitat de vida són vuit:

- Benestar emocional.
 - Relacions interpersonals.
 - Benestar material.
 - Desenvolupament personal.
 - Benestar físic.
 - Autodeterminació.
 - Inclusió social.
 - Drets.
- Atenció centrada en la persona

Treballar a partir d'una planificació que asseguri la participació activa de les persones amb discapacitat física i de les que els representen és un element clau en el procés de modernització d'aquests serveis.

Cal disposar d'un programa individual de suports i fer adequacions i transformacions en l'entorn per superar les barreres físiques, psicològiques i ideològiques, i per promoure una major accessibilitat i acceptació social. Per realitzar aquesta planificació, cal partir de la persona, entesa des de tres vessants: individual, familiar o de referents socials i comunitari.

La planificació de suports centrada en la persona amb discapacitat física ha de partir d'una avaluació acurada de les seves necessitats i desitjos, així com del seu entorn; hem de tenir en compte que cada persona és única i diferent. Aquesta avaluació ha de determinar el perfil dels suports necessaris que s'han de recollir al programa individual de suports, que és l'eina que cal utilitzar en tots els àmbits.

- **Inclusió comunitària**

Per tal de poder assolir els objectius d'inclusió social de la persona amb discapacitat física, cal tenir en compte la dimensió comunitària del servei d'acolliment residencial i la seva projecció. La inclusió implica el desenvolupament de programes realitzats a partir d'iniciatives comunitàries que prevegin la implicació en el teixit social.

- **Autodeterminació de la persona**

Entenem l'autodeterminació com el dret que té la persona amb discapacitat (i, si és el cas, amb la participació de la seva família o tutor/a o els referents socials) a escollir, a decidir per ella mateixa com ha de ser la seva vida i a participar de manera activa en la presa de decisions que l'afecten.

El reconeixement de la capacitat d'autogovern de la persona per prendre decisions i per triar lliurement entre diferents opcions o alternatives és un principi que cal respectar i desenvolupar, especialment en aquelles persones a qui la manca d'oportunitats ha produït una deshabitació a l'autogovern. Aquesta és una dimensió clau de la qualitat de vida que incideix en moltes altres dimensions.

- **Diversitat**

Els serveis han d'arribar a totes les persones amb discapacitat física que se'n poden beneficiar i els sol·liciten, amb independència de les causes de la discapacitat, la gravetat o l'existència d'altres factors intel·lectuals, cognitius o de comportament.

Les persones amb discapacitat física poden presentar altres discapacitats (sensorials, intel·lectuals...), problemes de comportament o malaltia mental, com qualsevol altre ciutadà/ana.

Però el fet de presentar aquests factors afegits a la discapacitat física no ha de comportar, necessàriament, que aquestes persones no puguin gaudir dels suports previstos en els serveis d'atenció.

- **Flexibilitat**

Les necessitats de suport i els desigs de les persones amb discapacitat física poden variar en el temps i en els diferents entorns on viuen. Els suports dels serveis d'atenció s'han de modificar per adequar-se a les necessitats de cada persona en cada moment i situació. Això exigeix disposar de serveis flexibles amb un ventall de programes als quals la persona pot recórrer en qualsevol moment de la seva vida.

- **Funcionalitat**

L'atenció i els suports que s'ofereixen a cada persona amb discapacitat física han d'estar dirigits a la millora de les seves oportunitats i de la seva qualitat de vida. Cal evitar actuacions rutinàries, preestablertes o estandarditzades, que no tinguin en compte la participació, l'opinió i la satisfacció de la persona amb discapacitat i que no generin una utilitat clara per a la seva vida diària.

- **Qualitat**

El centre ha de tenir un sistema que permeti avaluar la qualitat de l'atenció i on constin clarament els objectius i els indicadors, així com els processos que comportin una millora continuada de la qualitat.

Un factor clau d'un sistema de gestió de la qualitat és la participació i la implicació de totes les persones que conformen l'organització, incloent-hi l'entitat titular, la direcció, els/les professionals, les persones amb discapacitat i les seves famílies i el personal voluntari. Tanmateix, cal que tingui en compte les necessitats d'altres clients (administració, comunitat...) i dels proveïdors.

Les persones, professionals o voluntàries, que donen suport a les persones amb discapacitat física han de mantenir-se motivades i formades en les competències necessàries per desenvolupar correctament les seves funcions. El sistema de gestió de la qualitat ha d'incloure la planificació de formació continuada i incentius per assegurar un bon clima de treball i la realització del personal.

1.2.2. Cartera de serveis

Quan un centre es planteja quina és la seva cartera de serveis, això implica un procés de reflexió, atès que es tracta d'allò que l'identifica davant la societat. Cal revisar de manera periòdica si la cartera de serveis dóna resposta als diferents perfils de residents i les diferents intensitats de suport requerides. La cartera de serveis ha d'estar orientada a la gestió de la inclusió social sobre la base del màxim desenvolupament personal tenint en compte les diferents dimensions de qualitat de vida individual i social.

Els serveis que, com a mínim, ha d'oferir un centre residencial per a persones amb discapacitat física inclouen els apartats següents:

- Atenció personal:
 - Allotjament i manutenció.
 - Suport a la realització d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.
 - Mobilitat interna.
 - Dinamització i suport a la participació.
 - Gestió dels acompanyaments tenint en compte els suports familiars i comunitaris existents.
- Atenció en el manteniment i la recuperació de funcions físiques, cognitives i socials:
 - Manteniment i/o promoció de funcions físiques.
 - Programes de manteniment i potenciació d'habilitats cognitivofuncionals.
 - Programes d'activitat física i esport.
 - Programes d'aprenentatge per a l'autonomia personal. Programes de capacitat.
 - Programes de millora de la comunicació i el llenguatge.
 - Gestió de suports per afavorir la inclusió social:
 - Coneixement de l'entorn.
 - Ús del transport i dels recursos comunitaris.
 - Activitats i gestió de suports per afavorir la socialització i les competències socials.
- Suport al benestar emocional i promoció de l'autodeterminació:
 - Informació, assessorament i suport a les persones residents, les famílies, els/les tutors/es o els referents socials.
 - Foment de la participació i vinculació de residents, familiars i tutors/es.
 - Nuclis de convivència que afavoreixen les interrelacions.
 - Suport psicològic i emocional.
 - Suports per al desenvolupament personal: hàbits i actituds, potenciació de la creativitat.
 - Suport per a la millora de l'autoconeixement, plans i projectes personals i presa responsable de decisions.
- Accions per a la millora de la salut:
 - Aplicació de mesures preventives i de foment de la salut.
 - Control i subministrament de la medicació i d'altres teràpies amb supervisió.
 - Control de la pell i canvis posturals.
 - Seguiment de pautes i instruccions facultatives.
- Sistemes de control de l'entorn:
 - Manteniment d'elements d'ajuda a l'autonomia.
 - Mecanismes d'adequació i automatització de l'entorn per afavorir l'autonomia de la persona.
 - Alfabetització informàtica.

En la cartera de serveis, per a cada tipus de suport, sigui extens o generalitzat, cal definir els suports de tipus personal, tècnic, formatiu o d'altra mena que s'ofereixen per donar resposta a les vuit dimensions de qualitat de vida de la persona.

Com a mínim una vegada a l'any, cal avaluar el compliment d'aquesta cartera de serveis per valorar-ne el funcionament, estudiar noves demandes i identificar oportunitats de millora. A l'annex 2, s'adjunta una guia orientativa per al desenvolupament de la cartera de serveis.

2

Bones pràctiques en funció de les diferents dimensions de qualitat de vida de les persones

Tal com hem esmentat en la introducció, en aquest capítol s'aprofundeix en cadascuna de les vuit dimensions que, segons R. Schalock i M. A. Verdugo, integren la qualitat de vida. L'esquema que s'ha seguit per treballar cada dimensió és el següent:

- Valoració multidimensional.
- Àrees o problemes que cal abordar.
- Estratègies d'intervenció⁵ i suports que cal activar.

A l'annex 3, s'adjunta un esquema de les diferents dimensions de qualitat de vida que s'aborden en aquest capítol, així com alguns exemples de suport i exemples de tècniques de millora.

2.1. Benestar emocional

La dimensió benestar emocional està integrada per les àrees següents:

Microsistema ⁶	Mesosistema ⁷	Macrosistema ⁸
Autoconcepte, felicitat, espiritualitat, alegria, satisfacció, sentiment de benestar, estat de salut mental	Seguretat, gestió de l'estrès, llibertat de culte, suports	Llibertat religiosa, vida familiar, legislació

5. Inclou també estratègies de promoció, prevenció i potenciació en la persona, la família o el referent social i en la comunitat.

6. Microsistema: context social immediat, com són la família, la llar, el grup d'iguals, el lloc de treball, etc. Afecta directament la vida de la persona.

7. Mesosistema: context social intermedi, com és el veïnat, la comunitat, les entitats prestadores de serveis i les organitzacions que afecten directament el funcionament del microsistema.

8. Macrosistema: patrons culturals més amplis, tendències sociopolítiques, sistemes econòmics..., així com factors relatius a la societat, que afecten directament els valors i les creences i també el significat de paraules i conceptes.

2.1.1. Valoració multidimensional

Considerem il·lustratiu indicar alguns aspectes que caldria observar des d'una valoració multidimensional. La valoració inicial del benestar emocional es fa en el moment previ a l'ingrés. Cal tenir en compte els aspectes següents:

- Autoconcepte.
- Autoestima.
- Afectivitat.
- Sexualitat.
- Autocontrol i gestió de l'estrès.
- Salut mental:
 - Desequilibris.
 - Conductes disruptives.
 - Baixa tolerància.
 - Frustració.
 - Addicció (drogues, alcohol, tabac, Internet...).
 - Quadre confusional.
- Acceptació de la situació i capacitat d'autocrítica.
- Percepció del grau de satisfacció de la persona i la família.
- Relacions interpersonals i familiars.
- Inclusió social.
- Temps de lleure:
 - Interessos i motivacions.
 - Maneig del temps.
 - Capacitat per gaudir en l'entorn comunitari.
- Capacitats laborals i necessitat d'adaptacions i suports.

Quan correspongui, cal contactar amb el/la professional de salut mental que s'hagi assignat a la persona, amb l'objectiu d'intercanviar informacions, valorar els canvis esperats amb l'entrada en el servei residencial i preveure els suports necessaris.

Posteriorment, el personal d'atenció directa, que per les seves funcions està més en contacte amb les persones residents, és qui podrà detectar en primer lloc qualsevol canvi que es produeixi en el benestar emocional de la persona.

El període de valoració depèn de cada cas. Una vegada s'hagi fet la valoració, cal fixar de manera consensuada els objectius i la metodologia que s'ha de seguir per millorar o mantenir el benestar emocional de la persona. A les reunions d'equip, on han d'estar presents, com a mínim, el/la psicòleg/a i el personal d'atenció directa, cal vetllar pel fet que es tinguin en compte les opinions i les aportacions de la persona usuària. D'aquesta manera s'ha d'arribar a acords que siguin acceptats per la persona, executables i avaluables.

2.1.2. Àrees o problemes que cal abordar

- L'autoconcepte, la imatge personal i l'autoestima resulten difícils de treballar, sobretot quan hi ha hagut un deteriorament important respecte a la situació inicial.
- En el cas de persones amb dificultats de comunicació, el diagnòstic de malalties mentals resulta molt difícil.

- Possibilitat de lesions neurològiques i d'alteracions cromosòmiques que facin variar l'efectivitat de tractaments psicofarmacològics.
- Maneig de les conductes disruptives. Cal prevenir-ne l'aparició mitjançant l'anàlisi multimodal, que permet la detecció de detonants.
- Acompanyament en processos de dol.

2.1.3. Estratègies d'intervenció

Cal identificar els suports necessaris per afavorir el benestar emocional; a tall d'exemple, se'n poden citar els següents:

- Formació del personal per facilitar:
 - La identificació d'estratègies per a la millora del benestar emocional de la persona i la seva família.
 - La capacitat per detectar problemes de salut mental i addiccions.
 - El registre d'observacions.
 - La intervenció en conductes disruptives.
 - L'acompanyament en processos de dol i mort.
- Personal per a l'acompanyament a les visites en centres especialitzats: revisions mèdiques, salut mental, addiccions...
- Gestionar el transport per accedir a la xarxa especialitzada quan sigui necessari.

Els apartats en què hem estructurat aquest punt d'"Estratègies d'intervenció" són els següents:

- Aspectes generals.
- Malalties mentals.
- Trastorns cognitius.
- Conductes addictives.
- Conductes disruptives.
- Acompanyament en processos de dol.
- Sexualitat.

2.1.3.1. Aspectes generals⁹

- La persona s'ha de sentir a gust al centre; per aquest motiu, és important que pugui participar-ne en la decoració i portar-hi els seus objectes o alguns mobles personals.
- La persona ha de tenir informació prèvia dels canvis que es produeixen al centre, tant en l'estructura com en la dinàmica, les activitats i el personal, i participar, sempre que sigui possible, en les decisions que motiven aquests canvis. D'aquesta manera, es preserva el sentiment de control d'un entorn que és el seu espai privat i domèstic. Cal tenir una cura especial amb els canvis de companys/es d'habitació o d'establiment.
- La persona ha de conèixer i entendre els aspectes sobre el seu estat de salut, i el personal n'ha de facilitar informació entenedora.
- La persona ha de poder celebrar les dates assenyalades pròpies, com són l'aniversari i el sant, si així ho vol.

9. FEAPS. *Manuales de buena práctica. Vivienda y residencia*. Barcelona: FEAPS, 1999.

- La persona ha de poder tenir relacions interpersonals dins i fora del centre i mantenir relacions familiars. El servei ha d'oferir els suports necessaris per possibilitar-ho.
- La persona ha de poder convidar familiars i amics, respectant els horaris, les normes de convivència i els espais oportuns.
- La persona s'ha de sentir entesa i ha de poder expressar els seus sentiments, necessitats i desigs. Per tant, el personal ha de practicar l'escolta activa, ser empàtic i disposar de temps per a aquesta tasca.
- La persona ha de confiar i sentir-se segura en el servei. Per tant, el personal ha d'atendre amb sinceritat les seves demandes i inquietuds respecte a la intimitat, la confidencialitat i la privacitat.
- La persona ha de sentir que rep estímuls i suport per a les accions de cura i d'autocura de la seva aparença, netedat i ordre, i també per al foment de la comunicació amb els altres i amb la comunitat. Aquestes mesures permeten millorar la sensació de control sobre l'entorn.
- La persona s'ha de sentir reforçada en els seus avenços i fites. El personal s'ha d'interessar per l'individu i per les seves activitats diàries o extraordinàries.

2.1.3.2. Malalties mentals

Tot i que la persona es troba en un recurs per a persones amb discapacitat física, hi poden haver problemàtiques de salut mental associades, a les quals cal donar resposta. Hi ha serveis d'acolliment residencial específics per a persones amb una discapacitat secundària a una malaltia mental, però no sempre estan adaptats per a persones amb grans discapacitats físiques.

Sempre que no existeixi una incapacitació legal de la persona resident, aquesta és la responsable de la seva salut i de les decisions que calgui prendre sobre això. Quan existeix una evidència clara de la seva incapacitat per assumir aquesta responsabilitat, i quan les seves decisions poden comportar greus lesions per a la seva salut, cal iniciar un procés de presa de decisió amb participació de la persona afectada, de la seva família o tutor/a, de la direcció del centre i de l'Administració pública competent. En cas que no s'arribi a una decisió acceptada per part de la persona resident, es fa necessari emprendre un procés judicial.

Quan es detecten indicis de malaltia mental, cal posar en marxa determinades estratègies; a continuació, se'n detallen algunes:

1. Identificar els canvis en l'estat d'ànim, els costums, les activitats habituals i el tarannà personal, les funcions superiors, l'alimentació, el pes, la son. Així doncs, cal identificar els factors associats per determinar si ens trobem davant l'aparició d'una malaltia mental.
2. Si escau, s'han de descartar causes orgàniques o físiques, mitjançant una valoració mèdica completa, que pot incloure, de manera complementària, una revisió oftalmològica i auditiva. És molt important tenir en compte aquest aspecte perquè, sovint, en persones amb dificultats de comunica-

ció oral, els canvis en les conductes i, fins i tot, les conductes disruptives, poden ser provocades pel malestar que ocasiona un problema orgànic.

3. Cercar el diagnòstic emès per l'especialista en salut mental. Cal tenir en compte que, sobretot en persones amb dificultats de comunicació oral, el diagnòstic de malalties mentals és complicat; així, doncs, són molt importants les observacions, els registres i les aportacions del personal d'atenció directa.
4. S'ha de tenir en compte que la prevalença de malalties mentals (fòbies, obsessions-compulsions, trastorns per ansietat, depressions, distímies, trastorns bipolars, esquizofrènia, trastorns confusionals, trastorns del son, trastorns relacionats amb el deteriorament de les funcions cognitives...) en persones amb discapacitat és més alta que en la població sense discapacitat.

Viure amb una discapacitat suposa fer front a una dificultat afegida a les pròpies de la vida en general. Això implica una major probabilitat de presentar un trastorn adaptatiu.

5. Treballar la consciència de malaltia amb la persona afectada. Es considera una bona pràctica que la persona tingui consciència del que li passa i que ho entengui, sobretot perquè la seva col·laboració és necessària en el seguiment dels tractaments.
6. Seguir les pautes i les recomanacions psicoterapèutiques donades per a la millora del benestar emocional. En funció de la malaltia mental es poden indicar psicoteràpies diverses.

Seguir les pautes farmacològiques. Hi ha persones que s'oposen a prendre la medicació, sovint per poca consciència de malaltia o bé per evitar els efectes secundaris que de vegades se'n deriven. Per aquest motiu, és important treballar la consciència de la malaltia i conèixer els possibles efectes secundaris de les medicacions, per informar el/la metge/essa si apareixen. En els casos en què la decisió de la persona resident sigui contrària a la prescripció mèdica, cal un sistema de descàrrega de responsabilitat de l'establiment que permeti la participació de la família o el/la tutor/a quan escaigui. Tanmateix, és necessari informar el facultatiu i l'Administració pública competent.

7. Orientar el personal d'atenció directa sobre el tracte i les intervencions. El personal d'atenció directa ha de rebre formació i informació sobre com actuar i com dirigir-se a les persones amb malaltia mental. Han de saber, per exemple, què dir a una persona que plora molt o sovint, com intervenir amb una persona que està patint una al·lucinació o que fa un seguit de rituals...
8. Cal derivar la persona als serveis sanitaris especialitzats quan la situació així ho requereixi: si les crisis no es poden contenir des del servei residencial, cal gestionar un ingrés psiquiàtric.

9. Fer seguiments. És important aportar registres i reculls d'observacions a les visites de seguiment psiquiàtric o psicològic. D'aquesta manera, s'ofereix la informació necessària per ajustar els tractaments a la realitat de cada moment. Així s'evita tant allargar tractaments innecessàriament com reduir-los o suprimir-los abans d'hora.
10. Activar estratègies preventives dels trastorns de comportament. Resulta molt important la preparació dels canvis, per tal que les persones tinguin un major control de la seva situació.

2.1.3.3. Deteriorament cognitiu

En els casos de persones amb discapacitat física i trastorns cognitius associats, es pot presentar una certa tendència a mostrar un nivell d'autoconcepte baix, traduït en un escàs sentiment d'identitat adulta (infantilisme), en una xarxa social empobrida, en apatia i en un profund desconeixement de les capacitats pròpies i dels recursos personals. Quan es produeix aquesta casuística, cal abordar diferents estratègies, tant de manera individual com grupal. A continuació, es presenta un seguit de recomanacions que poden contribuir a millorar l'autoconcepte i l'autoestima:

- Cal treballar la percepció que es té de la imatge personal en aquells casos en què es presenti una percepció inadequada d'un mateix. Una manera d'aprendre a conèixer-se i reconèixer-se pot ser fer servir la imatge del mirall. D'aquesta manera s'inicia el procés de reconèixer-se un mateix i els altres i s'estimula a interactuar dins de la col·lectivitat. L'abordatge de la imatge personal afavoreix el desenvolupament de l'expressivitat de sentiments de rebuig i d'acceptació i la imaginació. És d'aquesta manera com s'afavoreix que es comenci a construir i a reivindicar la identitat com a persones adultes.
- El fet d'estimular la comunicació i facilitar l'expressió de sentiments contribueix al desenvolupament de l'autoestima. Els mitjans per assolir aquest objectiu han de passar per donar suport psicològic a les persones amb discapacitat i a les seves famílies, si ho requereixen.
- Igualment, cal dissenyar una formació específica per als/a les professionals, per afavorir el canvi del paradigma de la persona amb discapacitat i incloure entre els seus objectius la superació de les barreres psicosocials. És un factor que dificulta la normalització i la inclusió de les persones i, com a conseqüència, genera aïllament social.

2.1.3.4. Conductes addictives: ús i abús de substàncies tòxiques

Quan es detecten conductes addictives, cal posar en marxa determinades estratègies; a continuació, se'n detallen algunes:

1. Detecció de canvis en els costums i les activitats quotidianes, en el tarannà, en el caràcter, en l'estat d'ànim o en el maneig dels diners que puguin fer pensar en l'ús o abús de substàncies, o bé en ludopaties, abús d'Internet...

2. Fer partícip la persona afectada de la detecció del problema, intentant arribar conjuntament a la decisió de buscar-hi solucions.
3. Diagnòstic i tractament en serveis especialitzats. Quan la situació ho requereixi, cal derivar a serveis sanitaris especialitzats.
4. Seguiment dels tractaments i les intervencions pautades pels serveis especialitzats.
5. Avaluació de les millores i de l'efectivitat del tractament.
6. Orientació al personal d'atenció directa sobre el tracte i les intervencions específiques.

2.1.3.5. Conductes disruptives

Tal com destaquen R. Novell, P. Rueda i L. Salvador,¹⁰ abans de qualsevol intervenció en conductes disruptives cal avaluar si hi ha alguna causa orgànica o física que pugui desencadenar la conducta problemàtica. Per tal que aquesta valoració resulti tan curosa com sigui possible, cal comptar amb el personal d'atenció directa.

Quan es donen condicions disruptives, cal posar en marxa determinades estratègies; a continuació, se'n detallen algunes:

1. Definició de la conducta:
 - a. Topografia: què fa la persona.
 - b. Cicles: quan es dona la conducta, en quina època, quin dia de la setmana, a quines hores, freqüència i durada.
 - c. Gravetat: quin nombre de personal ha d'actuar, si es produeixen autolesions o lesions a altres persones, fins a quin punt la persona queda invalidada per fer altres activitats.
2. Enregistrar la conducta. És molt important tenir dades objectives per poder identificar la funció de la conducta i poder fer l'anàlisi multimodal.
3. Història de la conducta i tractaments anteriors. Cal identificar si la conducta ja s'havia donat, quan i com es va iniciar, quines intervencions s'havien dut a terme i la seva efectivitat.
4. Anàlisi multimodal de la conducta:

Consisteix en l'anàlisi dels factors biològics, psicològics i socials o ecològics de la persona que poden fer-la susceptible de desenvolupar conductes disruptives o que poden estar influent en el fet que la conducta es doni. També és útil enregistrar i analitzar les condicions iniciadores o antecedents (què passa abans: on és la persona usuària, amb qui...) i les condicions reforçadores o conseqüències (intervenció dels/de les professionals, evitació d'una obligació, més atenció, aïllament...).

10. Novell Alsina, R.(coord.); Rueda Quitllet, P.; Salvador Carulla, L. *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Colección núm. 4, Madrid Feaps, 2004.

5. Disseny d'un pla d'intervenció centrat en la persona que inclogui:
 - a. Canvis en l'entorn o manipulació ecològica.
 - b. Programació positiva (ensenyament i utilització d'habilitats alternatives per aconseguir la mateixa funció, entrenament en relaxació, augment de la tolerància...).
 - c. Estratègies de tractament directe i estratègies reactives dissenyades conjuntament per l'equip interdisciplinari (ignorar, redirigir, efecte sorpresa, interposició o restricció física d'emergència).
6. Seguiment i avaluació. És imprescindible tractar aquests punts en les reunions d'equip.
7. Sempre que sigui possible, es recomana que hi hagi habitacions individuals per als casos de persones amb trastorns de comportament que ho requereixin.

2.1.3.6. *Acompanyament en processos de dol*¹¹

En l'entorn residencial, sovint es donen processos de dol, i cal tenir-los en compte si volem garantir el benestar emocional de la persona. De fet, l'ingrés mateix suposa una pèrdua d'allò que la persona tenia abans. Alguns dels processos de dol més habituals són els següents: la marxa del personal i dels/ de les companys/es, els familiars que moren o es desvinculen de la persona, el procés de la pròpia mort de la persona usuària, la pèrdua de capacitats o habilitats (també les derivades de l'envelliment)...

En tots els processos de dol es donen quatre etapes, no sempre de manera lineal, que hem de tenir en compte per entendre la persona: negació, enuig, negociació i acceptació.

Cal posar en marxa determinades estratègies per fer una bona pràctica en l'acompanyament del procés de dol; a continuació, se'n detallen algunes que es poden treballar individualment, en petits grups o en forma de taller:

- Pèrdua de capacitats funcionals o d'adaptació a les noves situacions. Crear un programa de suport per a l'elaboració del procés de dol davant la pèrdua quan ha existit un funcionament previ sense limitacions.
- Acompanyament a la mort del/de la resident. En primer lloc, sempre que sigui mèdicament possible, cal permetre a la persona decidir si vol morir a l'hospital o al centre. Tanmateix, s'ha de permetre l'expressió de sentiments, donar informació clara i entenedora per a la persona usuària sobre la seva situació, adequar l'entorn, els suports i les ajudes tècniques a la nova situació, oferir la possibilitat de posar-se en contacte amb persones significatives, atendre les necessitats espirituals i tenir en compte les últimes voluntats.
- Marxa d'un/a professional o d'un/a company/a. Permetre l'acomiadament del personal o els/les companys/es i informar-ne la persona amb quinze

11. Elisabeth Kübler-Ross ha fet un abordatge important sobre aquest tema i s'aconsella consultar la seva bibliografia.

dies d'antelació. Cal permetre l'expressió de sentiments, oferir espais i moments per fer-ho: festes de comiat, obsequis preparats per les mateixes persones residents...

- Mort de persones significatives per a la persona usuària. Potenciar el tracte normalitzat fugint de les actituds sobreprotectores que eviten donar males notícies a les persones amb discapacitat. Cal parlar directament de pèrdues o mort i permetre la participació en els processos: visitar persones en l'etapa final de la vida, assistir a tanatoris, enterraments i cementiris. En aquests casos, sovint s'ha de treballar amb l'entorn familiar per tal que ho tinguin present. S'ha de permetre l'expressió de sentiments de tristesa, enuig, ràbia..., i els/les professionals l'han d'abordar amb actituds d'escolta activa i empatia. Seguir parlant de la persona desapareguda un cop passat l'enterrament, amb normalitat, recordant els moments compartits, resulta de gran ajut per elaborar el procés de dol.

Per facilitar que els/les professionals donin una atenció de qualitat en l'acompanyament en els processos de dol i mort, els cal formació específica. En tots aquests processos, cal tenir en compte que el conjunt de professionals, sobretot els que estan més en contacte directe amb la persona usuària, també requereixen espais i moments que possibilitin l'elaboració del procés de dol. En aquest sentit, són molt útils les reunions d'equip i la supervisió externa, sempre que se'n disposi. Es poden organitzar reunions extraordinàries.

2.1.3.7. *Sexualitat*

La sexualitat de les persones amb discapacitat física s'ha d'entendre com el binomi sexualitat-sensualitat, que constitueix una forma d'expressió. La inclusió de la sexualitat en la vida de les residències és una resposta a la necessitat plantejada pels/per les residents com a persones adultes. Quan decideixen mantenir relacions íntimes personals es considera que és un acte privat i de lliure elecció. Cal vetllar perquè al centre hi hagi una cultura de comprensió i assumpció de la sexualitat com un aspecte més dels/de les residents.

Per abordar la sexualitat en la vida dels centres, prèviament cal formar tots/es els/les professionals en aquest sentit. Alguns aspectes que cal treballar són els següents:

- Definició de sexualitat i com s'aborda.
- Com s'ensenya? Progressivament, tant als/a les residents com a les famílies. Amb naturalitat, sense presses.
- En quin moment s'ha d'iniciar l'educació sexual? Sempre en funció de l'edat i del nivell cognitiu.
- On es dóna la informació i com? Qualsevol lloc és adient si el/la resident en fa la demanda, que no s'ha de posposar, per evitar que s'interpreti com un càstig en comptes de com un reconeixement de les necessitats individuals.

- Qui pot informar a la residència? Qualsevol professional; cal, però, que hi hagi una metodologia consensuada i formació referent a això.
- A qui? A tots, ja que es tracta de persones adultes. Per tant, cal evitar l'infantilisme.

Tanmateix, és necessària l'elaboració d'un protocol específic, en què es detallen, entre d'altres, els aspectes següents:

- Concepció de la sexualitat que té el centre.
- Valoració. Sempre cal partir de la valoració: és necessari conèixer l'estat físic i els desigs de la persona en aquest àmbit.
- Definició dels recursos existents al centre per abordar el tema de la sexualitat.
- Forma d'accés als recursos disponibles.

El pla d'actuació ha de començar a tractar la sexualitat a partir de l'autoestima i de la independència. Cal tenir en compte el fet que, en determinades ocasions, alguns pares i algunes mares presenten dificultats per superar la discapacitat dels fills/es. Així doncs, s'hauria d'implicar les famílies en l'educació sexual dels/de les residents i dissenyar un pla d'acció per millorar l'afectivitat amb les persones significatives.

Quan les persones usuàries ho demanin, o quan sigui necessari, s'ha d'abordar el tema de l'educació sexual, sigui individualment o en grup. Els/les professionals del servei han de facilitar la informació o cercar el suport d'altres professionals, en funció de les necessitats.

En cas que es produís algun tipus de conflicte, s'ha de tenir en compte que cal respectar el grau d'intimitat que permeti el tipus d'habitació en què viuen, especialment quan es tracta d'habitacions compartides. Els conflictes es poden abordar en l'assemblea, per establir mesures consensuades entre totes les parts implicades.

Si la persona està incapacitada, s'ha de valorar la possibilitat de comentar-ho amb els/les tutors/es o amb la família, i assegurar-se sempre que les relacions sexuals són consentides per ambdues parts.

En cas d'abús sexual o assetjament d'una persona usuària cap a una altra, cal intervenir-hi seguint la normativa i les recomanacions existents. És aconsellable abordar aquest tema amb professionals experts/es en la matèria, per identificar les mesures més adients en funció de la legalitat existent i de l'anàlisi individual de cada cas.

2.1.4. Oci: organització del temps lliure

S'ha considerat adient ubicar aquest apartat dins de la dimensió de benestar emocional, tot i que també es troba relacionat amb les de benestar físic, relacions interpersonals i autodeterminació.

Els serveis d'acolliment residencial han d'ajudar i donar suport a la planificació i la utilització del temps lliure, amb la finalitat de contribuir a millorar la qualitat de vida de les persones, potenciar-ne la inclusió social, augmentar-ne l'autonomia i la capacitat de maneig en el medi, així com ajudar a millorar la xarxa social d'interacció de la persona amb el seu entorn.

Cal treballar de manera individual, segons els interessos de cada resident. S'han de potenciar els recursos normalitzats i afavorir l'autonomia.

2.1.4.1. Aspectes metodològics

- S'han d'identificar les capacitats, les motivacions i els interessos dels/de les residents.
- L'equip interdisciplinari ha de fer la programació i l'avaluació periòdica de les capacitats, les motivacions i els interessos. S'ha d'establir el programa d'intervenció, suport o acompanyament.
- La indicació de les activitats d'oci pot ser individual o col·lectiva, en funció de les característiques de cada resident i del grup en qüestió.
- S'ha de promoure l'oci en grup i les sortides periòdiques. En algunes ocasions poden anar acompanyats/ades del personal auxiliar i tècnic per a l'atenció individual.
- Cal prioritzar la realització d'activitats fora del servei d'acolliment residencial per tal d'afavorir l'autonomia del/de la resident i la socialització externa. S'ha d'intentar conscienciar-los que, com a ciutadans/es, poden gaudir de les ofertes de lleure de la seva ciutat.
- S'ha de disposar d'un directori d'entitats del municipi, atès que habitualment organitzen activitats que poden ser d'interès per a les persones residents. Les activitats proposades des del programa d'atenció han d'estar en funció de les ofertes de què disposi la població (centres cívics, centres de dia, servei de rehabilitació comunitària, clubs socials, entitats locals, ofertes culturals, etc.). S'aconsella establir-hi contacte per tal d'afavorir el procés d'integració de les persones residents en les activitats que organitzin.
- S'ha d'intentar que les activitats escollides recullin diferents necessitats rehabilitadores (verbals, manipulatives, interactives...).
- S'ha de crear un sistema de divulgació de l'oferta d'activitats de tota la comunitat.
- Cal cercar estratègies de motivació per a la participació: premis, vals canviables per propostes d'oci i cultura, regals, etc.
- S'ha de promoure que s'ajudin, s'animin i s'acompanyin entre ells. Els grups de tres persones acostumen a donar bon resultat per a activitats en petit grup.
- Cal perseguir sempre la participació activa i responsable del grup. S'ha de donar suport al procés de planificació del lleure.
- S'ha de fomentar l'ús positiu del temps lliure mitjançant entrevistes individuals, espais grupals (assemblees, tallers), posada en comú de les experiències de les persones usuàries... Més enllà d'ocupar el temps, distreure o divertir, les activitats de lleure esdevenen en la majoria dels casos una activitat rehabilitadora.

2.1.4.2. El programa d'oci dins del servei d'acolliment residencial

El programa ha d'incloure espais d'oci i de divertiment dins del servei d'acolliment residencial i, també, espais per organitzar les activitats de lleure tant dins com fora del centre. És convenient que aquests espais tinguin assignada una franja horària i un/a professional responsable, tot i que el tema també s'ha d'abordar en altres moments, com ara les reunions, les tutories...

En determinades èpoques de l'any s'ha de diferenciar més la planificació d'activitats intersetmanals que les de cap de setmana.

Els objectius del taller d'oci són:

- Incentivar, motivar i possibilitar el recull d'idees d'activitats d'oci.
- Treballar per a la recerca d'ofertes de la ciutat (punts d'informació, entitats culturals...).
- Fer el seguiment de les propostes per adequar-les a la realitat i perquè es puguin portar a terme.
- Pensar en la promoció de les propostes a la resta de companys/es i organització de la que s'hagi escollit.
- Ensenyar a les persones residents com poden organitzar-se elles mateixes el temps lliure: maneig de les guies d'oci i cultura, localització d'ofertes d'oci de la ciutat (premsa, publicacions, taulers d'anuncis...). Paral·lelament, s'ha de treballar l'orientació per la ciutat perquè això no sigui un impediment (maneig de la guia de carrers, de transports, costos...).
- Ajudar a recuperar interessos i habilitats en desús o oblidades.
- Aprofitar l'experiència de les persones usuàries per tal de motivar la resta de companys/es a participar en determinades activitats.

2.2. Relacions interpersonals

La dimensió de relacions interpersonals està integrada per les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Amistat, intimitat	Interaccions, vida familiar, afectes, pertinença a un grup, suports socials, estat civil	Seguretat pública

2.2.1. Valoració multidimensional

A l'hora d'analitzar les relacions interpersonals, cal tenir present que són fruit de tres variables: la persona, l'altre i l'entorn.

Conèixer la quantitat i la qualitat de les relacions interpersonals, amb els seus punts forts i febles, constitueix el primer pas de cara a una avaluació i a una posterior intervenció. En aquest sentit, es proposa un cribratge inicial mitjançant una valoració general, en la qual s'ha d'aprofundir en cas de necessitat. A l'annex 4, es presenta una proposta orientativa per a la valoració de les relacions interpersonals.

En la valoració de les relacions **interpersonals i afectives**, cal tenir en compte:

- Interaccions:
 - Xarxes socials existents: companys/es, professionals, amistats, entorn comunitari, etc.
 - Abordatge de la relació intergeneracional.
 - Valoració de l'entorn familiar. La valoració de la situació familiar de la persona usuària i del seu entorn s'ha de fer mitjançant una entrevista amb la família o el/la tutor/a i la persona usuària per tal de conèixer-ne la història familiar, com també els interessos i les motivacions. També ha de permetre conèixer el vincle afectiu que uneix la persona usuària amb els/les diferents membres del nucli familiar.
- Suports:
 - Sentiment de suport físic, emocional i econòmic.
 - Identificació de les persones que poden ajudar la persona usuària.
- Possibilitat de desenvolupament i promoció de les habilitats socials.
- Possibilitat d'utilització d'ajudes tècniques per a la millora de les relacions interpersonals.
- Maneig de situacions socials no habituals.
- Capacitat d'integració en un col·lectiu.

D'altra banda, la institució com a tal s'ha d'autoavaluar per poder analitzar fins a quin punt és facilitadora o bé dificulta les relacions interpersonals dels/de les residents. Algunes qüestions que poden orientar aquesta autoavaluació són les següents:

- a. Els horaris. Faciliten o dificulten les relacions interpersonals? S'adeqüen a les necessitats dels/de les residents?
- b. Els espais. Hi ha espais per a les relacions i les visites? El seu accés i la seva organització, les afavoreixen? Garanteixen la privacitat?
- c. Atenció i acolliment. S'atén i acull de manera càlida les visites dels/de les residents?
- d. Recursos comunitaris. Es proporciona informació actualitzada per tal que es coneguin els recursos comunitaris?

- e. Grup d'iguals. Es tenen presents les preferències de cada resident a l'hora de distribuir grups i espais?
- f. Ús de noves tecnologies. Es facilita l'accés a telefonia, Internet, xats, etc.?

2.2.2. Estratègies d'intervenció

Les estratègies d'intervenció que es detallen en aquest apartat són les següents:

- Dret a la intimitat.
- Afrontament i resolució de conflictes interpersonals.
- Millora de les relacions interpersonals.
- Millora de la comunicació.

2.2.2.1. Dret a la intimitat

Un entorn residencial configura una estructura relacional que pot tendir, en alguns casos, a l'atapeïment, entès com un excés d'interacció social, en el qual la persona no pot exercir el seu dret a la privacitat ni pot controlar l'accés dels altres a la informació disponible sobre ella.

En primer lloc, cal complir amb la Llei de protecció de dades, la qual cosa, en aquest sentit, implica mantenir la intimitat de la persona davant tercers o en l'àmbit extern al centre.

Cal, però, establir mecanismes que preservin la intimitat dins el servei d'acolliment residencial mitjançant un codi ètic. S'aconsella crear uns canals de transmissió, anàlisi i presa de decisions que permetin que la informació necessària circuli de manera que les persones no sentin vulnerada la seva intimitat. En tots els casos, sempre cal tenir en compte l'aplicació de la normativa existent en matèria de protecció de dades de caràcter personal i de confidencialitat de la informació.

El dret a la intimitat també ha d'incloure actuacions que permetin a les persones tenir la sensació que disposen d'espais íntims que no poden ser violats. La introducció de mitjans materials i pautes d'actuació per garantir i millorar el grau d'intimitat ha de constituir un objectiu de treball.

A continuació, s'exposen algunes d'aquestes pautes:

1. L'habitació (individual o compartida) s'ha de considerar com un espai íntim.
2. L'entrada només ha d'estar permesa per a la realització de tasques i treballs, que, quan siguin no habituals, s'han d'avisar amb antelació. A l'hora d'entrar, s'ha de fer de la mateixa manera en què s'entra a un lloc privat.

3. Els objectes personals, els calaixos, etc., només es poden manipular per a la realització de tasques que ho justifiquin i en presència o amb autorització de la persona usuària o del/de la tutor/a de referència.
4. Les cures, la higiene, etc. s'han de fer evitant la presència de tercers.

2.2.2.2. *Afrontament i resolució dels conflictes interpersonals*

L'existència de conflictes és quelcom inherent als grups. Les actuacions han d'anar encaminades a la prevenció o a crear una estructura que n'afavoreixi la resolució. Les línies d'actuació s'han d'adreçar a:

- Formació i avaluació del personal com a formadors/es en habilitats.
- Formació i avaluació del personal com a mediadors/es en conflictes.
- Creació d'espais de debat i resolució de conflictes: assemblees.
- Existència de canals formals de queixes i suggeriments.

En l'adquisició d'habilitats per a la gestió de conflictes entre els/les professionals, s'aconsella treballar els objectius següents:

- Millorar, per part dels/de les professionals, els coneixements teòrics i pràctics que permeten la intervenció en els conflictes, el seu abordatge i la seva gestió.
- Adquirir una metodologia per conèixer les causes i les conseqüències del conflicte, així com el paper dels/de les professionals i de les persones implicades.
- Capacitar per a la intervenció professional en els conflictes, tant en l'àmbit intern del centre com en el comunitari.
- Disposar de pautes i criteris per a l'elaboració de projectes de mediació comunitària i de bones pràctiques per a la gestió i l'avaluació del conflicte comunitari.

2.2.2.3. *Millora de les relacions interpersonals*

L'augment de les relacions interpersonals i l'augment de la significació en els vincles amb altres persones constitueixen dues tasques encaminades a la millora de la interacció social dels/de les residents.

Els objectius generals d'aquesta àrea d'actuació són:

- Potenciar i millorar el grau d'inclusió social.
- Augmentar la xarxa social potenciant les relacions interpersonals dins i fora del centre.
- Trencar l'aïllament social que pugui produir la discapacitat.
- Treballar el maneig de situacions socials viscudes pel/per la resident com a dificultoses o problemàtiques.

Aquests objectius es poden treballar en quatre àmbits diferents de relacions socials —nucli familiar, tutor/a o referent social, amigats i companys/es de la llar—, que es desenvolupen a continuació:

a) El nucli familiar

Es poden donar situacions en què el nucli familiar, sencer o en part, presenti una necessitat d'acolliment residencial. Aquests casos es donen especialment en les situacions següents:

- Binomi ascendent - persona amb discapacitat. Aquesta situació es produeix quan un familiar (mare, pare, àvia, avi, etc.) que, fins al moment, tenia cura de la persona amb discapacitat, ja no pot fer-se'n càrrec. Expressen la seva voluntat de mantenir-se junts en un domicili nou.
- Parelles sentimentals que no poden viure de manera autònoma, però que volen mantenir la convivència.
- Dos membres o més amb discapacitat (germans/es o amb un altre parentiu) que requereixen i sol·liciten plaça d'acolliment residencial i expressen la seva voluntat de conuiu.

En aquests casos, cal esgotar primer totes les possibilitats de mantenir el nucli convivencial previ mitjançant els serveis d'ajuda a domicili, la teleassistència, el programa d'autonomia a la pròpia llar, els apartaments amb serveis comuns o d'altres. Quan l'accés a aquestes vies de suport no sigui possible, cal plantejar l'acolliment residencial del grup.

Per a aquestes eventualitats, és necessari que el servei d'acolliment residencial pugui proveir allotjament i suport al conjunt de membres necessitats, tot i que algun/a d'ells/es no acrediti les condicions per a l'accés.

En qualsevol cas, l'establiment ha d'adaptar les seves previsions de funcionament i estructura, tant com sigui possible, per garantir el manteniment de la relació i la convivència del grup familiar acollit.

b) La família, el/la tutor/a o el referent social

La família, el/la tutor/a o el referent social configuren un aspecte determinant dels suports de la persona, tant si és de manera positiva —mantenint i donant suport als lligams relacionals— com negativa —generant certes interferències o relacions que, de vegades, poden ser inadequades. S'ha de treballar per aconseguir que la relació amb la família o els referents socials sigui beneficiosa per a la persona.

Des d'aquest àmbit, els objectius que cal treballar són:

- Evitar la segregació pel fet de deixar el nucli familiar de convivència.
- Promoure la coordinació amb altres professionals implicats/ades en el cas o en l'atenció a la família o el referent social.
- Tractar les pautes relacionals familiars que interfereixen en el benestar emocional del/de la resident.
- Ajudar a mantenir vincles o recuperar els perduts sempre que sigui beneficiós per al/a la resident.

- Oferir suport a les famílies.
- Potenciar la col·laboració de les famílies en el procés rehabilitador o de manteniment.

El treball específic d'intervenció s'ha de definir segons les particularitats de cada cas i sempre tenint en compte les intervencions que altres professionals estiguin efectuant sobre el nucli familiar.

Algunes activitats que es poden realitzar són:

- Entrevistar la família o el/la tutor/a o els referents socials durant el procés d'acollida, sempre que sigui possible, i mantenir-hi entrevistes periòdiques.
- Establir-hi contacte telefònic: rebuda i emissió de trucades per donar informacions concretes, coordinar els permisos i les vacances...
- Promoure la participació dels familiars en les celebracions.
- Registrar, dins del programa individual de suports, els pactes i els acords que s'hagin establert amb la família o el/la tutor/a.
- Desenvolupar un programa de suport a la família. Cal establir els sistemes d'informació, les ajudes per facilitar el procés d'adaptació i els mecanismes d'implicació activa en la gestió de suports dins del procés d'atenció.
- Crear un pla de vinculació de la família i dels referents socials. S'aconsella que en l'elaboració d'aquest pla participin els/les residents, els familiars i els referents socials.

c) Les amistats

El fet d'establir i mantenir unes relacions socials fora de l'àmbit familiar i residencial és un bon indicador d'inclusió, poc freqüent entre les persones dels serveis d'acolliment residencial, però que cal potenciar.

Algunes activitats que es poden realitzar són les següents:

- Promoure la participació en associacions o clubs.
- Afavorir les sortides de temps lliure amb amics/gues.
- Potenciar el contacte amb persones significatives que puguin ajudar a donar suport en el procés de rehabilitació o en la vida de la persona.

d) Els/les companys/es de la llar

La creació d'un ambient relacional adient dins el centre és un eina molt important i que s'ha de treballar contínuament mitjançant:

- L'establiment d'uns mínims de convivència que s'han de respectar.
- La celebració d'assemblees generals.
- L'abordatge de possibles problemes relacionals que sorgeixin.
- L'expressió d'idees, pensaments o sentiments de tots els/les residents en els espais grupals adequats.
- La presa de decisions consensuades en la mesura que sigui possible.
- L'organització d'activitats grupals (festes, sortides...).

2.2.2.4. Millora de la comunicació per a persones amb problemes greus de parla

Els trastorns de la comunicació tenen repercussions psicològiques importants en les persones, ja que els impedeixen gaudir de la interacció amb els altres. La comunicació és quelcom dinàmic i canviant. La parla és la forma més habitual per a la comunicació cara a cara entre les persones oients, així com el llenguatge de signes constitueix una forma també habitual de comunicació entre moltes persones integrants de la comunitat sorda. A més, una bona part de la comunicació no es transmet amb les paraules, o amb els signes manuals, sinó amb altres recursos molt importants, que inclouen el llenguatge corporal, la mirada, el somriure, el gest i l'expressió facial, la proximitat, els petons, el plor o el riure.

Existeix un nombre important de persones que tenen dificultats greus per comunicar-se a través dels llenguatges naturals, com la parla o el llenguatge de signes, a causa de discapacitats de tipus motriu o intel·lectual. En aquest cas, a més de fomentar de manera especial la possibilitat de comunicar amb els recursos gestuals i l'expressivitat emocional pròpia de la interacció entre totes les persones, pot resultar de gran utilitat l'ús dels sistemes de comunicació augmentativa i alternativa per substituir o per complementar i suportar la parla. L'ús de la comunicació augmentativa no està renyit amb la rehabilitació de la parla quan aquesta és possible.

La comunicació augmentativa i alternativa inclou sistemes de signes molt diversos, com ara:

- Els gestos.
- Els signes manuals.
- Els signes tangibles.
- Els signes gràfics, que inclouen, entre d'altres:
 - Imatges.
 - Pictogrames.
 - Signes Bliss.
 - Escriptura ortogràfica.

L'ús de signes gràfics per a la comunicació requereix d'ajuts tècnics on es troben ubicats aquests signes per tal que la persona usuària els pugui seleccionar i transmetre als interlocutors. Els ajuts tècnics poden ser:

- De baixa tecnologia:
 - Plafons i llibretes de comunicació.
- D'alta tecnologia:
 - Comunicadors amb parla artificial.
 - Ordinadors personals amb perifèrics especials i programes de comunicació.

A l'annex 5, s'adjunta informació addicional sobre els sistemes i els ajuts tècnics per a la comunicació augmentativa i alternativa, i a l'obra de Basil, Soro-Camats i Rosell (1998)¹² es pot ampliar informació sobre aquests recursos i les seves aplicacions a una diversitat de poblacions d'infants i adults.

12. Basil, C.; Soro-Camats, E.; Rosell, C. *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura*. Barcelona: Masson, 1998.

Els objectius generals d'aquest àmbit són els següents:

- Oferir un mitjà possibilitador o facilitador de la comunicació.
- Millorar la comunicació personal i social.
- Millorar l'autonomia personal i la interacció social.
- Possibilitar el coneixement o l'accés als mitjans informatius per poder participar activament en l'intercanvi d'informació amb altres persones, amb entitats o institucions.

A continuació, s'expliciten algunes bones pràctiques recomanades per aconseguir aquests objectius.

- La comunicació augmentativa i alternativa requereix ensenyament i suport continuat

Els sistemes de signes s'han de triar de manera que s'adaptin a les capacitats cognitives i lingüístiques de cada persona i permetin a cadascuna expressar-se de la manera més rica possible i, a la vegada, millorar les seves competències comunicatives.

Els ajuts tècnics s'han de seleccionar per tal que s'adeqüin a les possibilitats motrius de les persones usuàries, de manera que puguin ser accessibles, fins i tot, a les persones amb una mobilitat tan reduïda que no puguin fer cap ús funcional de les mans.

Un cop seleccionats els sistemes i els ajuts tècnics apropiats per a cada persona, i per tal que resultin en una millora efectiva de la comunicació, es requereixen processos específics d'instrucció adreçats tant a la persona usuària com a les persones significatives del seu entorn. Aquests processos també han d'anar dirigits a l'arranjament d'un entorn ric i flexible en què la persona tingui oportunitats per a la comunicació i trobi interlocutors receptius i sensibles que donin resposta als seus intents comunicatius. Tal com recomanen Álvarez de Quevedo, Camós, Colon, Pedro, García Almeijeiras i Trujillo (1996),¹³ també cal implementar algunes mesures de control bàsic de l'entorn, modificant l'entorn natural on ha de desenvolupar-se la persona, organitzant l'espai físic i dotant-lo d'estímuls i referències per facilitar la interacció amb el medi.

Cal, doncs, que professionals especialitzats en comunicació augmentativa i alternativa facin tant una valoració per recomanar les millors solucions com un tractament a la persona usuària i un assessorament a llarg termini adreçat als interlocutors, els/les professionals i la família. S'aconsella acudir als centres especialitzats en tècniques augmentatives de comunicació per obtenir suport en aquest procés d'avaluació i intervenció.

Els/les professionals de la residència, amb l'ajut del centre de referència especialitzat en comunicació augmentativa, si escau, han de conèixer cada cop millor el funcionament dels aparells i els sistemes de comunicació indicats

13. Álvarez de Quevedo, P.; Camós, J. M.; Colon, J.; Pedro, P.; García Almeijeiras, C.; Trujillo, L. *Guia d'ajuts tècnics per a les activitats de la vida diària i ocupacionals per a la gent gran*. Barcelona: Servei Català de la Salut - Regió Sanitària de Ponent, 1996.

per a les persones residents a càrrec seu i ser capaços de personalitzar-los i adaptar-los a les situacions i les necessitats noves que vagin sorgint. També han de ser capaços d'ajudar la persona a familiaritzar-se amb el sistema i a fer-ne un ús cada cop més ampli i generalitzat. Igualment, han d'ocupar-se d'orientar altres interlocutors possibles de la persona usuària, tant familiars com de la residència mateixa.

- Persones diferents necessiten solucions diferents

L'aplicació de sistemes augmentatius i alternatius de comunicació en l'àmbit residencial ha de considerar que tant els recursos com les estratègies d'intervenció que cal utilitzar varien considerablement segons les característiques de la persona a la qual s'adrecen.

- *Discapacitat congènita o adquirida*

Les necessitats són molt diferents segons si la limitació del llenguatge ha existit des de la infantesa, com en el cas de la paràlisi cerebral, el retard mental o l'autisme, o si, per contra, el trastorn ha aparegut en l'edat adulta a causa, per exemple, de traumatismes cranioencefàlics, de malalties neurològiques degeneratives o d'accidents vasculars cerebrals.

Quan la limitació del llenguatge ha existit des de la infantesa, és desitjable que la comunicació augmentativa i alternativa ja s'hagi utilitzat a l'escola i en l'àmbit familiar. Així, el primer requeriment d'una bona pràctica és garantir que quan la persona canviï de context —en aquest cas, per ingressar en una residència— trobi una continuïtat en el sistema de comunicació que havia desenvolupat fins aleshores. Cal que el continuï tenint a l'abast i que les noves persones amb les quals es relacioni el comprenguin i en fomentin l'ús. Això requereix un traspàs d'informació entre els/les professionals responsables en l'etapa anterior i els/les professionals de la residència, que han de conèixer i aprendre el sistema de comunicació de la persona usuària. D'altra banda, la intervenció en aquesta etapa ha de fer front a noves necessitats comunicatives derivades dels interessos i les funcions propis de l'edat i del context nou, de manera que cal incorporar vocabulari nou i arranjar situacions i activitats de comunicació que en fomentin l'aprenentatge i la generalització.

En el cas de les persones amb discapacitats adquirides en l'edat adulta, cal intentar que recuperin al màxim la seva capacitat de comunicar i la confiança en ells mateixos i en els recursos nous que se'ls proporcionin per poder mantenir relacions socials i exercir control sobre els esdeveniments importants de les seves vides. A la vegada, cal ajudar-los a assumir les pèrdues que han sofert i a incorporar-se a noves situacions, activitats i aficions apropiades a les seves competències actuals, donant-los temps per realitzar aquesta adaptació tan difícil i respectant el ritme i l'estil de cadascú.

- *Capacitats cognitives i lingüístiques*

Les capacitats cognitives i lingüístiques de les persones amb dèficit d'expressió, que necessiten comunicació augmentativa i alternativa, poden estar conservades o no, i aquesta és una altra font de variació que afecta les persones amb discapacitat congènita o adquirida.

Per a les persones amb problemes greus de parla, però amb les capacitats cognitives conservades i un nivell suficient d'alfabetització, estan especialment indicats els senzills plafons alfabètics, així com els comunicadors amb parla, també alfabètics, i les tecnologies per a l'accés a l'ordinador, que els permetran comunicar, escriure, controlar l'entorn, informar-se, distreure's i, fins i tot, accedir a estudis i a activitats laborals.

Quan, a més de la parla, les capacitats cognitives i de llenguatge estan alterades en diferents graus o no hi ha un bon nivell d'alfabetització, cal utilitzar recursos com ara els plafons i els comunicadors de parla amb imatges, pictogrames o signes Bliss o, en alguns casos, els signes tangibles o, si la persona té habilitats motrius suficients, també els gestos i alguns signes manuals. Moltes d'aquestes persones també poden utilitzar l'ordinador per realitzar tasques ocupacionals i d'oci adequades a les seves capacitats i interessos. Arribat el cas, però, el més important és que els interlocutors els sàpiguen entendre i els motivin a comunicar fent ús d'estratègies com, per exemple:

- Donar temps suficient a la persona per tal que compregui el missatge i pugui respondre.
- Esperar la seva resposta i verificar que s'ha entès.
- No intentar fer veure que se l'ha entès si no és així.
- Utilitzar gestos i tota mena de pistes (fotos, objectes, calendaris...) simultàniament amb la parla per millorar la comprensió i donar models apropiats.
- Establir un sistema d'afirmació i negació que no deixi lloc a dubte encara que no siguin els gestos convencionals amb el cap.
- I, sobretot, tractar la persona com a adulta i conversar sobre les coses que veritablement li interessin.

- *Personalitat, interessos i aficions*

A part de les diferències degudes al moment d'aparició del trastorn i al nivell cognitiu, cal considerar que les persones tenen personalitats, interessos i aficions diverses que s'han de respectar, i que, per tant, cal adaptar-hi el tipus de solucions que es proposin.

Algunes persones estan molt motivades per aprendre coses noves i esforçar-se a usar tecnologia, mentre que altres prefereixen solucions més senzilles. A part dels interessos personals, també hi influeix l'edat, l'estat de salut i el suport que reben d'altres persones, tant professionals com familiars, així com la seva pròpia història personal.

- Les persones necessiten comunicar-se, distreure's i sentir-se útils

La comunicació és una funció central per a totes les persones, però no és l'única, de manera que la intervenció en comunicació augmentativa i alternativa ha de participar d'un enfocament habilitador global, que inclogui el desplaçament, el control de l'entorn, el joc adaptat i l'accés a la informació i a la participació comunitària. La intervenció ha d'utilitzar tots els recursos possibles per fomentar la inclusió de les persones amb dificultats de comunicació en tantes activitats productives i gratificants com sigui possible, perquè puguin interactuar socialment, ocupar el seu temps de manera satisfactòria i sentir-se útils per als altres.

La participació en situacions i activitats diverses i estimulants, amb finalitats ocupacionals i lúdiques, a més de millorar el benestar i la qualitat de vida de les persones residents, els proporciona motius i continguts per comunicar i interlocutors interessats a escoltar-los. Per això ha de ser un objectiu prioritari, tant per a elles mateixes com per fomentar el desig i les habilitats de comunicació.

2.3. Benestar material

La dimensió de benestar material està integrada per les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Pertinences, ingrés/salari, estalvis, inversions, nivell de vida	Propietats, oportunitat de treball, treball protegit	Ajut econòmic, Seguretat Social, legislació sobre rehabilitació professional, nivell socioeconòmic

Alguns aspectes vinculats al benestar material són els següents:

- Inclusió en el món del treball.
- Situació econòmica:
 - Percepció d'ingressos.
 - Recursos econòmics, gestió d'ajudes.
 - Gestió dels diners.
- Adquisició, conservació i custòdia d'objectes o pertinences.
- Participació en el manteniment de l'entorn.
- Personalització de l'entorn.
- Ajudes tècniques:
 - Ordinador.
 - Comunicador.
 - Altres materials individuals.

- Millora de l'accessibilitat.
- Gestió dels recursos i els suports.

Cal tenir en compte que un percentatge important de les persones usuàries dels serveis d'acolliment residencial no disposen de recursos econòmics elevats; la majoria cobren una pensió no contributiva per invalidesa amb increment de tercera persona amb una quantitat que no arriba al salari mínim establert.

Malgrat que en un espai residencial les persones usuàries tenen les seves necessitats econòmiques bàsiques cobertes, els ingressos econòmics no sempre s'adeqüen a les necessitats materials i tècniques de les persones d'aquest col·lectiu. La manca de recursos econòmics els impossibilita, encara més, de gaudir de determinats aspectes que permetrien una integració social completa.

La persona usuària té dret a gaudir dels seus diners i a fer-ne l'ús que cregui convenient. Com a professionals, hem de garantir i vetllar que no es faci una mala utilització dels diners per part de terceres persones, fins i tot, de vegades, pels mateixos familiars. Quan es detecti un cas de sospita d'abús econòmic, cal comentar-ho en el si de l'equip interdisciplinari i seguir els passos establerts per a la confirmació de la situació. Es recomana que el centre disposi d'un protocol que estableixi el procediment adequat en aquest tipus de situacions.

En funció de la resolució del cas, pot arribar a ser necessari demanar una curatela per a l'administració de béns o la incapacitació total en funció de la competència mental i les capacitats de la persona.

2.3.1. Valoració multidimensional

Cal fer una avaluació de la situació econòmica actual i potencial de la persona en la valoració inicial i periòdicament. Cal comprovar que la persona fa una utilització adequada dels recursos existents i als quals té la possibilitat d'accedir. Moltes vegades, per desconeixement o per manca d'interès en la cerca de recursos, les persones usuàries arriben als serveis d'acolliment residencial cobrant menys o amb pensions de menor quantia del que els pertoca.

Cal valorar la capacitat de la persona per gestionar la seva economia i utilitzar els diners.

2.3.2. Àrees o problemes que cal abordar

- Problemes econòmics a causa del baix nivell d'ingressos econòmics o als problemes amb familiars o tercers.
- Dificultat en el control i el maneig dels diners.
- Resignació davant la situació econòmica per part de la persona usuària.
- Intervencions, de vegades sobreprotectores, dels familiars, que no estimulen adequadament l'autonomia de la persona.
- Alta demanda de recursos i ajudes per millorar el benestar i la inclusió social de la persona.

2.3.3. Estratègies d'intervenció

És necessari comunicar la informació econòmica a l'Administració, amb la finalitat que estableixi la contraprestació econòmica que la persona ha de pagar. Tots les persones usuàries han de pagar una quota, encara que sigui simbòlica, per establir un vincle correcte amb el centre. Aquest fet facilita la comprensió dels drets i els deures de què es gaudeix en els serveis d'acolliment residencial.

Si la persona usuària no està capacitada per administrar els seus diners, s'ha de pactar amb la família o la persona responsable la manera en què la persona amb discapacitat pugui tenir una quantitat suficient per a les seves despeses personals i extraordinàries. Si la família o el/la tutor/a o la persona usuària mateixa sol·liciten que el servei d'acolliment residencial es quedi amb uns diners mensuals o amb la cartilla del compte corrent de la persona, cal fer signar un acord o una autorització. Si la persona no té capacitat per gestionar els diners i no disposa de familiars, el servei té l'obligació de vetllar pels seus drets i comunicar al ministeri fiscal la situació. El ministeri ha de determinar una possible curatela de béns o una incapacitació total, en funció de la competència mental i de les capacitats de la persona.

Durant l'entrevista inicial, s'ha d'informar la persona usuària de la política sobre els objectes personals i les pertinences que pot tenir a la seva habitació, segons l'espai i el reglament de règim intern: televisió, ràdio, decoració, etc. El centre ha de facilitar caixes fortes per a la custòdia i la conservació d'objectes personals de valor.

Cal motivar la persona usuària per tal que personalitzi el seu espai. Tanmateix, el centre ha d'intentar adequar l'espai i els recursos disponibles a la situació de la persona. El servei d'acolliment residencial ha de tenir en compte tots aquells aspectes que siguin importants per a la persona usuària i factibles per a l'organització del centre. Quan es detectin situacions conflictives, cal treballar l'ajustament de les expectatives de la persona amb relació a la dinàmica i el funcionament del centre.

Els/les professionals interns/es o externs/es han de fer una valoració de les ajudes tècniques que la persona usuària necessita per la seva situació. Una vegada l'equip interdisciplinari valora les necessitats reals de la persona usuària, cal posar en marxa els suports necessaris. L'àrea de treball social té un paper important en la cerca i l'adquisició d'aquestes ajudes, mobilitza els recursos públics pertinents i determina les aportacions que ha de fer la persona usuària i la família o el/la tutor/a, etc. És convenient involucrar la família o el/la tutor/a en aquest procés a fi que participin activament en l'adequació de l'entorn i en l'adquisició d'ajudes tècniques o materials de suport. En aquest àmbit, s'ha d'intentar donar resposta a les necessitats bàsiques de tots/es els/les residents.

Per a la inclusió en el món del treball és molt important la col·laboració de la persona usuària, ja que en aquest col·lectiu és habitual la manca d'expectatives respecte a la cerca de feina o la por a perdre l'ajuda econòmica de què disposen. En el punt 2.4.5, es desenvolupa més àmpliament aquest apartat.

L'equip interdisciplinari del servei d'acolliment residencial ha de determinar, segons les capacitats, el grau d'autonomia i la voluntat de la persona usuària, el recurs ocupacional més adient. Per a aquesta valoració, també s'ha de tenir en compte l'avaluació dels serveis externs que ofereixen tant l'Administració (EVO, EAL, etc.) com les associacions privades específiques.

L'accés a un treball ordinari o protegit adquireix una importància rellevant per a la satisfacció del benestar material de la persona usuària. No hem d'oblidar, però, que l'accés a centres especials de treball o centres ocupacionals també pot ajudar a l'autodeterminació i a la satisfacció. La finalitat última és la inclusió social, l'accés als recursos comunitaris i, en definitiva, l'augment de la qualitat de vida.

2.3.4. Suports que cal activar

- Coordinació efectiva amb la xarxa d'atenció de la persona usuària per detectar aquelles millores tècniques que han d'augmentar la qualitat de vida de la persona.
- Professional de referència que vetlli pel procés d'inserció laboral de la persona.
- Guies de recursos actualitzats i adequats a les necessitats dels/de les residents.
- Participació efectiva de la família o els/les tutors/es legals.

2.4. Desenvolupament personal

La dimensió de desenvolupament personal està integrada per les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Nivell educatiu, competència personal, habilitats conductuals adaptatives, habilitats en les activitats bàsiques de la vida diària, habilitats en les activitats instrumentals de la vida diària, competència personal	Planificació centrada en la persona, oportunitats de millora, oportunitats de desenvolupament, programes per a la millora del desenvolupament personal i de tipus rehabilitador, tecnologia augmentativa	Legislació sobre igualtat d'oportunitats, legislació i finançament sobre rehabilitació, estadístiques de resultats i suports emprats

2.4.1. Valoració multidimensional

Els/les diferents professionals del centre intervenen d'una manera directa en l'avaluació de les persones usuàries amb discapacitat física a fi d'identificar una sèrie de resultats que han de quedar plasmats en el programa individual de suports.

Cal fer una valoració amb la finalitat de conèixer el nivell de competència de les persones usuàries i el nivell de suports que requereixen per afavorir el màxim desenvolupament personal en funció de les potencialitats existents.

Alguns aspectes vinculats al benestar material que cal avaluar són els següents:

- Capacitats:
 - Cognitives.
 - Funcionals.
 - Socials.
- Habilitats:
 - Habilitats en activitats de la vida diària.
 - Habilitats laborals.
- Formació reglada i no reglada.
- Coneixements i habilitats per viure de manera autònoma.
- Integració al món laboral.
- Capacitat de gaudir i compartir el temps d'oci.

El període de valoració depèn de cada cas i, un cop s'hagi realitzat, cal decidir de manera consensuada els objectius que han d'ajudar a afavorir el desenvolupament personal de la persona usuària. Els objectius s'han de fixar a la reunió interdisciplinària, conjuntament amb la persona usuària, a fi de concretar, portar a terme i, posteriorment, revisar l'adequació del programa i replantejar les estratègies en funció dels resultats assolits.

2.4.2. Àrees o problemes que cal abordar

- Estratègies, eines i activitats per afavorir el desenvolupament personal.
- L'autonomia per a les activitats de la vida diària mitjançant la potenciació de les facultats físiques.
- Motivació de les persones usuàries per participar activament i regularment en els tallers, en les activitats fora del centre i en les activitats de rehabilitació física.
- Sobreprotecció per part del pare i la mare o els referents socials, o bé abandonament progressiu del contacte amb la persona usuària que viu al centre.
- Revisió del tractament de les persones usuàries per tal d'identificar si aquest n'afecta les condicions mentals, físiques i socials, interferint així en el desenvolupament personal.

2.4.3. Estratègies d'intervenció

1. Oferir els suports i els ajuts necessaris perquè la persona usuària aconsegueixi dur a terme, tan autònomament com li sigui possible, qualsevol activitat quotidiana:
 - Cura personal:
 - a) Hàbits d'higiene.
 - b) Imatge personal.
 - Vida al centre:
 - a) Participació en les activitats domèstiques.
 - b) Participació en el manteniment de l'ordre i la neteja dels espais individuals i comuns.
 - c) Participació en la decoració de l'espai individual i dels espais comuns.
 - d) Participació en el procés d'elaboració del menjar.
 - Vida a la comunitat:
 - a) Identificar les activitats que es poden desenvolupar a la comunitat i que afavoreixen el desenvolupament personal o en són un element dinamitzador.
 - b) Gestionar els suports comunitaris identificats com a rellevants en el programa individual de suports.

2. Interacció amb l'entorn físic i social de manera autònoma:
 - Realització d'activitats que potenciïn la deambulació amb la cadira de rodes pels diferents espais del centre i fora del centre.
 - Participació en activitats que potenciïn l'ús dels recursos comunitaris, com ara anar al supermercat, al cinema, utilitzar els transports públics, etc.
 - Aprendre a administrar l'economia personal.
 - Control i ús del telèfon, el rellotge, el correu, etc.
 - Potenciar activitats que fomentin l'establiment de relacions satisfactòries de convivència i de respecte amb els/les companys/es.
 - Afavorir situacions que potenciïn l'establiment de vincles adequats amb els/les professionals mantenint una relació de respecte mutu.
 - Establir bona relació amb els suports comunitaris, com ara botiguers, veïnat, persones del barri, visites...

3. Afavorir una comunicació expressiva i comprensiva amb l'ajut, si cal, de sistemes alternatius i augmentatius de comunicació.
 - Planificar i fer activitats que possibilitin la interiorització i la utilització d'un sistema de comunicació alternatiu per intercanviar informació amb els altres.
 - Potenciar el vocabulari i les expressions adequades a l'edat cronològica.
 - Promoure activitats de grup en què els participants puguin donar la seva opinió i posicionar-se.
 - Exercitar les capacitats cognitives.
 - Facilitar l'exteriorització de necessitats, angoixes i pensaments.

4. Potenciar l'aprenentatge d'habilitats cognitives i manipulatives, aprofitant situacions reals i quotidianes dins del centre. Es poden treballar de manera integrada i dins d'un context real diferents habilitats que ajuden, faciliten i donen suport al treball encaminat a potenciar el desenvolupament de les persones, sempre en funció de les capacitats individuals. Alguns d'aquests espais poden ser:
 - Situació de compra (neteja, material, menjar i objectes). Planificar activitats per potenciar que les persones usuàries puguin realitzar activitats que impliquen una major autodeterminació i utilització d'habilitats pròpies.
 - Col·laboració en la preparació dels menjars. Elaboració de diferents menjars (esmorzars, amanides, postres...) amb la finalitat de potenciar la manipulació dels ingredients, les mesures i el procés per arribar al producte final.
 - Bugaderia. Activitat encaminada a desenvolupar la responsabilitat i el manteniment en la neteja de tota la roba, inclouent-hi el rentat, la selecció i l'endrega de la roba.
 - Preparació i recollida de la taula de l'autoservei o el menjador, en funció de les capacitats de cada persona.
 - Cura de les plantes. Jardineria. Activitat encaminada a afavorir el sentiment d'utilitat, la capacitat de sentir-se responsable i propiciar l'estada en entorns naturals.

5. Adquirir coneixements bàsics d'informàtica i de telefonia mòbil.
 - Mitjançant les noves tecnologies i Internet, la persona usuària pot complementar i ampliar els seus coneixements i la seva comunicació amb altres a través d'adaptacions específiques i individualitzades, si escau.
6. Treballar l'expressió verbal i corporal.
 - Mitjançant l'exercici d'activitats d'expressió es pot potenciar la sensibilitat, les possibilitats creatives i la capacitat de descobrir-se a un mateix i manifestar-se amb espontaneïtat i plenitud.
 - S'afavoreix el desenvolupament de la capacitat de percepció espaciotemporal i de simbolització, a partir de la presa de consciència i el control del propi cos.
7. Revisar periòdicament el tractament farmacològic de les persones usuàries i elaborar un pla de prevenció de malalties i simptomatologies (vacunacions i hidratació de la pell, aportació hídrica, etc.).
8. Promoure i potenciar el desenvolupament integral de la persona a través d'una intervenció globalitzada: l'estimulació basal. Es tracta d'una activitat que s'adreça a persones amb alteracions sensoceptives. L'instrument principal són les sensacions que la persona pugui percebre del seu propi cos i les que l'exterior li pugui oferir:
 - Somàtica: prenem com a òrgan perceptiu tot el cos en general i, en especial, la pell, que té una funció de límit entre la integració corporal i el medi, és a dir, l'entorn que l'envolta.
 - Vibratòria: els ossos i altres caixes de ressonància són els encarregats de possibilitar l'assimilació de les ones sonores que ens arriben en forma de vibració, que s'exterioritzen i es tradueixen en una experiència interna.
 - Vestibular: la informació que possibilita la pròpia orientació en l'espai i configura la construcció de l'equilibri corporal parteix de dins l'oïda interna. Aquesta àrea facilita la interrelació de les experiències visuals, tàctils i propioceptives amb els moviments del cos.
 - Visual: facilitar una millora de la percepció visual.
 - Tàctil: treballar el tacte de la persona, tant amb els dits com amb les mans.
 - Gust: cal treballar a partir de contrastos (dolç-salat, dolç-amarg, fred-calent...).
 - Olfactiva: cal potenciar aquest sentit treballant amb un gran ventall d'olors.
 - Auditiva: a partir de l'oïda es poden treballar sons —aguts, greus—, ritmes, volum...
9. Fomentar l'esport com a eina d'enriquiment físic, psicològic i social. És un bon element de normalització, ja que és un dels mitjans de connexió amb el món que ens envolta.

10. Motivar totes les persones usuàries perquè participin en les activitats de foment de la inclusió laboral, tenint en compte les capacitats i les potencialitats de cadascuna i els recursos de la comunitat. Valorar els interessos i les competències laborals de la persona, amb la finalitat de poder programar les activitats de participació en funció de les motivacions, el diagnòstic efectuat i els recursos disponibles.
11. Motivar les persones usuàries perquè participin en les activitats fetes fora del centre.
 - Planificar conjuntament amb les persones usuàries, tant individualment com en grup, les sortides que es volen fer durant l'any.
 - Avaluat periòdicament —s'aconsella fer-ho, almenys, de manera quadrimestral— les activitats fetes, identificant les propostes de millora per a posteriors activitats.
12. Motivar les persones usuàries perquè participin activament en l'àrea de rehabilitació física i de manteniment.
 - L'àrea de fisioteràpia ha de pactar amb la persona usuària les activitats i els exercicis que s'han de fer durant l'any, així com, també, el motiu pel qual es fan.
 - Les activitats i els exercicis han de ser atractius per a les persones usuàries.
 - L'entusiasme i les expectatives del fisioterapeuta són importants per a la millora o el manteniment de les capacitats de la persona.

2.4.4. Suports que cal activar

- Motivació, implicació i coherència en l'atenció directa per part de tots/es els/les professionals en l'execució de les decisions preses en equip.
- Suports materials: materials didàctics, ordinadors, connexió a Internet, mitjans de transport, ajudes tècniques.
- Condicionament i optimització dels espais, en funció de les necessitats de cada centre.
- Professionals qualificats/des.
- Utilització dels recursos de l'entorn: biblioteques, centres cívics, festes del barri, etc.

2.4.5. Formació i ocupació

Ateses les dificultats d'inserció laboral de les persones usuàries, s'ha de partir d'una valoració adequada de les seves capacitats i potencialitats per poder desenvolupar una activitat laboral. Alguns aspectes que cal tenir en compte són:

- Història laboral de la persona.
- Motivació personal.

- Capacitat de compromís.
- Continuitat en el compliment dels horaris i de determinades obligacions.
- Mitjans per desplaçar-se al lloc de treball.
- Necessitat d'adaptacions per a una millor integració al treball.

Han de formar part del programa individual de suports les diferents activitats proposades per a cada cas.

Per aconseguir aquest objectiu d'integració laboral, cal treballar amb la persona les diferents aptituds que li han de permetre exercir, amb èxit, una ocupació adequada al seu perfil: el compromís adquirit amb l'entitat, la constància en l'assistència i en la realització de la tasca, l'organització del seu temps, el compliment de l'horari pactat, etc.

En funció del grau d'autonomia i de capacitat requerits, es poden distingir diferents tipus d'activitat laboral o prelaboral:

- Formació personal.
- Formació prelaboral o laboral.
- Realització d'activitats de voluntariat de manera continuada.
- Inserció laboral en treball protegit.
- Inserció laboral en treball normalitzat.

En tots els casos, s'ha de considerar que els objectius que cal treballar són:

- Afavorir l'ús de recursos normalitzats.
- Afavorir l'autonomia i la presa de compromisos.
- Afavorir les relacions interpersonals.
- Treballar la motivació personal envers la integració laboral.
- Identificar i gestionar, conjuntament entre la persona usuària, la família, el/la tutor/a o el referent social i els recursos comunitaris, els suports necessaris per afavorir la formació i la inclusió laboral.

El reconeixement efectiu del dret a la formació i al treball és un dels factors que poden possibilitar millor una visió dinàmica i no finalista de la inclusió. S'han de tenir en compte les característiques de cada persona, així com el seu nivell d'escolarització, els recursos, les limitacions, l'evolució del problema de salut, l'organització dels recursos laborals i de les prestacions econòmiques existents, etc. per identificar les possibilitats reals d'una inserció laboral, atesa la dificultat que suposa.

L'estratègia que cal seguir en cada cas ve determinada pel procés vital, l'estabilitat o la compensació de la situació de salut de la persona, les preferències, les motivacions i les capacitats d'autonomia personal i social. És sempre un treball individual i és convenient dur-lo a terme des de centres especialitzats en inserció laboral, amb una bona coordinació amb els/les professionals del servei d'acolliment residencial.

La coordinació és fonamental perquè permet treballar les petites dificultats que sorgeixin. El procés d'inclusió comunitària pot provocar canvis en la situació psicosocial de l'individu. Es poden generar situacions d'estrès que, especialment en les persones afectades d'una gran discapacitat física, poden abocar a una situació de fracàs. És, per tant, imprescindible comprendre i treballar aquestes situacions per tal d'afavorir el procés d'inclusió.

2.5. Benestar físic

La dimensió de benestar físic està integrada per les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Estat de salut, estat nutricional, mobilitat	Atenció de salut, rehabilitació física, alimentació i nutrició, oci i temps lliure	Estadístiques sobre habitatge, sistema de salut

2.5.1. Valoració multidimensional

És fonamental l'enfocament de foment de la salut i prevenció de la malaltia. L'avaluació del benestar físic implica la valoració de l'estat físic actual i dels antecedents personals i familiars. L'ha de fer el/la metge/essa de capçalera i es considera vigent si ha estat efectuada un mes abans de l'entrada al centre i no hi ha hagut canvis significatius durant aquest període. S'ha d'incloure la valoració de l'existència de malalties transmissibles i l'estat vacunal. També cal especificar si la persona té al·lèrgies o necessita algun tipus de dieta, pròtesi o suport.

L'àrea de fisioteràpia ha de fer una valoració física mitjançant diferents tècniques amb la finalitat de conèixer l'estat de salut, la magnitud i la severitat de la malaltia, considerant les funcions perdudes i les preservades. S'han d'avaluar les funcions cognitives, perceptives, visuals, comunicatives, pràxiques i motrius, així com els trastorns del to muscular i les alteracions sensitives i de deglució. També cal explorar l'equilibri, la marxa, la comorbiditat, la tolerància a l'exercici, l'aspecte morfoestàtic, el balanç articular, les funcions motrius, el nivell de funcionalitat, la sensibilitat i l'estat circulatori.

Per valorar la capacitat de realització d'activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i les instrumentals (AIVD), s'aconsella utilitzar escales validades. En la realització de les ABVD, cal incidir en els suports que necessita la persona amb relació als hàbits higiènics, l'alimentació, la mobilitat o el vestit. Per afavorir la inclusió social, la valoració de les AVD és un element fonamental per planificar el programa individual de suports.

2.5.2. Àrees o problemes que cal abordar

- Realització de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària:
 - Higiene i endreça personal.
 - Vestit.
 - Mobilitat i transferències.
 - Alimentació:
 - Dieta equilibrada.
 - Conducta alimentària: obesitat, desnutrició.
 - Disfàgia: valoració i estratègies d'intervenció.
 - L'eliminació. El control d'esfínters —intestinals i urinaris. Suports i eliminació.
 - El son.
 - La comunicació. Els sistemes alternatius.
 - Altres activitats instrumentals de la vida diària.
- Salut:
 - Atenció als problemes de salut relacionats amb la discapacitat física.
 - Atenció de problemes de salut mental.
 - Foment d'un estil de vida saludable.
 - Capacitat per assistir a les entitats prestadores de serveis de salut.
 - Administració de medicació.
 - Actuació davant situacions d'emergència: aturades cardiorespiratòries, ennuègaments, etc.
- Abordatge de les situacions que ajuden a millorar i a superar discapacitats:
 - Manteniment i reeducació funcional.
 - Alteració de l'equilibri i la coordinació.
 - Alteració del to muscular, espasticitat, accés a programes.
 - Manteniment de funcions preservades.
 - Adaptació a les limitacions.
- El llenguatge i la comunicació.
- Trastorn sensorial:
 - Visual.
 - Auditiu.
 - Tacte.
- Gestió de risc:
 - Caigudes.
 - Lesions per pressió.
 - Risc d'ennuegament.
 - Risc de broncoaspiració.
 - Riscos derivats de l'alteració de la sensibilitat (cremades...).
- Oci i temps lliure:
 - Aficions.

2.5.3. Estratègies d'intervenció

2.5.3.1. Realització d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària

Les activitats de la vida diària, tant bàsiques (higiene, alimentació, vestit...) com instrumentals (activitats a la llar, maneig de diners...), es consideren objectiu i eina de valoració i tractament. El desenvolupament d'aquestes tasques amb la mínima ajuda és un indicador important del grau d'autonomia assolit per la persona i potencia l'autoestima i l'acceptació progressiva de la discapacitat.

La majoria de les persones amb problemes neurològics s'ha d'entrenar amb nous mètodes per tal de poder portar a terme aquestes activitats de la manera més autònoma possible, ateses les limitacions físiques que es presenten. Per això, és important potenciar totes aquelles capacitats de moviment i execució preservades, amb les modificacions que calgui i dotant la persona dels mitjans per a la resolució de problemes durant l'execució d'aquestes tasques.¹⁴

La utilització de diferents ajudes tècniques permet millorar la independència en les AVD. Els/les professionals de les àrees de teràpia ocupacional i fisioteràpia, amb el suport dels/de les diferents professionals d'atenció directa, fan l'entrenament per a la seva utilització.

En el cas de les persones que són incapaces de realitzar cap mena d'AVD, com, per exemple, les persones amb tetraplegia, podem contribuir a mantenir-los un bon estat emocional si utilitzem estratègies substitutives de les activitats, com podria ser formular preguntes sobre tot allò que, per petit que sigui, permeti que la persona pugui opinar i decidir. Per exemple, demanar-li parer sobre la roba que s'ha de posar, com vol portar pentinat el cabell aquell dia, etc.

A continuació, es revisen les ABVD següents: andrea personal, vestit i mobilitat i transferències.

2.5.3.1.1. Andrea personal

L'andrea personal implica una sèrie d'activitats que formen part del procés de rehabilitació i manteniment de la persona. Cal distingir entre les persones residents que de manera habitual tenen cura de la seva imatge i les que necessiten una ajuda i un seguiment acurat. Amb aquestes últimes, cal iniciar un procés d'aprenentatge i de gestió dels suports adients per mantenir el màxim grau d'autonomia i potenciar l'autoimatge. S'han d'utilitzar les estratègies necessàries per aconseguir aquest objectiu.

1. Avaluació dels hàbits d'autonomia en la higiene personal.¹⁵
2. En funció de la valoració realitzada, cal dissenyar un programa individual de suports en el qual cal especificar allò que és necessari per garantir o possibilitar el millor benestar.¹⁶

14. Equip Sociosanitari d'Avaluació i Suport Especialitzat en Neurorehabilitació. *Potenciació de l'autonomia*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 2000, pàg. 85.

15. Freqüència de dutxes, freqüència de canvi de roba, higiene bucodental, higiene facial, aspectes estètics, afaitar-se i tallar-se els cabells, higiene d'ungles, mans, dits, evacuació i incontinència i menstruació.

16. El disseny del pla de treball ha d'incloure, entre altres, per exemple, la freqüència de l'activitat, els horaris adients, el lloc adequat per fer les activitats, la previsió i l'adquisició dels materials necessaris, les mesures especials per a situacions concretes de les persones residents, com ara la incontinència (previsió de bolquers, ús adequat, ajudes eliminació...).

3. Tots aquests processos han de tenir un registre del personal encarregat de fer-ne el seguiment i, en alguns casos, el personal auxiliar o tècnic per a l'atenció personal ha d'ajudar, ensenyar o participar activament en la realització de les activitats d'higiene de les persones residents. L'objectiu final és que el/la resident adquireixi els hàbits d'autonomia en la cura personal amb la utilització dels mitjans adients i, en cas que no sigui possible, donar el suport que sigui necessari.

Per assolir un seguiment millor de les activitats d'higiene, el personal ha de disposar d'un sistema de registre que li permeti planificar i registrar les pautes de dutxa, neteja, tall d'ungles i cabells, etc. La documentació escrita de suport pot ajudar el/la resident a recordar les activitats principals que ha de dur a terme.

Es poden dissenyar fulls informatius de lectura fàcil adreçats a les persones residents sobre higiene i aspectes de vida comunitària; per exemple, fer el llit i endreçar l'habitació, canvi de roba interior, circuit de la roba bruta, realització de la bugada, endreça d'armaris, utilització d'objectes personals, ús d'estrís i mesures de seguretat, horaris per contribuir a una bona convivència...

Cal conservar o instaurar hàbits per a una higiene bucodental adequada. La utilització del raspall de dents elèctric és una bona ajuda per afavorir una higiene dental millor. Periòdicament, s'ha de valorar l'estat de genives i de la dentadura, amb la finalitat d'identificar quan es necessita una higiene dental realitzada per un/a professional o la derivació a un servei d'odontologia.

2.5.3.1.2. Vestit

Aquesta activitat vol incidir en l'aspecte general dels/de les residents, en primer lloc, per afavorir la millora de l'autoimatge i, en segon lloc, per afavorir processos d'integració amb la resta de residents i amb la comunitat de referència. Juntament amb la higiene personal, s'ha d'intentar aconseguir una imatge polida i adequada, tenint en compte els aspectes culturals, les preferències personals i les condicions climàtiques.

Els apartats que cal valorar dins d'aquesta activitat són:

- Inventari inicial de les peces de roba de la persona resident.
- Estat de la roba.
- Valoració de l'adequació d'aquesta roba a les seves necessitats, a les activitats i a l'època de l'any.
- Valoració de les possibles mancances i necessitats d'adquisició.
- Ordre de l'armari.
- Identificació de la roba.
- Ús adequat de la roba segons l'activitat.
- Procés de recollida de la roba bruta.
- Ús del servei de bugaderia.
- Recollida, selecció i endreça de la roba neta.

Totes aquestes activitats han de tenir al principi un seguiment per part del personal. S'aconsella elaborar un sistema de registre per identificar, de manera oportuna, les necessitats d'intervenció. S'aconsella tenir les plantilles següents: inventari de roba, roba que cal adquirir o comprar, ordre de l'armari i tornos de bugaderia.

2.5.3.1.3. Mobilitat i transferències

En les persones amb problemes de lesió neurològica, el sistema musculoesquelètic està sempre compromès, en un grau major o menor. Per això, dins d'un procés de rehabilitació funcional amb un enfocament integral, cal potenciar totes aquelles capacitats del sistema musculoesquelètic amb capacitat de millora. Igualment, cal treballar per aconseguir que l'índex de declinar funcional resulti tan lent com sigui possible, de manera que permeti el màxim temps d'autonomia i potènciï habilitats compensatòries.

D'altra banda, i com a complement de manteniment d'aquest sistema, s'han de portar a terme una sèrie d'actuacions com a mesura de prevenció, atès que poden comprometre la mobilitat general de la persona i la disfunció consegüent en la realització de les AVD. Les situacions que cal evitar són, entre altres, les següents: deformitats, escurçaments musculotendinosos, limitacions de l'arc articular, etc.

Quan la persona és incapaç de realitzar per ella mateixa aquest manteniment, com en el cas de persones afectades de gran discapacitat física, tal com recomana l'Institut Guttman,¹⁷ cal formar la família, el personal cuidador o altres professionals en les tècniques de manteniment del sistema musculoesquelètic (mobilitzacions passives), i entrenar-los alhora en les tècniques de mobilitat (transferències, desplaçaments, canvis posturals, etc.). S'aconsella l'elaboració de protocols interns per desenvolupar aquest tema.

A continuació, a tall d'exemple, es donen alguns suggeriments per a la mobilització adequada de les persones que necessiten suport. A l'annex 6, es mostren, de manera detallada, algunes recomanacions.

Cal informar i educar el/la resident i les persones que li donen suport, aportant-los els elements que ajuden a evitar o pal·liar les complicacions de la síndrome d'immobilitat, i cal tenir en compte les complicacions associades.¹⁸

El/la professional d'atenció directa és una figura fonamental. Per aquesta raó, una part important de la formació continuada s'ha d'adreçar a formar-lo en la millora del confort i en la seguretat en la realització de les transferències. De la mateixa manera, cal abordar la prevenció de lesions osteoarticulares i musculoesquelètiques provocades perquè es tracta de persones amb mobilitat molt reduïda o que presenten excés de pes, així com per la manca d'habilitat del/de la cuidador/a.

17. Equip Sociosanitari d'Avalluació i Suport Especialitzat en Neurorehabilitació. *Potenciació de l'autonomia*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 2000, pàg. 78.

18. Cutànies: lesions per pressió.
Musculoesquelètiques: atrofia, contractura, osteoporosi, etc.
Cardiovasculars: poca tolerància a l'esforç, risc de tromboembòlia, etc.
Respiratòries: disminució de la capacitat de ventilació, dificultat d'expectoració.
Digestives: restrenyiment, incontinència fecal.
Urinaris: incontinència urinària.
Psicològiques: desmotivació, canvis en el ritme del son, dependència, ansietat, depressió.

2.5.3.2. L'alimentació

És important fer una valoració dels patrons d'alimentació i nutrició de la persona per intentar adequar el programa individual de suports de cada resident. Entre els aspectes que s'han de valorar, se'n poden destacar els següents:

- Hàbits alimentaris adquirits durant la vida.
- Tipus de dieta.
- Especificació de la consistència i la textura dels aliments. S'aconsella descriure la política d'utilització dels espessants al centre.
- Patró d'ingesta.
- Dificultats per a la deglució (disfàgia).
- Preferències.
- Valors culturals associats al menjar.
- Existència de sobrepès.
- Compliment de règims terapèutics. Implicació de l'estat emocional i mental per assumir les recomanacions dietètiques suggerides.
- Utilització d'estrís per menjar i necessitat d'ajudes tècniques.
- Capacitat de fer vida social i convivència amb les altres persones durant el menjar.
- Estat de la dentició. Condicions higièniques i mecàniques. Necessitat d'adaptació de la dieta.

El servei d'acolliment residencial ha de vetllar perquè aquesta alimentació, a més de poder satisfer els requeriments nutricionals de la persona, sigui un espai d'interacció social i comunitari. Per assegurar aquests objectius, cal:

- Oferir una alimentació sana, equilibrada i variada.
- Facilitar una dieta especial a qui ho necessiti. Supervisió del compliment de les dietes establertes.
- Presentar el menjar de manera atractiva i en un ambient agradable.
- Oferir la possibilitat d'escollir menús tenint en compte les preferències personals, les creences culturals i els aliments tolerats o no permesos.
- Valorar la capacitat de deglució i fer les adaptacions a la dieta i la tècnica d'alimentació en funció del tipus de disfàgia.
- Identificar les ajudes tècniques necessàries per assegurar el màxim grau d'autonomia de la persona amb els processos relacionats amb l'alimentació.
- Oferir la possibilitat de beure líquids fora de l'horari dels àpats i, també, en funció de les necessitats de la persona, facilitar menjar lleuger en horaris no previstos.
- Seguir les normes de bona educació a taula, fent èmfasi en els processos que faciliten la convivència entre els/les residents.

La franja horària dels àpats ha de ser pública¹⁹ i l'han de saber totes les persones residents, familiars i visitants; ha de ser flexible i s'ha d'adaptar a les necessitats de les persones, segons la prioritització efectuada conjuntament entre l'equip interdisciplinari i els/les residents mateixos/es, tant en grup com individualment.

19. Pot especificar el marge horari recomanat per efectuar els diferents àpats.

En cas que un/a resident segueixi una dieta específica, ha de ser prescrita pel/per la metge/essa de capçalera. El servei d'acolliment residencial ha de mantenir, si escau, contactes periòdics amb els/les metges/esses de família de les persones usuàries del centre per tal de fer un seguiment de les indicacions alimentàries que considerin oportunes.

El servei ha de tenir un protocol de les dietes i els menús que ofereix als/a les residents. Aquests menús han de tenir una rotació de sis mesos com a mínim (estiu i hivern) i estar exposats en un lloc on els/les residents puguin llegir-los.

El servei de restauració del centre ha de garantir tant el compliment de les mesures d'higiene, amb controls periòdics de l'estat de les instal·lacions, la conservació i la manipulació d'aliments, com l'aplicació de la normativa i les recomanacions per a l'alimentació de col·lectivitats.

2.5.3.2.1. *Disfàgia: valoració i estratègies d'intervenció*

La disfàgia, o la sensació de dificultat del pas del bol alimentari durant l'acte de la deglució, acostuma a ser una situació bastant freqüent en la persona discapacitada. Pot estar produïda per una alteració del mecanisme de deglució orofaringi, per les contraccions peristàltiques, per estenosi de la llum de l'esòfag o per percepció sensorial anormal en l'esòfag deguda a diferents causes.

Entre les estratègies d'intervenció, es poden citar les següents:

- Menjar en posició asseguda i evitar la inclinació del cap mentre es menja o es beu.
- Si la persona ha de menjar al llit:
 - Elevar el llit entre 60° i 90°.
 - Mantenir el cap lleument inclinat cap avall.
 - Mantenir el cap centrat, ni a un costat ni a l'altre.
 - Mantenir la persona en aquesta posició durant 15-30 minuts després de menjar.
- Si hi ha dificultat en la ingesta de líquids, prendre petites quantitats amb una cullera. Els líquids espessos són més fàcils de deglutir.
- Els aliments haurien de tenir textura per poder ser mastegats: resulta més fàcil controlar les textures suaus i humides. Per tant, cal evitar les textures dures i seques.
- Evitar líquids i aliments que augmentin la mucositat, com ara la xocolata.
- Menjar lentament i mastegar molt bé els aliments.
- Prendre aliments en forma de puré.
- Exercicis específics per enfortir els òrgans que intervenen en la deglució.

Si la disfàgia no impedeix l'alimentació oral i no hi ha risc de broncoaspiració, està indicada la teràpia deglütòria. La seva utilització necessita que la persona conservi unes funcions cognitives i motrius mínimes. La teràpia deglütòria

comprèn modificacions dietètiques, maniobres facilitadores i maniobres posturals. Als annexos 7 i 8 es troba ampliat aquest apartat.

2.5.3.3. *Eliminació*

La majoria de les persones residents presenten problemes d'eliminació, ja sigui per la patologia de base, per l'edat o per les malalties associades.

Poden ser:

- Intestinals:
 - Incontinència.
 - Restrenyiment.
- Vesicals:
 - Incontinència.
 - Retenció.

2.5.3.3.1. *Eliminació intestinal*

Els objectius que cal assolir són els següents:

- Facilitar una evacuació adequada.
- Detectar la possible aparició d'ili paralític.
- Prevenir impactacions fecals.
- Preservar el màxim grau d'autonomia i d'intimitat de la persona.

Les accions que hem de tenir en compte són:

- Mantenir la intimitat de la persona resident.
- Aconseguir un bon ritme de deposicions, patró fisiològic d'una vegada al dia a una vegada cada tres dies. S'ha d'afavorir i aprofitar el reflex gastrocòlic: després dels àpats s'hauria d'intentar l'evacuació intestinal, proporcionant a la persona la possibilitat d'anar al vàter. El massatge abdominal en el sentit de les manetes del rellotge i el tacte rectal amb pauta fixa (a dies alterns o bé l'esquema de dilluns, dimecres i divendres) ajuden a automatitzar aquest hàbit.
- La dieta rica en fibra, amb augment de la ingesta hídrica, proporciona volum a la femta i provoca un augment de l'acció peristàltica dels budells.
- Afavorir la mobilització-sedestació. El benestar general i la realització d'exercici —l'adequat a cada resident— augmenta l'activitat intestinal.
- La utilització de reguladors intestinals s'ha de fer quan estigui estrictament indicada. La utilització de laxants s'ha de determinar a partir de l'etiologia del restrenyiment. No és aconsellable l'ús perllongat de laxants, ja que pot tenir un efecte lesional en la mucosa intestinal.
- Els ènemes només s'han d'aplicar per prescripció facultativa i mai com a norma general.
- Pot aparèixer diarrea falsa si el restrenyiment no es tracta a temps. En aquests casos, el tacte rectal ens pot evidenciar la presència de fecalomes.
- Si el restrenyiment persisteix, cal explorar l'abdomen amb la finalitat de descartar l'aparició de problemes o complicacions: distensió, dolor i augment o absència de peristaltisme.

2.5.3.3.2. *Eliminació vesical*

La incontinència urinària, entesa com la pèrdua involuntària d'orina, transi-tòria o permanent, i que pot ser de tipus total o parcial, representa un proble-ma psicosocial i higiènic per a la persona.

Els objectius que s'intenten assolir són els següents:

- Mantenir una eliminació adequada.
- Prevenir complicacions renals.

Les activitats que cal tenir en compte són les següents:

- Mantenir la intimitat de la persona resident.
- Reeducar la bufeta urinària.
- Conscienciar sobre determinats aspectes higienicodietètics:
 - Evitar el sobrepès.
 - Assegurar una correcta distribució horària de les menjades, les begudes i la medicació (sobretot, els diürètics).
 - Garantir un correcte buidatge intestinal regular.
 - Evitar begudes estimulants (cafè, té, alcohol...).
 - Augmentar la ingesta líquida durant el dia i restringir-la durant la nit.
 - Intentar facilitar l'ús del vàter a aquells residents amb qui sigui possible.
 - Promoure la utilització de diferents dispositius; cal estudiar el que neces-sita cada persona en funció de les necessitats individuals. A les guies de pràctica clínica d'atenció primària²⁰ es poden consultar bones pràctiques relacionades amb aquest àmbit.

Es recomana que cada centre elabori un protocol d'eliminació que contingui les indicacions anteriors.

2.5.3.4. *El son*

El fet de poder gaudir d'un descans reparador afavoreix els processos d'estabilitat de la persona i la capacitat de donar resposta als estímuls del medi ambient.

Dins de la valoració inicial i periòdica de la persona, amb relació a aquesta àrea, cal considerar diversos apartats, amb la finalitat d'identificar estratègies d'intervenció adients en cas de situacions problemàtiques o no resoltes. Entre els aspectes que cal tenir en compte, se'n poden assenyalar els següents:

- Patró del son.
- Alteracions en el ritme del son.
- Necessitat d'ajudes per dormir.
- Interferència en el descans d'altres residents.
- Necessitat de mesures de protecció durant la nit.

20. <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/bolquers/index.htm> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

Per afavorir la recuperació del ritme del son i fer-ne un espai reparador, es formulen, a continuació, algunes estratègies que cal tenir en compte:

- Procurar que se segueixin uns horaris per dormir.
- Informar dels episodis d'insomni i fer-ne el seguiment.
- Limitar el consum d'excitants i informar sobre els horaris recomanats per a la seva ingesta.
- Oferir suplementos nutricionals que puguin afavorir el son.

2.5.3.5. *Cura de la salut*

Les persones amb una gran discapacitat física poden presentar dificultats en la cura de la seva salut i esdevenen una població de risc. Mitjançant aquest tipus de programa s'intenta promoure un estil de vida sa i afavorir l'adquisició d'una sèrie d'hàbits que permetin millorar la qualitat de vida de la persona.

La valoració de l'estat de salut i dels factors de risc associats s'ha de dur a terme en el moment de l'ingrés i de manera periòdica posteriorment. El procés avaluatiu implica:

- Avaluació de problemes o complicacions somàtiques. Aquestes dades es poden recollir de la informació facilitada pel centre d'atenció primària responsable del seguiment dels processos de salut de la persona resident.
- Valoració de la possibilitat d'actuació per millorar l'estat general dels indicadors de salut de la persona. Entre els indicadors de qualitat per a serveis d'acolliment residencial de persones amb discapacitat física, s'inclouen els següents:
 - Seguiment periòdic de la pressió arterial.
 - Realització dels controls anuals següents: analítica, pes, revisió mèdica, revisió ginecològica i citologia per a dones majors de 25 anys, seguiment mamari per a dones d'entre 50 i 64 anys i tacte rectal per a homes majors de 55 anys.
 - Detecció de discapacitats que necessitin suports per millorar l'adaptació al servei d'acolliment residencial.
 - Realització complementària de visites a especialistes: dentals, auditiu i oftalmològics.
 - Detecció oportuna de possibles complicacions amb la finalitat de poder derivar al dispositiu més adient.

Quan un/a resident necessita atenció sanitària, cal proporcionar-li mitjançant els recursos comunitaris externs disponibles en aquests casos a l'àrea de salut respectiva o bé mitjançant professionals o centres sanitaris designats per la persona usuària. Per arribar a un bon compliment dels objectius relacionats amb l'atenció a la salut, és necessària la coordinació amb els recursos d'atenció sanitària de la zona: els equips d'atenció primària de salut i els centres de salut mental.

La intervenció que cal realitzar amb els/les residents respecte a la seva salut implica les dimensions següents:

- Conscienciació sobre els problemes de salut i els riscos associats.
- Reconeixement de símptomes.
- Seguiment de les visites mèdiques.
- Suport al procés de presa de decisions sobre temes relacionats amb la pròpia salut.
- Cal responsabilitzar la persona del compliment del tractament indicat. A l'annex 9, s'adjunta un document sobre l'administració de medicació.
- Supervisió, a càrrec del personal, del compliment de les recomanacions mèdiques i de l'ús adequat del material indicat.

2.5.3.5.1. Actuació immediata en cas d'una emergència sanitària

S'aconsella que el centre disposi d'un protocol d'actuació davant les principals emergències sanitàries per poder donar els primers auxilis abans que arribi l'equip d'intervenció sanitària. Aquest protocol ha de ser conegut pels/per les professionals d'atenció directa del centre.

Algunes de les principals emergències sanitàries són: crisis convulsives, ennuegaments, lipotímies i aturades cardiorespiratòries.

2.5.3.5.2. Foment d'un estil de vida saludable

Cal incidir en la promoció d'un estil de vida saludable que inclogui, entre altres, els aspectes següents:

- Pràctica d'activitats esportives:
 - Adquisició de l'hàbit de practicar esport com una activitat regular, segons l'oferta del servei d'acolliment residencial.
 - Valoració i seguiment de l'activitat esportiva de la persona resident.
 - Motivació del/de la resident per participar-hi activament.
- Dieta equilibrada:
 - Control del sobrepès.
- Disminuir el consum de tabac tant com sigui possible.

La promoció d'aquests hàbits es pot fer mitjançant el programa d'adquisició d'hàbits i conjuntament amb els auxiliars i els tècnics per a l'atenció personal.

2.5.3.5.3. Capacitat per assistir a les entitats prestadores de serveis de salut

En aquest apartat, es vol incidir en el foment de l'autonomia i de la cura d'un mateix vers el seguiment dels diferents processos relacionats amb el manteniment i la millora de la salut en coordinació amb les entitats prestadores de serveis de salut.

Els resultats esperats de la persona en aquesta àrea són:

- a. Saber anar al/a la metge/essa quan s'està malalt si es troba físicament en condicions de fer el desplaçament.
- b. Saber explicar els símptomes i el malestar, i entendre les explicacions i el diagnòstic.
- c. Reconèixer la medicació i els efectes adversos, i ser capaç de seguir les indicacions terapèutiques i el tractament.

En la valoració individual, cal identificar si la persona pot desplaçar-se sola o si és millor que ho faci acompanyada per un/a company/a o per personal auxiliar o tècnic per a l'atenció individual. En cas de dubte, convé fer el simulacre amb el/la resident sobre com s'espera que es faci tot el procés. En funció de les capacitats del/de la resident i de les normes del centre, s'ha d'especificar si la persona mateixa compra la medicació i si és capaç d'administrar-se-la o prendre-se-la correctament, o bé si cal que el personal del servei d'acolliment residencial li ho recordi, la hi guardi o la hi doni directament.

Finalment, per aconseguir una millor autonomia de la persona, cal incidir en la potenciació de les capacitats per expressar i demanar ajuda de manera oportuna, així com en la progressiva responsabilització dels processos de salut propis.

2.5.3.6. Gestió de riscos

Els riscos que es treballen a continuació són els següents: caigudes, lesions per pressió, broncoaspiracions i cremades.

2.5.3.6.1. Caigudes

Les caigudes són un factor de risc que afecta el benestar físic de la persona. Les causes que generen el risc de caigudes poden ser intrínseques (edat, reducció de la mobilitat, alteracions musculoesquelètiques o neuromusculars, afectacions sensorials, desorientació, farmacologia...) o extrínseques (il·luminació, disponibilitat de dispositius de seguretat, estat de la superfície...).

S'aconsella la realització d'un estudi, almenys cada any, sobre la incidència i els factors de risc associats a les caigudes. Cal tenir en compte que, per normativa, els centres han de disposar d'un full de registre de caigudes. El full de registre de caigudes ha d'incloure les dades següents: hora de la caiguda, lloc, factors de risc intrínsecs i extrínsecs associats, circumstàncies de la caiguda, conseqüències i si ha necessitat de derivació a urgències.

Cal activar una sistemàtica per recollir la informació i poder efectuar un monitoratge adequat d'aquest apartat. L'estudi anual de caigudes ha d'explicitar la taxa de caigudes dels/de les residents, els principals factors de risc associats i les mesures preventives establertes en funció dels resultats obtinguts.

Mesures de prevenció

- Valorar el risc de caiguda mitjançant criteris clínics, acompanyats d'escalas per identificar l'estabilitat de la persona durant la marxa, com ara la de Tinneti.
- Valorar les activitats que la persona pot fer sola i aquelles en què necessita ajuda.
- Proporcionar l'ajuda necessària al/a la resident, tant física com material.
- Conèixer els motius de les caigudes i aplicar les mesures necessàries per prevenir-les. Alguns dels motius més freqüents són: ús de calçat inadequat, alçada del llit, ajudes tècniques allunyades del/de la resident, enllumenat nocturn insuficient, medicació que pot causar hipotensió ortostàtica, etc.
- Minimitzar situacions de risc: obstaculitzar les zones de pas, deixar el terra mullat, deixar sola la persona mentre fem la higiene o les transferències, disposar d'una il·luminació insuficient...
- Proporcionar dispositius de seguretat (baranes, cinturons...) per evitar en primera instància l'inici de processos de contenció física.

Cal tenir en compte que hi ha una sèrie de dispositius que ajuden i són factibles per evitar perills i mantenir la seguretat en persones que, per la seva alteració neurològica i cognitiva, presenten un risc potencial d'autolesió o de caigudes.²¹

Aquests sistemes només permeten certa mobilitat. Per tant, la família i els/les cuidadors/es n'han de conèixer el funcionament i la finalitat.

Segons les característiques de cada persona, s'han d'utilitzar uns sistemes o uns altres. Els sistemes de seguretat utilitzats amb més freqüència per persones allitades són:

- Cingla abdominal.
- Cingla d'extremitats.
- Manyoples de protecció.
- Canelleres.
- Baranes.
- Arnés.

Quan la persona és a la cadira de rodes es pot utilitzar:

- Cingla abdominal.
- Cingla engonal.
- Peto.

2.5.3.6.2. Lesions per pressió (LPP)

Un aspecte que cal tenir molt en compte en el cas de les persones amb discapacitat física són les lesions per pressió (LPP), que són les produïdes per una pressió ininterrompuda que comprimeix els teixits que hi ha entre la pell i un pla dur intern, la prominència òssia.

21. Equip Sociosanitari d'Avaluació i Suport Especialitzat en Neurorehabilitació. *Potenciació de l'autonomia*. Barcelona: Fundació Institut Guttmann, 2000.

Entre els factors de risc, cal destacar els següents:

- Existència de pressió mantinguda. S'hi poden associar tres tipus de força: la pressió, la fricció i el cisallament.
- Factors derivats de l'estat de salut.²²
- Pèrdua d'algunes funcions que desenvolupa la pell, com ara la termoregulació i la sensibilitat.
- Impossibilitat de comunicació.
- Falta de mobilitat.

A les guies d'atenció primària,^{23,24} es pot obtenir informació complementària de bones pràctiques per afavorir la integritat cutània i la prevenció de les lesions per pressió. A l'annex 10, es poden consultar les recomanacions per a la prevenció de les lesions per pressió.

2.5.3.6.3. Broncoaspiració

Els diagnòstics d'infermeria de la NANDA defineixen el risc de broncoaspiració com l'estat en què l'individu corre el risc que penetrin secrecions gas-trointestinals, secrecions orofaríngees o aliments sòlids o líquids en l'aparell traqueobronquial per la disfunció o l'absència dels mecanismes de protecció normals.

La broncoaspiració és un factor de risc associat a les persones que presenten una discapacitat física acompanyada de trastorns musculars i de dificultats per a la deglució.

Els factors de risc són els següents:

- Disminució del reflex tussigen.
- Disminució del reflex nauseós.
- Incompetència de l'esfínter esofàgic.
- Traqueotomia o intubació endotraqueal.
- Insuflació inadequada del baló de seguretat de la cànula de traqueotomia o del tub endotraqueal.
- Ús de sondes gastrointestinals.
- Alimentació o medicació administrada per sonda nasogàstrica.
- Situacions que afecten la mobilitat i impedeixen la incorporació de la part superior del cos.
- Increment de residus i secrecions gàstriques.
- Disminució del peristaltisme gastrointestinal.
- Cirurgia o traumatismes facials, orals o de coll.
- Fixació mandibular.
- Disminució o trastorns del nivell de consciència.

De manera sintètica, s'exposen, a continuació, una sèrie de recomanacions per prevenir la broncoaspiració en una persona amb disfàgia:

22. Trastorns neurològics, alteracions nutricionals, trastorns vasculars, pulmonars, incontinència, tractaments (sondatges, fèrules, tractaments farmacològics...).

23. http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/index.htm (web consultada el 17 de novembre de 2009).

24. El grup nacional d'úlceres per pressió té una sèrie de recomanacions per a la prevenció i el tractament de les lesions per pressió que es poden consultar a <http://www.gneaupp.org> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

- Menjar petites quantitats amb relativa freqüència, intentant prendre una alimentació variada.
- Mantenir una hidratació adequada.
- Evitar la sensació de plenitud.
- Romandre assegut després dels àpats: evitar estirar-se fins, almenys, trenta minuts després de menjar.
- Procurar una higiene oral correcta.
- Mantenir una postura correcta durant els àpats.
- Avaluar l'eficàcia de la tos: capacitat per expulsar secrecions.
- Realitzar fisioteràpia respiratòria per mobilitzar secrecions.
- Aspiració de secrecions, si escau.
- En el cas de les persones amb traqueotomia:
 - Protegir l'entrada de l'estómac. Vigilar quan tussi, esternudi i parli.
 - Evitar els ambients amb pols, fum o corrent d'aire.
 - Beure líquids abundants per estovar les secrecions.
 - Evitar l'obesitat.
 - Conèixer els signes i els símptomes d'infecció (febre, tos, mucositat de color verd o groc...).
 - Realitzar exercici físic en funció de les possibilitats de la persona.

2.5.3.6.4. Cremades

La discapacitat física pot anar acompanyada de trastorns de la sensibilitat. Aquest fet pot condicionar la sensibilitat de la persona i existir, per tant, el risc de cremades i altres tipus de lesions.

S'ha d'extremar la prevenció en les persones usuàries amb falta o disminució de sensibilitat tèrmica. Algunes mesures són:

- Servir el menjar tebi.
- Col·locar proteccions al voltant dels objectes que estan calents i que resulten accessibles.
- Seleccionar i utilitzar objectes que tenen mànecs aïllants en bon estat. Procurar que les cassoles tinguin els mànecs endins.
- Utilitzar guants o manyoples aïllants per manipular objectes calents.
- Evitar que les persones usuàries vagin a la cuina i a la zona de planxar mentre estan en funcionament.
- Controlar la temperatura de l'aigua corrent.
- Protegir els radiadors.
- En funció de la capacitat cognitiva dels/de les residents, cal tenir en compte les mesures de prevenció d'incendis.

En cas que es produeixi un foc, cal tenir en compte les mesures inicials d'atenció a la persona, extinció i prevenció de la propagació del foc.²⁵ Es recomana que els/les professionals del centre rebin formació en primers auxilis per donar suport a la persona en cas d'emergència i mentre arriben els equips sanitaris de suport.

25. El Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya té una sèrie de recomanacions en aquest sentit que es poden consultar a: http://www.gencat.cat/interior/esc/riscos/esc_riscos_11.htm (web consultada el 17 de novembre de 2009). Per a la prevenció de riscos als locals públics, informació disponible a: <http://www.gencat.cat/interior/emergencies/edificis> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

2.5.3.7. Abordatge dels trastorns sensorials

En aquest punt, es desenvolupen els apartats següents:

- Alteracions visuals—oculars.
- Problemes sensorials—perceptius.
- Problemes de comunicació i llenguatge.
- Discapacitat auditiva.

2.5.3.7.1. Alteracions visuals-oculars

Les alteracions que poden presentar les persones residents poden ser com a conseqüència d'una patologia pròpiament oftalmològica o ser secundàries a una lesió del lòbul occipital, que rep i interpreta els estímuls visuals, o bé per lesió dels nervis o nuclis oculomotors del tronc cerebral.

Alguns problemes que poden presentar les persones amb discapacitat, en aquest nivell, són els següents:

- **Diplopia:** visió doble d'un objecte.
- **Hemianòpsia homònima o heterònima:** pèrdua de visió d'ambdues meitats dreta o esquerra o de les dues parts externes del camp visual.
- **Derivats de la paràlisi facial** (falta de tancament palpebral).
- **Ceguesa** transitòria o permanent.

Aquests problemes condicionen l'autonomia de la persona, que necessita una major intensitat de suports per a la seva integració en l'entorn. Cal identificar quina és la capacitat visual de la persona, amb la finalitat d'identificar-ne l'abordatge i els suports necessaris.²⁶ L'objectiu fonamental és millorar o mantenir l'autonomia prèvia i evitar-ne els riscos associats.

Les estratègies principals que s'han d'aplicar en aquest col·lectiu són:

- Aplicar-hi mesures correctores.
- Donar més importància als referents verbals i auditius.
- Donar més importància al canal tàctil.
- Usar altres canals perceptius.

A continuació, a tall d'exemple, s'inclouen dues recomanacions per millorar la comunicació en persones amb trastorn del llenguatge:

- Els serveis de salut han de clarificar la causa o els factors associats.
- Una vegada la persona està diagnosticada i amb el tractament instaurat, cal establir unes pautes d'actuació consensuades.

2.5.3.7.2. Problemes sensorials-perceptius

És necessari valorar les necessitats i les capacitats conservades de cada persona en l'àrea sensorial-perceptiva; cal treballar sobre la disminució o la pèrdua de la capacitat.

26. En l'apartat de serveis socials de l'ONCE, es troben recomanacions i orientacions per a l'atenció i suports que es poden oferir a la persona amb una discapacitat visual. Disponible a <http://www.once.es/home.cfm?id=16&nivel=1&orden=5> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

Alguns problemes que poden presentar les persones amb discapacitat en aquest nivell són els següents:

- Sensibilitat superficial: absència de resposta o resposta disminuïda davant una sensació superficial (dolor, pressió, calor, fred, tacte...).
- Sensibilitat profunda: falta de reconeixement de la posició de les parts del cos.
- Astereognòsia: incapacitat de reconèixer objectes pel tacte (textura, forma, pes...).
- Asomatognòsia: incapacitat per reconèixer les parts del cos.
- Anosognòsia: falta de reconeixement de la pròpia incapacitat.
- Negligència: desconeixement de l'entorn al costat contrari a la lesió.

Alguns dels objectius que es treballen són els següents:

- Estimular les capacitats preservades.
- Evitar els riscos associats.
- Elaborar el pla de suports alternatius establint-hi les pautes pertinents.

A continuació, a tall d'exemple, i tal com indiquen A. Correas i A. Carrasco,²⁷ s'inclouen algunes recomanacions per millorar els aspectes sensorials-perceptius:

- Sensibilitat superficial: tocar la persona resident quan se li proporcionin les cures adients. Protegir les zones afectades de possibles lesions.
- Sensibilitat profunda: recordar a la persona resident que comprovi la posició correcta del seu cos visualment.
- Astereognòsia: proporcionar a la persona resident objectes amb diferents mides, pesos i textures.
- Asomatognòsia: es poden ensenyar i explicar les parts del propi cos. Resulta d'utilitat reconstruir trencaclosques de cossos humans i nomenar les parts que els formen.
- Anosognòsia: explicar a la persona resident i fer-li entendre que té una lesió.
- Negligència:
 - Cal ajudar la persona resident a reintegrar el seu costat afectat dins del seu esquema (imatge corporal).
 - Animar-lo a explorar visualment l'entorn de la part afectada.
 - Parlar i proporcionar-li les cures des de la part afectada.
 - Orientar les visites per tal que estiguin al costat afectat i que hi mantinguin el contacte ocular i tàtil.
 - Deixar al costat afectat les coses personals de la persona resident.
 - Col·locar al costat afectat algun objecte brillant per estimular la mirada.
 - Col·locar el menjar lateralitzat. És important que les activitats que facin siguin bilaterals, és a dir, que creuin el costat que els és desconegut.

27. Correas, A.; Carrasco, A. "Cuidados de enfermería del paciente ingresado con un ictus". A: Rey, A.; Ezpeleta, D.; Saura, J.; Pérez, C.; Aguilar, M.; Romero, I. *Enfermedades vasculares cerebrales: un enfoque multidisciplinario*. Terrassa: Serafi, 2000, pàg. 97-98.

2.5.3.7.3. Problemes de comunicació i llenguatge

Diferents circumstàncies o situacions poden afectar la capacitat de comunicació de la persona. Entre les més freqüents, destaca la presència de disàrtria²⁸ i afàsia.²⁹ El fet de no poder comunicar-se afecta de manera important la percepció de la qualitat de vida de la persona, i cal orientar tots els esforços —amb la utilització d'ajudes tècniques, si cal— a procurar mantenir una comunicació efectiva.

A continuació, a tall d'exemple, s'inclouen una sèrie de recomanacions per millorar la comunicació de persones amb trastorn del llenguatge.

- Estimular la comunicació no verbal.
- Tractar el/la resident com una persona adulta.
- Parlar lentament, amb frases curtes i senzilles, acompanyades de gesticulacions quan sigui possible.
- No cridar. Hem de recordar que a la persona li costa comunicar-se, però no està sorda.
- Parlar-li freqüentment; de vegades hi ha la tendència a ignorar la persona quan hi ha dificultats per comunicar-s'hi.
- Ser sincer amb el/la resident; si no se l'entén, se li ha de fer saber, pot voler dir alguna cosa important.
- Evitar cansar el/la resident: l'afàsia i la disàrtria empitjoren amb la fatiga i el trastorn emocional.
- Cal estudiar la possibilitat d'utilitzar ajudes tècniques per afavorir la comunicació de la persona. A l'apartat de benestar emocional es troben descrits alguns elements d'ajuda per a la comunicació.

2.5.3.7.4. Discapacitat auditiva

La disminució o la pèrdua de la capacitat auditiva afecta la capacitat de relació i d'interacció amb l'entorn. Cal identificar l'abast del problema amb una valoració per part de professionals especialitzats dels serveis de salut. Els objectius que cal treballar són els següents:

- Prevenir l'aïllament social.
- Minimitzar els riscos associats.
- Millorar i mantenir l'autonomia prèvia.

A la pàgina web de l'Associació Catalana per a Persones Sordes, es poden trobar estratègies per superar les principals barreres de comunicació que es plantegen amb la persona amb dèficit auditiu.³⁰ A continuació, se n'indiquen algunes:

- Comprovar que la persona miri a la cara.
- Vetllar per una vocalització correcta fent-la sense exagerar.
- No cridar. Els audiòfons donen suport a la lectura labial.
- Les converses en grup resulten difícils de seguir; cal tenir-ho en compte per a la realització d'activitats.

28. Dificultat per articular paraules.

29. Pèrdua de la capacitat per expressar-se o de comprensió del llenguatge. Normalment, apareixen quan hi ha una lesió a l'hemisferi cerebral esquerre. Poden ser d'expressió, de comprensió i global o mixta.

30. <http://www.acapps.org/> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

- Emprar un llenguatge senzill, amb frases curtes i correctes.
- Identificar els suports i les ajudes tècniques que necessita cada persona. L'assessorament i l'entrenament per a un ús adequat esdevé cabdal.

2.5.3.8. *Manteniment i reeducació funcional*

Els punts desenvolupats en aquest apartat són els següents:

- Rehabilitació física i discapacitat.
- Inclusió en programes.
- Alteració de l'equilibri i de la coordinació.
- Alteracions del to muscular, espasticitat.
- La família i el procés rehabilitador.
- Participació i relació amb el/la resident.

2.5.3.8.1. *Rehabilitació física i discapacitat*

Segons la Confederació Mundial per a la Teràpia Física (WCPT), la rehabilitació és l'art i la ciència del tractament físic, és a dir, el conjunt de tècniques que, mitjançant l'aplicació d'agents físics, guareixen, prevenen, recuperen i readapten els/les residents susceptibles de rebre tractament.

La rehabilitació tracta les persones per mitjans físics i mecànics, amb la finalitat d'aconseguir la màxima independència física, el major equilibri emocional i psicològic i la integració màxima dins el grup social a què pertanyen. Aquests tres objectius estan totalment d'acord amb la definició de la salut segons l'OMS, que diu que no només hi ha d'haver manca de malaltia, sinó un màxim benestar físic, psíquic i social.

Quan a una persona se li diagnostica una discapacitat física, l'objectiu principal del tractament de rehabilitació és millorar-ne la qualitat de vida. En aquesta direcció, es fa especial èmfasi en la rehabilitació de les funcions motores i sensibles, així com en el manteniment de les funcions preservades per, en definitiva, assolir una màxima independència pel que fa a la salut, el benestar i l'autonomia.

El tractament rehabilitador, com a element clau de l'atenció integral i dels suports que es poden articular en una persona amb discapacitat física, ha d'estar present al llarg de tota la vida, amb més o menys intensitat. La rehabilitació es basa en l'evidència sempre que és possible, i els seus tractaments es desenvolupen mitjançant l'aplicació de mitjans físics, entenent, en aquest sentit, entre d'altres, els elèctrics, els tèrmics, els mecànics, els hídrics i els manuals. Des dels serveis d'acolliment residencial, s'ha de vetllar perquè la persona que requereixi tractament rehabilitador el pugui rebre, bé sigui prestat des dels serveis comunitaris del Departament de Salut o bé des del centre mateix.

En tot cas, el/la professional de la rehabilitació ha de conèixer el nivell de la lesió i les repercussions reals sobre la persona per poder determinar-ne les

possibilitats de recuperació, establir les prioritats del tractament i proposar objectius basats en la funcionalitat, la salut i l'autonomia.

Entre altres objectius, la intervenció pretén:

- Millorar i mantenir el nivell de salut física.
- Prevenir patologies o evitar que empitjorin lesions irreversibles.
- Evitar problemes circulatoris.
- Millorar les funcions digestives.
- Mantenir l'estat correcte del sistema cardiorespiratori.
- Millorar la marxa, la coordinació, l'equilibri i les sensacions propioceptives.
- Disminuir la patologia motriu específica.
- Facilitar la higiene postural.
- Potenciar el coneixement, les actituds i els hàbits preventius, higiènics i sanitaris.
- Facilitar la independència en les activitats de la vida diària.
- Disminuir la passivitat.
- Potenciar i mantenir les habilitats ja adquirides i les preservades.
- Treballar el control i el domini de la cadira de rodes per mitjà de diferents exercicis, tant a l'interior com a l'exterior del servei d'acolliment residencial.
- Assessorar la família o el/la tutor/a sobre les cures de salut.

Sessions individuals i grupals:

És convenient fer sessions de teràpia en grup com a reforç de les sessions individuals per obtenir el màxim nivell de desenvolupament físic, psíquic i social de la persona. Els exercicis estan orientats a l'assoliment d'un major control sobre el propi cos. De la mateixa manera, poden ser un mitjà ideal per expressar destreses i potenciar la comprensió de les relacions espaciotemporals. Els exercicis faciliten l'execució de patrons de moviment que augmenten la independència motriu i ofereixen l'oportunitat de dur a terme tasques específiques.

El treball en grup facilita conceptes com ara la motivació i la superació personal, entre d'altres. Els beneficis de la teràpia en grup no es donen quan els individus susceptibles de tractament tenen un nivell cognitiu baix o una afectació motriu greu. De la mateixa manera, la incapacitat d'aquestes persones amb gran afectació cognitiva i motriu per seguir les seqüències o desenvolupar l'exercici constitueix en si mateixa una barrera per a la intervenció grupal. A aquestes persones, els hem de poder oferir l'oportunitat de beneficiar-se d'un major nombre de sessions individuals, en les quals es pugui actuar de manera directa i específica sobre l'expressió de la seva lesió.

Des de l'àrea de rehabilitació es programa la freqüència i la durada de les sessions, s'estableixen les tècniques adequades i es determinen els períodes d'avaluació per assegurar l'èxit en el temps i la forma adequats. Els exercicis actius i actius-assistits donen la possibilitat d'arribar al compromís global de

cadena muscular imprescindible per mantenir l'amplitud articular, potenciar la flexibilitat, treballar la circulació, augmentar la capacitat respiratòria i desenvolupar la coordinació.

Les diferents intervencions terapèutiques individuals o grupals estan destinades a treballar correccions, estimular la coordinació, potenciar l'autonomia, conservar habilitats, prevenir la debilitat muscular, evitar la rigidesa i millorar el desenvolupament motor; busquen mobilitat, funció i percepció.

La pràctica diària d'una rutina d'exercicis és una eina bàsica per al manteniment del sistema musculoesquelètic i un dels mitjans principals per evitar l'augment de les deformitats produïdes per la lesió. És important que cada individu, en la mesura de les seves capacitats cognitives, sigui conscient del seu propi procés rehabilitador i compregui que aquest no acaba al gimnàs o en finalitzar una sessió. La rehabilitació hi està present cada moment i en cada context del dia, ja que l'execució més correcta de les activitats quotidianes és la màxima expressió de la rehabilitació física.

2.5.3.8.2. Inclusió en programes

Es planteja la necessitat d'incloure les persones usuàries dels serveis d'acolliment residencial en tots aquells programes disponibles a l'entorn, amb l'objectiu que es beneficiïn dels recursos externs que repercuteixen positivament en el seu estat de salut i benestar. A continuació, s'expliciten alguns programes a tall d'exemple, atès que la gamma existent és molt àmplia.

L'esport adaptat pretén perfeccionar aquelles qualitats que s'han anat desenvolupant en el procés rehabilitador mitjançant activitats terapèutiques.

L'elecció d'un esport depèn d'una sèrie de factors:

- Mitjans materials.
- Nivell cognitiu.
- Motivació.
- Tipus de disminució.

Els objectius de l'esport adaptat són de caire lúdic, integrador i social, però alhora es poden intentar assolir resultats que contribueixen al desenvolupament de la persona amb discapacitat a través de la competitivitat.

Alguns exemples d'esport adaptat són: boccia, atletisme, natació, tir, eslàlom, tennis de taula, bàsquet en cadires de rodes, esgrima, etc.

És important ressaltar de manera especial la natació adaptada com un dels millors mitjans per fer activitat física i exercicis especials. Aporta beneficis cardiorespiratoris, vasculars i musculoesquelètics. És un espai per millorar físicament i mentalment, gràcies a l'exercici i a la participació activa. La temperatura de l'aigua afavoreix la circulació i indueix la relaxació muscular. La natació millora el to postural i estimula un moviment més normal. La finalitat

“social” d’aquesta activitat física es troba en la capacitat de la persona per interactuar amb altres persones i desenvolupar maneres de comunicació millors.

Una altra activitat terapèutica d’interès és l’equinoteràpia, basada en la utilització del moviment multidimensional del cavall per al tractament de diferents afeccions físiques i mentals. És una activitat rehabilitadora que aprofita els moviments de l’equí per treballar els músculs i les articulacions i estimular l’equilibri. La persona amb discapacitat és capaç d’enfrontar-se al moviment, sense ser-ne un agent actiu. El trot del cavall produeix sensacions similars a les que sent el cos en caminar, per la qual cosa obliga la persona a reaccionar davant el moviment i a tornar a familiaritzar-s’hi. Les respostes musculars i sensorials són precisament les que faciliten la seva rehabilitació. A més, el contacte amb el cavall aporta facetes terapèutiques des del punt de vista cognitiu, comunicatiu i de personalitat.

2.5.3.8.3. Alteració de l’equilibri i de la coordinació

Mitjançant les diferents tècniques o estratègies es pretén treballar la motricitat voluntària, restaurar la selectivitat dels moviments i la coordinació muscular, buscar reaccions d’equilibri, treballar la propiocepció, etc.

Pel que fa a les extremitats superiors, també hi podem trobar pèrdua de força i alteració de la coordinació i de la sensibilitat.

El tractament de l’equilibri s’ha de planificar en funció del problema neurològic responsable:

- Quan és secundari a una alteració de la via piramidal.
- Quan és secundari a una lesió cerebel·losa.
- Quan és secundari a una alteració de la sensibilitat profunda.
- Quan es deu a una lesió vestibular.

Les tècniques per millorar o mantenir la força consisteixen a manipular objectes de dimensions, formes i pesos diferents.

Per a les persones amb tremolor i dismetria resulta útil disminuir el braç de palanca i el nombre d’articulacions utilitzades, per reduir l’amplitud i la intensitat de les tremolors.

La realització de treballs artesanals, l’escriptura, la pintura, etc. tenen com a objectiu millorar la coordinació i l’automatisme d’alguns moviments de precisió de les mans.³¹

2.5.3.8.4. Alteració del to muscular, espasticitat

Després de patir una lesió o malaltia, la persona presenta dèficits o limitacions per al moviment en determinades parts del cos. La seva musculatura pot quedar flàccida o espàstica depenent del tipus de lesió. Tot això genera atròfia muscular, immobilitat i debilitació òssia. Les posicions articulars

31. Moreno, J. A.; Andrés, C.; García, I.; Suárez, A.; Miranda, T. “Rehabilitación y esclerosis múltiple”. *Medicina de Rehabilitación*. Madrid, XIV, 3, pàg. 17-25, 2001.

forçades i mantingudes durant un temps provoquen unes aptituds vicioses, irreductibles i permanents que, si no es tracten, van limitant l'amplitud dels moviments articulars fins que queden fixos i qualsevol intent de mobilització resulta dolorós.

S'ha d'intentar que la persona aprengui a potenciar al màxim la part del seu cos que no ha patit alteració a fi de poder continuar desenvolupant certes activitats. S'han de prevenir les contractures i les limitacions articulars.

Cal tenir en compte que acostumen a ser persones fatigables; per tant, els exercicis han de ser progressius i s'hi han d'intercalar períodes de repòs. Cal potenciar la realització de la rehabilitació respiratòria per augmentar el flux de volum d'aire, mobilitzar i aconseguir un moviment respiratori ampli i profund. S'han d'utilitzar tècniques de drenatge, exercicis respiratoris diafragmàtics i treball de l'equilibri.

Amb les mobilitzacions s'aconsegueix:

- Millorar l'espasticitat.
- Millorar la circulació sanguínia, evitant la tromboflebitis i els edemes.
- Prevenir l'osteoporosi.³²
- Evitar les contractures, les retraccions i les deformitats articulars.

L'espasticitat, la contractura, la rigidesa i els estats patològics d'hipertonia muscular són freqüents en determinats trastorns neurològics.

L'espasticitat es defineix com un trastorn motor caracteritzat per un augment dels reflexos tòncics d'estirament depenent de la velocitat. Es produeix exageració de les contraccions tendinoses, determinades per la hiperexcitabilitat del reflex d'estirament, un dels components de la síndrome de la motoneurona superior.

La contractura és la incapacitat per moure una extremitat en tota l'amplitud normal de moviment, ja sigui de manera activa o passiva. Pot ser deguda als canvis que hi ha en l'articulació o en els teixits periarticulars.

L'augment del to muscular fa que els moviments siguin difícils, perquè l'enduriment dels músculs genera més resistència a la seva mobilització. L'escala més utilitzada per mesurar el to muscular és l'escala modificada d'Ashworth. Es recomana utilitzar-la per a la valoració inicial i periòdica.

Per al tractament correcte de l'espasticitat es recomana iniciar la prevenció dels fenòmens següents:

- S'ha de tenir cura que la posició de descans sigui la més correcta possible, evitant les postures que afavoreixin l'espasticitat i les limitacions articulars. Es poden utilitzar fèrules per evitar retraccions.
- Mobilitzar les articulacions passivament en tots els arcs de moviment possibles. La mobilització pot ser realitzada de vegades per la persona mateixa.

32. Descalcificació dels ossos que els torna fràgils.

- La instauració d'un tractament farmacològic prescrit per l'especialista pot ser de gran ajuda per completar les mesures fisioterapèutiques.
- En el cas de les persones que conserven un control muscular suficient, es poden utilitzar tècniques de tensió-relaxació. La termoteràpia també s'ha demostrat eficaç. A més, es poden utilitzar tècniques d'estimulació elèctrica, transcutània o neuromuscular.³³
- En cas que l'espasticitat estigui establerta, el tractament amb tècniques de fisioteràpia permet millorar el to. Les mobilitzacions passives de les articulacions amb estiraments musculars i el tractament postural són ben tolerants i fàcils de fer per la persona o pels familiars.
- Cal destacar programes com el de l'aplicació d'infiltracions de toxina botulínica. Els avantatges de la seva administració radiquen en la possibilitat de graduació de la dosi i els seus efectes reversibles. La toxina botulínica disminueix l'efecte de tracció muscular, produeix una paràlisi motora, no altera la sensibilitat, millora la funció i prevé la deformitat. Els seus efectes disminueixen la hipertonía, produeixen analgèsia i poden generar canvis en l'organització funcional cortical.
- En determinats casos d'espasticitat més severa i generalitzada, es pot valorar la idoneïtat de la col·locació d'una bomba de baclofèn, que consisteix en un reservori implantat sota la pell i des d'on passa el medicament en petites quantitats a la medul·la, la qual cosa proporciona un gran alleujament de l'espasticitat.
- Algunes vegades, la cirurgia pot col·laborar en el tractament amb intervencions que seccionen nervis (rizotomies), músculs o tendons (tenotomies) que provoquen i mantenen la postura espàstica.

Si la persona no rep un tractament correcte, es van limitant progressivament les seves possibilitats de moviment. La tendència postural habitual és quedar en posició de flexió de genolls, flexió d'anques i flexió plantar als peus. A les extremitats superiors es produeix flexió de colzes i flexió palmar al canell i als dits de la mà.

2.5.3.8.5. *La família i el procés rehabilitador*

Cal destacar la importància del compromís de les famílies com a part fonamental del procés de promoció del màxim grau d'autonomia. La família o el/la tutor/a són un gran suport per al subjecte i exerceixen una influència determinant en el seu creixement personal. És necessari, per tant, que es creïn marcs de col·laboració amb els familiars, implicant-los en totes aquelles estratègies terapèutiques i de suport en les quals puguin col·laborar, compartint propòsits i responsabilitats, i aportant iniciatives, idees i inquietuds.

2.5.3.8.6. *Participació i relació amb el/la resident*

El punt de partida són sempre les potencialitats de cada persona, amb la finalitat que es puguin tenir en compte durant el procés rehabilitador i de millora de l'adaptació a les situacions que derivin de la pròpia discapacitat. Tanmateix, s'aconsella deixar constància de les expectatives i els objectius de

33. El *biofeedback* amb elèctrodes de superfície també pot recollir senyals dels músculs espàstics que transforma en senyals auditius o visuals que informen la persona que ha de controlar i modificar la contracció.

rehabilitació expressats per l'individu mateix per poder adequar progressivament les expectatives si escau.

És important que els/les professionals transmetin a la persona tota la informació necessària sobre el tractament i l'abordatge proposat, amb la finalitat de poder consensuar els objectius i evitar la creació de falses expectatives. La intervenció s'ha de basar en la confiança i el respecte mutu. A més, és necessari tenir el consentiment del/de la resident, atès que la seva participació voluntària en les activitats terapèutiques és indispensable per al desenvolupament de les diferents sessions i fonamental per a l'assoliment dels objectius plantejats.

2.6. Autodeterminació

La dimensió d'autodeterminació està integrada per les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Autonomia, autodirecció, control personal, preferències, eleccions	Oportunitats per a l'elecció/presa de decisions, possibilitat d'elecció/control personal, planificació centrada en la persona	Legislació sobre la persona tutors/es legals, capacitat de la persona

2.6.1. Valoració multidimensional

L'autodeterminació és definida per Michael L. Wehmeyer³⁴ com "la capacitat per actuar com a agent causal primari en la vida d'un mateix. Permet fer eleccions i prendre decisions respecte a la qualitat de vida pròpia, sense interferències ni influències externes indegudes"³⁵

L'autodeterminació de les persones amb discapacitat es constitueix com a dimensió orientadora de les altres set dimensions proposades per Schalock i Verdugo. Per incorporar-la a la finalitat del servei, primer hem de consensuar-ne el significat i la incidència. El concepte d'autodeterminació ha d'estar sempre present en la planificació individual per superar les barreres existents.

Per valorar la capacitat d'autonomia i autogovern caldria incloure els aspectes següents:

- Competència personal:
 - Metes i valors personals.
 - Capacitat per decidir sobre el projecte de vida propi.
 - Control personal.

34. Wehmeyer, M. "Autodeterminación: una visión de conjunto conceptual y análisis empírico". Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, vol. 32, 194, 2001.

35. Cantero, L. *Com treballar l'autodeterminació en els serveis residencials*. VI Jornades d'Ha-bitatges APPS, gener de 2005. ASPRONA. *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual. Cuaderno de buenas prácticas*. Valladolid: FEAPS.

- Capacitat per al maneig de situacions d'estrès.
- Independència econòmica.
- Capacitats i desenvolupament laboral.
- Capacitat d'escollir:
 - Valoració de la competència per prendre decisions.
 - Capacitat de fer eleccions, enteses com la possibilitat de disposar de diferents opcions entre les quals elegir de manera autònoma segons les preferències.
- Capacitat d'autoregulació:
 - Planificació.
 - Horaris.
 - Maneig dels diners de lliure disposició.
- Autodeterminació, aspectes legals i implicacions:
 - Procés d'incapacitació i de tutela.
 - Responsabilitat civil.
 - Ús dels drets.
 - Orientació ciutadana.
 - Notificacions a fiscalia.

2.6.2. Àrees o problemes que cal abordar

- Millora de l'autonomia en el procés de presa de decisions de la persona.
- Presa de decisions a l'entorn comunitari i residencial.
- Processos d'incapacitació.
- Cultura de l'organització afavoridora de l'autodeterminació.

2.6.3. Estratègies d'intervenció

El projecte individual de suports inclou diferents aspectes relacionats amb aquesta dimensió. Els centres han de dotar la persona usuària de tota una sèrie d'habilitats que li permetin prendre les seves pròpies decisions.

- La persona usuària ha de tenir un coneixement exhaustiu dels seus drets, però també dels seus deures i de la seva responsabilitat civil i penal.
- Cal adoptar, de manera conjunta entre la persona i l'equip d'atenció, les decisions relacionades amb la salut. S'ha d'intentar obtenir el consentiment informat de la persona usuària respecte a:
 - Acceptació i renúncia d'un tractament determinat.
 - Limitacions a l'esforç terapèutic quan es produeixi un deteriorament de la salut.
 - Alteracions en la situació física i mental que motivin la necessitat d'un canvi residencial en contra de l'opinió o la voluntat de la persona usuària.
 - Reanimació cardiopulmonar.
 - Elecció personal de no participar en cap activitat de l'organització residencial. Com a professionals, hem de ser capaços d'esbrinar si és una opció real.

- Limitació de l'esforç terapèutic.
En aquests casos, el servei d'acolliment residencial pot activar els suports següents:
 - Respectar la decisió.
 - Oferir la informació necessària.
 - Derivar a altres institucions especialitzades.
- Conscienciar les persones usuàries sobre el que implica viure en comunitat: reglament de règim intern, horaris, espais físics, convivència...
- Consensuar i clarificar els límits i les possibilitats de les decisions pròpies. Habitualment es diu que el dret de qualsevol persona acaba quan es vulnera el dret d'una altra persona.
- Donar suport a les persones que requereixen ajut per millorar la capacitat de presa de decisions, interferint el mínim possible en les eleccions personals.

Així mateix, l'organització del servei d'acolliment residencial i de l'equip humà ha d'afavorir l'autodeterminació desenvolupant determinades estratègies:

- Crear oportunitats per triar i tenir en compte les preferències de les persones, independentment del seu nivell d'autonomia.
- Ser flexibles en la planificació de l'organització i de les actuacions.
- Afavorir un entorn que faciliti la participació i les relacions interpersonals.
- Establir un codi ètic professional d'atenció directa o de prestació de suports per afavorir l'autoregulació i la bona pràctica professional.
- Promoure interaccions socials significatives i recíproques per afavorir la comunicació espontània.
- Crear un clima social afectiu positiu.
- Garantir un context sense situacions que impliquin amenaça o risc personal i que, alhora, ofereixin oportunitats i respectin la diversitat.
- Considerar l'error com a font d'aprenentatge.
- Informar les persones usuàries sobre totes les qüestions internes del servei d'acolliment residencial que els incumbeixin: canvis de personal, de mobiliari, d'empreses externes, de situacions especials, etc. Això fa que la persona amb discapacitat se senti important i valorada dins de l'entorn residencial, la qual cosa la motiva a prendre les seves pròpies decisions. Es proposa fer reunions periòdiques i extraordinàries amb les persones usuàries sempre que es consideri necessari.
- Donar oportunitats d'escollir entre les possibles opcions que pugui oferir el servei d'acolliment residencial:
 - Menús.
 - Color de l'habitació.
 - Mobles.
 - Persones amb les quals compartir l'habitació.
 - Persones amb les quals compartir la taula del menjador.
- Oferir diferents opcions dins del servei d'acolliment residencial sobre planificació d'horaris.

- Elaborar el programa individual de suports conjuntament amb el/la resident buscant la individualització en tots els aspectes de la vida que ajuden a configurar i conservar la identitat.
- Possibilitar a les famílies participar en el desenvolupament d'alternatives per a la persona resident; escoltar també les eleccions i les preferències de les famílies.
- Afavorir la participació i la relació amb l'entorn proper del servei d'acolliment residencial: informació sobre actes, festes, jornades de portes obertes, etc.
- Oferir serveis residencials oberts —dins del nucli urbà— amb possibilitat de transport adaptat que afavoreixin la mobilitat de la persona usuària.
- Existència d'una persona o d'un equip encarregat de recordar els valors i la raó final o la missió de l'organització.
- És important disposar d'un model d'atenció elaborat de manera consensuada i conegut pels/per les diferents membres de l'equip.
- Potenciar la cultura de participació. Adoptar un estil de lideratge que afavoreixi la implicació dels/de les professionals i de les persones usuàries del centre.
- Cal tenir en compte el desig de les persones usuàries de compartir les seves decisions amb la família o el/la tutor/a, i si la persona és competent per prendre decisions. La família o el/la tutor/a i els referents socials són un element clau en el procés de l'autodeterminació quan la persona no és competent per prendre decisions, per tal que puguin donar suport en funció de les necessitats i capacitat de la persona.
- És fonamental elaborar el programa individual de suports amb les persones interessades. S'aconsella, sempre que sigui possible, que la persona conservi una còpia del seu programa d'atenció i dels pactes establerts. Cal evitar que es programi la vida de la persona sense tenir en compte la seva participació.
- Cal evitar el treball rutinari, convidant els equips al procés de reflexió per identificar oportunitats de millora en aquest sentit.
- Revisar les estructures, els recursos i les dinàmiques organitzatives de l'entitat per afavorir l'expressió de la dimensió d'autodeterminació tenint en compte les necessitats de les diferents persones usuàries del centre.
- Cal tenir en compte les adaptacions de la normativa en el procés d'autodeterminació, atès que, en alguns casos, aquesta pot ser molt rígida, amb la creença que facilita els processos d'organització del centre.

2.6.3.1. Intervenció en cas de conflicte ètic per a l'exercici del dret de l'autodeterminació

36. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2826/index.html>. Consulta efectuada l'11 de novembre de 2009.

37. Vegeu la informació complementària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/voluntats1.pdf> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

A continuació, s'exposen algunes situacions indicades pel Consell Consultiu de Bioètica de Catalunya³⁶ que poden presentar-se i que generen un possible risc ètic en l'exercici de l'autodeterminació:

- Documents de voluntats anticipades de la persona: valoració, implicacions i suport durant l'elaboració.³⁷
- Valoració interdisciplinària de retirada de tractaments.
- Inici de la nutrició enteral.
- Recomanacions sobre les ordres de no reanimació cardiopulmonar.

- Avaluació de la capacitat i de la competència per prendre decisions.
- Procés d'incapacitació o de recapacitació.
- Detecció i actuació davant la sospita i la confirmació de casos de maltractament, negligència o abusos físic, econòmic...

També en les situacions quotidianes es poden generar conflictes entre la persona, la família o el/la tutor/a, els referents socials i els/les professionals del centre. A continuació, a tall d'exemple, es presenten algunes situacions que cal tenir en compte:

- Conflictes amb altres usuaris/àries per la utilització de l'espai comunitari.
- Rebuig de tractament.
- Ordres de no reanimació.
- Limitació de l'esforç terapèutic.
- Claudicació familiar.
- Conflicte per aspectes derivats de les creences i els valors en un espai multicultural.

A continuació, com a exemple, es presenta una guia orientativa d'actuació per quan es presenti un conflicte ètic a l'organització.

Proposta d'actuació quan es presenta una situació conflictiva

Fer una valoració completa del cas:

- Revisar l'estat de salut i el grau d'estabilitat de la persona.
- Identificar el grau de preparació i entrenament que ha rebut la persona per integrar-se en el seu entorn.
- Identificar la competència de la persona per prendre decisions.
- Revisar el programa individual de suports, així com les estratègies d'intervenció comunitària.

Clarificar els conflictes o els problemes presentats:

- Identificar-los.
- Definir-los.
- Enumerar-los.
- Relacionar-los.
- Prioritzar-los.

Valorar, un per un, els conflictes o els problemes presentats:

- Des de les conseqüències concretes previsible.
- Des de les repercussions socials a la comunitat.
- Des dels principis ètics implicats.

Tenir en compte:

- Els valors en joc de la persona, del seu entorn afectiu, dels/de les professionals i de les institucions que hi intervenen.
- Els principis d'actuació.
- Els acords presos.
- La legalitat vigent.

Elaborar un arbre de decisions amb les possibles alternatives:

- Justificació.
- Anàlisi de viabilitat.

Definir, conjuntament amb l'equip, la persona i els recursos implicats, les alternatives més adients per al cas.

Planificar el sistema de seguiment i avaluació per assegurar el procés de resolució i prevenir una nova situació conflictiva.

Fruit d'aquesta anàlisi, el procés de presa de decisions es pot facilitar en tenir la informació clau, rellevant i tan ajustada com sigui possible a la realitat i a les possibilitats existents.

2.7. Inclusió social

La dimensió d'inclusió social inclou les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Participació en activitats de la comunitat, cercle d'amistat, oportunitats d'accés i participació, suports naturals, rols socials, acceptació grupal	Accés a la comunitat, entorns lliures de barreres, entorns normalitzats i integrats, oportunitats per a la participació en la comunitat, acceptació social, transport, rols, suports en la comunitat	Legislació sobre espais reservats per a persones amb discapacitat

Els serveis d'acolliment residencial, mitjançant la realització d'activitats en la comunitat, desenvolupen una important funció social de sensibilització de la població vers les persones amb discapacitats físiques, que posa de manifest les seves característiques, potencialitats, necessitats i dificultats.

D'altra banda, el personal de suport que acompanya les persones amb discapacitats greus realitza també una tasca important de sensibilització. Fa de mediador entre la persona amb discapacitat física greu i l'entorn, facilita informació i actua de model per millorar el tracte "normalitzat" de la població vers les persones amb discapacitats. Facilita també l'establiment de suports naturals.

Realitzar activitats a la comunitat pot potenciar la motivació per millorar l'aparença personal i dóna més oportunitats d'establir relacions interpersonals, potencia les habilitats socials i, en general, afavoreix el benestar emocional de la persona amb discapacitats físiques.

Per tot això, sempre s'ha de potenciar la utilització de recursos de la comunitat vers la creació d'activitats o serveis dins l'establiment. Per exemple, resulta més beneficiós anar a la perruqueria que tenir servei de perruqueria en el servei d'acolliment residencial.

Realitzar activitats a la comunitat i sortides en grups reduïts afavoreix conductes normalitzades de la resta de la població.

2.7.1. Valoració multidimensional

En la valoració inicial, quan la futura persona resident ha d'ingressar en el servei residencial, el centre designa els/les professionals encarregats/ades de fer la primera valoració de la inclusió social de la persona, en sentit ampli i tenint en compte la utilització dels serveis comunitaris, tant siguin comerços, zones d'oci, cinemes, centres cívics, centres esportius, teatres, bars i restaurants... com serveis especialitzats —ambulatori, oficina de treball, associacions, clubs... Així mateix, cal avaluar els suports necessaris per a la realització d'activitats personals, l'ús de transport, els assumptes econòmics... És positiu recollir, en cas que n'hi hagi, informes i documents de la participació de les persones en aquest tipus d'activitats.

És aconsellable fer un sondeig inicial de les expectatives de la futura persona resident per realitzar activitats a la comunitat o activitats de participació ciutadana, sortides...

A l'hora d'elaborar el programa individual de suports, s'han de tenir en compte aquestes expectatives, contemplant-les de manera realista i adequada a les possibilitats de l'entorn del servei d'acolliment residencial i de la persona. Cal considerar les opinions i les aportacions i arribar a acords que siguin executables i avaluables.

Entre altres funcions, el treballador/a social és un dels principals encarregats de buscar recursos adients a les necessitats, els gustos i els desigs de les persones i facilitar-ne la participació buscant suports i transport conjuntament amb la persona amb discapacitat. El personal d'atenció directa és l'encarregat

de fer el suport, en els casos que sigui assumible, així com el seguiment diari de les activitats realitzades.

En el cas de participació en cursos o activitats concretes, i en funció de les característiques de la persona amb discapacitat física, és aconsellable designar una persona de l'equip per fer el seguiment i la coordinació amb el recurs concret.

L'avaluació s'ha de fer a les reunions d'equip, amb la participació de tot el personal implicat, incloent-hi la persona amb discapacitat.

2.7.2. Àrees o problemes que cal abordar

Dins l'àrea de la inclusió social, els problemes més freqüents són:

- Poques habilitats d'autodeterminació.
- Accessibilitat.
 - Barreres arquitectòniques.
 - Transport.
 - Adaptabilitat.
 - Ajudes tècniques per afavorir la inclusió social.
- Ús de recursos comunitaris:
 - Informació a les persones usuàries.
 - Informació, suport i assessorament per als/a les professionals externs al sector (docents, personal de poliesportius...) que faran activitats amb les persones amb discapacitats físiques.
 - Coneixement de l'entorn per part de la persona usuària.
 - Realització d'activitats d'àmbit comunitari:
 - Oci.
 - Cultura.
 - Esport.
 - Activitats laborals.
 - Voluntariat.
 - Participació en la ciutat.
 - Exercici dels drets cívics.
- Desmotivació de les persones usuàries per a la realització d'activitats:
 - Integració i participació en la comunitat.³⁸
 - Rols comunitaris.³⁹
 - Suports socials.⁴⁰
- Dificultats econòmiques.
- Dificultats en el maneig i el control dels diners.
- Millora de la imatge social de la discapacitat.
- Aspectes legals que cal tenir en compte.
- Suports per afavorir la inclusió social:
 - Servei d'acolliment residencial.
 - Família o tutor/a.
 - Companys/es.
 - Entorn.
 - Voluntariat.

38. Accedir a tots els llocs i els grups comunitaris i participar-hi de la mateixa manera que qualsevol persona sense discapacitat.

39. Ser una persona útil i valorada en els diferents llocs i grups comunitaris en els quals es participa. Tenir un estil de vida similar al de les persones de la seva edat sense discapacitat.

40. Disposar de xarxes de suport i de l'ajuda necessària de grups i serveis quan es necessitin.

2.7.3. Estratègies d'intervenció

Cal atendre els desigs i els interessos de la persona amb discapacitat física per realitzar activitats fora del servei d'acolliment residencial o planificar amb la persona usuària o el grup la participació en activitats de la comunitat. Cal considerar els aspectes de transport, barreres arquitectòniques, accessibilitat, suport, economia...

Cal potenciar la utilització de tots els recursos comunitaris com a dret bàsic de les persones:

- Botigues i centres comercials: per a la compra d'objectes personals, per a la compra de productes per al funcionament del centre (productes de neteja, menjar, objectes de decoració...).
- Perruqueria i centres d'estètica.
- Poliesportius, clubs esportius per a persones amb discapacitats físiques o clubs esportius en general, piscines i platges.
- Centres d'oci, ja siguin recursos especialitzats o centres d'oci generals de la comunitat.
- Museus, sales d'art, cinemes i teatres.
- Biblioteques.
- Centres cívics i centres de formació reglada i no reglada.
- Bars i restaurants.
- Associacions i clubs en general.
- Associacions de voluntariat.
- Comissaries, correus, administracions...

S'ha de promoure la participació en festes majors, actes o festes populars del barri o de la ciutat.

S'ha d'assistir a concerts, conferències, xerrades, jornades...

S'han de facilitar les visites als centres d'atenció primària, visites a hospitals i a altres centres mèdics, com ara centres de salut mental, centres d'atenció terapèutica...

S'han d'exercir els drets dels quals es gaudeix com a ciutadà/ana.

S'ha d'informar les persones usuàries sobre centres i activitats concretes. S'ha d'ensenyar, si és necessari, com buscar informació.

S'ha de motivar per a la participació en activitats a la comunitat.

S'ha de possibilitar la convivència de parelles amb diferent nivell d'intensitat de suports o bé de manera autònoma.

S'ha de gaudir de ritmes (setmana/cap de setmana), horaris (d'aixecar-se i allitar-se, menjars, higiene), descansos i temps de vacances flexibles i tan similars com sigui possible als de la població general. Aquesta organització possibilita la participació en activitats comunitàries.

S'han de fer vacances en espais diferents del servei d'acolliment residencial habitual, ja sigui en petits grups o individualment. Es poden organitzar grups amb personal del centre o amb un altre personal amb la informació i la formació necessària, en pensions, albergs, hotels, viatges organitzats... Una altra possibilitat és fer intercanvis de grups petits de persones usuàries d'altres establiments.

Es considera una bona pràctica la realització d'activitats diürnes continuades fora dels serveis residencials, ja siguin activitats laborals en empreses ordinàries, en centres especials de treball, en serveis de teràpia ocupacional, en centres de dia o en espais formatius. Aquest fet facilita tenir ritmes semblants als de la població general (sortir de casa al matí i tornar a l'hora de dinar o a la tarda), relacionar-se amb més persones, tenir actituds més actives...

Facilitar la interacció amb membres de la comunitat mitjançant sistemes de comunicació.

Coneixement de la zona on s'ubica el servei d'acolliment residencial, el barri, el municipi i les rodalies, incloent-hi els recursos i la xarxa de transports.

En el moment de signar el contracte assistencial, és útil pactar amb la persona usuària i la seva família o tutor/a una quantitat de diners de butxaca setmanal, quinzenal o mensual per possibilitar la realització d'activitats en la comunitat.

Tenir en compte que el servei residencial, per si mateix, pot ser generador d'actituds de dependència, ja que suposa un marc on hi ha molts aspectes normativitzats per la pròpia discapacitat física. És una bona pràctica la flexibilitat en els aspectes d'organització de la vida diària de les persones usuàries; se n'ha de permetre la participació en l'organització tenint-ne en compte les aportacions i els suggeriments. Les reunions de persones usuàries són una bona eina. Cal que, tot i la dependència física de les persones, els/les professionals tinguin en compte i potenciïn l'expressió de preferències i desigs.

Realitzar un procés d'avaluació de l'impacte de les accions portades a terme amb la finalitat d'identificar propostes de millora. A tall d'exemple, a continuació, s'expliciten alguns indicadors que podrien ser d'ajuda en el procés de reflexió:

- Nombre i tipus d'activitats externes en què s'ha participat i nivell de participació de cada persona usuària.
- Satisfacció dels/de les participants.
- Valoració dels/de les professionals o el personal de centres cívics, poliesportius o altres recursos on hagin participat les persones amb discapacitat física.
- Suports naturals aconseguits.

Cal recollir la inclusió social en el programa individual de suports de la persona.

2.7.4. Suports que cal activar

1. Transport adaptat.
2. Suports per als desplaçaments i per a la realització o el seguiment d'activitats, ja sigui mitjançant voluntaris, personal del servei d'acolliment residencial, suports naturals, familiars o amistats.
3. Recursos econòmics, beques i programes d'ajudes.

2.8. Drets

La dimensió de drets inclou les àrees següents:

Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Possibilitat de votar, privacitat, autodeterminació, propietats, valors personals, sentit de la dignitat, llibertat personal	Autocontrol i responsabilitat, polítiques de protecció i defensa, processos legals, defensa dels drets, entrenament i desenvolupament de la defensa	Legislació sobre persones amb discapacitat, drets civils, drets humans

2.8.1. Valoració multidimensional

Per valorar la dimensió de drets de la persona, cal tenir en compte els aspectes següents:

- Causes legals pendents.
- Incapacitació legal.
- Voluntats anticipades.
- Competència per prendre decisions.
- Treball amb les persones usuàries per identificar el que representen els diferents drets i deures.

2.8.2. Àrees o problemes que cal abordar

- Drets i deures dels/de les residents:
 - Drets i deures generals i específics.
 - Drets que cal potenciar.
 - Dret a la informació.

- Intimitat.
- Confidencialitat.
- Exercici del dret de l'autodeterminació.
- Dret a la diferència:⁴¹
 - Abordatge de la diversitat.
 - Implicacions multiculturals.
 - Mediació intercultural.
- Bones pràctiques en diferents situacions amb implicacions ètiques:
 - Voluntats anticipades.
 - Ordres de no reanimació cardiopulmonar.
 - Maltractament, negligència i abús (sexual, econòmic...).
 - Intimitat.
 - Limitació de l'esforç terapèutic.
 - Sonda nasogàstrica per a nutrició enteral.
- Pautes d'actuació davant un conflicte ètic.
- Codi ètic i dret a l'autodeterminació.
- Paper dels/de les professionals per a la millora dels drets de les persones:
 - Usuari/usuària.
 - Família o tutor/a.
 - Professionals.
 - Entorn.

2.8.3. Estratègies d'intervenció

Pel que fa al macrosistema, cal tenir en compte els tractats internacionals. El fonament primer és la Declaració Universal dels Drets Humans de les Nacions Unides (1948).⁴² D'altra banda, en l'àmbit autonòmic, es va elaborar la *Carta dels drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària* (juliol de 2001).⁴³ A l'annex 11, es poden consultar, de manera ampliada, les implicacions que se'n deriven.

Des del model de qualitat de vida presentat per Schalock i Verdugo, en la dimensió de drets s'inclou tota la normativa que dóna suport al desenvolupament com a persones i que contribueix a millorar la qualitat de vida. Aquests plantejaments queden recollits en la Llei de serveis socials de Catalunya, entre altres normatives, i a l'oferta de Cartera de serveis de l'ICASS.

41. http://www.unescocat.org/ct/quisom/biblio/pdf/guia_interculturalitat_5.pdf (web consultada el 17 de novembre de 2009).

42. http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/clin.pdf.

43. Consell Consultiu de Bioètica de Catalunya. Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/ass.pdf> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

El *Pla integral de les persones amb disminució física de Catalunya*⁴⁴ recull, entre els drets fonamentals que cal respectar, els següents:

Equitat de l'oportunitat	Ciutadania	Interdependència i solidaritat
Integració social en el dia a dia	Respecte i valoració de les diferències	Poder escollir i controlar la pròpia vida
Implicació en la presa de decisions	Focalització en les habilitats i les potencialitats	Provisió individual. Atenció centrada en la persona
Satisfacció de necessitats individuals	Revisió continuada i ajustament als canvis	Treball en xarxa
Promoció de la consciència pública	Respecte de l'autonomia	Disseny i implementació de serveis de suport

Garantir aquests drets en els centres implica un procés de reflexió, de disseny de polítiques, de formació i de seguiment en el dia a dia. La promoció dels drets i els deures de les persones comença per la seva definició. A continuació, cal donar-los a conèixer als/a les residents, als referents socials i als/a les professionals. És necessari informar les persones usuàries sobre quins són els seus drets i com han de fer-ne ús. Cal ensenyar el personal a entendre i respectar les creences i els valors de les persones i a prestar una atenció considerada, respectuosa i digna.

El servei d'acolliment residencial ha d'establir un sistema de comunicació oberta i de confiança amb les persones usuàries, les seves famílies o els referents socials, els/les professionals i la comunitat per entendre, protegir i promoure cadascun dels drets i els valors ciutadans, culturals, psicosocials i espirituals de la persona.

No s'ha d'oblidar que dins d'aquest apartat s'inclou el dret a la defensa. Per aquest motiu, cal tenir en compte les persones amb necessitats especials en aquest àmbit, així com els suports que necessitin en l'àmbit legal i jurídic.

En definitiva, és necessari vetllar per l'accés als diferents serveis, als recursos i als suports que necessita la persona per al seu desenvolupament i per a la millora de la seva qualitat de vida.

44. Departament de Benestar i Família. Pla integral de les persones amb disminució física a Catalunya. 2001. Disponible a: <http://www.gencat.cat/benestar/pladisminuitsfisics/>.

Metodologia de treball

3.1. Circuit d'admissió, estada i alta

3.1.1. Acollida i vinculació

Un dels aspectes que cal tenir en compte en el procés d'acollida al centre és treballar la voluntarietat de l'ingrés i la integració en el servei d'acolliment residencial. En alguns casos, també s'ha de treballar per reduir al mínim possible l'impacte que pot ocasionar el canvi de domicili i la incorporació a un espai de vida comunitària. Així doncs, i per tot el que hem exposat, el programa d'acollida ha de començar abans de l'ingrés efectiu al centre.

Objectius previs a la incorporació al servei d'acolliment residencial:

1. Valorar l'adequació de la persona usuària al centre.

Activitats:

- El protocol d'acollida ha d'especificar com es fa la valoració de l'estat físic, funcional, cognitivoemocional i social de la persona per identificar les motivacions que té envers l'ingrés, les capacitats reals d'autonomia i les possibilitats de millora.
- Valoració dels informes de salut elaborats pel/per la metge/essa de capçalera i altres especialistes quan sigui necessari.
- Recollida d'informació disponible d'altres professionals o entitats amb els quals la persona amb discapacitat s'ha relacionat prèviament.
- Cal valorar, per mitjà de les diferents entrevistes amb els/les professionals del centre, els aspectes clau de la història de vida de la persona i les seves possibles implicacions en l'estada en el servei d'acolliment residencial.

2. Informar i donar a conèixer el funcionament general i el reglament de règim intern del centre.

Activitats:

- El protocol d'acollida del centre ha d'especificar el personal responsable de fer les entrevistes amb el candidat i la seva família o tutor/a. En alguns casos, és possible que calgui minimitzar l'impacte que pot suposar l'ingrés al centre, aclarir dubtes i atenuar les pors que es poden generar per l'abandonament del modus vivendi d'aquell moment.

- Visita guiada al servei (pot fer-la personal assistencial o algun/a dels/des residents).
- Cal lliurar una còpia del reglament de règim interior al nou candidat i revisar-lo conjuntament.

3. Treballar el compromís personal.

És condició necessària que la persona manifesti lliurement interès i voluntat d'incorporar-se a la vida residencial com a base per poder-ne potenciar la responsabilitat individual i l'autonomia, tenint en compte les normes juridicollegals d'accés al servei i l'exercici dels drets fonamentals de la persona.

Activitats:

- Entrevistes amb el candidat i la família prèvies a l'ingrés.
- Signatura del contracte assistencial, repassant-ne prèviament les clàusules.

Una vegada s'ha decidit l'ingrés i s'han valorat les potencialitats i les necessitats de la persona i la capacitat del servei d'acolliment residencial de donar resposta a les necessitats detectades, es procedeix a la formalització de l'ingrés i la signatura del contracte assistencial. Si l'entitat considera que l'estada ha de ser temporal, aquesta dada ha de constar al contracte assistencial, i la persona usuària i la seva família o tutor/a o el referent social hi han d'estar d'acord. Cal recordar que l'ingrés de les persones amb discapacitat física al centre pot ser temporal o permanent.

Objectius a partir de la incorporació en el servei d'acolliment residencial:

Creació d'un ambient de suport i acompanyament en un entorn comunitari en arribar al centre.

Cal tenir en compte que el protocol d'adaptació ha d'ajudar a promoure el benestar en el moment de l'acollida oferint un entorn en el qual la persona se senti segura i acompanyada en el coneixement del seu allotjament. Cal motivar-la perquè participi o s'incorpori al màxim en les dinàmiques del seu nou nucli de convivència.

En aquest punt s'ha d'implicar el grup de totes les persones residents, per tal que el nouvingut es trobi ben acollit. Així mateix, el fet de potenciar la idea de col·lectiu també afavoreix que el/la resident trenqui l'aïllament propi de la seva situació.

Activitats:

- Assignació d'una persona de referència entre els/les professionals del centre que ha de fer el seguiment posterior a l'ingrés mitjançant entrevistes periòdiques.

- Acompanyament el primer dia d'ingrés a l'habitació per deixar-hi les pertinences.
- Sempre que sigui possible, visita guiada per un grup de residents —constituïts com a comitè de benvinguda— per mostrar els espais del nou lloc de vida i presentar la resta de companys/es.
- Presentació grupal en reunió assembleària.

Durant el procés de coneixement del centre, cal reforçar les explicacions que s'han donat durant les entrevistes: serveis oferts i normativa bàsica.

Durant la fase d'adaptació, els/les professionals han de fer una primera valoració per identificar si hi ha problemes d'adequació al recurs. En cas que se'n detectin, cal identificar les estratègies i les alternatives possibles i proposar la participació en programes específics o bé facilitar informació a la persona i la família o el/la tutor/a sobre les opcions existents.

Un dels aspectes clau que cal determinar i treballar és la voluntarietat de l'ingrés per part del/de la resident. S'aconsella explorar la competència que té la persona amb discapacitat en la presa de decisions. Si es detecten dificultats en aquesta àrea, el centre ha de tenir un procediment explicat sobre com donar formació i suport a la persona usuària i a la família o el/la tutor/a sobre el procés de participació en la presa de decisions.

Tota aquesta informació ha de servir posteriorment per elaborar el programa individual de suports, en què el/la resident ha de participar activament.

Sempre que sigui possible i es consideri necessari, es pot oferir un període de prova d'un mes per afavorir l'adaptació al procés de canvi de l'entorn familiar a l'entorn residencial.

3.1.2. L'estada al centre

L'objectiu de l'atenció centrada en la persona és aconseguir una millora de la qualitat de vida amb un abordatge ètic de l'organització que li faciliti l'exercici dels seus drets en un entorn comunitari.

El programa individual de suports de cada persona inclou les diferents dimensions relacionades amb la qualitat de vida. Es treballen tots aquells aspectes bàsics i rellevants per a una execució adequada en diverses àrees relacionades amb l'autocura, la competència personal, la independència, l'autonomia personal i la inclusió social.

L'atenció personal es fa a través de professionals qualificats que presten serveis d'atenció personal i de gestió de suports. Els/les professionals gestionen suports, entrenen habilitats i ajuden a instaurar hàbits, i amb això contribueixen a la promoció de l'ajustament i de la convivència.

Al capítol 2 d'aquest manual, s'expliciten les bones pràctiques relacionades amb l'estada al centre. Es presenten agrupades en funció de les dimensions de la qualitat de vida proposades per R. Schallock i M. A. Verdugo.

3.1.3. Sortida del servei d'acolliment residencial

Cal tenir present que el servei d'acolliment residencial pot ser un recurs no finalista. En aquests casos, un dels objectius dels centres és possibilitar la sortida de les persones usuàries del dispositiu per millorar la seva autonomia o adequació a l'entorn comunitari. Cal treballar amb la persona usuària la seva independència personal i el desenvolupament de la major autonomia possible, tenint en compte la gestió dels suports disponibles.

En altres casos, el concepte d'ingrés indefinit no ha de representar un ingrés sense data de finalització; pot ser que aquesta data no estigui definida des de l'inici i que es vagi definint segons els esdeveniments vitals de la persona. De tota manera, s'aconsella fixar orientativament el temps que la persona ha de romandre en el servei.

Els motius de sortida del servei d'acolliment residencial poden ser els següents:

1. Definició d'un projecte de vida fora de la residència vinculat a la tornada al nucli familiar o a la creació d'un nucli nou.
2. Canvi a un altre dispositiu de les mateixes característiques per sol·licitud pròpia.
3. Canvi a un centre de característiques diferents perquè el perfil de la persona usuària ha variat.
4. Incompliment reiterat de la normativa interna del centre, que fa evident la impossibilitat de mantenir el recurs actual com el lloc de vida de la persona.
5. Defunció.

En els tres primers casos, s'han de tenir presents les actuacions següents:

- Treballar i consensuar la conveniència del canvi amb la persona i amb la família referent, si escau.
- Coordinar-se amb la resta dels equipaments, tant socials com sanitaris, que estiguin treballant el cas amb la persona o amb la família o el/la tutor/a.
- Assegurar-se que les atencions bàsiques del lloc de vida i el seguiment de la persona estiguin coberts.

En qualsevol cas, cal intensificar el programa de preparació de sortida, ja que és un procés gradual. Els/les professionals han de valorar les possibilitats d'inclusió comunitària. És important arribar a un sistema de pactes amb la persona, amb la finalitat d'aconseguir-ne la màxima implicació. Cal activar estratègies d'habilitats socials, educatives, actitudinals i de preparació de l'entorn per afavorir-ne la reincorporació. El treball amb la família també

esdevé fonamental en aquest procés. A l'apartat d'inclusió social del capítol 2, s'han descrit estratègies per afavorir la inclusió després de la sortida del centre.

Amb la finalitat de poder afavorir la continuïtat dels processos d'atenció i suports facilitats, s'ha d'elaborar un dossier d'informació per a la nova institució a què es derivi la persona. Aquest dossier ha d'incloure informació social, cognitiva, funcional i medicosanitària, i el programa d'atenció portat a terme. Igualment, s'han d'indicar els suports que ha calgut activar i la informació referent a disposicions prèvies o a les voluntats anticipades de la persona. S'aconsella que aquest informe estigui elaborat per l'equip responsable de l'atenció de la persona.

En els casos de defunció, és important realitzar un bon acompanyament a la família i suport i contenció a la resta dels/de les residents, així com prestar el suport pertinent a l'equip d'atenció.

45. <http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1666/9.pdf>.

46. Equip de treball format per diferents disciplines per a l'abordatge d'una situació determinada.

47. En el treball interdisciplinari, els/les diferents membres de l'equip multidisciplinari s'integren i participen de manera corresponsable en tot el procés, i es treballa de manera consensuada segons els criteris i els acords establerts pels/per les diferents membres. Hi ha intercanvi de metodologies de treball d'una disciplina a l'altra.

48. Parteix del treball interdisciplinari. En aquest tipus de treball, el marc teòric, metodològic i operatiu és producte de la participació interactiva de l'equip i de la comunitat de persones usuàries, tant individualment com col·lectivament; en la forma de treballar, es té en compte la interacció per assolir els resultats esperats conjuntament amb la persona i amb l'articulació i l'engranatge de tota la xarxa de suports existent. Es considera com afecten les relacions personals i interpersonals als estats d'ànim, les capacitats, les actituds, les aptituds, les postures ideològiques, els estils de vida, la formació i la història de vida, etc. Es tracta d'un treball que es fa a través de totes les disciplines, sobre la base del respecte i de la llibertat.

3.2. El treball interdisciplinari⁴⁵

El funcionament adequat del servei d'acolliment residencial implica l'existència d'un equip multidisciplinari,⁴⁶ que treballa de manera interdisciplinària,⁴⁷ amb un enfocament transdisciplinari.⁴⁸

A més d'un sistema de coordinació entre el conjunt de membres de l'equip del centre, es requereix un treball coordinat amb els diferents dispositius amb què el servei es relaciona. Es recomana definir els mecanismes de coordinació, els sistemes d'interconsulta i de seguiment i tot allò que es consideri necessari per assegurar la continuïtat del procés d'atenció i de suport a la persona. En algun cas, pot resultar d'utilitat l'assignació de persones referents.

Les organitzacions i els sistemes que proveeixen serveis i suports a persones amb discapacitats estan en procés de redefinició. Identifiquen com responen als desafiaments de la revolució de la qualitat, al moviment de base comunitària i al moviment de reforma del model d'atenció (que passa d'un model assistencialista a un model basat en la qualitat de vida de les persones).

Aquestes redefinicions s'estan produint juntament amb els processos següents:

- Canvi de programes basats en l'organització a sistemes de suport basats en la comunitat.
- Canvi d'organitzacions com a proveïdores de serveis primaris a organitzacions que actuen com a ponts amb la comunitat.
- Èmfasi del rol crític, que dona suport directe als/a les professionals en la millora dels resultats de la qualitat de vida.

3.3. L'elaboració del programa individual de suports

El programa individual de suports és un dels aspectes sobre els quals s'articula qualsevol procés d'atenció a la persona i la família o el/la tutor/a des del moment de l'ingrés.

Aquest capítol de recomanacions es divideix en dos grans apartats. En primer lloc, inclou la metodologia per abordar l'elaboració del programa individual de suports; en segon lloc, inclou els continguts dels principals processos d'atenció a la persona en un servei d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física.

És a través del programa individual de suports que s'integren els diferents processos clau d'atenció de la persona, amb la participació activa de la persona usuària, de la seva família o tutor o les persones de referència, de l'entorn comunitari i dels/de les professionals del servei d'acolliment residencial. Així ho preveu el Decret 176/2000, que modifica el Decret 284/96, a l'article 18.12, segons el qual el centre ha de disposar d'un programa individualitzat per a l'assoliment dels objectius fixats per a cada persona.

Com a processos clau de l'atenció, es distingeixen els següents:

- Valoració de les necessitats, les capacitats i les potencialitats de la persona, de la família o el/la tutor/a i de l'entorn.
- Identificació i prioritjació de les àrees que necessiten intervenció i suport.
- Establiment, de manera consensuada amb la persona, dels resultats esperats i del tipus i la intensitat de suports requerits. Cal definir clarament les estratègies que cal seguir i les persones o agents responsables de portar-les a terme.
- Atenció integral centrada en la persona, tenint en compte la família o el/la tutor/a i els referents socials i la comunitat.
- Seguiment i avaluació dels resultats del procés d'atenció mitjançant l'existència de tutories individuals periòdiques, amb una freqüència com a mínim mensual, per identificar el grau d'assoliment dels objectius i contrastar-lo amb els resultats esperats.

Aquest programa individual de suports ha d'estar elaborat abans dels primers seixanta dies des de l'ingrés, termini corresponent també per realitzar la valoració inicial. S'aconsella l'existència de plans de treball provisionals amb la informació recollida en la valoració inicial.

La reavaluació ha de ser anual, sempre que, durant aquest període, no hi hagi canvis en la situació de la persona que justifiquin la reavaluació del pla.

Per a l'elaboració del programa individual de suports, s'aconsella l'existència d'un suport documental que la faciliti. Ha de permetre als/a les diferents membres de l'equip el registre dels continguts següents:

- Valoració de la persona.
- Àrees d'intervenció o problemes detectats.
- Objectius pactats.
- Estratègies d'intervenció.
- Suports que cal activar i intensitat d'aquests.
- Responsables de portar-ho a terme.
- Resultats esperats.
- Seguiment del programa d'atenció.
- Grau d'assoliment dels objectius.
- Motius pels quals no s'han assolit determinats objectius.

3.4. Valoració multidimensional i interdisciplinària de la persona i la família

S'aconsella que el servei d'acolliment residencial desenvolupi una guia que protocol·litzi i orienti l'avaluació inicial completa de les necessitats, les capacitats i les potencialitats de la persona i de la família o el/la tutor/a, i que serveixi també per a l'avaluació que cal fer de manera periòdica. Cal incidir en la valoració dels riscos de cadascuna de les diferents àrees i dimensions de la qualitat de vida. A l'annex 12, s'adjunta un quadre amb les escales de valoració més utilitzades en el sector.

Tal com recomanen els indicadors de qualitat,⁴⁹ la valoració ha de ser efectiva, com a màxim, durant els primers seixanta dies d'ingrés al centre. L'avaluació de necessitats, capacitats i potencialitats s'ha de registrar per escrit en l'expedient d'atenció del/de la resident.

El centre ha de tenir especificada la periodicitat de la revisió integral de la persona, feta com a mínim en el moment de l'ingrés i amb reavaluació de totes les dimensions amb freqüència anual, o cada vegada que hi hagi canvis significatius en l'estat del/de la resident.

Les activitats principals que cal portar a terme són les següents:

- Entrevistes d'avaluació de les necessitats de la persona resident. Cal recollir informació sobre l'estat de salut, tant somàtic com mental, sobre l'àmbit relacional (aspectes familiars, xarxa de suport i relacional àmplia) i sobre el funcionament psicosocial.
- Recollida d'informació d'altres professionals implicats en el cas.
- Identificació d'aspectes rellevants de la història de vida de la persona.
- Valoració de les motivacions.
- Observació pautaada dels hàbits bàsics de la vida quotidiana referents a cura d'un mateix, aspectes econòmics, integració a l'entorn...

49. ICASS. *Indicadors de qualitat de residències per a persones amb discapacitat física*. Barcelona, 1999.

Així mateix, s'aconsella que el protocol de valoració del centre especifiqui quina informació ha de ser recollida en el moment de l'ingrés i durant les primeres 48 hores, amb la finalitat de poder efectuar un pla provisional d'atenció mentre es planteja el programa d'atenció. També cal valorar, després del primer mes d'estada, com ha anat el procés d'integració en el servei d'acolliment residencial.

En la valoració de la persona, cal incorporar l'avaluació de les diferents dimensions relacionades amb la seva qualitat de vida. Per a cadascuna de les dimensions de qualitat de vida, cal identificar els **suports** que és necessari activar i la seva **intensitat**.

3.5. Planificació d'objectius generals i específics

La planificació d'objectius ha de partir de les necessitats detectades mitjançant la valoració. Els objectius d'atenció i de suport consensuats han de cobrir i donar resposta a les necessitats físiques, emocionals i socials del/de la resident i de la seva família.

És fonamental tenir en compte les preferències individuals, els aspectes diferencials pel que fa a la cultura pròpia i les creences de la persona. Cal preveure també les eventuais situacions especials de cada cas (disminucions físiques, ludopaties, addiccions, inestabilitat psíquica...), així com les preferències i les motivacions del/de la resident.

El pacte i la presa de decisions són fonamentals en el procés de rehabilitació i inserció. Cal assegurar-se de la capacitat cognitiva de la persona i de la seva competència per prendre decisions. L'estratègia comunicativa és molt important: ens hem d'assegurar que la persona entén el que li diem perquè el pacte i el compromís amb el programa d'atenció tinguin validesa.

Els objectius d'atenció i de suport han de ser objecte de reavaluació periòdica i han de ser tan realistes com sigui possible, partint dels recursos propis, familiars i de suport existents. El plantejament d'objectius ha de ser progressiu, amb especificació dels suports que cal anar activant o desenvolupant per assolir-los.

3.6. Atenció a la persona i a la família o als referents socials

L'atenció i el suport als/a les residents i a les seves famílies o els referents socials constitueix l'activitat central i més important de l'equip del servei d'acolliment residencial. Des del primer contacte amb l'equip, aquest ha d'analitzar i detectar les necessitats del/de la resident i de la família o el referent social.

El/la resident i la seva família o el referent social poden expressar les seves necessitats, resoldre els dubtes o les inquietuds i rebre la informació i el suport que necessiten. El/la resident ha de rebre sempre la informació necessària i se li ha d'explicar l'abordatge, l'atenció i el suport que ha de rebre. Facilitant la comprensió es milloren l'adhesió i l'efectivitat terapèutica. Cal vetllar per mantenir un clima de col·laboració que permeti atendre totes les dimensions de la persona.

És prioritària la intervenció sobre aspectes relacionats amb la realització d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, les habilitats socials del/de la resident, la informació i la comunicació.

3.6.1. Protocols i registres recomanats

Tenint en compte les normatives existents, es detallen, a continuació, els protocols i els registres bàsics i recomanables que han de tenir els centres, degudament documentats i actualitzats.

3.6.1.1. Protocols bàsics i recomanats

Els registres i els protocols de què ha de disposar un servei d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física són els mateixos que els de les residències en general i, d'acord amb l'article 18.10 del Decret 284/96, modificat pel Decret 176/00, són els següents:

Per normativa:

- Protocol d'acollida i adaptació.
- Protocol d'administració de medicació.⁵⁰
- Protocol de seguiment de la higiene personal.
- Protocol de caigudes.
- Protocol d'atenció a les incontinències: prevenció, millora i control d'esfínters.
- Protocol de contenció física.
- Protocol de prevenció i tractament de les lesions per pressió.
- Protocol d'alimentació i dietes.
- Protocol de neteja de l'establiment.
- Protocol de bugaderia.
- Protocol d'emergència.

Els **protocols recomanats** relacionats amb l'atenció i la gestió de suports de la persona resident són els següents:

- Protocol de gestió de l'expedient d'atenció de cada resident.
- Protocol d'atenció psicològica als/a les residents:⁵¹
 - Atenció psicològica.
 - Abordatge de la sexualitat, incloent-hi temes relacionats amb l'anticoncepció.

50. Inclou la prescripció, la preparació i l'administració farmacològica. Aquest indicador es troba també recollit als *Indicadors de qualitat de residències per a persones amb disminució física*. ICASS, 1999.

51. Inclou la prescripció, la preparació i l'administració farmacològica. Aquest indicador es troba també recollit als *Indicadors de qualitat de residències per a persones amb disminució física*. ICASS, 1999.

- Acompanyament en processos de dol.
- Prevenció i actuació davant conductes disruptives.
- Protocol d'informació i pautes d'actuació amb la família o el/la tutor/a o els referents socials.
 - Informació a la persona, família o tutor/a i referents socials.⁵²
 - Pautes d'actuació en situació de crisi, conflicte o claudicació de la família o el referent social.⁵²
 - Actuació davant la presència de risc social.
 - Detecció i intervenció davant de maltractament, negligència o abús.
- Protocol d'atenció a la salut:⁵²
 - Mesures preventives i de foment de la salut.
 - Actuació davant els trastorns de l'eliminació (incontinències, restrenyiment...).
 - Actuació quan es detecta consum de drogues o problemes relacionats amb el consum d'alcohol.
 - Protocols específics d'atenció davant una emergència sanitària: hipoglucèmies o hiperglucèmies, accidents, crisi epilèptica, reanimació cardiopulmonar, atenció a la persona amb disfàgia, atenció a la persona amb sonda d'alimentació, etc.
 - Protocol de derivació i ingrés en centres sanitaris.⁵²
- Altres protocols que el centre o els/les professionals creguin necessaris per assegurar l'atenció a la persona resident i a la família o el referent social.

Els **protocols recomanats** des del punt de vista organitzatiu són els següents:

- Normes eticoprofessionals.
- Protocol d'atenció a la diversitat.
- Protocol de gestió de queixes, suggeriments i reclamacions.
- Protocol del programa de voluntariat.
- Protocol de funcionament de l'equip interdisciplinari.
- Protocol de promoció i implicació en els serveis de la comunitat.

S'aconsella que cada protocol disposi d'una estructura i una metodologia d'elaboració. L'esquema recomanat és el següent:

- Definició: explicar i definir el tema que cal abordar.
- Objectiu: explicar amb quina finalitat necessitem elaborar aquest protocol. Fer constar si és de prevenció, de tractament o d'actuació davant la persona resident.
- Continguts específics, tenint en compte la tipologia i el perfil de les persones residents.
- Població a la qual s'adreça. Cal que consti si és un protocol aplicable a tots els/les residents o si té criteris d'inclusió o d'exclusió.
- Professionals implicats.
- Descripció de l'actuació. S'han d'indicar els passos que cal fer per complir el protocol; han d'estar especificats de manera lògica, és a dir, els passos que s'han de seguir han d'aparèixer per ordre.
- Sistemes de registre.

52. Inclou informació inicial, de seguiment, de sortida de la residència i quan es produeixen incidents. Protocol recomanat als *Indicadors d'avaluació de qualitat de residències per a persones amb disminució física*. ICASS, 1999.

- Algoritme. Diagrama de flux on s'especifiquen, de manera esquemàtica i gràfica, els principals passos del procés.⁵³
- Indicadors d'avaluació. Cal identificar els indicadors que s'utilitzen en les diferents fases d'implantació i seguiment del protocol. Cal establir el nivell de compliment desitjat, així com les possibles excepcions.
- Observacions i recomanacions. Si el protocol correspon a una guia adaptada, cal especificar-ne les fonts i l'any d'aprovació.
- Data d'elaboració del protocol.
- Professionals que han elaborat, adaptat i revisat el protocol.
- Data de propera revisió d'acord amb la vigència establerta.
- Nom, signatura i càrrec de les persones que aproven el protocol.
- Bibliografia.

Es recomana que per a l'elaboració, la revisió i l'adaptació dels protocols es tinguin en compte els aspectes següents:

- Prioritzar en cada centre els protocols necessaris en funció de la tipologia de persones usuàries, les problemàtiques existents, els diagnòstics principals i el tipus d'atenció i suports que necessiten els/les residents i els familiars.
- Formar un equip integrat per professionals del centre relacionats/ades amb el tema que s'ha de tractar, per membres de l'equip directiu o de gestió i, sempre que sigui possible, per residents, familiars o referents socials i membres de la comunitat —quan hi hagi implicats altres dispositius d'atenció.
- Utilitzar les evidències científiques i les guies de pràctica reconegudes i actualitzades sempre que estiguin disponibles.
- Realitzar una prova pilot dels protocols elaborats i introduir-hi les millores necessàries
- Identificar les possibles resistències durant la seva implementació, així com les mesures necessàries per superar-les.
- Aprovar el protocol, per part de la direcció, en representació de l'equip de treball del centre.
- Planificar el seguiment, l'avaluació i la revisió del protocol. S'aconsella que, si no es produeixen canvis, la reavaluació es faci cada tres anys. Pel que fa als protocols d'implantació recent o els que inclouen recomanacions de manera periòdica, s'aconsella que siguin reavaluats en el termini màxim d'un any.
- Crear un "protocol de protocols" al centre.

Cal tenir en compte la sistemàtica per implementar els protocols. S'aconsella desenvolupar un pla de comunicació del protocol:

- Difusió: donar a conèixer el protocol nou a totes les àrees i als/a les professionals que el poden fer servir.
- Seguiment de l'aplicació: s'aconsella nomenar una persona responsable del seguiment de l'aplicació del protocol fins que estigui consolidat en el treball habitual.

53. Guies de suport a la innovació de CIDEM, de la Generalitat de Catalunya. Disponibles a: <http://www.accio.cat/ACCIO/cat/talent-coneixement/publicacions/eines-innovacio-internacionalitzacio/diagrama-flux.jsp>.

- **Avaluació:** durant la implantació s'aconsella un monitoratge cada tres o quatre mesos durant els primers controls. En funció dels resultats obtinguts i del grau de consolidació del protocol, es pot programar la propera revisió als sis mesos o al cap d'un any. S'aconsella que els indicadors clau o essencials d'un protocol siguin avaluats anualment, i cada tres anys cal fer una avaluació global del protocol, abans de fer-ne la revisió.
- Revisió del protocol.

3.6.1.2. Registres bàsics

Pel que fa als registres, s'aconsella una unificació per evitar-ne la duplicitat i facilitar el treball i les dinàmiques organitzatives del centre. Els registres han d'ajudar a la consolidació de la filosofia de l'atenció centrada en la persona. Es recomana la incorporació progressiva dels suports informàtics per a la gestió de la documentació, que faciliten l'accés a la informació i la seva confidencialitat.

En l'estudi detallat dels registres necessaris en els serveis d'acolliment residencial, cal tenir en compte els registres indicats per normativa i els recomanats pels indicadors de qualitat de les residències per a persones amb discapacitat física, o bé els recomanats en aquest document de bones pràctiques.

Per normativa:

- Residents amb incontinència d'esfínters.
- Residents amb lesions per pressió.
- Registre de caigudes.
- Residents amb mesures de contenció.
- Registre de les activitats adreçades al manteniment de la higiene personal.
- Registre d'administració de la medicació.
- Registre de seguiment de la participació de les persones usuàries en el programa d'activitats.

Recomanats en l'avaluació d'indicadors de qualitat:⁵⁴

- Control i programació de les evacuacions intestinals.
- Si en el servei d'acolliment residencial s'atenen persones amb discapacitat psíquica, cal afegir-hi els registres propis que ajuden a fer-ne un seguiment millor.

Recomanats:

- Registre de valoracions multidimensionals i interdisciplinàries del/de la resident, en el moment de l'ingrés i de manera periòdica.
- Registre del programa individual de suports (objectius, estratègies d'intervenció, persones responsables de l'execució, resultats esperats i grau d'assoliment dels objectius).
- Registre d'aspectes clau relacionats amb l'atenció i el suport que s'ofereix al/a la resident:
 - Activitats i millores funcionals en activitats bàsiques de la vida diària i activitats instrumentals de la vida diària.

54. Registre recomanat als *Indicadors d'avaluació de qualitat de residències per a persones amb disminució física*. ICASS, 1999.

- Seguiment del programa individual d'autonomia.
- Activitats per fomentar la salut i prevenir la malaltia.
- Activitats de socialització realitzades i resposta a aquestes activitats.
- Seguiment d'aspectes laborals, de formació i d'oci.⁵⁵
- Factors de risc del/de la resident i mesures preventives adoptades.
- Registre d'aspectes fisiològics que requereixen atenció o suport (mens-truació, crisis convulsives...).
- Registre de residents que han necessitat contenció física o aïllament.⁵⁶
- Pactes i acords amb la persona i la seva família o referent social.
- Vinculació familiar i contactes amb la família.
- Existència de disposicions prèvies de la persona.
- Qualitat de vida percebuda per la persona ingressada al servei d'acolliment residencial.
- Conductes disruptives i autoagressives o heteroagressives.
- Consultes a urgències i ingressos (especificant-ne la data, el motiu, les pautes, etc.).
- Situacions especials de les persones residents relacionades amb la convivència, la incapacitat i la tutela, la situació dels fills/es, les qüestions legals, el consum de drogues o alcohol...
- Activitats de preparació de sortida del servei d'acolliment residencial.
- Coordinació amb diferents sectors i dispositius.
- Registre d'indicadors de gestió del risc: lesions per pressió, ennuègaments...
- Registre d'esdeveniments sentinella (fugides, lesions, suïcidi, etc.).

3.7. Avaluació del programa individual de suports

En l'àrea de la discapacitat, en general és convenient avaluar periòdicament la capacitat física i funcional i determinar el progrés del/de la resident per, posteriorment, supervisar i readaptar, si és necessari, el programa individual de suports que necessita la persona.

El programa requereix un seguiment trimestral i ha de ser avaluat, com a mínim de manera anual, per l'equip interdisciplinari d'atenció. En la interpretació dels resultats dels indicadors s'ha de tenir en compte el perfil de les persones residents, el grau de complexitat dels objectius i l'entorn creat per afavorir-ne la consecució.

En el cas de les persones amb grans discapacitats físiques, com és el cas de les persones adultes amb paràlisi cerebral, els criteris d'avaluació que s'apliquen per valorar els resultats obtinguts després de la intervenció estan condicionats per la gravetat de la lesió i la intensitat de suports necessaris. L'avaluació ha de ser de caràcter predominantment qualitatiu, la qual cosa ens permet observar les millores percebudes pel que fa a la qualitat de vida i també la possibilitat d'endarrerir les complicacions derivades de l'índex de declinar funcional.

55. Els *Indicadors d'avaluació de qualitat de residències per a persones amb disminució física* (ICASS 1999) indiquen la necessitat d'incloure una fitxa on constin les activitats que li agradaria fer a la persona resident, el registre de l'entrevista informativa amb l'àrea de treball social sobre les diferents possibilitats, la cerca i l'orientació cap als recursos existents, amb el seguiment, si escau, dels recursos escollits i la valoració anual de la situació.

56. El protocol de contenció ha d'especificar els criteris restrictius d'indicació, el seguiment continuat i periòdic que requereix la persona i tot allò que requereixi la normativa.

A continuació, presentem alguns indicadors que es poden incloure en la valoració dels programes individuals de suports:

Proposta d'indicadors

Indicadors d'activitat: nombre de programes desenvolupats, relació d'activitats desenvolupades per cada programa, nivell de participació, dispositius i recursos amb els quals s'ha treballat, etc.

Indicadors de satisfacció: grau de satisfacció manifestat tant per les persones residents i els familiars o els referents socials com pels/per les professionals.

Indicadors d'efectivitat: relació de l'impacte i el grau d'assoliment dels objectius plantejats, així com dels resultats en la percepció de la qualitat de vida de la persona usuària.

Indicadors de seguretat: esdeveniments adversos relacionats amb l'atenció de la persona i l'entorn en què viu.

Revisant els resultats de tots aquests indicadors, podrien identificar-se àrees de millora per optimitzar el procés d'atenció a la persona i el funcionament del servei d'acolliment residencial.

Funcionament del servei d'acolliment residencial

4.1. Aspectes relacionals i organitzatius

Els processos organitzatius del servei d'acolliment residencial han d'assegurar l'atenció a la persona i a la família o el referent social; per tant, han d'estar definits, sempre que sigui possible, entre el personal i les persones, les entitats i els serveis implicats. Els processos han d'estar desenvolupats des d'un abordatge multidisciplinari, interdisciplinari i transdisciplinari.

4.1.1. Normes generals de funcionament i de convivència

Les accions per a la millora de la convivència s'han d'adaptar a la naturalesa del recurs, a la tipologia dels/de les residents i a les dimensions del centre. Per afavorir la convivència al centre cal tenir en compte els aspectes que s'esmenten a continuació, que figuren a l'article 18.9 del Decret 284/96, modificat pel Decret 176/2000:

- La direcció del servei d'acolliment residencial ha de garantir que totes les persones usuàries tenen la informació i la comprensió necessària de les normes de convivència i funcionament general.
- Per garantir la bona dinàmica de funcionament del centre és fonamental assegurar la prèvia i lliure manifestació de la voluntat de la persona d'ingressar-hi, fins i tot en el cas de persones incapacitades.
- Tots/es els/les membres de l'equip han d'estar informats/ades dels pactes i les condicions contractuals de cada persona usuària, així com dels aspectes concrets que cal tenir en compte en el maneig del cas respecte a la normativa i al funcionament general.
- El personal ha de comunicar les incidències diàries —se n'ha d'establir un sistema de registre— per assegurar que la informació arriba de manera continuada i oportuna per donar resposta a les necessitats detectades.
- Cal fer un seguiment periòdic de la percepció que la persona usuària té del funcionament del servei d'acolliment residencial i garantir-ne la participació continuada a través d'espais grupals i individuals.
- El centre ha de tenir previst un horari per facilitar informació als familiars que tingui en compte les disposicions, les necessitats i la situació familiar del/de la resident.
- El centre ha de disposar d'un sistema per tal que els/les professionals estiguin al corrent de l'entrada i de la sortida de residents.

- Els horaris de les diferents activitats han d'estar exposats i ser coneguts pels/per les residents.
- S'aconsella especificar els hàbits esperats per ajudar a conservar una bona convivència, tenint en compte la higiene, l'aspecte personal correcte, la utilització dels espais, el sistema de visites, els objectes personals i de valor, la política d'entrades i el consum de menjar al centre, entre d'altres.
- S'ha de descriure el sistema de participació en les tasques quotidianes comunitàries.
- El servei d'acolliment residencial ha d'afavorir la comunicació de la persona resident amb el seu entorn, per la qual cosa ha de disposar de telèfons públics.

4.1.2. Informació per a les persones usuàries del servei d'acolliment residencial

Per facilitar la informació a la persona usuària, la família o el referent social i la comunitat, el servei d'acolliment residencial ha de disposar de material escrit de manera clara, amb un llenguatge i una presentació que en facilitin la comprensió.

S'aconsella que el centre disposi de tríptics informatius adreçats a les persones que hi estiguin interessades —familiars, professionals i personal d'altres entitats i serveis. La informació que, com a mínim, han de contenir els tríptics és la següent: serveis que ofereix, professionals responsables, horaris, adreça i telèfon de contacte, entitat gestora i existència d'un sistema d'atenció a la persona usuària.

Igualment, els centres han de tenir editat el reglament de règim intern. La informació que es lliuri al/a la resident mitjançant aquest document ha d'estar redactada en un llenguatge entenedor i amb una presentació que en faciliti la comprensió.

La informació que s'hi ha d'incloure és la següent:

- Descripció detallada dels serveis.
- Dinàmica de treball en funció dels diferents perfils professionals.
- Pla de treball individualitzat.
- Convivència.
- Sistema d'informació a persones usuàries i familiars o referents socials.
- Descripció de la utilització dels espais.
- Sistemes de comunicació i d'inclusió en la comunitat.
- Pagament, finançament i tarifes.
- Atenció a la persona usuària i sistema de recollida de queixes i reclamacions.
- Mecanismes de participació.
- Drets i deures dels/de les residents.
- Aspectes clau de la normativa amb relació al procés d'admissió, estada i finalització de l'estada.
- Elaboració del programa individual de suports i compromisos que comporta.

Finalment, s'aconsella que el servei d'acolliment residencial explícit com es garanteixen i exerceixen els drets de la persona al centre, ja que, per poder exercir els seus drets, els ha de conèixer. Cal divulgar aquests drets i deures entre les persones usuàries i el personal del centre, tal com preveuen els articles 5 (drets) i 6 (deures) del Decret 284/96, modificat pel Decret 176/2000.

4.1.3. Mecanismes de participació de les persones residents

L'objectiu bàsic que es pretén aconseguir utilitzant els mecanismes de participació és augmentar l'autonomia, la capacitat de decisió, l'expressió i la responsabilitat. La participació afavoreix la transmissió d'informació i la possibilitat d'expressar queixes i de fer suggeriments.

El mecanisme utilitzat normalment són els consells assessors i de seguiment. Són un bon instrument de participació quan s'assoleixen els objectius pels quals van ser creats.⁵⁷ S'aconsella, però, la utilització d'estratègies complementàries, com ara la realització de les reunions periòdiques amb els/les residents, en les quals el personal té un paper de suport. Per assegurar que la reunió resulta un element d'inclusió social, es recomana l'existència d'un ordre del dia, la preparació de la reunió conjuntament, l'elaboració de l'acta de la reunió...

Una altra manera d'afavorir la participació dels/de les residents és la instauració d'un sistema d'atenció a la persona usuària, en què l'escolta activa per part dels/de les professionals permet identificar suggeriments i temes no resolts. Aquest mecanisme és complementari al sistema de notificació per escrit de queixes i reclamacions. També es poden crear grups focals per tractar un tema determinat; és fonamental que aquesta metodologia sigui utilitzada adequadament com un espai d'intercanvi i de foment de la participació.

Per facilitar els processos de relació i inclusió en la comunitat, i afavorir així la integració i la rehabilitació, el centre ha d'establir les estratègies i les aliances necessàries amb el seu entorn. A tall d'exemple, la fitxa de recursos següent recull els aspectes que s'han de tenir en compte en el procés de planificació, seguiment i avaluació de la utilització adequada dels recursos de l'entorn:

57. Decret 108/1998, de 12 de maig, sobre la participació en els serveis socials (DOGC núm. 2641, de 18 de maig de 1998).

Fitxa que cal emplenar sobre cada recurs comunitari amb el qual es treballa o del qual es facilita informació a les persones usuàries

- Nom del recurs, l'entitat, l'organisme o el servei.
- Adreça.
- Telèfon.
- Correu electrònic.
- Persona responsable.
- Persona de contacte.
- Serveis que s'ofereixen.
- Tipus d'acords establerts.
- Relació d'activitats que s'hi poden realitzar.
- Tipus d'activitat: individual/grupal, participació activa/passiva, etc.
- Calendari d'activitats.
- Horaris.
- Preus.
- Subvencions.
- Relació d'activitats en què han participat residents del centre.
- Relació de residents que hi acudeixen o hi participen.
- Tipus de suport que es dona als/a les residents per afavorir-ne la inclusió social.
- Possibilitat que els/les residents estableixin relacions significatives.
- Incidents.
- Avaluació del recurs a càrrec de l'equip interdisciplinari.
- Avaluació del recurs a càrrec dels/de les residents.
- Observacions.
- Persona de referència del servei d'acolliment residencial.

4.1.4. Altres situacions relacionades amb el funcionament del servei d'acolliment residencial

Espais:

Amb la finalitat de contribuir a millorar l'autonomia i la independència de la persona, el servei d'acolliment residencial ha d'identificar els espais propis dels/de les residents i els espais comunitaris. Amb la finalitat de garantir la intimitat del usuari, als espais d'ús privat —lavabos i habitacions—, el personal només pot accedir-hi amb el permís previ de la persona.

Hi ha d'haver la possibilitat de tancar les portes amb un sistema d'obertura en casos d'emergència. Les persones usuàries poden escollir quan volen estar soles i quan acompanyades. Els/les residents, i també els visitants i els familiars o els referents socials, han de tenir la possibilitat d'accedir als espais comuns del centre.

Activitats:

Cal disposar d'un full d'horaris per a cada resident, amb l'agenda d'activitats del servei d'acolliment residencial. Cal dissenyar un sistema de seguiment de les diferents activitats que s'organitzen que permeti registrar l'assistència, l'interès i la participació.

El servei d'acolliment residencial també ha de tenir un sistema de gestió de la informació, tant per als aspectes relacionats amb l'atenció dels/de les residents com per als aspectes de tipus organitzatiu i de funcionament. S'ha de definir quina és la informació necessària, així com els instruments i els mecanismes necessaris per assegurar-ne la disponibilitat, integritat, confidencialitat i seguretat.

Recursos materials:

El servei d'acolliment residencial ha de gestionar els recursos materials tenint en compte les necessitats dels/de les residents i de l'organització mateixa. La dotació i el sistema d'adquisició de material per part del/de la resident ha de ser inclòs com a part del marc de rehabilitació de la persona.

4.1.5. La satisfacció de les persones residents

La valoració periòdica del grau de satisfacció i l'opinió dels/de les residents forma part dels indicadors de qualitat definits per a les residències per a persones amb una gran discapacitat física.⁵⁸ L'indicador defineix les àrees que, com a mínim, han de ser explorades: tracte personal, higiene del/de la resident i del centre, intimitat, relacions interpersonals, entorn, autonomia i llibertat de la persona.

L'estudi d'opinió s'ha d'elaborar almenys cada dos anys. S'aconsella fer l'estudi d'opinió de manera diferenciada per a persones usuàries i per a familiars o referents socials.

Per identificar el grau de satisfacció, el servei d'acolliment residencial ha de disposar de sistemes de recollida de suggeriments, queixes i reclamacions, com ara la bústia, l'escolta activa, els grups focals i les reunions periòdiques. A l'annex 13, s'amplia el tema del tractament dels suggeriments i les reclamacions.

A partir d'aquest estudi d'opinió, i conjuntament amb l'anàlisi de les queixes, les reclamacions, els suggeriments i les propostes de millora, cal elaborar un informe, almenys, cada any. Aquest informe ha d'incloure els resultats obtinguts i les propostes de millora. Sempre que sigui possible, l'informe ha de ser consensuat entre els/les professionals, els/les residents i els familiars o els referents socials.

58. http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq_03.htm (web consultada el 17 de novembre de 2009).

4.2. Situacions especials de les persones residents

4.2.1. Situacions conflictives per incompliment de la normativa

El reglament de règim interior és un instrument regulat normativament que, a més, ens ajuda a identificar possibles àrees d'intervenció i suport que necessita la persona.⁵⁹

Quan es presenta una situació conflictiva al centre, cal tenir en compte les consideracions següents per interpretar i aplicar el reglament:

Consideracions tècniques

a. Indicadors per a la valoració del problema:

1. Context en el qual es desenvolupa la conducta:
 - Desencadenants previs.
 - Repercussió en l'entorn físic i en el grup.
2. Estat psicopatològic en el moment en què es produeix la conducta.
3. Capacitat d'autogestió: responsabilitat, autonomia i presa de decisions.

b. Criteris per determinar el tipus d'acció que cal portar a terme en funció de dues variables bàsiques:

1. Gravetat de la conducta.
2. Freqüència de la conducta.

c. Objectiu de les mesures que cal adoptar:

1. Restituir el dany:
 - Si es tracta de béns materials, pagar algun desperfecte o reparar la destrossa.
 - Disculpar-se individualment o públicament.
2. Estudiar la possibilitat d'expulsió per incompliment reiterat del reglament de règim intern.

d. Es poden considerar exemples de faltes lleus i greus les següents:

- Faltes lleus:
 - Incompliment puntual dels deures. En són exemples habituals:
 - Cura inadequada dels béns.
 - Abandonament parcial de la higiene personal.
 - No respectar sempre els horaris i les normes de funcionament.
 - Problemes lleus de convivència i respecte.
 - Deteriorament lleu, intencionat, dels béns.
- Faltes greus:
 - Consum i tràfic de tòxics.
 - Problema greu de respecte davant qualsevol company/a o professional.
 - Manca de pagament de les quotes.
 - Acumulació de faltes lleus.

59. L'article 18.3, apartat B, del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials, especifica els continguts del reglament de règim interior.

L'incompliment continuat, no relacionat amb una fase de descompensació clínica —que eximiria de responsabilitat directa la persona usuària—, implica revisar la situació de la persona en el servei d'acolliment residencial. S'aconsella activar estratègies prèvies a un procés d'expulsió, com, per exemple, l'amonestació per escrit. També cal advertir que no es pot expulsar ningú si està en un període de crisi que en fa necessari l'ingrés psiquiàtric. En tot cas, cal informar de qualsevol expulsió al Servei d'Inspecció i Registre i al servei corresponent de la Delegació Territorial del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Els motius que cal tenir en compte quan es fa un estudi de cessament de contracte són, entre d'altres, els següents:

- Alteració de les condicions contractuals.
- Agreujament de l'estat, de manera que impedeix un tractament ajustat de les necessitats de la persona usuària.
- Derivació de perjudicis greus per als altres o per a un mateix arran de la permanència al centre.
- Manca de pagament.

El centre ha de tenir previst el mecanisme d'actuació per al moment en què es presenti una situació conflictiva que impliqui un procés de presa de decisions.

4.2.2. Procediment que cal seguir quan existeix una persona incapacitada o tutelada

Tret de les obligacions legals (contracte, còpia del reglament intern, ingressos hospitalaris, etc.), l'atenció a les persones incapacitades és, en funció de les necessitats pròpies, exactament igual que la que es presta a les persones no incapacitades. Com en el cas de les famílies o els referents socials, també s'ha d'informar periòdicament de l'evolució del/de la resident el/la tutor/a. A més, s'ha de tenir en compte la necessitat de demanar-ne el vistiplau per a les actuacions i les sortides que puguin suposar un risc afegit per a la persona usuària.

És important establir amb l'entitat tutelar qui es responsabilitza de la guarda i la custòdia de la documentació i dels objectes personals dels/de les residents. Sempre que sigui possible, s'aconsella la signatura de pactes i acords amb l'entitat tutelar per identificar el paper del/de la tutor/a i el del servei d'acolliment residencial en el seguiment de la persona tutelada.⁶⁰

El procés d'incapacitació legal ha de poder ser reversible i l'equip del servei d'acolliment residencial ha d'informar el/la tutor/a quan detecti que la persona ha fet un procés de recuperació de la competència per prendre decisions; aleshores, es pot estudiar la possibilitat de revisar la incapacitació. Si el/la tutor/a no insta el procediment judicial corresponent, es pot posar en coneixement de la fiscalia.

60. Els indicadors de qualitat de les entitats tutelars es poden consultar a: <http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/docs/001058En.pdf> (web consultada el 17 de novembre de 2009).

Finalment, és obligació del servei d'acolliment residencial protegir la persona quan es detecten possibles situacions d'abús, negligència o maltractament. S'aconsella que el centre disposi d'un procediment que s'activi en detectar aquest risc. Aquestes decisions sempre s'han de consensuar amb l'equip i, si escau, amb el/la futur/a tutor/a, especialment si la tutela ha d'ésser exercida per una entitat tutelar.

4.2.3. Procediment que cal seguir davant el consum o la tinença de substàncies

Per millorar la seguretat dels/de les residents i afavorir la convivència, el servei d'acolliment residencial ha de tenir definit un protocol sobre el procediment que cal seguir davant del consum o la tinença de substàncies il·legals o no permeses. A continuació, es presenten alguns elements que poden ajudar a prevenir aquesta situació:

- La informació en el moment de l'ingrés ha de fer esment de la prohibició de consumir i tenir substàncies psicoactives, i de traficant-hi.
- La valoració inicial i periòdica ha d'explorar l'hàbit tòxic de la persona.
- Quan a la valoració inicial o periòdica es detecta un risc tòxic, s'ha de treballar aquest tema amb el/la resident i oferir-li suport, si és necessari, als centres d'atenció i seguiment per als casos de drogoaddicció (CASD). Els/les professionals del servei d'acolliment residencial han d'estar al corrent de l'existència d'aquest risc, amb la finalitat de poder detectar de manera oportuna situacions que requereixin la intervenció de l'equip.
- Cal comentar, en la reunió de l'equip interdisciplinari, els casos problemàtics o amb risc que es presenten i fomentar mesures preventives i de pacte amb el/la resident i la família o el referent social.

4.3. Bones pràctiques en relació amb el personal

Una de les estratègies per a la millora de la qualitat de vida de la persona resident és crear un bon clima laboral i incrementar el grau de satisfacció dels/de les professionals de l'entitat. Per tant, les bones pràctiques amb relació al personal esdevenen un tema cabdal.

Actitud del/de la professional

El/la professional ha de posseir les actituds necessàries per treballar interdisciplinàriament. Cal una visió integradora i capacitat per mantenir el flux d'informació adequat amb la resta de membres de l'equip.

S'ha de mantenir una actitud creativa i en evolució constant. Cal innovar i construir estratègies que permetin una evolució real i positiva de les persones amb discapacitat. A més, i des dels equips, cal dissenyar projectes i programes d'intervenció innovadors.

És deure del/de la professional, amb el suport de l'entitat en què treballa, participar en accions de formació contínua a fi de no permetre que els seus coneixements quedin obsolets en perjudici propi i dels altres.

4.3.1. Processos de selecció, acollida i integració al centre

El sistema de gestió del personal implica l'existència d'una mecànica de definició, selecció, contractació, orientació, formació, desenvolupament i avaluació dels/de les treballadors/es que ajudi a garantir l'existència de personal suficient en nombre, perfil i competències necessàries. Pel que fa a normativa, el Decret 284/1996, modificat pel Decret 176/2000, especifica els requisits del perfil del director/a.

4.3.2. Definició i avaluació de competències

El servei d'acolliment residencial ha de definir clarament les funcions de cadascun dels membres de l'equip. Cal definir el paper que ha de desenvolupar cadascuna de les àrees professionals, tenint en compte la cartera de serveis, el nivell i el tipus de suports que s'ofereixen a les persones residents.

Per a un funcionament correcte, es recomana especificar la gestió de les competències professionals, cosa que comporta la concreció dels coneixements, les actituds i les habilitats necessàries per als diferents perfils professionals.

Amb la finalitat de detectar necessitats de formació, generals i específiques, i poder establir estratègies de millora, és recomanable efectuar una valoració periòdica durant el procés d'acollida i orientació del personal, en els canvis de situació contractual i anualment quan els contractes són indefinits.

4.3.3. La formació continuada i la gestió del coneixement

El servei d'acolliment residencial ha d'elaborar un pla de formació continuada que inclogui les necessitats següents:

- De l'atenció de les persones residents, de la família i de la comunitat.
- Organitzatives.
- D'introducció de projectes o programes nous.
- Del personal.
- Del sector.

El centre ha de tenir definit un pla de formació específic per a les persones que s'hi incorporin que inclogui unes nocions d'orientació general de l'organització i els continguts específics del servei.

Els/les professionals de l'equip interdisciplinari han de dur a terme activitats formatives de manera periòdica per al manteniment i la millora de les seves competències. Es consideren activitats formatives els cursos interns i externs,

els seminaris, els tallers, les jornades i els congressos. En el cas dels cursos interns, han d'estar estructurats i s'hi han d'adjuntar els programes formatius. S'aconsella deixar constància dels certificats acreditatius i programes conforme s'ha assistit a l'activitat, així com l'avaluació del grau d'aprofitament i impacte en el treball diari dels/de les professionals.

Cal registrar en l'expedient individual de cada treballador/a la formació continuada interna i externa que ha realitzat. Es recomana crear una partida pressupostària assignada a les activitats de formació contínua del personal.

4.3.4. La participació del personal

La participació i la implicació de l'equip en els diferents processos és fonamental per assegurar els resultats que es volen assolir. Les reunions són el mecanisme adient per afavorir el procés de participació dels/de les professionals.

Les reunions de l'equip interdisciplinari per tractar temes relacionats amb el programa d'atenció dels/de les residents i els seguiments han de permetre, a més de presentar els casos, l'intercanvi d'informació, l'explicació de les activitats i el comentari de les incidències i de les valoracions.

També es poden convocar reunions d'organització del treball i d'anàlisi. En tot cas, s'aconsella fer una convocatòria indicant l'ordre del dia, mantenir la reunió en l'horari previst i elaborar l'acta amb els temes tractats, els acords presos i els temes pendents.

Es recomana establir un sistema de valoració d'aquestes reunions en què es tinguin en compte l'assistència, la puntualitat, les intervencions, l'acompliment de l'ordre del dia, les aportacions i el seguiment de l'aplicació de les decisions preses.

4.3.5. La promoció i la motivació del personal

Amb la finalitat de poder detectar el grau de satisfacció dels/de les professionals s'han de fer, de manera periòdica, estudis de satisfacció. D'aquesta manera, es poden identificar oportunitats de millora.

Per potenciar i afavorir la motivació dels/de les professionals, es poden dur a terme les activitats següents:

- Acompanyar durant els processos de canvi i ser accessibles per als/a les treballadors/es.
- Conèixer la dinàmica de treball dels diferents torns.
- Practicar l'escolta activa amb els/les professionals.
- Avaluar la competència dels/de les professionals amb un enfocament de millora de l'actuació i del clima de treball.

- Millorar la retenció i mirar de convertir-se en centres magnètics per als/a les professionals del sector.
- Tenir cura de l'entorn laboral dels/de les professionals per tal que puguin desenvolupar un treball en condicions segures, que n'afavoreixi el desenvolupament professional i personal.

Per fomentar l'autonomia professional, en un enfocament de treball transdisciplinari, es poden realitzar les activitats següents:

- Assignar les responsabilitats de cada àrea.
- Afavorir el desenvolupament personal i professional dels/de les diferents membres de l'equip de treball del servei d'acolliment residencial.
- Promoure un enfocament proactiu en la resolució de problemes i cercar les oportunitats de millora.
- Facilitar la comunicació entre els/les diferents membres de l'equip, tant d'atenció directa com indirecta.
- Fomentar la creativitat dels/de les professionals.
- Potenciar la formació continuada relacionada amb el desenvolupament de les competències pròpies i la implementació del pla estratègic del centre i del sector.

4.4. Bones pràctiques en relació amb el funcionament del servei d'acolliment residencial

4.4.1. La millora de l'accessibilitat

4.4.1.1 Accessibilitat dels dormitoris

Els dormitoris de les persones amb discapacitat han d'estar adaptats a les seves capacitats i resultar accessibles. És necessari solucionar qualsevol problema que impedeixi una estada agradable i còmoda. Moltes de les adaptacions necessàries, si no totes, passen per modificar o canviar el mobiliari, la seva disposició o ambdues coses.

A continuació, s'especifiquen una sèrie de recomanacions per millorar l'accessibilitat als dormitoris:⁶¹

- L'amplada mínima recomanable per a qualsevol espai de pas és de 90 cm. Cal ubicar llocs de gir de 1,50 m de diàmetre —l'espai necessari per poder girar una cadira de rodes amb comoditat—, com a mínim, cada 10 metres.
- El capçal, el peu i les baranes del llit resulten molt útils per a les persones amb mobilitat reduïda, perquè agafant-s'hi poden enllitar-se, aixecar-se o canviar de posició al llit.
- En molts casos és aconsellable disposar d'un llit articulat que sigui regulable per la mateixa persona usuària quan està enllitada. Calen un motor i un comandament elèctric.

61. Cerezueta Martínez, J. B.; Moreno Fernández, M. J.; Sánchez Herrero, M. J. *Los mayores y su hogar*. Madrid: IMSERSO, 2000. Comisión Nacional de Fomento de la Vivienda (2003): annex III. *Criterios de diseño y construcción para vivienda adaptable y accesible*. México DF. Disponible a: http://www.conafovi.gob.mx/Publicaciones/Vivienda_Accesible.pdf. (Web consultada el 17 de novembre de 2009). Reial Decret 556/1989, de 19 de maig, pel qual s'arbitren mesures mínimes sobre accessibilitat als edificis. IBV. *Guía de recomendaciones para diseño y selección de mobiliario para personas mayores*. Madrid: IMSERSO, 1995. Poveda, R. et al. *Manual del usuario de grúas de transferencia*. València: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2000.

- També és imprescindible disposar de grues de transferència que permetin moure la persona des del llit fins a la cadira de rodes, i a la inversa. La grua pot ser fixa, mòbil o de sostre.
- Si és necessari que hi hagi catifes, és convenient fixar-les a terra amb una xarxa antilliscant de goma o amb cinta adhesiva de doble cara per evitar que es moguin i provoquin relliscades o ensopegades.
- És convenient que els calaixos tinguin un agafador de vores arrodonides en lloc de pom, que puguin obrir-se amb una sola mà i que, a més, disposin d'un topall perquè no puguin caure i de rodaments perquè la força emprada sigui mínima.
- Es recomana col·locar cantoneres de goma als mobles per evitar fer-se mal en cas de cop o ensopegada.
- Els interruptors i les bases d'endoll haurien d'estar a l'abast de la persona. A més, és convenient que siguin d'un color contrastat i incorporin un pilot lluminós per localitzar-los fàcilment en la penombra o en la foscor.
- La il·luminació ha de ser suficient per permetre una lectura còmoda, i pot ser mitjançant llums de paret o sobre les tauletes de nit.
- Si cal arrossegar mobles, és bona idea col·locar discos lliscants de feltre o tefló a la base de les potes, la qual cosa en facilita el lliscament sense esforç.
- Per recollir coses de terra sense necessitat d'ajupir-se es poden utilitzar unes pinces de llarg abast.
- També fóra bo disposar de comandaments a distància per manejar els aparells d'ús més habitual: el televisor, l'aire condicionat, l'equip de música, etc. És interessant adquirir telèfons sense fil, que permeten conversar assegut còmodament o durant els desplaçaments a altres espais.
- El dormitori ha de disposar d'ajudes tècniques que permetin l'accés a la informació a través de senyals acústics, visuals i tàctils. En el cas de persones amb discapacitats auditives, és necessari instal·lar-hi avisadors lluminosos per a timbres. És recomanable poder tenir telèfon i Internet dins de la dependència.
- A més, cal vetllar per tal que els itineraris entre el llit i l'entrada de l'habitació estiguin lliures d'obstacles.

4.4.1.2. Accessibilitat dels banys i dels vàters

El bany és l'espai per a la higiene vital i imprescindible on, a més de les funcions fisiològiques, es duen a terme altres activitats que tenen a veure amb el cos i les seves cures. Aquests espais han de permetre l'accés, la mobilitat interior i l'ús a totes les persones amb discapacitat.

A continuació, es detallen els elements que garanteixen l'accessibilitat integral a la cambra de bany:

Senyalització: el vàter i el bany accessible s'han d'identificar amb el símbol internacional d'accessibilitat.

Accés: la porta d'entrada ha de tenir una amplada lliure de pas suficient per permetre l'accés de les persones usuàries de cadira de rodes, bastons, etc. La porta ha de disposar d'un forrellat que permeti conèixer la disponibilitat del bany des de l'exterior. La maneta d'obertura de la porta ha de ser d'accionament i manipulació fàcils; la tanca de la porta ha de ser desbloquejable des de l'exterior i el seu disseny i grandària han de permetre'n la utilització a persones amb problemes de mobilitat a les mans. L'obertura de la porta ha de ser preferiblement cap a l'exterior o bé s'hi ha d'instal·lar una porta corredissa.

Dimensions interiors: les dimensions interiors de la cambra de bany han de permetre la inscripció d'un cercle d'1,50 m de diàmetre lliure d'obstacles i fora de la confluència de l'arc del recorregut de la porta. Això permet a una persona usuària de cadira de rodes o de bastons moure's de manera còmoda i segura.

Mecanismes de control ambiental: els mecanismes elèctrics han de permetre una manipulació fàcil i han d'estar a l'abast de les persones usuàries de cadires de rodes. Els interruptors han de ser de pressió de gran superfície i cal evitar els de gir o palanca. Els mecanismes s'han de diferenciar cromàticament de la superfície on se situïn.

Seguretat: hi ha d'haver un sistema d'alarma visual i acústica a l'interior que pugui ser utilitzat per totes les persones usuàries.

Aparells sanitaris: com a característica general, es pot assenyalar que han de contrastar en color amb els paraments als quals estiguin adossats.

Lavabo: sempre que sigui possible, el lavabo s'ha de muntar sobre un bastidor que permeti regular-ne l'alçada d'ús. El lavabo no pot tenir peu ni mobiliari inferior que impedeixi l'acostament frontal d'una persona usuària de cadira de rodes. Si el lavabo està encastat en un sobre, el faldó no pot impedir l'acostament frontal d'una persona usuària de cadira de rodes i cal deixar-hi lliure una alçada inferior mínima de 70 cm. L'aixeta s'ha d'accionar mitjançant un mecanisme de pressió o de palanca.

Vàter: el plànol del seient del vàter ha d'estar col·locat a 45-47 cm d'alçada per facilitar la transferència, seure-hi i aixecar-se'n. El vàter ha de tenir a un costat —i, si és possible, a tots dos costats— un espai lliure suficient —de 75 cm, com a mínim— per situar-hi la cadira de rodes i fer la transferència.

Urinari: l'alçada de col·locació d'almenys un dels urinaris ha de permetre la utilització, per part dels infants i les persones de talla baixa. La seva ubicació ha de permetre l'acostament frontal d'una persona usuària de cadira de rodes. Almenys un dels urinaris ha de tenir agafadors fermament ancorats al parament.

Barres d'ajuda: el vàter ha de disposar de dues barres d'ajuda fermament ancorades que permetin recolzar-s'hi o agafar-s'hi amb força en la transferència. La barra situada al costat de l'espai d'aproximació ha de ser abatible. Si l'aproximació es pot fer pels dos costats del vàter, ambdues barres han de ser abatibles i s'han de col·locar a 35 cm de l'eix del vàter i a 70-75 cm d'alçada.

Paviment: el paviment ha de ser no lliscant tant en sec com en mullat, i ha d'estar ben col·locat, sense celles ni sortints. El color del paviment ha de contrastar amb el dels paraments verticals. El revestiment dels paraments no ha de ser lluent, per evitar els reflexos.

Accessoris: tots els accessoris s'han de col·locar dins de la longitud d'abast de les persones usuàries de cadires de rodes.⁶²

Mirall: la mesura mínima del mirall ha de ser de 46 cm d'amplada per 137 cm d'alçada i ha d'estar col·locat de manera que tant una persona asseguda com una persona dempeus s'hi puguin veure. El mirall pot ser inclinable aproximadament en 10°. S'han d'evitar els reflexos i els centelleigs molestos.

Il·luminació: el nivell d'il·luminació a l'interior de la cambra de bany ha de ser suficient.

Dutxa: el plat de la dutxa ha de tenir unes dimensions de 135 x 135 cm o 235 x 235 cm, si es necessita la intervenció d'assistents. No ha de tenir vores per possibilitar l'accés amb cadira de rodes de bany. Hi ha cadires de rodes per a dutxa i també cadires sense rodes, que fan més còmoda i segura la higiene.

El terra s'ha d'impermeabilitzar amb pendents d'un 2% aproximadament, però sense deixar-hi sortints. La reixeta o l'albelló ha de tenir orificis menors de 2 cm. S'ha de poder arribar a les aixetes des d'una posició asseguda i des de l'exterior del recinte de la dutxa. Ha d'estar dotada de seient abatible o no fix. La profunditat del seient ha de permetre rentar l'esquena.

4.4.2. La seguretat en el servei d'acolliment residencial. La prevenció de riscos

El servei d'acolliment residencial ha de desenvolupar un sistema de gestió de riscos que comporti una valoració sistemàtica tant dels riscos existents en el procés d'atenció a la persona com dels riscos estructurals o dels relacionats amb la integració a l'entorn. El centre ha de disposar d'un sistema de registre, d'anàlisi de resultats i de propostes de millora. Els principals riscos que cal monitorar són: risc d'autolesió i d'heterolesió, risc tòxic, risc de caigudes, risc funcional i risc nutricional. Cal disposar de protocols d'actuació on s'especifiquin les estratègies preventives en activitats que s'han de dur a terme.

62. Diversos autors. *Guia tècnica d'accessibilitat en l'edificació*. Madrid: Ministeri de Foment, 2001. Permet consultar-hi longituds d'abast.

D'altra banda, cal tenir en compte tota la normativa relacionada amb l'entorn dels serveis d'acolliment residencial. S'aconsella l'existència d'un pla de protecció que tingui en compte la seguretat de les instal·lacions, les mesures per a la protecció de les persones, la prevenció i l'actuació davant una situació de foc o de catàstrofe, el manteniment i la cura de l'equipament utilitzat al centre i les mesures relacionades per assegurar el funcionament i la utilització adequats dels subministraments del centre (aigua, llum, electricitat i sistema de comunicacions).

Finalment, cada centre ha de fer una valoració dels riscos que hi ha en l'àmbit laboral i assegurar el compliment de la normativa existent en aquest sentit.⁶³

4.4.3. Hàbits relacionats amb el manteniment i la utilització d'espais del servei d'acolliment residencial

4.4.3.1. Manteniment de l'habitació

L'habitació pot ser un espai compartit, però sempre s'ha de garantir que disposi dels elements estructurals, d'intimitat i de seguretat necessaris.

Aquest és un espai en el qual la persona pot gaudir d'intimitat i s'ha de procurar que pugui disposar dels seus objectes significatius tant com sigui possible, ja que això ajuda en els processos afectius de vinculació amb l'entorn.

Entre els hàbits de vida del/de la resident, cal incidir també en l'ordre, la neteja i el manteniment de l'habitació, així com del seu entorn més immediat i personalitzat.

Per afavorir l'adquisició, la recuperació o el manteniment d'hàbits en l'endrega i l'ordre de l'habitació es pot dissenyar un sistema periòdic de programació i seguiment. Cal establir les activitats de neteja que s'han de fer de manera diària, setmanal, mensual, trimestral o semestral, especificant-ne la data prevista, la periodicitat, les persones responsables de portar-la a terme, els productes emprats i les observacions.

S'aconsella especificar quines són les responsabilitats de les persones residents i en quines reben suport, i quines són les responsabilitats del personal del servei d'acolliment residencial.

4.4.3.2. Manteniment del servei d'acolliment residencial

A continuació, s'expliciten una sèrie de recomanacions que convé que es tinguin en compte per a la millora de l'adequació i el confort de les instal·lacions:

1. Els espais estan suficientment diversificats per permetre el desenvolupament continu i sense interferències de diferents activitats.

63. Consulteu la normativa i les recomanacions del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. La informació sobre la normativa aplicable es pot consultar a: <http://www.mtas.es/insht/FDN/index.htm> (consulta efectuada el 12/4/06). Les guies tècniques es poden consultar a <http://www.mtas.es> (consulta efectuada el 2 de desembre de 2009).

2. Els dormitoris s'adeqüen a les necessitats individuals, d'intimitat i d'independència i a les peculiaritats del son de cadascú.
3. Es garanteix la separació necessària per garantir la intimitat dels/de les residents.
4. L'equipament i el mobiliari estan en bon estat de funcionament i no hi ha restes d'òxid o d'altres substàncies que puguin ocasionar lesions a les persones usuàries.
5. El protocol de neteja se segueix i no hi ha olors provinents de detritus fisiològics.
6. El repintat de les parets es fa amb la periodicitat suficient —com a mínim cada tres anys— perquè aquestes estiguin en bon estat.
7. El centre disposa dels mitjans per tenir una temperatura adequada.
8. Hi ha telèfons disponibles, accessibles per als/a les residents i en espais que possibiliten mantenir converses privades.
9. Hi ha un espai de primers auxilis.
10. El centre compleix la normativa de seguretat.
11. Tots els espais són accessibles per a persones amb mobilitat reduïda.
12. Sempre que sigui possible, s'aconsella que les habitacions siguin individuals i que el centre disposi d'habitacions per a parelles.

En els processos de millora de la convivència, és bàsica la participació i la col·laboració del/de la resident en les activitats comunes de manteniment i millora del servei d'acolliment residencial. S'hi inclouen tots aquells aspectes que cal tenir en compte per a una bona cura de la neteja i una millora de l'entorn individual i col·lectiu.

El personal del servei d'acolliment residencial ha de contribuir a crear un ambient que permeti treballar diferents aspectes i hàbits dels/de les residents, millorar la competència personal i afavorir la convivència. Cal promoure que els/les residents tinguin cura dels espais comunitaris que ocupen habitualment per tal de potenciar les seves habilitats individuals i recuperar o millorar els seus hàbits.

La persona ha de saber quina aportació ha de fer al manteniment dels espais comuns. Dins del programa d'atenció pactat amb el/la resident ha de quedar reflectit com ha de ser la seva participació i quin ha de ser el grau d'implicació.

Hi ha d'haver una planificació detallada de les tasques que ha de dur a terme cada resident; s'hi han d'especificar les activitats concretes i els dies i els horaris de realització de cada tasca.

S'aconsella dissenyar un full de seguiment de la programació i de la realització de cada activitat. Es recomana especificar-hi la data prevista, la periodicitat, les persones responsables de portar-la a terme, els suports que cal activar, els productes que s'han d'utilitzar i les observacions.

4.4.4. Adaptació de l'entorn per a la millora de l'autonomia

4.4.4.1. Les ajudes tècniques

D'acord amb la definició de l'Organització Internacional de Normalització,⁶⁴ es consideren ajudes tècniques tots aquells productes, instruments, equips o sistemes tècnics utilitzats per una persona amb discapacitat, fabricats especialment o disponibles al mercat, per prevenir, compensar, mitigar o neutralitzar una deficiència, una discapacitat o una minusvalidesa. La possibilitat d'utilitzar-les és un dret de la persona amb discapacitat.

Les ajudes tècniques es poden classificar en les categories següents:

- Ajudes per al tractament i l'entrenament.
- Ortesi i exopròtesi.
- Ajudes per a la protecció i la cura personal.
- Ajudes per a la mobilitat personal.
- Ajudes per a les tasques domèstiques.
- Mobiliari i adaptacions de la residència i altres edificis.
- Ajudes per a la comunicació, la informació i la senyalització.
- Ajudes per a la manipulació de productes i mercaderies.
- Ajudes i equipament per a la millora de l'entorn. Eines i màquines.
- Ajudes per a l'oci i el temps lliure.

Les ajudes tècniques permeten a les persones que presenten una discapacitat realitzar activitats que, sense aquesta ajuda, no podrien dur a terme o els suposarien un esforç més gran. Les ajudes tècniques han de contribuir a reduir el desavantatge social de la persona amb discapacitat i, per tant, han de ser efectives i respondre de manera directa a les necessitats per a les quals han estat concebudes.

Les ajudes tècniques són un recurs indiscutible per al manteniment del nivell d'autonomia, faciliten la realització de les activitats de la vida quotidiana i permeten la consecució d'una tasca específica, ja sigui de tipus lúdic, social, laboral o terapèutic. Han de ser un instrument destinat a ser utilitzat amb finalitats de prevenció, control, tractament, alleugeriment o compensació d'una lesió o d'una deficiència. A l'annex 14, es poden consultar les ajudes tècniques més significatives en una residència.

La causa que ha generat la discapacitat, l'etapa de la vida i la situació social en la qual apareix, el grau de discapacitat i la capacitat i l'habilitat per a l'aprenentatge i l'ensinistrament són elements fonamentals a l'hora de determinar l'ajuda tècnica adequada per a cada persona. Es fa necessària, per tant, la personalització de les ajudes, amb l'objectiu d'adaptar-les a les característiques individuals de les persones usuàries. Cal assegurar-se que les ajudes tècniques se seleccionen adequadament segons les potencialitats i les capacitats d'utilització de les persones amb discapacitat.

64. Normalització (norma UNE-EN ISO 9999:2002): http://sid.usal.es/mostrar-ficha.asp_Q_ID_E_7561_A_fichero_E_8.3. (Web consultada el 17 de novembre de 2009).

- Ajudes tècniques i la “igualtat de condicions”

La majoria de les ajudes tècniques que utilitzen les persones amb discapacitat permeten un accés major a l'entorn i serveixen per minorar els efectes de la discapacitat. Entre les diferents ajudes tècniques, podem trobar multitud d'elements que faciliten la independència i l'autonomia, com és el cas dels estris de cuina, els coberts, els plats i els gots adaptats, les estovalles antilliscants, els estris per a la higiene personal, les manyoples ajustables, els alicorns, etc.

Les ajudes tècniques faciliten la inclusió social de les persones amb discapacitat i contribueixen a la seva integració laboral. Es troben elements de diferents tipus que ajuden a facilitar la inclusió de les persones, com els instruments de treball adaptats, els jocs, el material esportiu, etc. És important ressaltar totes aquelles ajudes que resulten imprescindibles per al desenvolupament de la comunicació, com ara les pròtesis auditives, els mitjans auxiliars visuals i auditius, l'adaptació per a timbres, l'adaptació per a telèfons, els teclats d'ordinador adaptats per a esquerrans, etc.

En moltes ocasions, les ajudes tècniques són necessàries per realitzar les activitats bàsiques de vida diària, com ara menjar, caminar, escoltar, agafar un objecte, comunicar-se, etc.; per tant, són un bé de primera necessitat i s'han d'incloure entre les prioritats màximes de l'atenció integral dels serveis d'acolliment residencial.

Les ortesis són productes d'ús extern que s'adapten individualment a la persona i es destinen a modificar les condicions estructurals o funcionals del sistema neuromuscular i esquelètic. Tenen com a finalitat contribuir a donar al cos una forma convenient amb una finalitat funcional.

En general, s'ha de valorar la funcionalitat i l'ajust de les ortesis tenint en compte les recomanacions generals següents:⁶⁵

- Valorar si la fèrula fa la funció per a la qual es va dissenyar.
- Revisar-ne els interiors i els contorns. Han d'estar encoixinats i ser llisos per evitar lesions.
- Observar la pell per detectar àrees envermellides que indiquen que fa una pressió excessiva. Valorar en tot cas si aquestes àrees desapareixen minuts després de retirar la fèrula o bé persisteixen. Si persisteixen, cal fer una nova valoració per modificar o canviar la fèrula.
- Valorar la possible aparició d'edema o la pèrdua de sensibilitat, motiu pel qual s'ha de modificar o canviar la fèrula.
- Comprovar si la persona se sap col·locar la fèrula correctament.
- Cal tenir en compte l'estètica d'aquest dispositiu.

65. Equip Sociosanitari d'Avaluació i Suport Especialitzat en Neurorehabilitació. *Potenciació de l'autonomia*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 2000, pàg. 86.

- Professionals que hi participen

S'ha de potenciar la presència de tots els/les professionals que participen en l'assessorament, l'adquisició i l'entrenament per al maneig d'ajudes tècniques destinades a les persones amb discapacitat. Hi destaca la participació dels/de les tècnics/ques ortopèdics/ques, que haurien de ser elements actius i assessors qualificats. S'ha de potenciar, d'igual manera, la presència dels/de les metges/esses rehabilitadors/es, que, amb el coneixement tècnic de la discapacitat, són de vital importància a l'hora de realitzar-ne la prescripció.

Els fisioterapeutes, a més d'avaluar i controlar l'ús de l'ajuda tècnica utilitzada per la persona, han de dur a terme tasques d'ensinistrament i donar suport a la implantació d'aquesta ajuda. A més, com a coneixedors/es directes de les possibilitats funcionals i de les potencialitats del/de la resident, poden elaborar informes i propostes adreçades als diferents especialistes perquè prescriuin, si ho consideren adient, l'adquisició d'una determinada ajuda tècnica.

Els terapeutes ocupacionals avaluen la persona usuària en la seva globalitat; no valoren tan sols els aspectes físics, sinó també els ambientals i socials, amb la finalitat d'identificar la millor adaptació possible a l'entorn. També és fonamental la seva participació en el disseny, l'assessorament i la fabricació de les ajudes tècniques.

Els/les treballadors socials informen els/les residents sobre els procediments existents per a l'adquisició i el finançament de les ajudes tècniques, indicant-los com poden tenir-hi accés. A més, és important també que transmetin la informació respecte a les novetats que van sorgint en aquest sector.

Altres professionals directament vinculats/des són els/les metges/esses rehabilitadors/es especialistes en traumatologia, otorinolaringologia, audio-pròtesis, audiologia, logopèdia, podologia, etc.

- Participació del/de la resident

La presència i la participació de les persones amb discapacitat en aquest procés és indispensable; no han de ser subjectes passius, per la qual cosa se n'ha de potenciar la participació activa en la totalitat d'aquest procediment.

4.4.4.2. Realització d'activitats de la vida diària

- Potenciar l'autocura

Les activitats de la vida diària, tant bàsiques (higiene, alimentació, vestit...) com instrumentals (activitats a la llar, maneig de diners...), es consideren objectiu i eina de valoració i tractament.

El desenvolupament d'aquestes tasques amb la mínima ajuda és un indicatiu important del grau d'autonomia assolit per la persona. A més, es potencia l'autoestima i l'acceptació progressiva de la discapacitat. En la majoria de casos de persones amb malaltia neurològica, s'ha d'entrenar un nou mètode per tal que les puguin portar a terme de la manera més autònoma possible.

Per això, és important potenciar totes aquelles capacitats de moviment i execució preservades, fent les modificacions que calgui i dotant la persona dels mitjans per a la resolució de problemes durant l'execució d'aquestes tasques.

4.5. Millora de la qualitat al centre

El servei d'acolliment residencial ha de tenir un sistema de gestió de la qualitat amb el disseny previ del programa, tenint-ne en compte la definició, la missió, la visió i els valors. Ha de desenvolupar un sistema per garantir l'atenció a la persona usuària i disposar de mecanismes que li permetin identificar el grau de satisfacció dels/de les residents, de les famílies i de les organitzacions clau amb les quals es relaciona. Aquest sistema té per finalitat identificar oportunitats de millora, així com avaluar els resultats del procés d'atenció i suport a la persona i a la família en un entorn comunitari. El cercle de millora contínua de la qualitat ajuda els/les professionals a planificar (P), dur a terme (D), controlar (C) i posar en pràctica les intervencions de manera ajustada, en funció del que s'ha après de l'anàlisi dels resultats mateixos (A).

El servei d'acolliment residencial ha de tenir un sistema per monitorar els indicadors principals del procés d'atenció, així com per definir la metodologia, la infraestructura i els mitjans per portar a terme els diferents processos de millora que es plantegin en funció dels resultats obtinguts i dels recursos existents. Els principals indicadors que és aconsellable monitorar són els següents: indicadors relacionats amb la gestió i la utilització dels recursos, indicadors d'activitat, indicadors de participació i indicadors de resultats clau.

Bibliografia

- Álvarez de Quevedo, P.; Camós, J. M.; Colon, J.; Pedro, P.; García Almeijeiras, C.; Trujillo, L. *Guia d'ajuts tècnics per a les activitats de la vida diària i ocupacionals per a la gent gran*. Barcelona: Servei Català de la Salut - Regió Sanitària de Ponent, 1996.
- ASPRONA. *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual. Cuaderno de Buenas Prácticas*. Valladolid: FEAPS.
- Cantero, L. *Com treballar l'autodeterminació en els serveis residencials*. VI Jornades d'Habitatges APPS, gener de 2005.
- Catàleg del CEAPAT. <<http://www.catalogo-ceapat.org>> (web consultada el 17 de novembre de 2009).
- Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). <<http://www.ceapat.org>>. (Web consultada el 17 de novembre de 2009).
- Cerezuela Martínez, J. B.; Moreno Fernández, M. J.; Sánchez Herrero, M. J. *Los mayores y las zonas de estar*. Madrid: IMSERSO, 2000.
- CIDEM. *Guies de suport a la innovació*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.
- Correas, A.; Carrasco, A. "Cuidados de enfermería del paciente ingresado con un ictus". A: Rey, A.; Ezpeleta, D.; Saura, J.; Pérez, C.; Aguilar, M.; Romero, I. *Enfermedades vasculares cerebrales: un enfoque multidisciplinario*. Terrassa: Serafi, 2000.
- *Criterios de diseño y construcción para vivienda adaptable y accesible*. México DF. <http://www.conafovi.gob.mx/Publicaciones/Vivienda_Accesible.pdf> (web consultada el 17 de novembre de 2009).
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 3148, de 26 de maig de 2000, pàg. 6743).
- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 2237, de 31 de juliol de 1996, pàg. 8210).
- Departament de Benestar i Família. *Pla integral de les persones amb disminució física a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.
- Diversos autors. *Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual*. Madrid: ONCE, 2003.
- Diversos autors. *Guia tècnica d'accessibilitat en l'edificació*. Madrid: Ministeri de Foment, 2001.
- Equip sociosanitari d'avaluació i suport especialitzat en neurorehabilitació. *Potenciació de l'autonomia*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 2000.

- FEAPS. *Manuales de buena práctica. vivienda y residencia*. Barcelona: FEAPS, 1999.
- Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV). <<http://www.ibv.org>> (web consultada el 17 de noviembre de 2009).
- Instituto de Biomecánica de Valencia. *Guía de recomendaciones para diseño y selección de mobiliario para personas mayores*. Madrid: IMSERSO, 1995.
- Llei 38/1999, d'ordenació en l'edificació.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. Donde obtener información: <http://www.ceapat.org/docs/ficheros/200711260002_4_4_1.doc> (web consultada el 17 de noviembre de 2009).
- Moreno, J. A.; Andrés, C.; García, I.; Suárez, A.; Miranda, T. "Rehabilitación y esclerosis múltiple". *Medicina de Rehabilitación*. Madrid, XIV, 3, pàg. 17-25, 2001.
- Novell Alsina, R.; Rueda Quítillet, P.; Salvador Carulla, L. *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. Barcelona: FEAPS. <http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/trastorno_salud_mental.pdf>
- Poveda, R. et al. *Manual del usuario de grúas de transferencia*. València: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2000.
- Real Decret 556/1989, de 19 de maig, pel qual s'arbitren mesures mínimes sobre l'accessibilitat als edificis (BOE núm. 122 de 23 de maig de 1989).
- Schalock, R. *Jornades qualitat de vida en els serveis socials*. Barcelona: ICASS, 2006.
- Schalock, R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- UNE 41523 Accesibilitat en l'edificació. Espais higienicosanitaris.
- United Nations Enable. Accessibility for the Disabled. *A Design Manual for a Barrier Free Environment*. <<http://www.un.org/esa/socdev/enable/design>> (web consultada el 17 de novembre de 2009).
- Wehmeyer, M. "Autodeterminación: una visión de conjunto conceptual y análisis empírico". *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, vol. 32, 194, 2001.

Annexos

Annex 1. Normatives legals aplicables



- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 2237), modificat pel Decret 176/2000, de 15 de maig (DOGC núm. 3148).
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 3148).
- Ordre BEE/33/2003, de 10 de gener, per la qual s'obre convocatòria i s'aproven les bases per a la concessió d'ajuts a persones naturals per a programes del Departament de Benestar i Família en matèria de serveis socials (DOGC núm. 3812).
- Decret 271/2003, de 4 de novembre, dels serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat (DOGC núm. 4013).



A 2

Annex 2. Guia per al desenvolupament de la cartera de serveis

En l'elaboració de la cartera de serveis dels centres, s'aconsella tenir en compte els elements següents:

- La cartera de serveis inclou la definició dels apartats següents:
 - Descripció del servei.
 - Objectius.
 - A qui s'adreça (perfil de persones usuàries a les quals es destinen les diferents activitats que s'ofereixen en el dispositiu).
 - Capacitat.
 - Preu del servei.
 - Qui l'ofereix.
 - Personal responsable.
- La cartera de serveis especifica els requeriments per accedir al servei:
 - Requisits.
 - Procés que cal seguir.
 - Presentació de la sol·licitud.
 - Termini de resposta.
 - Criteris de valoració.
- La cartera de serveis defineix els àmbits d'atenció següents:
 - Instal·lacions del centre.
 - Recursos humans disponibles.
 - Procés d'admissió i acollida estructurats.
 - Atenció personalitzada i individualitzada.
 - Programació d'activitats terapèutiques.
 - Alimentació equilibrada i variada.
 - Avaluació de l'opinió de les persones usuàries.
 - Relació amb les famílies.
 - Atenció mèdica.
 - Atenció als problemes judicials.
 - Contribució als costos.
 - Seguiment després de l'alta.

Annex 3. Exemples de suports per a la millora de la qualitat de vida⁶⁶



Dimensió	Indicadors més utilitzats	Funcions de suport	Exemples de tècniques de millora
Benestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacció • Autoconcepte • Absència d'estrès 	<ul style="list-style-type: none"> • Suport emocional • Grups de suport • Orientació • Serveis de salut mental o d'abús de substàncies • Assessorament • Tractament 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la seguretat • Permetre l'espiritualitat • Proporcionar feedback positiu • Mantenir un nivell de medicació psicotròpica tan baix com sigui possible • Reduir l'estrès • Promoure l'èxit • Fomentar ambients estables, segurs i predictibles
Relacions interpersonals	<ul style="list-style-type: none"> • Interaccions • Relacions • Suport 	<ul style="list-style-type: none"> • Amistats • Desenvolupament d'habilitats en grup • Socialització • Promoció de grups de suport entre iguals • Ajuts per a la comunicació 	<ul style="list-style-type: none"> • Permetre la intimitat • Permetre l'afectivitat • Donar suport a la família • Fomentar les interaccions • Potenciar les amistats • Proporcionar suport
Benestar material	<ul style="list-style-type: none"> • Estatus financer • Feina • Habitatge 	<ul style="list-style-type: none"> • Suport econòmic • Suport en el maneig dels diners • Accés a ajudes econòmiques • Adequació de beneficis laborals • Creació de treball 	<ul style="list-style-type: none"> • Permetre tenir propietats • Defensar la seguretat econòmica • Assolir entorns segurs • Donar suport en la feina • Fomentar les possessions
Desenvolupament personal	<ul style="list-style-type: none"> • Educació • Competència personal • Desenvolupament 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratègies compensatòries (p. ex., ajudes per a la memorització) • Estratègies de solució de problemes • Autocontrol • Estratègies d'entrenament en l'ús del transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar educació i rehabilitació • Ensenyar habilitats funcionals • Proporcionar activitats professionals i no professionals • Potenciar el desenvolupament d'habilitats • Afavorir la utilització de tecnologia augmentativa

66. Schallock, R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

Dimensió	Indicadors més utilitzats	Funcions de suport	Exemples de tècniques de millora
Benestar físic	<ul style="list-style-type: none"> • Estat de salut • Activitats de la vida diària • Oci 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisió d'atenció sanitària domiciliària • Activitats terapèutiques • Intervencions mèdiques • Transferència i mobilitat • Procediments d'emergència 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar l'atenció sanitària • Potenciar la mobilitat • Donar suport en oportunitats significatives d'oci i de temps lliure • Fomentar una nutrició adequada • Donar suport en activitats de la vida diària • Promoure la bona forma física, la nutrició, els estils de vida saludables i el maneig de l'estrès
Autodeterminació	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia i control personal • Metes i valors personals • Eleccions 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar preferències individuals en activitats diàries • Instrucció en presa de decisions • Promoció de grups reivindicatius • Foment de la capacitat d'elegir i presa d'iniciativa • Desenvolupament d'habilitats d'autodefensa 	<ul style="list-style-type: none"> • Permetre realitzar eleccions • Permetre el control personal • Permetre la presa de decisions • Donar suport en l'establiment de les metes personals
Inclusió social	<ul style="list-style-type: none"> • Integració i participació en la comunitat • Rols comunitaris • Suport social 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusió social • Activitats inclusives a la comunitat • Proporcionar informació sobre la comunitat • Construir un sentit de comunitat • Identificar suport en l'entorn • Participar en activitats comunitàries elegides 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoure el contacte amb xarxes de suport naturals • Promoure el desenvolupament de rols i estils de vida positius • Potenciar entorns normalitzats i integrats • Donar suport al voluntariat
Drets	<ul style="list-style-type: none"> • Drets humans (respecte, dignitat, igualtat) • Drets legals (ciutadania, accessos, processos legals...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protecció i assistència legal • Reivindicació de beneficis • Reivindicació de la capacitat de ser lliure i de ser el propi tutor • Coordinació de recursos i serveis necessaris per a l'individu • Grups reivindicatius 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar la privacitat • Fomentar el vot • Reduir barreres • Garantir processos legals justos • Fomentar l'accés a la propietat • Fomentar les responsabilitats cíviques

Annex 4. Proposta orientativa per a la valoració de les relacions interpersonals



1. Companys/es

Com definiries les relacions en aquest àmbit?

- Conflictives. No n'hi ha i quan es donen es manifesten en conflictes, desavinences, etc.
- Absents. No n'hi ha. La persona es manté aïllada, distant i rebutja els apropaments dels altres.
- Mínimes. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, però no té relacions significatives amb ningú ni amb cap grup d'una o dues persones.
- Normals. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, té relacions significatives amb un nombre important de persones.
- Bones. A més, és una persona que es mostra càlida i acollidora. És un líder positiu.
- Superiors. És un líder i referent positiu per a molts/es companys/es.
- Desinhibides. Té relacions interpersonals indiscriminades i excessives.

En cas que es valorin com insuficients o inadequades, indica quina creus que n'és la causa:

- Manca d'oportunitats.
- Rebuig.
- Manca d'habilitats.
- Trets inadequats.
- Malaltia mental o personalitat.
- El grup amb qui està no es correspon amb els seus interessos, habilitats, etc.

Observacions:

2. Professionals

Com definiries les relacions en aquest àmbit?

- Conflictives. No n'hi ha i quan es donen es manifesten en exigències, conflictes, desavinences, etc. La relació amb la persona és font d'estrès per als/a les professionals.
- Absents. No n'hi ha. La persona es manté aïllada, distant i rebutja la relació afectiva amb els/les professionals.

- c. Mínimes. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, però no té relacions de familiaritat amb ningú ni amb cap grup d'un/a o dos/dues professionals.
- d. Normals. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, té relacions significatives amb un nombre important de treballadors/es.
- e. Dependents. Manifesta molta dependència i uns vincles emocionals excessius amb recerca d'exclusivitat o tracte especial.

En cas que es valorin com insuficients o inadequades, indica quina creus que n'és la causa:

- a. Manca d'oportunitats.
- b. Rebuig.
- c. Manca d'habilitats.
- d. Trets inadequats.
- e. Malaltia mental o personalitat.
- f. L'organització del personal —horaris, tasques assignades, etc.— dificulta la relació.

Observacions:

3. Família

Com definiries les relacions en aquest àmbit?

- a. Conflictives. Es manifesten en conflictes, desavinences, etc. La relació amb la família és font d'estrès per a la persona.
- b. Negatives. Es manifesten en exigència, desafiaments, culpabilització, etc. La relació amb la persona suposa font d'estrès per als altres membres de la família.
- c. Absents. No n'hi ha. La persona es manté aïllada, distant i rebutja la relació afectiva amb la família, malgrat els intents d'aquesta.
- d. Mínimes. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, però no té relacions emocionals positives amb ningú ni amb un grup reduït de la família.
- e. Normals. Són correctes, les visites i les estades amb la família són beneficioses per a tot el sistema familiar.
- f. Dependents. Manifesta una dependència excessiva que dificulta molt la independència de la persona.

En cas que es valorin com insuficients o inadequades, indica quina creus que n'és la causa:

- a. No té família.
- b. Rebuig.
- c. Manca d'habilitats.
- d. Trets inadequats.

- e. Malaltia mental o personalitat.
- f. La unitat familiar està desestructurada.

Observacions:

4. Amistats

Entenem les amistats com les relacions mantingudes amb persones de fora del centre; les relacions establertes amb els/les companys/es del servei d'acolliment residencial s'han d'haver avaluat al punt 1.

Com definiries les relacions en aquest àmbit?

- a. Conflictives. No n'hi ha i quan es donen es manifesten en conflictes, desavinences, etc.
- b. Absents. No n'hi ha. La persona es manté aïllada, distant i rebutja els apropaments dels altres.
- c. Mínimes. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, però no té relacions significatives amb ningú ni amb cap grup d'una o dues persones.
- d. Normals. Són correctes, manifesta cortesia en el tracte, té relacions significatives amb un nombre important de persones.
- e. Bones. A més, és una persona que es mostra càlida i acollidora. És un líder positiu.
- f. Superiors. És un líder i referent positiu per a moltes persones.
- g. Desinhibides. Té relacions interpersonals indiscriminades i excessives.

En cas que es valorin com insuficients o inadequades, indica quina creus que n'és la causa:

- a. Manca d'oportunitats.
- b. Rebuig.
- c. Manca d'habilitats.
- d. Trets inadequats.
- e. Malaltia mental o personalitat.

Observacions:

A 5

Annex 5. Sistemes i ajudes tècniques per a la comunicació augmentativa i alternativa

Sistemes de signes

- ***Els gestos***

Els gestos naturals són formes de comunicació usades també per persones sense discapacitat com a complement de la parla. Per exemple, l'afirmació i la negació gestuals, la indicació a l'entorn o sobre el propi cos amb finalitats comunicatives, els gestos convencionals d'hola, adéu, menjar, etc.

Els gestos idiosincràtics són semblants als anteriors, però han estat desenvolupats per una persona amb una discapacitat en particular i pels per les interlocutors/es habituals. Per exemple, posar-se la mà a l'orella per demanar música o tocar-se el llavi per referir-se a una persona en concret que porta bigoti.

- ***Els signes manuals***

Són signes extrets de la llengua de signes de les persones amb sordesa que les persones usuàries de comunicació augmentativa utilitzen aïlladament o per formar frases telegràfiques, seguint l'ordre de les frases pròpies de la llengua parlada. Aquesta manera d'usar els signes manuals s'anomena comunicació bimodal.

- ***Els signes tangibles***

Són objectes, parts d'objectes o miniatures que s'utilitzen com a signes per a la comunicació. Per exemple, assenyalar o donar un cotxet en miniatura per demanar d'anar a fer un passeig en cotxe, o un got per demanar aigua.

- ***Els signes gràfics***

Inclouen tant una diversitat de configuracions impreses que representen paraules i conceptes com els signes propis de l'ortografia tradicional (lletres, paraules i frases).

- ***Les imatges***

Consisteixen en fotografies o dibuixos fotogràfics que comparteixen una gran similitud amb allò que representen, és a dir, són molt icònics.

- *Els pictogrames*

Estan formats per dibuixos lineals, més simples i neutres que les imatges, però encara molt icònics. Els sistemes pictogràfics han estat creats específicament per a la comunicació augmentativa i alternativa i n'hi ha molts de diferents, alguns dels quals, com el sistema SPC (Sistema Pictogràfic de Comunicació) o el Rebus-Widgit, són molt extensos, ja que inclouen més de 3.000 signes publicats i disponibles en format electrònic.

- *Els signes Bliss*

Es basen en els logogrames de l'escriptura xinesa, tot i que són més senzills. Es componen d'un nombre reduït de signes bàsics a partir dels quals es creen signes compostos en què el significat deriva de la combinació de significats de cada signe particular. Per exemple, la combinació d'ull, orella, caps i corrent elèctric significa "televisor". Són molt més abstractes que els pictogrames, però més concrets que l'escriptura ortogràfica i, per tant, més fàcils d'aprendre i de recordar.

- *L'escriptura ortogràfica*

L'acció de lletrejar, combinada amb paraules i frases preseleccionades per agilitzar la comunicació, és el sistema que permet un nivell de llenguatge més sofisticat i sense limitacions de vocabulari a aquelles persones capaces d'usar-lo. Per això, l'accés a la lectura i l'escriptura és un objectiu prioritari per a totes les persones amb dificultats de parla.

Ajuts tècnics per a la comunicació

- *Plafons i llibretes de comunicació*

Els plafons de comunicació són superfícies com un full de paper protegit amb una funda de plàstic o una làmina de fusta o metacrilat sobre les quals se situen els signes gràfics (imatges, pictogrames, paraules, lletres) per tal que la persona usuària els pugui indicar per comunicar-se. Quan els plafons disposen de diverses pàgines s'anomenen "llibretes de comunicació".

Les persones usuàries poden indicar els signes del plafó assenyalant-los amb el dit, la mà o la mirada, o amb ajuts com el capçal alicorn o l'indicador lluminós (vegeu més avall). Si els problemes de motricitat són molt greus, també els poden indicar a través d'un codi o amb l'ajut de la persona interlocutora, que els pot anar assenyalant un per un o per grups, fileres i columnes fins que la persona usuària indica amb un gest que s'ha trobat el que volia.

- ***Comunicadors amb parla artificial***

Són aparells portàtils, basats en tecnologia de computació, que permeten a les persones usuàries elaborar els seus missatges i que els processin per produir una sortida en forma de parla artificial (digitalitzada o sintetitzada) i sovint també en forma de text en una petita pantalla. Disposen d'un vocabulari programable compost per imatges, pictogrames, signes Bliss o paraules i frases escrites, i molts d'aquests permeten també l'escriptura mitjançant l'alfabet.

L'accés als comunicadors, com en el cas dels plafons de comunicació, pot ser directe polsant les caselles amb la mà o el dit o amb un capçal alicorn o un indicador òptic. També s'hi pot accedir per exploració amb un o diversos commutadors, o amb una palanca de control (vegeu més avall). En aquest cas, l'aparell va proporcionant opcions fins que la persona usuària les selecciona amb el commutador, o bé ell mateix recorre els signes amb la palanca de control o un altre tipus de ratolí adaptat, i els selecciona amb un clic.

- ***Ordinadors personals amb perifèrics especials i programes de comunicació***

Les prestacions de qualsevol comunicador es poden simular als ordinadors personals portàtils, en tablet PC o en ordinadors de butxaca, que queden aleshores convertits en comunicadors. Això té l'avantatge que la persona usuària pot fer servir l'ordinador per a moltes altres activitats a part de la comunicació. En canvi, els ordinadors tenen l'inconvenient que són més complicats d'usar i més delicats.

A continuació, es resumeixen els principals perifèrics i programes que permeten adaptar els ordinadors personals i que també s'utilitzen en alguns casos per accedir als plafons de comunicació i als comunicadors.

- ***El capçal alicorn i l'indicador lluminós i òptic***

El capçal alicorn consisteix en una vareta que se subjecta al cap de la persona usuària i li serveix per assenyalar en un plafó o per polsar les tecles d'un comunicador o un ordinador.

L'indicador lluminós també se subjecta al cap o a les ulleres i projecta un raig de llum concentrat que permet assenyalar els signes del plafó, així com també elements de l'entorn. L'indicador òptic és molt semblant, però en lloc d'emetre un raig de llum emet un senyal òptic que permet activar les tecles dels comunicadors que estan preparats per a això.

- ***Els teclats adaptats, les opcions d'accessibilitat i els cobertors de teclat***

Són teclats més grans o més petits que poden substituir el teclat original per a aquelles persones usuàries que ho necessiten. També hi ha els

anomenats “teclats de conceptes”, que consisteixen en una membrana sensible que permet crear teclats totalment personalitzats, fins i tot amb signes com ara imatges o pictogrames. Una altra forma d’adaptar el teclat consisteix a simular-lo a la pantalla, de manera que la persona usuària hi pugui accedir amb el ratolí o amb commutadors per un procediment d’exploració.

Tant en el cas dels comunicadors com dels ordinadors, existeix, a més, la possibilitat de personalitzar qualsevol teclat per fer-lo més accessible i impedir així la repetició de les tecles o evitar els efectes de la tremolor de les mans, o bloquejant les tecles de control per tal de poder fer opcions que requereixen polsar simultàniament diverses tecles amb un sol dit o amb el capçal alicorn.

Els cobertors de teclat consisteixen en planxes de metacrilat amb forats corresponents a cada tecla, per tal d’evitar que la persona usuària pitgi més d’una tecla alhora.

- *Els ratolins adaptats*

La diversitat de formes que pot adoptar el ratolí per adaptar-se a les habilitats motrius de les persones usuàries és immensa. A part dels ja habituals ratolins en forma de palanca de control i els de bola (amb la bola a sobre), de totes les formes i mides, el ratolí es pot substituir per diversos commutadors (multimouse). També hi ha ratolins facials, que es controlen amb el moviment del cap, o bé es pot controlar el ratolí amb la mirada mitjançant una petita càmera situada sobre l’ordinador que detecta la posició de l’iris. El ratolí també es pot simular en pantalla per accedir-hi amb un únic commutador per un procediment d’exploració.

Les opcions d’accessibilitat disponibles al sistema operatiu dels ordinadors permeten personalitzar els ratolins per alentir-los o per augmentar la mida del cursor, o bé per canviar les funcions dels diferents botons.

- *Els commutadors*

Els commutadors més habituals són els polsadors, en forma de botó o de palanca, que poden ser premuts amb qualsevol part del cos, però n’existeixen de molts altres tipus, com els de contacte, els de buf i els sensibles a la veu o a un canvi de posició, com ara la inclinació del cap. També n’hi ha que reaccionen a la contracció d’un múscul, sense que calgui fer cap moviment, o al parpelleig. Amb els commutadors, les persones amb problemes de mobilitat greus, però amb competències cognitives elevades, poden aconseguir un control de l’ordinador total.

- *Els programes de comunicació*

Consisteixen en un programari personalitzable en què es poden dissenyar diversos plafons de comunicació electrònics navegables, amb el vocabulari i el tipus de signes gràfics apropiat per a cada persona. Els missatges que crea la persona apareixen en forma de text i, si cal, pictogrames, i s'emeten en forma de parla digitalitzada o sintetitzada. Gràcies a aquests programes, els ordinadors es poden convertir en comunicadors als quals la persona usuària accedeix per un procediment d'exploració amb comandadors o amb el ratolí, o bé directament si l'ordinador disposa de pantalla tàctil, com és el cas de les tablet PC o els ordinadors de butxaca.⁶⁷

67. Carme Basil. Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació (UTAC) del Centre Sírius. Departament d'Acció Social i Ciutadania i Universitat de Barcelona.

Annex 6. Recomanacions per a la millora de les transferències de la persona resident⁶⁸



Transferències al llit

Mentre la persona s'estigui al llit i no presenti mobilitat autònoma, convé fer els canvis posturals cada 3 o 4 hores. S'aconsella, però, valorar en cada cas la freqüència necessària. El canvi postural s'ha de fer preferentment per evitar pressions contínues sobre teixits delicats, donar confort i evitar l'acumulació de secrecions. El canvi postural suposa un procés d'informació i implicació de la persona; els/les professionals han de donar a la persona el suport que li calgui per realitzar el canvi. L'actitud i la forma harmònica de fer el moviment confereix una major seguretat i confort. L'aplicació dels principis de la mecànica postural i de l'ergonomia per realitzar la transferència fan que sigui segura. Existeixen diferents tècniques per a la realització dels canvis posturals; s'aconsella unificar els criteris entre els/les professionals per a una coordinació millor. Amb relació a la utilització d'ajudes, es recomana estudiar, segons la tipologia dels/de les residents, les ajudes necessàries (lliscadors, triangle al llit, baranes laterals per afavorir punts de subjecció...) per afavorir les transferències. S'aconsella que el llit sigui regulable en alçada i reclinable en dues articulacions.

Sedestació

En persones amb mobilitat reduïda, la cadira de rodes és el mitjà de desplaçament que s'utilitza amb més freqüència. Per tant, és especialment important que s'ajusti a les característiques de la persona i que permeti una sedestació correcta que no comporti risc de lesió.

Per tant, cal tenir en compte:

- La persona ha d'estar ben asseguda. S'ha de procurar que l'alçada de la cadira permeti que el peus toquin a terra. Els recolzabraços han d'estar ben col·locats per facilitar l'acció de posar-se dempeus.
- En determinats casos, per evitar lesions d'espatlla i de mà, es recomana un suport més ample que un recolzabraços estàndard perquè el braç no caigui. L'alçada d'aquest suport ha d'estar 2 cm per sobre del colze, flexionat a 90°, de manera que l'espatlla estigui ben col·locada i s'eviti la subluxació.
- La mida de la cadira. S'ha de comprovar que no es produeixi fregament a les cuixes i les natges de la persona.
- El pes. Depèn de l'activitat que faci la persona.

68. Fundació Institut Guttman. *Equip sociosanitari i suport especialitzat en neurorehabilitació*. Barcelona: Fundació I. Guttman, 2000, p. 79-81.

- L'alçada del respalller. Depèn del nivell de lesió i l'equilibri de la persona en sedestació. Si és necessari, es poden col·locar suports modulars per al cap o per als laterals del tron.
- Les característiques i les necessitats de la persona per a la col·locació d'altres accessoris o dispositius.⁶⁹

Es recomana, en cas que el resident tingui aquesta possibilitat, que canviï de posició alternant la utilització de la cadira i la bipedestació. Els canvis posturals de la persona que no es pot mobilitzar a la cadira s'han d'efectuar cada 2-4 hores per prevenir les lesions per pressió. S'aconsella la utilització de coixins antiescares quan la persona tingui un risc mitjà o alt de desenvolupar una lesió per pressió.

Bipedestació

La bipedestació és beneficiosa per al funcionament de l'organisme, fins i tot per a aquelles persones que no tenen preservada la marxa, ja que permet prevenir altres complicacions.

Per a les persones que no puguin fer bipedestació soles o amb ajuda d'una altra persona, hi ha determinades ajudes tècniques que permeten posar-se dret: els bipedestadors, com el pla inclinat, o estabilitzadors de la bipedestació. Cal utilitzar unes determinades ajudes segons les característiques de la persona.

Marxa

Una manera de potenciar la independència i millorar l'autoestima és afavorir els desplaçaments amb la mínima ajuda possible. Segons el grau de dependència, s'ha de treballar i estimular la realització d'aquesta activitat i cal gestionar els suports adients. S'ha de potenciar la marxa amb bastó, caminador, cadira de rodes o solament per paral·leles.

Cal valorar el tipus de marxa que fa la persona per mantenir el mateix nivell funcional de marxa amb el menor cost energètic. Després d'aquesta valoració, es pot plantejar:

- Utilització d'ajudes per a la marxa: caminador, bastons anglesos, bastons axil·lars...
- Ortesi per a extremitats inferiors.
- Cadira de rodes.

Transferències

Cal potenciar i mantenir el fet de passar de la posició d'estirat a la d'assegut, les transferències del llit a la cadira, de la cadira al vàter, de la cadira de rodes a una altra cadira..., ja sigui de manera independent o amb l'ajuda de les

69. Recolzabraços desmuntables i graduables en posició, cingles per als turmells, nanses per als talons, pivots a l'anell de la roda per a persones amb dificultats de propulsió, recolzacames elevable...

persones cuidadores, amb grua o sense. Si la persona no pot fer els girs, cal estimular-los al llit.

Higiene postural en les activitats de mobilització

Totes les situacions de treball en les quals el/la cuidador/a ha d'intervenir, normalment per manipular una càrrega, són, en major o menor grau, circumstàncies de risc musculoesquelètic.

• Recomanacions generals

- Mentre es mobilitza la persona cal tenir l'atenció centrada en el que s'està fent.
- Cal apropar-la tant com sigui possible al cos del/de la cuidador/a, amb la finalitat d'evitar la sobrecàrrega de la columna.
- Mantenir els peus separats per augmentar la base de sustentació i aconseguir l'equilibri.
- En el moment d'aixecar la persona, és preferible utilitzar moviments de genolls, dels malucs i de les extremitats superiors, fent que la participació de la columna sigui mínima.
- Evitar els moviments bruscos mentre s'està mobilitzant la persona.

• Per als girs i els tombs al llit

- Anivellar el llit fins a deixar-lo en posició totalment horitzontal, en cas que sigui articulad.
- Si el llit és d'alçada graduable, elevar-lo, aproximadament, fins al maluc del/de la cuidador/a.
- Alinear la persona per obtenir la màxima simetria corporal.
- Situar-se al costat contrari a la direcció del gir.
- La posició del/de la cuidador/a a l'hora de fer el gir ha de ser:
 - Esquena recta i cames obertes i semiflexionades.
 - Col·locar el braç del costat contrari a la direcció del gir sobre l'abdomen de la persona.
 - Situar la cama de la persona del costat contrari a la direcció del gir sobre l'altra.
- En el pas de la posició supina a la prona, la direcció del moviment ha de ser empenyent i, en cas contrari (de prona a supina), estirant.
- Alinear la persona mantenint al màxim la simetria de segments corporals.

• Per als alçaments

- En aquest cas, la tècnica està determinada pel tipus de lesió i per les característiques de cada persona. En qualsevol cas, cal tenir en compte:
- Assegurar la superfície de la transferència. Per exemple, en el cas de la cadira, cal situar-la en el lloc adequat i comprovar que estigui ben frenada; els llits amb rodes han d'estar frenats; la banyera, seca i sense sabó...
 - Assegurar que els peus estan ben fermes a terra i sempre calçats.

- Bloquejar les extremitats inferiors (EI) de la persona entre els peus i genolls del/de la cuidador/a.
 - En cas que es pugui posar dempeus, col·locar el genoll entre els seus per evitar l'adducció de les extremitats inferiors de la persona.
 - El/la cuidador/a ha de mantenir una bona flexió de genolls.
 - Apropar les dues superfícies tant com es pugui. Mantenir la persona tan a prop del cos del/de la cuidador/a com sigui possible.
 - Demanar a la persona que agafi per la cintura el/la cuidador/a.
 - Avisar la persona abans d'aixecar-la, per tal que hi col·labori.
 - Aixecar-la aprofitant l'extensió dels genolls.
 - Assegurar-se de l'estabilitat de la persona.
 - Prestar especial atenció a aquelles parts del cos que no tenen sensibilitat (extremitats inferiors normalment) per evitar cops o lesions.
 - En cas que la persona depengui d'una tercera persona per aixecar-se, cal bloquejar-li els genolls.
 - Si s'utilitza una taula de transferències, cal tenir en compte que la col·locació ha de ser suau i aixecant les natges. Si fos forçada, podria causar lesions, sobretot a les persones amb manca de sensibilitat.
 - En el desplaçament amunt i avall cal utilitzar, sempre que es pugui, el trapezi o el capçal del llit i demanar a la persona que s'hi agafi i col·labori tant com pugui.
- **Per als desplaçaments**
 - Alinear la superfície del llit.
 - Alinear la persona per obtenir la màxima simetria corporal.
 - Recolzar el genoll a la superfície del llit.
 - Postura de banqueta per agafar el cinturó escapular i el cinturó pèlvic.
 - Fer la mobilització amb preses fermes (palmell de la mà agafant les escàpols i les superfícies ilíiaques).
 - Aprofitar la força de la musculatura de les extremitats per no carregar el pes a la musculatura de l'esquena.
 - Assegurar l'alineament corporal un cop s'han fet els desplaçaments.
 - **Per a les transferències amb grua**
 - Assegurar-se que les cingles estan ben enganxades i la grua ben frenada.
 - Garantir que la grua tingui una bona base de sustentació.
 - Tenir cura en enlairar la persona.
 - Vetllar pel correcte posicionament un cop feta la transferència.

Annex 7. Disfàgia: valoració i estratègies d'intervenció



La disfàgia, o sensació de dificultat del pas del bol alimentari durant l'acte de la deglució, sol ser una situació bastant freqüent en la persona discapacitada. La pot produir l'alteració del mecanisme de deglució orofaríngi i de les contraccions peristàltiques, estenosi de la llum de l'esòfag i percepció sensorial anormal en l'esòfag deguda a diferents causes.

La disfàgia es classifica segons la localització i l'etiologia.

Segons l'etiologia:

- Disfàgia mecànica: es produeix per l'estenosi de la llum esofàgica, ja sigui intrínseca o extrínseca, i es manifesta fonamentalment en la ingesta de sòlids.
- Disfàgia motora: es deu a l'alteració o la incoordinació dels mecanismes de la deglució i es pot produir tant en la ingesta de líquids com en la de sòlids.

Segons la localització:

- Disfàgia orofaríngia: es deu a alteracions de la faringe i l' esfínter esofàgic superior o múscul cricofaríngi. Les causes més freqüents són les que afecten el SNC (malalties vasculars cerebrals, la malaltia de Parkinson, l'esclerosi múltiple, l'esclerosi lateral amiotròfica, la distròfia muscular i les neuropaties perifèriques, entre d'altres).
- Disfàgia esofàgica: està causada per algun trastorn que afecta l'esòfag. Pot tenir origen motor (tumors, estenosi, cossos estranys...) o pot ser a causa d'obstruccions mecàniques.

Valoració

La valoració de la disfàgia implica l'avaluació del/de la resident per part de diferents membres de l'equip i del dispositiu d'atenció de salut. Cal tenir en compte els apartats següents:

- Història clínica: una anamnesi detallada suggereix l'etiologia en la majoria dels casos. Cal diferenciar si realment es tracta d'una disfàgia, ja que sovint el símptoma són propis d'altres diagnòstics (globus faríngi, sensació de nus a la gola, xerostomia, boca seca...).
- Història detallada del consum de fàrmacs.
- Malalties associades, especialment neurològiques, endocrines, ORL i sistèmiques.
- Debut.

- Localització.
- Disfàgia a líquids, a sòlids o a tots dos.
- Disfàgia progressiva o intermitent: suggeriu de trastorn orgànic o funcional, respectivament.
- Síntomes associats:
 - Esofàgics: dolor toràcic, pirosi.
 - ORL: regurgitació faringonasal, tos nocturna, sialorrea.
 - Neurològics: disàrtria, disfonia, baveig.
 - Síndrome constitucional: astènia, anorèxia, pèrdua ponderal.
- Exploracions complementàries:
 - Exploracions radiològiques: radiografia de tòrax, esofagograma, trànsit esofàgic amb radioisòtops, TAC...
 - Exploracions endoscòpiques: faringolaringoscòpia, esofagogastrocòpia.
 - Manometria.

Estratègies d'intervenció

• Consideracions generals

- Alguns exercicis específics per enfortir els òrgans que intervenen en la deglució són:
 - Estirat en decúbit supí, fer elevacions del coll.
 - Aixecar el cap flexionant-lo endavant tant com es pugui i mantenir-lo així durant un minut. Reposar un minut i repetir tres vegades.
 - Aixecar i abaixar el cap 30 vegades seguides lentament.
- En els casos de malalties susceptibles al tractament farmacològic específic, l'administració de la teràpia corresponent pot millorar la disfàgia i, fins i tot, fer-la desaparèixer.
- Si la disfàgia és secundària a una disfunció neuromuscular sense tractament específic, s'ha d'establir la indicació de mantenir o no l'alimentació oral, per reduir el risc de pneumònia per aspiració, en virtut dels resultats de la videofluoroscòpia i de la capacitat cognitiva de la persona. En els casos de disfàgia orofaríngia invalidant amb risc d'aspiració, s'ha de preveure l'alimentació no oral, ja sigui de manera temporal amb sonda nasogàstrica o permanent mitjançant gastrostomia percutània endoscòpica (PEG).
- Tractament de lesions estructurals. S'utilitzen tècniques com la miotomia cricofaríngia, la dilatació mitjançant endoscòpia i la cirurgia en cas de tumors, entre d'altres.

• Teràpia deglutòria

- *Modificacions dietètiques:*
 - Líquids amb espessants: indicats en trastorns sensitius i motors de la llengua, en l'aspiració faringonasal i en l'alteració del tancament de la faringe.
 - Líquids aquosos: indicats en la contracció dèbil de la faringe i en la reducció de l'obertura cricofaríngia.

• *Maniobres facilitadores:*

Maniobra	Indicacions
<ul style="list-style-type: none"> • Deglució amb força: deglutir contraient la musculatura faríngia i cervical. • Deglució supraglòtica: aturar la respiració abans i durant la deglució (provoca el tancament de la glotis) i tossir seguidament per netejar la faringe. • Deglució supersupraglòtica: la maniobra anterior afegint força abans de la deglució (permet major adducció dels plecs vocals vertaders i falsos). • Maniobra de Mendelsohn: subjectar i elevar de forma manual la laringe, provocant l'obertura de l'esfínter esofàgic superior (EES). • Llengua entre les dents: deglutir amb la punta de la llengua entre les dents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tancament de la glotis reduït o tardà. • Moviments reduïts de la base de la llengua. • Tancament glòtic molt reduït. • Aclariment reduït de la faringe o la laringe. • Debilitat de la musculatura faríngia.

• *Maniobres posturals:*

Maniobra	Indicacions
<ul style="list-style-type: none"> • Barbeta cap avall: augmenta l'espai que condueix a la base de la llengua i posteriorment l'epiglotis. • Cap enrere: la gravetat ajuda a netejar la cavitat oral. • Cap inclinat al costat afectat: fa més petita l'entrada a la laringe, augmenta el tancament de les cordes vocals per la pressió extrínseca del cartílag tiroide i elimina el pas del bol alimentari pel costat lesionat. • Cap inclinat cap al costat sa: dirigeix el bol alimentari cap al costat amb la força conservada. • Decúbit lateral inclinat: eludeix el vestíbul laríngic. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard en la resposta faríngia i moviments de la base de la llengua reduïts. • Dificultat en la fase oral de la deglució. • Debilitat o disfunció faríngia o debilitat laríngia unilateral. • Debilitat faríngia unilateral. • Trastorn esofàgic bilateral o elevació laríngia reduïda.

- *Tècniques facilitadores:*

Maniobra	Indicacions
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Biofeedback</i>: augmenta el component voluntari. • Estimulació tèrmica o tàctil: estímul fred o tàctil dels pilars anteriors de la faringe. • Estimulació gustativa: el bol agre facilita la resposta deglutòria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aclariment faringi reduït. • Resposta faríngia tardana o absent. • Accidents cerebrovasculars, corea de Huntington.

Annex 8. Fitxa d'informació útil per a les persones residents i els/les professionals



A prop del llit de la persona o en el lloc del menjador destinat a administrar l'aliment a les persones amb disfàgia, s'haurien d'exposar els documents que recorden les instruccions bàsiques d'administració i tota aquella informació útil per al tractament d'aquest trastorn.

A continuació, es mostren algunes dades rellevants que caldria recollir a la fitxa d'informació:

Consells d'alimentació

1. Nom del/de la resident:
2. Consistència dels aliments: • Normal • Triturada • Altres.
3. Aliments que cal evitar.
4. Consistència de les begudes: Normal • Sabor fort • Espesseix • No cafè • Cap líquid
5. Posició del cap.
6. Posició del cos.
7. Ajuda en l'alimentació: Col·locació de la cullera • Estimular el/la resident perquè mastegui.
8. Sugeriments: No posar al llit el/la resident abans de... minuts després de l'àpat • Altres
9. No s'ha d'oblidar:

Evitar riscos

1. Col·locar la persona dreta, flexionant el cap.
2. Espessir els líquids.
3. Triar begudes amb sabor fort.
4. Beure a glops.
5. Deixar la persona alçada 30º havent dinat.
6. Alimentació adaptada.



A 9

Annex 9. Administració de medicació

Els programes d'autoadministració de medicació han d'especificar els objectius, els criteris d'inclusió i exclusió, les fases i les mesures per assegurar que la medicació es troba protegida. Cal disposar de l'autorització i de la signatura de la persona usuària conforme es fa responsable de l'autoadministració de la medicació. Aquesta és una decisió conjunta entre el/la resident, el/la responsable de la prescripció facultativa i el servei d'acolliment residencial, atès que s'han de garantir les mesures de seguretat per a la conservació i la utilització adequades de la medicació.

L'objectiu és educar cap a l'autonomia i la responsabilitat de prendre's la medicació, i donar el suport que la persona necessiti quan, per manca de coneixements o de força, no ho pugui fer adequadament. A continuació, es presenten algunes recomanacions que poden ajudar la mateixa persona en el procés d'administració i control de la medicació.

Les persones usuàries que inicien aquest programa han de tenir un procés coordinat amb el centre d'atenció primària i la seva inclusió en el programa ha de constar en el pla individual de suports. Sempre que sigui possible, és aconsellable que la persona es pugui beneficiar dels tallers de medicació per millorar la seva competència en el control de la pròpia medicació.

En l'expedient individual del/de la resident que participa en aquest programa d'autoadministració de medicació cal deixar constància de la data d'inici, la fase en què es troba, la resposta del/de la resident i la supervisió realitzada.

En les primeres fases del programa, el mateix resident demana la seva medicació als/a les professionals del servei d'acolliment residencial. S'aconsella que el/la resident acostumi a demanar el medicament pel nom, especificant-ne la dosi i si ha de tenir en compte alguna indicació. Una vegada hagi superat aquesta fase, es pot preveure la possibilitat de l'existència de petits armariets individuals amb clau, on es deixa la medicació preparada per a 24 hores; ha de ser la persona qui prengui la dosi corresponent. Els/les professionals han de supervisar aquest procés i, en funció de les característiques del/de la resident i dels recursos disponibles, es pot plantejar la possibilitat que la persona participi en la preparació de la seva medicació.

En els casos en què el/la resident pot tenir la medicació i pot prendre-se-la ell mateix, cal que disposi d'un lloc segur i adequat per guardar-la. Es recomana que estigui prescrit que la persona pot prendre's la medicació i que en quedi constància documental.

Per identificar l'efectivitat d'aquest programa cal realitzar un seguiment tenint en compte indicadors de participació, acceptació, adequació, existència d'incidents i efectivitat a la sortida del servei d'acolliment residencial.

Per als casos en què el personal del centre ha de col·laborar en el control i la dispensació de la medicació, s'han de tenir en compte un seguit d'aspectes:

1. Qualsevol medicació s'ha de donar amb una ordre mèdica prèvia. Davant del dubte, sempre s'ha de tornar a consultar el/la metge/essa de referència.
2. S'ha de definir qui és la persona responsable de la custòdia i la preparació de la medicació, així com el circuit que s'ha de seguir per assegurar-ne la disponibilitat, la conservació adequada i el sistema d'administració de manera segura.
3. S'aconsella utilitzar el sistema d'una sola dosi.
4. La persona que prepara la medicació ha de deixar constància d'aquesta preparació.
5. Cal donar la medicació a les hores pautades.
6. Cal assegurar-se que la persona usuària pren la medicació.
7. Cal anotar el registre de medicació i les incidències.
8. Si es percep l'aparició de reaccions adverses a la medicació, s'han de notificar als/a les professionals o a les entitats responsables del seguiment del/ de la resident.
9. Cal assegurar-se que la medicació està en condicions adients abans d'administrar-la i que està conservada i desada en un lloc segur.

A 10

Annex 10. Mesures preventives de les lesions per pressió (LPP)

Prevenció

Les activitats de prevenció de les lesions per pressió (LPP) s'agrupen en quatre nivells: la valoració del risc, la cura de la pell, el tractament de la pressió (mobilització, canvis posturals, superfícies de suport) i les cures generals (control de malalties relacionades i de la nutrició).

Valoració del risc

Per a la valoració del risc, s'aconsella la utilització d'una escala validada com, per exemple, l'escala Norton —que valora l'estat físic i psíquic, l'activitat, la mobilitat i la continència— o l'escala Braden —que valora la percepció sensorial, l'exposició a la humitat, l'activitat, la mobilitat, la nutrició, la fricció i el perill de lesions cutànies.

Cura de la pell

- La inspecció de la pell. S'ha de vigilar, sempre que sigui possible, l'aparició de zones envermellides. Aquest és el primer símptoma que informa de l'aparició d'una lesió per pressió. L'hàbit de visualitzar la pell amb freqüència permet prendre a temps les mesures adequades davant l'aparició de lesions.
- La higiene. El bany o la dutxa diària és essencial per mantenir la pell sana. S'ha d'utilitzar un sabó neutre, en poca quantitat, esbandir i assecar molt bé totes les parts del cos, especialment els plecs cutanis, evitant la fricció.
- Comprovar la temperatura de l'aigua del bany i vigilar la distància de la font de calor, estufa, xemeneia, etc. són actuacions que ajudaran a evitar cremades a la pell.
- S'ha d'examinar l'estat de la pell, almenys, una vegada al dia, tenint en compte especialment:
 - Prolinències òssies (sacre, talons, malucs, turmells, colzes...).
 - Zones exposades a la humitat (per incontinència, sudoració, secrecions...).
 - Presència de sequedat, excoriacions, eritema, maceració, hipertèrmia, fragilitat...
- No s'ha d'utilitzar sobre la pell cap tipus d'alcohol ni colònia.
- S'ha de mantenir la pell del/de la resident neta i seca.
- S'ha d'aplicar crema hidratant procurant que s'absorbeixi completament.
- S'ha de valorar la possibilitat d'utilitzar àcids grassos hiperoxigenats en zones de risc de desenvolupament de LPP sempre que la pell estigui intacta.

- S'ha d'utilitzar preferentment llenceria de teixits naturals.
- Per reduir les possibles lesions per fricció es poden utilitzar apòsits protectors de poliuretà, hidrocèl·lulars o hidrocol·loides.
- No s'han de fer massatges directament sobre les prominències òssies.
- S'ha de dedicar una atenció especial a les zones on hi ha hagut lesions per pressió amb anterioritat, ja que presenten un elevat risc d'aparició de noves lesions.
- Excés d'humitat:
 - S'ha de valorar i tractar els diferents processos que poden originar un excés d'humitat a la pell: incontinència, transpiració, drenatges, exsudat de ferides...
 - Es poden utilitzar productes barrera que no continguin alcohol i que protegeixin contra exsudats i adhesius.

Tractament de la pressió

Per disminuir l'efecte de la pressió com a principal causa de les LPP, s'han de considerar quatre elements: la mobilització, els canvis posturals, la utilització de superfícies especials i la protecció local.

- Mobilització:
 - Es recomana elaborar un programa individual de suports que fomenti i millori la mobilitat i l'activitat del/de la resident.
- Canvis posturals:
 - S'han de seguir les recomanacions de salut laboral sobre la mobilització de pesos i càrregues.
 - S'ha de mantenir l'alineació corporal, la distribució del pes i l'equilibri de la persona.
 - Seguir un programa de canvis posturals al llit i la cadira de rodes per anar alliberant periòdicament la pressió sobre els punts més susceptibles d'ulcerar-se és una de les rutines que la persona i els/les cuidadors/es haurien d'adquirir.
 - Mentre la persona és asseguda a la cadira, és necessari realitzar pulsions i moviments de descàrrega per alleugerir el pes del cos que recau sobre els isquis i el sacre. Si la persona mateixa pot fer-ho, se li ha d'ensenyar a mobilitzar-se cada 15 minuts (canvis de postura o pulsions).
 - Quan s'està assegut a la cadira de rodes, s'ha d'evitar que hi hagi petits objectes com ara claus, encenedors o moneders a les butxaques dels pantalons o directament sota les cames. Aquests objectes van creant pressió sobre la pell i poden arribar a ulcerar-la.
 - S'ha de canviar la posició de la persona més o menys cada tres hores. Aquesta recomanació pot variar en funció de les característiques de la persona, escurçant o ampliant l'interval entre els canvis.
 - Els/les residents obesos/es necessiten més freqüència de canvis posturals.
 - Cal evitar posar la persona sobre les seves lesions.
 - S'ha d'evitar el contacte directe de les prominències òssies.

- S'ha d'evitar l'arrossegament: s'han de fer les mobilitzacions reduint la fricció.
- En decúbit lateral, no s'ha de sobrepassar els 30°.
- Si fos necessari, cal aixecar el capçal del llit el mínim possible (màx. 30°) i durant el temps mínim.
- No s'ha d'utilitzar flotadors ni cap objecte de plàstic.
- No és recomanable embenar els talons, ja que en dificulta la visualització diària.
- Superfícies especials:
 - Són aquelles que han estat dissenyades específicament per disminuir la pressió.
 - Les superfícies especials són un material complementari que no substitueix la resta de cures (mobilització i canvis posturals).
 - Se'n diferencien dos tipus: les superfícies estàtiques (que actuen reduint la pressió) i les dinàmiques (que tenen capacitat d'alleugerir la pressió).
 - S'ha d'utilitzar una superfície especial adequada al risc detectat de desenvolupar LPP i a la situació clínica de cada resident.
 - Segons el risc d'aparició de LPP (escala de Braden), es recomana:
 - Residents de risc baix: preferentment superfícies estàtiques (matalàs o coixins estàtics d'aire, aigua o fibra, matalàs d'espuma especial o de làtex, protectors locals).
 - Residents de risc mitjà: preferentment superfícies dinàmiques (matalàs alternant d'aire) o superfícies estàtiques de grans prestacions (matalàs d'espuma especial, viscoelàstics...).
 - Residents amb risc elevat: superfícies dinàmiques (matalàs d'aire alternant, d'aire alternant amb cel·les grans...).
- Protecció local:
 - En zones d'especial risc de desenvolupar LPP, es poden utilitzar sistemes de protecció local (coixins, apòsits, sistemes bota-botí), que han de reunir algunes característiques:
 - Han de facilitar la inspecció de la pell almenys una vegada al dia.
 - Han de ser compatibles amb les altres mesures de cura local.
 - No han de lesionar la pell de la zona en retirar-los.
 - S'ha de preveure qualsevol situació en la qual els dispositius utilitzats en la persona puguin provocar problemes relacionats amb la pressió o el fregament sobre una zona de prominència o pell i mucoses (sondes, tires de mascaretes o ulleres nasals, catèters, guixos, fèrules, dispositius d'immobilització i subjecció...).
- Cures generals
 - Una alimentació equilibrada i una ingesta hídrica adequada ajuden a mantenir la pell sana. Es recomana identificar i corregir els dèficits nutricionals (calories, proteïnes, vitamines i minerals).
 - La persona amb risc alt de desenvolupar LPP requereix una dieta hiperproteica i hipercalòrica i, en cas que ja presenti LPP, necessita nutrients que en facilitin el procés de cicatrització.

- Cal assegurar un estat d'hidratació adequat.
- S'han de tractar els processos que poden incidir en el desenvolupament de lesions, com ara alteracions respiratòries, circulatòries, metabòliques...
- S'ha de fer un èmfasi especial en la promoció d'hàbits de neteja de la mucosa oral, principalment en persones en les quals la via d'alimentació no és l'oral.
- S'han de verificar la posició i el funcionament adequats dels dispositius d'alimentació i eliminació per evitar que hagin quedat doblegats sota la persona, cosa que podria produir la formació d'una úlcera o impedir un drenatge correcte.

A 11

Annex 11. Resum de la carta de drets i deures en relació amb la salut⁷⁰

Els punts principals de la carta de drets i deures són els següents:

Drets

- **A la igualtat i la no-discriminació** en l'atenció sanitària i en els serveis de salut:
 - Cal tenir en compte, però, la discriminació positiva referent a la justícia equitativa, en especial amb els més vulnerables: infants, persones grans, malalts/es mentals i persones amb malalties cròniques i invalidants.
- **A l'autonomia de la persona**
 - Sempre s'ha d'informar la persona, tot i que tingui una capacitat o competència disminuïda.
 - *Consentiment informat*. Cal fer un document específic per escrit amb una base general. S'aplica en intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius o en aquells amb riscos i inconvenients notoris i previsibles. La revocació és sempre possible.
 - Dret a escollir entre les diferents opcions terapèutiques i a renunciar a rebre els tractaments mèdics o les actuacions sanitàries proposades.
 - Dret del/de la menor a ser consultat/ada.
 - Dret a viure el procés de mort d'acord amb el concepte propi de dignitat, lluny de l'aferrissament terapèutic, fomentant els tractaments pal·liatius i el respecte a la intimitat.
 - Dret que es tinguin en compte les *voluntats anticipades* (testaments vitals); hi apareix la figura de l'interlocutor/a vàlid/a i necessari/ària per al diàleg.
- **A la intimitat i la confidencialitat**
 - Dret a escollir qui pot estar present durant l'acte sanitari si la intervenció ho permet.
 - Són molt importants les mesures que vetllen per la intimitat del cos.
 - Dret a triar els hàbits de vida propis si són compatibles amb el procés de salut i la convivència al servei d'acolliment residencial.
 - Llibertat ideològica, religiosa i de culte.
 - Confidencialitat de la informació.
 - Accés a les dades personals obtingudes en l'atenció sanitària.
 - Dret a demanar el consentiment abans de crear i difondre registres iconogràfics.

70. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2002). *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. En línia a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/ass.pdf>.

- **A la constitució genètica**
 - Confidencialitat de la informació del propi genoma.
 - Dret a gaudir de les noves tecnologies genètiques.
- **A la investigació i l'experimentació científiques**
 - Informe Belmont, com a base del respecte a l'autonomia, la mesura dels beneficis i dels riscos i la selecció sense discriminació.
 - Comitès d'ètica d'investigació clínica de referència.
 - Disposar de les preparacions de teixits o les mostres biològiques provinents d'una biòpsia o una extracció per a una segona opinió professional.
- **A la prevenció i la promoció de la salut**
 - Coneixement adequat dels problemes de salut pública.
 - Dret a gaudir d'un medi ambient de qualitat.
 - Dret a consumir aliments segurs i aigua potable.
 - Conèixer els plans, les prestacions i les accions.
 - Rebre les prestacions preventives dins el marc de la consulta habitual (10').
 - Dret a rebutjar si no afecta tercers.
- **A la informació assistencial i accés a la documentació clínica (Llei 21/2000)**
 - Dret a rebre la informació sobre el procés assistencial i l'estat de salut, informació verídica donada de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments dels/de les pacients, per ajudar a prendre decisions autònomes i responsables. Dret de les persones vinculades —des del permís exprés o tàcit del/de la pacient o per la incapacitació— a rebre la informació.
 - Dret a no voler rebre la informació.
 - Dret a accedir a la documentació i obtenir-ne una còpia (amb consell), procediment que els centres han de regular respectant el dret a la confidencialitat de les observacions, les apreciacions personals i les anotacions subjectives.
 - Dret a disposar d'informació escrita sobre el procés assistencial i l'estat de salut en termes comprensibles. Informes i certificats (Llei de protecció de dades 15/1999).
- **A l'accés a l'atenció sanitària**
 - Accés als serveis sanitaris públics.
 - Dret a escollir els/les professionals i el centre sanitari.
 - Obtenir medicaments i productes sanitaris necessaris per promoure, conservar o restablir la salut.
 - Dret a ser atès/esa dins un temps adequat i equitativament.
 - Dret a sol·licitar una segona opinió.

- **A la informació sobre els serveis de salut i la participació de les persones usuàries**
 - Disposar de la carta de drets i deures.
 - Dret a rebre informació general i sobre les prestacions i els serveis.
 - Dret a conèixer les prestacions que cobreix l'assegurança.
 - Dret a conèixer i identificar els/les professionals que presten l'atenció sanitària.
 - Dret a presentar reclamacions i suggeriments.
 - Dret a participar en les activitats sanitàries (fòrum dels/de les pacients).
 - Dret a utilitzar les tecnologies de la informació i de la comunicació.
- **A la qualitat assistencial**
 - Dret a l'assistència sanitària de qualitat, humana i científica.
 - Dret a conèixer el nivell de qualitat dels centres assistencials.
 - Dret a rebre una atenció sanitària continuada i integral; coordinació i cooperació entre els diferents nivells assistencials.

Deures

- Tenir cura de la pròpia salut i responsabilitzar-se'n, en especial quan hi ha la possibilitat de riscos per a tercers.
- Fer ús dels recursos, les prestacions i els drets afavorint l'atenció en condicions d'igualtat efectiva.
- Complir les prescripcions sanitàries generals o específiques.
- Respectar i complir les mesures sanitàries adoptades per a la prevenció de riscos, la protecció de la salut o la lluita contra les amenaces a la salut pública.
- Ús adequat de les prestacions (farmacèutiques, complementàries, incapacitat laboral, social). Justícia equitativa: solidaritat social i efectivitat econòmica.
- Gaudir responsablement de les instal·lacions i els serveis sanitaris i utilitzar-los.
- Respectar les normes establertes pels centres.
- Respectar la dignitat personal i professional del personal d'atenció.
- Facilitar de manera lleial i certa les dades d'identificació i de l'estat de salut.
- Signar el document adequat en cas de negació de l'acceptació de determinats serveis, prestacions o accions preventives.
- Acceptar l'alta un cop s'ha acabat el procés assistencial que el centre o la unitat pot oferir.

Annex 12. Escales de valoració



Escales recomanades	Utilitat	Font on es poden localitzar
• Índex de Barthel	• Escala funcional d'activitats bàsiques de la vida diària	• Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. "Functional evaluation: The Barthel index". <i>Md. St. Med. J</i> , 14, pàg. 61-65, 1965.
• Índex de Lawton	• Escala funcional d'activitats instrumentals de la vida diària	• Lawton M. P.; Brody E. M. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". <i>Gerontologist</i> , 9, pàg. 179-186, 1969.
• FIM	• Escala d'activitats de la vida diària	• Keith, R. A.; Granger, C. V.; Hamilton, B. B. et al. "The Functional Independence measure: A new tool for rehabilitation". A: Eisenberg, M. G.; Grzesiak, R. C., ed. <i>Advances in Clinical Rehabilitation</i> , vol. I. Nova York: Springer-Verlag, pàg. 6-18, 1987.
• Escala d'intensitat de suports	• Escala de valoració de suports	• Verdugo, M. A. <i>Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación</i> . Salamanca: Amarú, 2006.
• Escala de resultats de Glasgow (GOS)	• Escala de classificació del dany cerebral traumàtic	• Jennett, B.; Bond, M. "Assessment of outcome after severe brain damage. A practical scale". <i>Lancet</i> , 1, pàg. 480-484, 1975.
• Escala modificada d'Ashworth	• Escala de valoració del to muscular	• Ashworth, B. "Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis". <i>Practitioner</i> , 192, pàg. 540-542, 1964.
• Tinetti	• Escala d'equilibri i de marxa	• Tinetti, M. E. "Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients". <i>J. Am. Geriatr. Soc.</i> 34, pàg. 119, 1986.

Valoració de la lesió medul·lar

Hi ha diverses escales per determinar el nivell de la lesió neurològica. Les més utilitzades són la de *Frankel* i l'escala *ASIA* (American Spinal Injury Association).

L'*American Spinal Injury Association* introdueix uns conceptes més actuals i complets per a la definició del nivell i l'evolució de la lesió medul·lar.

- **Tetraplegia o paraplegia incompleta:** substitueixen els termes *tetra* o *paraparèsia*.
- **Nivell motor:** últim nivell motor NORMAL (dret o esquerre).
- **Nivell sensitiu:** últim nivell sensitiu NORMAL.
- **Nivell neurològic:** últim nivell tant sensitiu com motor NORMAL.
- **Nivell esquelètic:** nivell on, radiogràficament, es troba la vèrtebra més afectada.
- **Zona de preservació parcial (ZPP):** dermatòms caudals al nivell de la lesió que romanen parcialment innervats.
- **Lesió parcial:** preservació de funció motora i/o sensitiva per sota del nivell lesional, incloent-hi l'últim nivell sacre.
- **Lesió completa:** absència de funció motora i/o sensitiva a l'últim nivell sacre.
- **Puntuació motora:** 0 a 5.
- **Puntuació motora total:** suma de les puntuacions de tots els grups explorats.
- **Puntuació sensitiva:** per a l'exploració, s'ha de fer servir una agulla i un cotó:
 - 0 = No intacte.
 - 1 = Parcialment intacte o hipoestèsia.
 - 2 = Intacte.
 - 3 = NT (no testable).
- **Puntuació sensitiva total:** suma de la sensibilitat fina (cotó) de tots els dermatòms explorats + suma de la sensibilitat amb agulla dels dermatòms explorats.

Escala de graduació motora

Mesurament de la força muscular:

- 0 – Absent, paràlisi total.
- 1 – Contracció palpable o visible.
- 2 – Moviment actiu en tot l'arc de moviment amb gravetat eliminada.
- 3 – Mobilitat activa contra la gravetat.
- 4 – Mobilitat activa contra la resistència.
- 5 – Múscul normal.

Músculs clau:

- C5 = Flexors de colze (bíceps).
- C6 = Extensors de canell (extensors del carp).
- C7 = Extensors de colze (tríceps).

- C8 = Flexors de dits (flexor profund).
- T1 = Intrínsecs de la mà (abd. 5 dit).
- L2 = Flexors de malucs (psoes ilíac).
- L3 = Flexors de genoll (quàdriceps).
- L4 = Dorsiflexors de peu (tibial anterior).
- L5 = Extensors de primer dit (extensor llarg del primer dit).
- S1 = Flexors plantars (tríceps sural).
- S2 - S5 = S'utilitza el nivell sensitiu i l'esfinter anal per localitzar el segment neurològic més baix.

Escala de discapacitat ASIA (American Spinal Injury Association)*

Classificació	Definició
A	Completa: no hi ha preservació de funció sensitiva ni motora per sota del nivell de la lesió; comprèn els segments sacres S4 i S5
B	Incompleta: hi ha preservació de funció sensitiva, però no motora, per sota del nivell neurològic i es conserva certa sensació als segments sacres S4 i S5
C	Incompleta: hi ha preservació de la funció motora per sota del nivell neurològic; no obstant això, més de la meitat dels músculs clau per sota del nivell neurològic tenen una força muscular menor de 3 (això significa que no són prou forts per moure's contra la gravetat)
D	Incompleta: hi ha preservació de la funció motora per sota del nivell neurològic i, almenys, la meitat dels músculs clau per sota del nivell neurològic tenen una força muscular 3 o més alta (això significa que les articulacions es poden moure contra la gravetat)
E	Normal: les funcions sensibles i motores són normals

* Reproduït amb permís de l'American Spinal Injury Association (Associació Americana de Lesió de la Medul·la Espinal).

Graus de Frankel:

- A:** Lesió completa motòrica i sensitiva.
- B:** Lesió completa motòrica, incompleta sensitiva.
- C:** Recuperació motora, força no útil.
- D:** Recuperació motriu útil, recuperació neurològica completa.

Escala d'Ashworth modificada

- 0:** To muscular normal.
- 1:** Hipertonia lleu: augment del to muscular amb “detenció” al moviment passiu de l’extremitat, mínima resistència en menys de la meitat de l’arc de moviment.
- 2:** Hipertonia moderada: augment del to muscular durant la major part de l’arc de moviment, però la part afectada es pot moure passivament amb facilitat.
- 3:** Hipertonia intensa: augment prominent del to muscular, amb dificultat per efectuar els moviments passius.
- 4:** Hipertonia extrema: la part afectada es manté rígida, tant per a la flexió com per a l’extensió.

Font: Ashworth, B. “Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis”, *Practitioner*, 192, pàg. 540-542, 1964.

Annex 13. Tractament dels suggeriments i les reclamacions



Una de les premisses de la gestió de la qualitat total és l'aprofitament de les aportacions de tots els components de l'organització i fins i tot de clients/es i altres persones externes que, de qualsevol manera, hi estiguin relacionades. En aquest sentit, les opinions i, especialment, les queixes han de ser considerades i tractades com oportunitats de millora i innovació.

La necessitat i la conveniència de recollir l'opinió i valorar la satisfacció dels/ de les clients/es, interns/es i externs/es fan necessària l'existència d'un sistema de recepció (fins i tot, de foment) d'aquestes aportacions.

1. Definicions

Suggeriment

Un suggeriment és una proposta de realitzar una nova actuació, d'ometre o modificar una que es duu a terme o, en definitiva, d'introduir un canvi en el servei, el programa o l'organització en algun aspecte que n'afecta el funcionament, la dotació o la pràctica a fi de produir una millora o resoldre un defecte en la qualitat de l'atenció, el treball, el producte o el servei.

Reclamació

Una reclamació és l'expressió d'una disconformitat, una queixa o la demanda d'una rectificació d'algun aspecte que afecta el funcionament, la dotació, la pràctica o el producte d'un servei, un programa o una organització per considerar que el seu estat actual perjudica l'exercici dels drets dels/de les clients/es o minva la qualitat a la qual tenen dret raonablement.

No s'han de considerar les reclamacions sobre fets ocorreguts fora d'un termini superior a sis mesos o que hagin estat objecte o estiguin pendents de resolució judicial.

Sistema de reclamacions i suggeriments

El sistema de reclamacions i suggeriments d'un establiment és una manera de participació ocasional que permet a l'entitat aprofitar el capital intel·lectual i humà d'un major nombre dels seus components, així com dels clients i altres persones externes que hi estiguin relacionades, i a aquests, expressar les seves opinions i rebre'n una resposta completa.

2. Mitjans de presentació

Formulari

Els suggeriments i les reclamacions s'han de consignar en un formulari dissenyat a aquest efecte, que s'ha de lliurar i explicar en el moment de l'ingrés o el contacte inicial als components de l'establiment, tant als/a les professionals com als/a les clients/es i als seus familiars o representants, i que sempre ha d'estar a la seva disposició. Cal animar-los a utilitzar-lo com una eina per al creixement i la millora de l'entitat i garantir la inexistència de qualsevol conseqüència negativa per a qui ho faci.

El formulari ha d'estar redactat amb claredat, en un llenguatge senzill que en faciliti la comprensió. Així mateix, cal disposar dels suports necessaris per a la seva utilització per persones amb qualsevol tipus de dificultat.

Els/les professionals han de proporcionar el formulari a totes les persones que el sol·licitin o que expressin el seu desig de fer un suggeriment o una reclamació. També han d'oferir totes les indicacions i les ajudes necessàries per garantir la tramitació correcta del suggeriment o la reclamació.

Responsable de recepció i tramitació

En cada establiment hi ha d'haver una persona responsable de la recepció de suggeriments i reclamacions que, al seu torn, ha de garantir que es tramitin degudament. Aquesta persona ha de tenir la qualificació i l'entrenament suficients per portar a terme la tasca encomanada.

Les seves funcions són les següents:

- Facilitar la informació necessària per a la presentació d'un suggeriment o una reclamació.
- Ajudar, quan sigui necessari, a emplenar el formulari.
- Respectar i fer respectar, quan així se sol·liciti, el caràcter confidencial de la identitat de la persona sol·licitant fins a la fi de les seves actuacions.
- Tramitar els suggeriments o les reclamacions conforme al procediment establert.
- Garantir i, si escau, fer arribar a la persona interessada la resposta i les conseqüències, si n'hi hagués, de la seva iniciativa.

3. Procediment de tramitació i resolució

Suggeriments

La persona responsable de la recepció i la tramitació dels suggeriments els ha d'analitzar i remetre a l'òrgan o a la persona amb capacitat per resoldre'ls segons l'indole. Aquest òrgan o persona pot recaptar l'opinió d'altres per-

sones relacionades amb el tema de què tracti el suggeriment, dins i fora de l'organització, de manera que pugui, amb major coneixement i varietat de perspectives, valorar els avantatges i inconvenients del suggeriment proposat.

La resposta al suggeriment plantejat s'ha de notificar a qui la va presentar en un termini no superior a quinze dies naturals a comptar des de la data de recepció de la proposta.

Tots els suggeriments acceptats que puguin tenir alguna conseqüència d'interès general per a les persones relacionades amb el servei, l'establiment o l'entitat, així com tots aquells que no siguin considerats, s'han de comunicar mensualment a l'òrgan de gestió o govern corresponent perquè pugui incorporar en les seves reunions el debat del suggeriment plantejat. La persona que ha fet la proposta pot, si no se sent satisfeta amb la resposta rebuda, defensar-la davant aquesta instància de gestió o govern.

En cas que el suggeriment doni lloc a modificacions, cal revisar també els documents que hi estiguin relacionats (reglaments, fulletons informatius, etc.).

Cada establiment ha de mantenir un arxiu que contingui els formularis de suggeriments. El contingut de cadascun dels formularis presentats s'ha de reflectir en un registre destinat a aquest efecte, fent-hi constar la identitat de la persona que ha fet la proposta, les dates de presentació i resolució, la identitat de les persones que han participat en la seva anàlisi i la seva acceptació o denegació degudament motivada.

Reclamacions

La persona responsable de la recepció i la tramitació de reclamacions les ha d'analitzar i, en un termini màxim de set dies naturals, ha d'iniciar la investigació dels fets al·legats pel/per la reclamant. En un termini màxim de deu dies naturals ha d'informar sobre totes les gestions realitzades a la persona o a l'òrgan competent segons l'indole de la reclamació. Aquest últim pot proposar un procediment de mediació de caràcter informal en el marc del qual tant el/la reclamant com l'altra part tinguin l'oportunitat d'exposar i argumentar la seva postura a fi d'arribar a un acord.

Si aquest procediment de mediació informal no és procedent o no dóna un resultat satisfactori, la persona o l'òrgan competent ha de resoldre la reclamació. En tot cas, no podran transcórrer més de trenta dies naturals entre la recepció de la reclamació per part d'aquest òrgan o persona i la seva resolució. La resolució de la reclamació plantejada s'ha de notificar a la persona que la va presentar.

En cas que la reclamació s'accepti, la seva resolució ha d'indicar expressament les modificacions que exigeixi la seva reparació i el termini en què s'han de dur a terme.

Les reclamacions contra actuacions o conductes del personal s'haurien de resoldre atenent les normes específiques d'aplicació, sense perjudici de les responsabilitats que puguin correspondre pels fets.

Les reclamacions acceptades que puguin tenir alguna conseqüència d'interès general per a les persones relacionades amb el servei, l'establiment o l'entitat, així com totes aquelles que no siguin considerades, s'han de comunicar mensualment a l'òrgan de gestió o govern corresponent perquè pugui incorporar en les seves reunions el debat de la reclamació plantejada. La persona reclamant pot, si no se sent satisfeta amb la resposta a la seva reclamació, defensar-la davant aquesta instància de gestió o govern.

Cada establiment ha de mantenir un arxiu amb els formularis de reclamacions. El contingut de cadascuna de les reclamacions presentades s'ha de reflectir en un registre destinat a aquest efecte, fent-hi constar la identitat del/de la reclamant, les dates de presentació i resolució, la identitat de les persones que han participat en la seva anàlisi i també la seva acceptació o denegació degudament motivada.

Annex 14. Ajudes tècniques més significatives en una residència de persones amb discapacitat física



Relació d'ajudes tècniques més freqüents

Grup 09. Ajudes per a la protecció i la cura personal

- Roba de vestir.
- Ajudes de protecció del cos.
- Ajudes per vestir-se i despullar-se.
- Ajudes per a les funcions d'evacuació.
- Ajudes per rentar-se.
- Ajudes per banyar-se.
- Ajudes per dutxar-se.
- Ajudes per a la cura del cabell.
- Ajudes per a la cura dental.
- Ajudes per mesurar propietats físiques i fisiològiques.

Grup 12. Mobilitat

- Bastons amb tres potes o més.
- Carrutxes.
- Caminadors amb seient i suports posturals.
- Cadira de rodes amb seient basculant i suports posturals.
- Cadires de rodes amb seient i respall modular.
- Cadira de rodes amb motor elèctric.
- Bicicletes.
- Fustes de transferència.
- Tapets lliscants.
- Discos de transferència.
- Discos de transferència amb suport de tronc.
- Discos de transferència amb suport de genolls.
- Ajudes per al trasllat.
- Grues estàndard.
- Grues de bipedestació.
- Grues de sostre.

Grup 15. Ajudes per a les activitats domèstiques

- Ajudes per menjar i beure.

Grup 18. Mobiliari i adaptacions

- Llits.
- Matalassos.
- Coixins de seient antiescares.
- Accessoris de llit.

- Taules.
- Butaques.

Grup 24. Ajudes per a la manipulació de productes

- Ajudes per abastar.
- Ajudes per fixar.
- Ajudes per a la prensió.

Grup 30. Ajudes per a l'oci i el temps lliure

- Jocs.
- Ajudes per fer exercici.
- Equipament de jardineria.

Suggeriments per a una utilització millor dels diferents grups d'ajudes tècniques

Roba de vestir

Capes, impermeables, bruses, jaquetes, pantalons, faldilles, vestits, roba interior, etc.

Al mercat, hi ha roba amb un disseny especial per facilitar l'activitat de vestir-se i despullar-se de manera autònoma o dissenyada per facilitar la tasca al/a la cuidador/a, o bé perquè la persona estigui còmoda si s'ha d'estar asseguda tot el dia en una cadira de rodes.

També es pot fer més fàcil l'activitat fent petites adaptacions a la roba ja comprada, com ara canviar botons per vetes adherents o posar estiradors a les cremalleres.

També es fa més fàcil l'activitat si al mercat ordinari escollim peces d'una talla més gran, de materials elàstics, amb el coll i les cises amples, amb gomes, sense botons...

Ajudes de protecció del cos

Hi ha ajudes per evitar danys a la pell, com ara les colzeres o les taloneres.

També hi ha ajudes per evitar caigudes, com els cinturons de llit i de cadira de rodes o els petos.

I, finalment, les ajudes per evitar fer-se mal (epilèpsia, poc equilibri en la marxa), com ara colzeres, genolleres o gorres de cop, o manyoples en casos de desordres mentals.

Ajudes per vestir-se i despullar-se

La postura estable, el lloc (llit, cadira, terra...) i les tècniques individuals per a cada persona, juntament amb adaptacions de la roba i ajudes tècniques, són les condicions essencials per aconseguir la màxima autonomia en l'activitat. Ajudes per posar-se els mitjons, calçadors, penjadors per subjectar la roba, ganxos o barnilles, botonadors... són les ajudes tècniques que més s'utilitzen per vestir-se.

Ajudes per a les funcions d'endrega (evacuació)

Aquesta és una activitat complexa i hem de tenir en compte tots els passos. Com fa la persona la transferència: sola, amb una ajuda tècnica o amb una ajuda personal i si tenim l'espai suficient.

Abaixar o treure la roba de la part inferior del cos: hem de valorar la posició en què s'ha de fer i quin suport es necessita.

Posició durant l'evacuació: és molt important que sigui una posició estable i segura en què la persona pugui relaxar-se i també fer força intestinal (flexió de maluc). Al mercat, hi ha barres laterals i frontals i respallers amb controls de tronc per poder deixar la persona sola sense perill.

La utilització del paper de vàter és una acció bastant complicada per a moltes persones amb discapacitat física. Una solució molt bona són els vàters-bidet.

Ajudes per rentar-se

Rentar-se les mans, la cara o les dents són activitats que es fan davant del lavabo. El seu disseny, l'alçada, el tipus d'aixeta i tenir els objectes necessaris (sabó, raspall de dents, pasta, raspall d'ungles, tovallola...) a l'abast és el primer que s'ha d'intentar. Raspalls d'ungles fixos, raspalls de dents elèctrics, dispensadors de sabó, esponges i manyoples són algunes ajudes tècniques per facilitar aquesta activitat.

Ajudes per banyar-se

El bany és una activitat que, a més de la higiene del cos, pot tenir una finalitat terapèutica o simplement de confort.

Al mercat, es poden trobar banyeres amb regulació d'alçada per facilitar la manipulació de la persona per part del/de la cuidador/a, amb hidromassatge o sense.

Ajudes per dutxar-se

Cal valorar la posició en què s'ha de fer l'activitat: assegut o estirat.

Per dutxar-se assegut hi ha diferents seients, cadires de dutxa i cadires de dutxa-vàter. Cal recordar que en aquesta posició la persona està activa i hi pot participar.

En els casos en què hi hagi molt poc control postural o la persona no pugui participar en l'activitat, es pot optar per dutxar la persona estirada. Les plataformes i les lliteres de dutxa faciliten la tasca del/de la cuidador/a.

Ajudes per a la cura del cabell

Per rentar el cabell s'ha de valorar la posició i el moment en què es fa l'activitat. En cas que no es pugui fer en el moment de la dutxa, es pot fer assegut a la cadira utilitzant una safata de rentar el cabell o estirat al llit amb un rentacaps inflable de llit.

Per pentinar, hi ha pintes i raspalls de cabell amb diferents mànecs més gruixuts o més llargs per facilitar l'activitat.

Ajudes per a la cura dental

S'ha de buscar que l'activitat es faci en una posició estable i valorar quines adaptacions poden ajudar a l'activitat. Agafar el raspall, posar la pasta, el moviment del raspall i esbandir la boca. Hi ha raspalls de dents elèctrics, xeringues, engruixidors de mànecs i dispensadors de pasta.

Ajudes per mesurar propietats físiques

En general, pot ser difícil pesar les persones amb gran discapacitat física. Hi ha bàscules que són accessoris de grues per a persones i bàscules per pesar les persones assegudes a la cadira de rodes.

Bastons de tres potes o més

Els bastons de tres potes o més, a més de ser un suport per a la marxa, donen més estabilitat i seguretat en cas de problemes d'equilibri.

Com que mantenen dretes les persones sense necessitat de recolzar-les a la paret o a un moble, poden ser més funcionals per a persones amb afectació psíquica.

Carrutxes

Les carrutxes redueixen l'esforç que s'ha de fer amb les cames per caminar, donen equilibri, estabilitat i seguretat i ajuden a avançar caminant.

N'hi ha d'interior i d'exterior, de quatre potes o de dues, de tres o quatre rodes, i posteriors (el caminador va davant i la persona, darrere) o anteriors —en aquest últim cas, la posició de la persona és més correcta, però pot caure cap endavant.

Poden tenir diferents accessoris, com ara un seient per descansar, una cistella per transportar coses o un suport d'avantbraç en cas que no es pugui fer presió del mànec amb les mans.

Caminadors amb seient i suports posturals

Per mantenir la marxa, encara que no sigui una marxa funcional, sinó amb objectius rehabilitadors, de manteniment o de prevenció, hi ha caminadors amb diferents suports per estabilitzar la pelvis o donar equilibri al tronc. L'únic requeriment és mobilitat i potència muscular mínima en extremitats inferiors i control cefàlic.

Cadira de rodes amb seient basculant i suports posturals

Si a l'hora d'escollir la cadira de rodes, en persones amb molta afectació física es prioritza el confort i el fet de fer canvis posturals, la cadira de rodes amb xassís basculant és la millor opció.

Aquest tipus de cadira permet ajustar l'angle dels malucs, els genolls i els turmells i la posició del cap, i fer l'efecte dels canvis de posició sense modificar-los; juntament amb l'encoixinat del seient s'aconsegueix millor qualitat de vida.

Cadires de rodes amb seient i respall modular

En cas que la persona sigui més activa, però no pugui mantenir una postura en sedestació estable i funcional, es pot optar per posar un seient i un respall modular al xassís de la cadira de rodes.

El sistema modular permet donar estabilitat a la pelvis, protegir de les nafres per pressió, corregir o millorar postures incorrectes i donar comoditat i seguretat.

Cadira de rodes amb motor elèctric

Si la persona no té una marxa funcional, no pot autopropulsar una cadira de rodes i té la capacitat visual i mental suficient per moure's de manera independent, s'ha d'optar per la cadira de rodes amb motor elèctric.

Es pot escollir entre els diferents comandaments estàndard o, en el cas de persones usuàries amb poca mobilitat, poca força a les mans o poc control del moviment, cal buscar altres opcions per manejar la cadira.

Bicicletes

La bicicleta pot ser un sistema de trasllat, pot servir com a exercici de manteniment i com una opció d'oci.

Atesa la quantitat d'accessoris de què disposa per mantenir la postura, cada vegada són més les persones usuàries que poden utilitzar aquest vehicle.

Fustes de transferència

Per a persones usuàries que participen en la transferència d'un seient a un altre, la millor opció és en paral·lel.

La transferència es fa per arrossegament.

Hi ha taules de transferència de diferents materials i formes.

Discos giratoris

Permeten la rotació de la persona durant la transferència de seient a seient sense la seva participació activa.

Estan indicats per a persones que es poden posar dretes amb l'ajuda d'una altra, però que tenen dificultats per fer el gir.

Discos giratoris amb recolzament de tronc

Són una ajuda tècnica petita i manejable i, pel perfil de la persona usuària a qui va destinat, podrien substituir una grua, ja que la persona no s'ha de mantenir dreta.

Permeten que la persona resti descansant sobre un suport encoixinat, mentre l'assistent fa el gir per fer la transferència d'un seient a un altre.

Discos de transferència amb suport de genolls

Aquest disc giratori té una barra per agafar-s'hi i un suport als genolls per ajudar a mantenir la posició en bipedestació mentre la persona assistent fa el gir per realitzar la transferència d'un seient a un altre.

Ajudes per traslladar

Per a casos de persones que no caminen, però que amb poca ajuda es poden posar dretes, hi ha aquesta ajuda tècnica dissenyada per traslladar la persona i especialment per portar-la al vàter.

Grues estàndard

Aquesta grua mòbil, comparativament amb els altres tipus de grues (de bipedestació i de sostre), és l'única que pot agafar les persones a qualsevol lloc i passar d'una posició a una altra (estirats al llit, dins d'una banyera, a terra, asseguts en una butaca o hamaca, al pati, al carrer). Com la grua de sostre, tampoc no és pràctica per a activitats que, a més del trasllat i la transferència, impliquin la manipulació del cos de la persona usuària de la cintura cap avall (vestir, despullar, anar al lavabo, canviar bolquers, rentar aquesta zona del cos...).

Una part important en la utilització de la grua és escollir un arnès específic per a la persona (mida, control postural) i l'activitat.

Generalment, hi ha tres mides d'arnesos i poden tenir diferents formes i estar fets de diferents tipus de roba (universal, semirígid, higiènic, amb suport de cap, per a amputats, de banyera, per deixar-lo posat, encoixinat...).

Grues de bipedestació

Aquests tipus de grues tenen dues qualitats principals: la facilitat amb què es pot agafar la persona i la facilitat amb què es pot manipular el seu cos, ja que queda lliure de cintura cap avall (vestir, anar al lavabo, canviar els bolquers...). També es valora molt positivament perquè és una ajuda tècnica que respecta el desplaçament natural que faria la persona per passar d'un seient a un altre i ajuda a mantenir l'autonomia encara present.

Però també té inconvenients. El primer és que la persona ha d'estar asseguda i la grua la deixa en la mateixa posició. Un altre inconvenient és que aquesta grua no serveix per a totes les persones: no poden utilitzar-la persones amb amputació de les extremitats inferiors, ja que la grua posa la persona dreta; tampoc no val per a persones amb espasticitat severa en flexió o en extensió, ja que la persona usuària comença a posar-se dreta des d'una posició de maluc, genoll i turmell a 90°, i tampoc no poden utilitzar-la persones amb hipotonia severa en espatlles o persones molt obeses o molt fràgils, ja que es nota bastant de pressió a l'esquena.

Grues de sostre

Són la millor solució per facilitar la tasca de la persona assistent, que no ha de conduir ni maniobrar amb cap aparell.

S'aconsella instal·lar el carril sobre el mobiliari on se suposa que es faran diverses transferències cada dia, i també sobre el vàter comú, la banyera, el canviador, la llitera, el matalàs...

Es pot instal·lar un carril de manera que les transferències es facin en el seu recorregut (vàter, llitera...), o bé instal·lar un joc de tres carrils que permeti fer la transferència en qualsevol punt de la sala (indicat per a sales de rehabilitació, per posar les persones usuàries sobre matalassos repartits per la sala...).

Ajudes per menjar i beure

Menjar i beure són activitats complexes que requereixen una sèrie de moviments i accions coordinades i precises. Es diria que les persones amb una funcionalitat mínima a les mans no han de poder realitzar aquesta activitat, però es poden provar algunes ajudes tècniques capaces de substituir algunes funcions de les mans.

Els gots amb nansa, els engruixidors, els coberts adaptats, els ganivets d'angle o les cintes per agafar poden facilitar, millorar o permetre la prensió del got i dels coberts per part de persones amb problemes per agafar-los.

Per substituir la funció d'una mà, en cas que la persona tingui una sola mà funcional, hi ha tapets antilliscants, plats amb vora per substituir l'acció d'ajuda per recollir el menjar del plat, o plats amb punxes per fixar l'aliment mentre tallem amb el ganivet...

Si la persona no té prou força per portar el menjar a la boca, hi ha suports d'avantbraç amb un sistema de basculació que substitueixen aquest moviment actiu.

En casos de persones amb doble amputació, persones sense mobilitat en extremitats superiors o amb mans molt poc funcionals, hi ha un aparell que, amb un petit moviment, en pressionar un commutador, substitueix l'acció de recollir el menjar del plat i portar-lo a la boca.

Llits articulats amb moviment d'elevació

Per a persones que no puguin incorporar-se per si mateixes o no puguin fer canvis posturals al llit, persones amb problemes respiratoris, cardiovasculars o musculoesquelètics.

La regulació de l'alçada del llit és fonamental per facilitar qualsevol tipus de manipulació de l'assistent a la persona i per facilitar la transferència autònoma, assistida o amb una ajuda tècnica (fusta, disc giratori, grua...).

Matalassos antiescares

En vista a la protecció, per evitar danys a la pell, hi ha matalassos antiescares dinàmics (d'aire alternant), útils com a tractament si el risc de nafres és molt elevat, o bé matalassos o sobrematalassos estàtics de diferents materials (fibra de polièster, escuma viscoelàstica...), com a prevenció si el risc és mitjà o mínim, ja que ajuden a repartir el pes i són més confortables que els matalassos dinàmics.

Coixins de seient antiescares

Per tal de donar comoditat, reduir la pressió i distribuir el pes en la superfície de recolzament, les persones usuàries de cadires de rodes han de portar un coixí de seient antiescares.

Hi ha coixins de diferents materials, la qual cosa fa que tinguin característiques diferents (estabilitat, correcció de la postura, transpirabilitat, possibilitat de protegir una zona concreta, confort, pes, preu, durabilitat, necessitat de cures...). Cal escollir un coixí amb les qualitats que cobreixen els objectius que es volen aconseguir per a la persona usuària.

Accessoris de llit

Hi ha molts accessoris: de protecció, de seguretat i per facilitar activitats al llit.

Per a la protecció, a més dels matalassos antiescares, hi ha taloneres i colzeres per protegir els punts més vulnerables del cos.

Per a la seguretat de la persona usuària que pot fer algun moviment poc controlat, per evitar caigudes o que la persona es faci mal, hi ha les baranes de llit i els protectors de baranes. També hi ha cinturons abdominals, de turmell i de canell, i les manyoples. Els pijames-llençol també poden ser una solució diferent que es pot provar per evitar que la persona caigui, es toqui alguna ferida, es despulli, es tregui els bolquers o es tregui sondes si té problemes mentals. Per ajudar la persona a incorporar-se o canviar de posició per si mateixa, hi ha els trapezis, les barres laterals, les escaletes o el comandament si és un llit articulat amb motor elèctric, i els tubs i la peça de roba lliscant i el “canvi-pos” si ho ha de fer el/la cuidadora.

Per a la higiene al llit, hi ha les banyeres de llit i les safates inflables per rentar el cabell si la persona ha d'estar al llit per alguna raó (malaltia, recuperació després d'una intervenció...).

Altres accessoris que poden ser molt útils són les tauletes de llit, regulables en alçada i inclinació si s'hi ha de menjar, llegir, etc.; els edredons amb fundes especials perquè el pes de les mantes no dificulti la mobilitat; les barres de llit per ajudar en les transferències; els subjectaampolles d'orina que s'acoblen al llit per evitar que caiguin, etc.

I no hem d'oblidar els comandaments per realitzar algunes accions des del llit només amb un gest senzill com és prémer un botó o donar una ordre amb la veu, per exemple, per avisar el/la cuidador/a.

Taules

Hi ha taules dissenyades per ajudar la persona a realitzar una tasca: taules amb regulació d'alçada, amb regulació de la inclinació i amb semicercle d'aproximació...; són taules amb les característiques necessàries per poder ajustar-les a la necessitat de la persona.

Butaques

A les residències, hi ha d'haver butaques o seients confortables, amb un suport corporal encoixinat però ferm i amb característiques especials per facilitar l'acció de seure i aixecar-se, canviar de posició o mantenir la posició si la persona té alguna alteració del to muscular.

Ajudes per abastar

Les persones amb cadira de rodes tenen un abast limitat, ja que no poden arribar a terra ni a objectes que estan per sobre de 140 cm. Al mercat, podem trobar diferents pinces amb sistemes de premsió per ampliar l'abast i així poder agafar objectes que estiguin fora de l'abast de la mà.

Ajudes per reemplaçar o compensar les funcions del braç, les mans o els dits

Per facilitar la premsió a persones que no poden fer cap tipus de pinça amb la mà, hi ha dispositius que s'adapten als objectes per ajudar a agafar-los, com ara els engruixidors de mànecs, les nanses o les cintes d'agafar.

Si la persona usuària només té una mà funcional, per compensar la funció de l'altra i fer activitats bimanuals amb una sola mà, es poden trobar suports per mantenir objectes en una posició fixa, ventoses, tapets antilliscants, mordas-ses, imants, veta adherent... Aquestes ajudes tècniques i adaptacions també faciliten la manipulació a persones amb problemes de coordinació, tremolor i dispràxia.

Si cap de les dues mans no és funcional, la persona usuària pot fer algunes activitats, com ara teclejar, assenyalar, pintar, canviar peces de lloc o passar pàgines d'un llibre amb una barnilla bucal o amb un alicorn.

També hi ha aparells més complexos que donen el menjar prement únicament un commutador.

Jocs

Jocs d'ordinador, de psicomotricitat, educatius, d'atenció, jocs per estimular la creativitat, de competició, per jugar a l'aigua, jocs de taula...; hi ha un ventall molt ampli de jocs adaptats per a persones amb problemes manipulatius, de mobilitat o de comprensió. També es pot trobar material específic per a l'estimulació sensorial, per treballar l'orientació espacial i temporal.

Altres materials amb adaptacions per a persones amb discapacitat són: gronxadors amb seients especials, bancs de sorra, joguines d'interior i d'exterior, instruments musicals...

Ajudes per fer exercici

L'exercici físic i de manteniment és molt bo per a totes les persones, però fonamental per a les persones amb discapacitat física.

Ajudes per al manteniment de la marxa, l'equilibri, la mobilitat de totes les articulacions, la força, l'estabilitat i la bipedestació permeten a les persones usuàries fer l'exercici més convenient en cada cas. Hi ha diferents exercitadors especialment dissenyats per a les diferents teràpies de manteniment.

Equipament de jardineria

Les ajudes tècniques que permeten que una persona pugui fer una activitat d'oci que li agrada són les que funcionen més bé, ja que l'interès mou la voluntat i la capacitat d'aprendre.

Per a la jardineria, igual que per a altres activitats, podem trobar estris amb els mànecs adaptats i ajudes per mantenir-se de genolls i per aixecar-se.

A 15

Annex 15. Membres del grup de treball

ENTITAT	REPRESENTANT
ACAM	Sra. Mercè Montull
ACAM	Sr. Josep Pascual
ACAM	Sra. Primitiva Romero
Althaia. X A de Manresa. Centre de Disminuïts Físics del Bages	Sra. Dolors Garriga
Althaia. X A de Manresa. Centre de Disminuïts Físics del Bages	Sra. Neus Ticó
Althaia. X A de Manresa. Centre de Disminuïts Físics del Bages	Sra. Rosa Zamora
Amílcar. IMPD	Sra. Cristina Celada
Àrea de Qualitat. ICASS	Sr. Josep Antoni Jiménez
Can Llovera - Llar Joan Trias	Sra. Beatriz Sánchez
Can Llovera	Sra. Míreia Soler
Directora general de Serveis	Sra. Montserrat Bargalló
Fundació Pere Mitjans	Sra. Clara Clos
ICASS	Sra. Àngels Betriu
ICASS	Sra. Gemma Vázquez
Institut Universitari Avedis Donabedian ⁷¹	Sra. Pilar Hilarión
La Gavina	Sr. Toni Rodríguez
Llar Joan Trias	Sr. Adolfo Guillén
Llar Joan Trias. Llars de l'Amistat Cheshire	Sr. Víctor Umaña
Llar Sant Salvador	Sra. Esther de la Peña
Llar Oxalis, Girona	Sra. Natalia Santamaría
Residència AFAP	Sr. Albert Vide
Residència Aremi	Sra. Núria Ollé
Residència La Verneda	Sra. Núria Español
Residència Pla d'en Boet	Sra. Lourdes Cañada
SIRIUS	Sra. Teresa Elorduy
Usuària Maria Feixa	Sra. Teresa Nisarre
UTAC - SIRIUS	Sra. Carme Basil

71. Coordinadora del grup de treball.

Persones que han participat en la revisió del document

ASPID. ECOM Coordinadora	Sr. Jordi Latorre
Associació Cívica d'Ajuda Mútua ACAM	Sra. Míriam Torrella
ECOM Coordinadora	Sr. Emili Grande
ECOM Coordinadora	Sra. Roser Fernández
Institut Guttmann	Sra. Àngel Gil
Institut Guttmann	Sra. Mercè Solans
Llar Caixa Terrassa	Sra. M. Elisabet Herrera
Llars de l'Amistat Cheshire	Sr. Josep M. Colón
Universitat Ramon Llull	Sr. Xavier Cardona

Amb el suport metodològic de l'Institut Universitari Avedis Donabedian

AVEDIS
DONABEDIAN
INSTITUT UNIVERSITARI-UAB

