

**Projecte final de Retitulació a Grau de
Teràpia Ocupacional**

**UN PROGRAMA PSICOSOCIAL:
PROGRAMA PSICOESTIMULATIU
INTEGRAL (P.P.I) AMB PERSONES
AFECTADES DE MALALTIA
D'ALZHEIMER**

Marta Gallart Ubalde

Curs de Retitulació a Grau de Teràpia Ocupacional

Tutor: Salvador Simó

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

Universitat de Vic, 24 de Juny del 2013

*“..NO HAY NADA PEOR EN LA
VIDA QUE UNA
ENFERMEDAD TE quite tus
RECUERDOS, TUS MOVIMIENTOS,
TUS PALABRAS, EN DEFINITIVA TU
VIDA....SOLO DESEO QUE EL
TIEMPO QUE ME QUEDE PUEDA VIVIRLO
DE LA MEJOR MANERA POSIBLE”.*

JUAN. DX DSTA 2005

Índex:

1. Resum/Abstract	5
2. Antecedents i estat actual del tema	6
2.1 Problema d'estudi	6
2.2 Fonamentació teòrica	7
2.2.1 Definició de qualitat de vida	7
2.2.2 Definició de Teràpia Ocupacional i Model de referència	7
2.2.2.1 Definició d' Ocupació	10
2.2.3 Definició de Malaltia d'Alzheimer	11
2.2.3.1 Desenvolupament de la Malaltia d'Alzheimer	12
2.2.4 Estimulació cognitiva i Model de referència	14
2.3 Justificació del projecte	17
3. Objectius	19
3.1 Objectius generals	19
3.2 Objectius específics	19
4. Metodologia	20
4.1 Àmbit d'estudi	20
4.2 Disseny	22
4.3 Població i mostra/participants	24
4.3.1 Criteris d'inclusió i exclusió	25
4.4 Intervenció que es vol realitzar	26
4.4.1 El programa de psicoestimulació integral (PPI)	27
4.4.1.1 Recollida d'informació dels participants	28
4.4.1.2 Subprogrames del PPI	29
4.4.1.3 Els grups	32
4.4.1.4 L'equip de professionals	33
4.5 Variables i mètodes de medicació	34

4.5.1 Entrevista en profunditat semi-estructurada	36
4.5.2 Observació participativa	37
4.6 Anàlisi dels resultats	38
4.7 Limitacions de l'estudi	39
4.8 Aspectes ètics	39
5. Utilitat pràctica dels resultats	40
6. Organització del projecte i cronograma	41
7. Bibliografia i adreces electròniques	45
7.1 Bases de dades i altres adreces electròniques consultades	48
8. Pressupost	50
9. Annexes	53
9.1 Annex 1: Entrevista semi-estructurada i valoració de T.O	54
9.2 Annex 2: Llistat d'interessos adaptat	62
9.3 Annex 3: Registre de participació i aspectes destacats observats	66
10. Agraïments i reflexió final	68

1. Resum/Abstract

L'any 2011 la malaltia d'Alzheimer es situava com la quarta causa de mort més freqüent amb un augment de fins a 11.907, més del doble de morts que l'any 2000 (INE). Aquestes dades demostren l'augment del número de persones que pateixen una demència a mesura que envelleixen i una de les explicacions és l'augment de l'esperança de vida. Per aquest motiu l'estudi de la qualitat de vida ha adquirit una gran importància des de la dècada dels 90. La qualitat de vida és un concepte especialment subjectiu pel fet que cada persona la viu segons la pròpia percepció de salut i benestar i el grau d'adaptació a l'entorn que l'envolta. Per aquest motiu es planteja un programa de psicoestimulació integral (PPI) centrat en les individualitats de cada persona: valors, interessos, història ocupacional..., des de la filosofia de la Teràpia Ocupacional.

El projecte està elaborat mitjançant la metodologia qualitativa utilitzant l'enquesta en profunditat semi-estructurada per a realitzar les entrevistes i obtenir la informació principal a l'inici i al final del programa juntament amb tota la informació que s'obtingui de l'observació participant del dia a dia de cada un dels professionals per tal d'estudiar fins a quin punt aquesta atenció centrada en la persona contribueix a millorar la qualitat de vida de les persones afectades de Malaltia d'Alzheimer que reben tractaments no farmacològics com el proposat en aquest projecte. Com a tot estudi es poden trobar alguns factors condicionants com pot ser l'evolució pròpia de la malaltia amb les conseqüències negatives que això comporta i/o el número de participants que formen la mostra.

Paraules clau: Teràpia ocupacional i Alzheimer, programa de psicoestimulació integral, programa psicosocial.

In 2011 Alzheimer's disease stood as the fourth most frequent cause of death with an increase of up to 11,907, more than double of deaths than in 2000 (INE). These data demonstrate the increased number of people suffering from dementia as they get older, and one explanation is the increase in life expectancy. For this reason the study of quality of life has become an important fact since the 90s. Quality of life is a subjective concept especially because each person lives according to his own perception of health and welfare and the level of adaptation to the surrounding environment. Therefore, the comprehensive psychostimulation program proposed (PPI) is focused

on the individualities of each person: values, interests, occupational history, etc. from the Occupational Therapy's philosophy.

The project is developed by qualitative methodology using in depth semi-structured questionnaire to conduct interviews and get the main points at the beginning and end of the program with all the information obtained from the observation, taking part of the everyday life of each professional to study how this person-centered care helps to improve the quality of life of people affected by Alzheimer's disease who receive non-pharmacological treatments such as the proposed in this project. Like in all studies some determining factors could be found such as the evolution of the disease with the negative consequences that this entails and/or the number of participants in the sample.

Keywords: Occupational Therapy and Alzheimer's disease, Stimulation comprehensive program, psychosocial program.

2. Antecedents i estat actual del tema

2.1 Problema d'estudi

Segons l'Institut Nacional d'Estadística l'any 2009 van morir 11.169 persones a causa de la malaltia d'Alzheimer (a partir d'ara M.A), 3.481 van ser homes i 7.688 van ser dones. L'any 2011 la M.A es situava com la quarta causa de mort més freqüent amb un augment de fins a 11.907, més del doble de morts que l'any 2000 (INE).

Un dels factors que ha influenciat en aquest augment de la mortalitat per M.A és l'augment de l'esperança de vida, entesa com la mitjana estimada d'anys que una persona pot viure. Com més anys es viu més possibilitat hi ha de patir una demència tal i com digué l'investigador de biologia funcional i genòmica Juan Pedro Bolaños: "*el incremento progresivo de la esperanza media de vida de la población humana tiene ciertos efectos secundarios [...], el incremento de la probabilidad de sufrir enfermedades neurodegenerativas, sobre todo demencias*" (Universitat de Salamanca, 2013).

Aquestes dades demostren que cada vegada hi han més persones que pateixen la M.A i que a més s'hi afegeix el fet que cada vegada augmenta més l'esperança de vida

per això s'ha cregut necessari elaborar aquest projecte encaminat a augmentar la qualitat de vida per tal d'aconseguir que aquest augment d'esperança de vida es converteixi també en un augment de la qualitat en que les persones viuen la vida, entenent per qualitat de vida l'auto-percepció de benestar en totes les àrees de la persona.

2.2 Fonamentació Teòrica

2.2.1 Definició de qualitat de vida

La OMS entén per qualitat de vida el que defineix com: "la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de la cultura i del sistema de valors en els que viu i en relació als seus objectius, les seves expectatives, normes i inquietuds".

Segons Schalock (2002) la qualitat de vida és un concepte que reflecteix les condicions de vida desitjades per una persona, relatives a les vuit dimensions troncales de la seva vida: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets. Aquest concepte té doble significat: "qualitat" fa referència a l'excel·lència associada amb els valors humans com és la felicitat, l'èxit, el benestar, la salut, la satisfacció...etc, i "de vida" té a veure amb aspectes bàsics i essencials de l'existència humana. Segons Hatton (1998) i altres autors la qualitat de vida es pot resumir com un concepte multidimensional que generalment s'adopten les vuit dimensions referides per Schalock i s'ha de considerar com un referent bàsic d'un servei de qualitat (Font Roure, J.).

2.2.2 Definició de Teràpia Ocupacional i Model de referència

Segons Wilcock i Townsend ; *Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometer-se con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud i bienestar*" i aquest és l'objectiu de la teràpia ocupacional (Ávila Álvarez A., Martínez Piédrola R., Matilda Mora R., Máximo Bocanegra M., Méndez Méndez B., Talavera Valverde M.A et al., 2010).

Etimològicament la teràpia ocupacional està formada per dos conceptes: "Teràpia" que deriva de "Therapeia" (terapèutic, tractament, curació) i "Ocupació" que deriva de "Occupatio, -onis" (acció i efecte d'ocupar), per tant es pot definir com un tractament realitzat a partir de l'ocupació (Conferència Nacional de directors de Escoles Universitàries de Teràpia Ocupacional, 2004).

La Teràpia Ocupacional és definida per la AOTA (Ávila Álvarez, A. et al., 2010) com la disciplina sociosanitària que avalua la capacitat de la persona per desenvolupar les activitats de la vida quotidiana i intervé en els casos en que aquesta capacitat està en risc o afectada. El terapeuta ocupacional (T.O a partir d'ara) utilitza l'activitat amb propòsit i l'entorn per ajudar a la persona a adquirir el coneixement, les habilitats i actituds necessàries per desenvolupar les activitats o tasques quotidianes necessàries i aconseguir la màxima autonomia i integració. La Teràpia Ocupacional és també l'utilització terapèutica de les activitats d'auto-cura, treball i oci per incrementar la funció independent, millorar el desenvolupament i prevenir la discapacitat, incloent l'adaptació de les activitats i l'entorn per aconseguir la màxima independència i la major qualitat de vida possible.

La Teràpia Ocupacional és una disciplina que té com a objecte d'estudi la ocupació i que recorre a ella com instrument terapèutic. La utilització terapèutica de la ocupació ha de ser específica i adequada a la malaltia o discapacitat (en cas d'haver-n'hi), al pacient i al entorn que el rodeja per que pugui ser utilitzada de la forma més eficaç. Galeno defineix el tractament mitjançant la ocupació, assenyalant que "el treball és la major medicina natural i és essencial per la felicitat humana" (Conferència Nacional de directors de Escoles Universitàries de Teràpia Ocupacional, 2004).

Dins de la Teràpia Ocupacional entenem per "desempeño" ocupacional la capacitat de la persona per elegir, organitzar i desenvolupar de forma satisfactòria activitats significatives (ocupacions) i culturalment adaptades per tal d'aconseguir la cura personal (auto-cura), per gaudir de la vida (oci) i per contribuir en la societat (productivitat) (Sanz Valer, P. & Rubio Ortega, C., 2011). El "desempeño" ocupacional és el resultat de la relació dinàmica i entrelaçada entre les persones, el medi i la ocupació en el transcurs de la vida. Entenent com ocupació les diverses activitats o tasques de la vida diària organitzades les quals se'ls hi atribueix un valor o significat personal, social o cultural. És important tenir en compte que una activitat pot esdevenir ocupació per una persona però no per una altre, és a dir que pot ser molt significativa per algunes persones i en canvi per d'altres no tenir cap valor, d'aquí ve la importància

de la teràpia centrada en la persona, per **desenvolupar activitats adaptades i significatives per a cada persona** en concret . Entenem la teràpia centrada en la persona o atenció centrada en la persona com el fet d'atorgar la prioritat màxima a la persona per tal de millorar la qualitat dels serveis de salut, creant i oferint serveis que compleixin estàndards i ítems de qualitat i tractant a les persones com desitgen ser tractades tenint en compte la diversitat i necessitats individuals de cadascun i afavorint "l'empoderament" (empowerment).

Des de Teràpia Ocupacional es dona molta importància en el manteniment o maximització de les capacitats i habilitats de la persona per tal de que pugui desenvolupar-se com a ésser ocupacional i es poden utilitzar diferents models de referència específics de teràpia ocupacional des dels quals podem abordar aquesta qüestió (Durante Molina, P., Polonio López, B. i Noya Arnaiz, B., 2001, Kielhofner, G., 2006). El T.O ha de treballar amb el pacient per tal de prevenir la "deprivació ocupacional" el màxim de temps possible, entenent que aquesta té lloc quan existeixen limitacions o circumstàncies que no permeten que la persona adquireixi, utilitzi o gaudeixi de l'activitat significativa (Sanz Valer, P. et al., 2011).

La Teràpia Ocupacional compta amb un Model de Referència, el MOHO: Model de l'Ocupació Humana de Gary Kielhofner (1980) des del qual es tenen en compte els components volitius (causalitat personal, valors i interessos), els d'habitació (rutines i rols) i els components d'execució ("desempeño" ocupacional) de la persona. L'aplicació d'aquest model des de teràpia ocupacional a persones amb M.A ens serveix per valorar la situació dels diferents components al llarg del transcurs de la malaltia:

- En els components volitius es detecta una certa pèrdua dels valors i els interessos de la persona des de l'inici de la malaltia i posteriorment una absència total d'aquests components. En molts casos apareix el sentiment de incompetència quan la persona és conscient de la malaltia i del què li està passant.

Aquí la funció del terapeuta ocupacional recau en ajudar a la persona a involucrar-se en activitats en les que aconsegueixi funcionalitat per tal de aconseguir un sentiment de competència, sempre en un entorn i amb unes activitats adaptades a la persona, mai activitats que exigeixin més del seu nivell neuropsicològic. Aquestes activitats han de tenir un significat per la persona,

ser coherents amb els seus valors i interessos. Aquestes activitats seran individuals i diferents per a cada persona dins d'un context grupal.

- En els components d'habitució trobem que els rols de cada persona es perden molt precoçment en el cas de la M.A, la qual cosa provoca canvis en els rols dins de la família que acostumen a comportar un desequilibri familiar en els membres d'aquesta. És important que el terapeuta ocupacional i la resta de persones que interactua amb ell li marqui pas a pas les activitats o tasques a fer, no serveixen les grans planificacions degut a que les lesions frontals provocades en el cervell provoquen un caos en la persona en quant a la organització, impossibilitant-la de realitzar grans planificacions. Aquí és de gran importància les rutines i els hàbits ja que li permetran ser funcional. El dia a dia s'ha de guiar per una rutina constant, repetitiva i estructurada la qual cosa li aportarà, a part de funcionalitat, seguretat en ell mateix.
- En els components d'execució trobem una disminució de la capacitat de "desempeño" ocupacional degut a la degeneració cerebral progressiva i irreversible que produeix alteració de les funcions neuropsicològiques, cognitives i psicomotrius.

Les capacitats físiques/neuromotores són les úniques que es mantenen fins molt avançada la malaltia.

Aquest model proposa que la volició, habituació i la capacitat de "desempeño" representen les característiques internes de la persona que influencien en l'ocupació, d'aquí ve la gran importància de tenir en compte aquest model a l'hora de treballar amb l'ocupació amb persones amb M.A.

2.2.2.1 Definició d'Ocupació

Segons Wilcok (Sanz Valer, P. et al., 2011), i tenint en compte la importància de la ocupació com a éssers ocupacionals que som, la ocupació aporta beneficis per a la salut i augmenta la felicitat, quan les persones treballen per aconseguir el seu potencial ocupacional s'obtenen millores a nivell psicològic i funcional obtenint una millora, també, en la qualitat de vida. Aquesta autora remarca la importància de l'ocupació entesa com "*una síntesis de fer, ser i arribar a ser...*", és a dir que la

ocupació és el *fer* i aquest és beneficiós ja que és la manera com s'exerciten, es mantenen i es desenvolupen les capacitats mentals i físiques. El *ser* implica ser fidels a un mateix i tenir temps per un mateix i *l'arribar a ser* afegeix al ser la idea de futur, relacionat amb possibilitar la ocupació, afavorir el desenvolupament humà, el creixement i el potencial de cada un. L'autora remarca la importància del T.O per ajudar a les persones a canviar, capacitant-les per fer, ser i arribar a ser, aconseguint el seu major potencial a partir del talent i les habilitats de les quals està dotada la persona, aconseguint d'aquesta manera el benestar i contribuint a la salut psicològica i funcional. L'autora ens diu: “ *existe una fuerte relación entre ocupación y salud, hasta el punto en que la ocupación es el mecanismo biológico de la salud [...] lugar potencial de la ocupación en el cuidado del self*”, entenent la salut no únicament com la absència d'afectacions sinó com un estat complet de benestar físic, mental i social (OMS). Amb aquestes aportacions la autora posa èmfasis en la importància de l'ocupació per a les persones per tal de millorar la salut, i per tant, per tal de millorar la qualitat de vida.

Des del Marc de treball de l'AOTA (Ávila Álvarez, A. et al., 2010) es recolza la creença en el valor terapèutic de les ocupacions com una forma de solucionar o alleugerir la malaltia i mantenir la salut, emfatitzant en la importància d'establir una relació terapèutica amb cada pacient i dissenyar un pla de tractament basat en el coneixement de l'entorn de l'individu, els seus valors, els seus objectius i desitjos.

2.2.3 Definició de malaltia d'Alzheimer

La M.A és un trastorn multisistèmic degeneratiu del sistema nerviós central (Llibre Rodríguez J., & Guerra Hernández, M.A., 1999), caracteritzat clínicament per l'aparició d'un deteriorament cognitiu difús i funcional, a l'inici, i progressiu amb característiques clíniques y patològiques clares però amb diferències interindividuals en quant a l'edat d'inici, el patró de deteriorament cognitiu i l'evolució d'aquesta (Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorum, A. & Ramos, F., 2011). Es caracteritza també per l'aparició, en el transcurs de la malaltia, d'alteracions de la conducta, l'estat d'ànim i alteracions psicòtiques (Llibre Rodríguez, J. et al., 1999). En els primers estadis de la M.A es presenta un notable deteriorament cognitiu, especialment en les funcions mnèsiques: memòria viso-especial i audio-verbal i una

disminució de la capacitat per sintetitzar, evocar, deduir i raonar adequadament entre d'altres (Díaz Barrientos, E. & Sosa Coronado, A.M., 2010.).

Després dels 65 anys la prevalença de patir la M.A es duplica per 5. Es calcula que la repercussió a nivell mundial és entre 18 i 22.000.000 de persones, és la tercera causa de malaltia en costos socials i econòmics i la quarta causa de mort en els països industrialitzats. Juntament amb aquestes dades, la pèrdua de la productivitat ocupacional que suposa en els casos d'iniciació precoç han fet que s'enfoquessin les estratègies actuals en el diagnòstic precoç i la busca de predictors de la malaltia que permetin el seu abordatge terapèutic (Llibre Rodríguez, J., et al., 1999).

Actualment encara no existeix cap intervenció terapèutica coneguda per aconseguir prevenir la M.A (Fernandez-Calvo, B. et al., 2011) ni es disposa d'un tractament específic per curar aquesta o evitar-ne la seva evolució (Clare, 2008), però s'ha demostrat que un tractament farmacològic basat en l'administració de fàrmacs inhibidors de l'acetilcolinesterasa (Torres Aguirre, A. & Castellví Sampol, M., 2004, Fernandez-Calvo, B. et al., 2011, Deus, J., 2006 i Zamarrón Cassinello, M.D., Tàrraga Mestre, L. & Fernández Ballesteros, R., 2008) i un tractament terapèutic cognitiu per maximitzar les capacitats cognitives i minimitzar les pèrdues funcionals, col·laboren a l'alentiment del progrés de la malaltia aconseguint millores cognitives i funcionals significatives (Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T. & Moreno, L., 2003, Torres Aguirre, A., et al., 2004, Fernandez-Calvo, B., et al., 2011, Deus J., 2006, Díaz Barrientos E., et al., 2010, i Zamarrón Cassinella, M.D., et al., 2008) i millorant la qualitat de vida de la persona i del seu entorn (Torres Aguirre, A., et al., 2004) sempre que aquest s'abordi des de la teràpia basada en la persona.

2.2.3.1 Desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer

Entenem per desenvolupament de la M.A les tres fases en les que es pot subdividir aquesta malaltia tenint en compte que són aproximades i generalitzades ja que en cada pacient l'evolució és diferent i per tant les limitacions o afectacions d'un cas a un altre poden variar en quant a temps i/o ordre d'aparició.

A continuació es presenta un breu resum del què comporta la primera fase de la M.A ja que és la que s'aborda en aquest projecte:

Primera Fase: Fase Inicial/Lleugera

Segons l'evidència científica trobada en diferents fonts d'informació podem resumir de la següent manera el què succeeix en la primera fase de la M.A referent a la memòria, comportament, llenguatge i comprensió, coordinació i moviments i activitats de la vida diària (AVD):

Memòria: des de una pèrdua lleugera de la memòria a curt termini com l'oblit de noms, objectes familiars, accions recents o la desorientació espacial (per exemple al carrer) fins a una constant i persuasiva pèrdua d'aquesta presentant dificultats per interactuar amb la família o amb les persones amb les que conviu diàriament.

Comportament: en aquesta fase les persones acostumen a presentar una gran frustració, enfado i es senten incompresos degut a que no comprenen exactament què és el que està passant amb les seves coses, si les han perdut, els hi han robat...etc, la qual cosa fa que puguin aïllar-se de la gent, tancar-se més en si mateixos i mostrar-se enfadats més constantment. Poden presentar, degut a la situació que estan vivint, bruscos canvis d'humor.

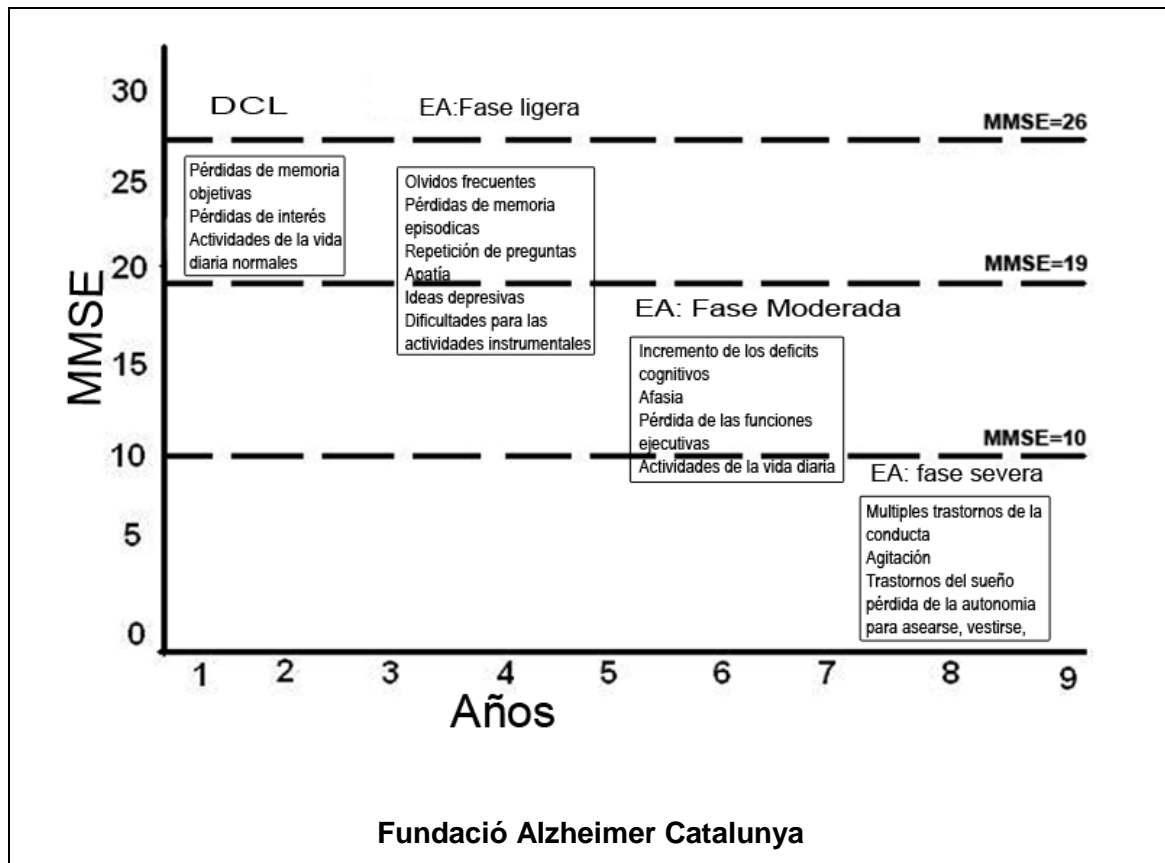
Llenguatge i comprensió: inicialment la persona raona i es comunica correctament tot i que cada vegada més li costa trobar les paraules precises a utilitzar en cada moment. A mesura que va avançant la malaltia, dins d'aquesta mateixa fase, la persona utilitza frases més curtes i més simples i sovint barrejant idees que no estan relacionades entre si.

Funcionalitat: generalment no s'aprecien problemes en la funcionalitat en quant a moviments i coordinació d'aquests.

AVD: generalment la persona no presenta dificultats significatives per a realitzar les activitats de la vida diària bàsiques (AVDB): auto-manteniment (cura personal), productivitat i oci però si que comencen a detectar-se algunes dificultats en la realització de les activitats de la vida diària instrumentals (AVDI), per exemple en la cura del domicili: mantenir l'ordre i la neteja adequada, cuinar...etc.

Autonomia: manteniment de l'autonomia amb necessitat de supervisió en la realització de tasques complexes com per exemple la conducció, per problemes de desorientació espacial i temporal.

Tal i com es pot apreciar la fase inicial de la M.A es caracteritza principalment per l'aparició de simptomatologia lleu i especialment relacionada amb la memòria a curt termini. A continuació trobem una gràfica que mostra les tres fases de la M.A amb les característiques més rellevants de cada una d'elles:



DCL: Deteriorament cognitiu lleu
EA : Malaltia d'Alzheimer
MMSE: Mini Mental State Exam

2.2.4 Estimulació cognitiva i Model de referència

A partir de la revisió bibliogràfica realitzada sobre l'evidència científica referent a l'estimulació cognitiva s'ha trobat que en els últims anys s'ha demostrat que les persones amb M.A en fase lleu (GDS 3-4) també presenten capacitat d'aprenentatge, encara que més limitada (Calero, 2000, Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, Moya, Tàrraga & Zamarrón, 2003, i Junqué, 1994) gràcies a la capacitat de les neurones

lesionades per regenerar-se i establir noves connexions sinàptiques (Golman, 1995), model de la neuroplasticitat, i que el treball a partir de l'estimulació cognitiva afavoreix aquest procés de forma positiva.

En l'actualitat s'ha demostrat que el tractament òptim per aquestes persones és un tractament integral dels aspectes biològics, psicològics i socials (biopsicosocial), (Arroyo-Anilló, 2003) basat en la combinació d'un tractament farmacològic amb un tractament no farmacològic (Francés, I., et al., 2003, Torres Aguirre, A., et al., 2004, Fernandez-Calvo, B., et al., 2011, Deus, J., 2006 i Díaz Barrientos, E., et al., 2010).

S'entén per tractament no farmacològic o teràpies toves (Deus J., 2006) les diferents activitats: la teràpia d'orientació a la realitat (TOR) elaborada per Taulbee i Folsom (1966), teràpia de reminiscència (TR), la rehabilitació de memòria, l'entrenament de les capacitats cognitives específiques (l'atenció, la memòria declarativa, la memòria "procedural" o les funcions executives entre d'altres), la psicomotricitat, la psicoteràpia específica, la psicoestimulació a través de les arts (arteteràpia, musicoteràpia, i dansoteràpia), l'entrenament de les AVD, l'intervenció psicosocial, entre d'altres. Aquestes teràpies utilitzades dins d'un programa d'estimulació cognitiva integral o PPI (estratègia terapèutica globalitzadora, holística) (Torres Aguirre, A., et al., 2004 i Deus J., 2006) provoquen un efecte alentidor del deteriorament cognitiu aconseguint reduir de forma significativa els símptomes psicològics-conductuals (Chapman, Weiner, Rackley, Hynan & Zientz, 2004, Sitzler, et al., 2006) i potenciant l'efecte de la teràpia farmacològica (Tárraga, 1994, 1998 i 2001), alentint el curs evolutiu de la malaltia a nivell global, permeten el manteniment de les habilitats funcionals i cognitives d'aquestes persones per l'actuació sobre els processos perceptius, amnèsics i del llenguatge (Beck, et al. 1988). Aquest efectes terapèutics es poden començar a apreciar a partir dels 6 mesos de tractament i especialment a partir dels 12, en comparació als pacient amb MA no tractats cognitivament (Francés, I. et al., 2003 i Fernandez-Calvo, B. et al, 2011).

Diferents estudis han investigat sobre l'eficàcia de l'estimulació cognitiva a partir de les noves tecnologies com el joc del Big Brain Training (de la Wii) o l'Smartbrain respecte a l'estimulació cognitiva tradicional obtenint com a resultats una millor eficàcia del primer tipus d'estimulació cognitiva respecte el segon, en quant a una reducció significativa del declivi cognitiu i de la simptomatologia depressiva (Fernandez-Calvo, B. et al., 2011, i González Rodríguez, B. & Muñoz Marrón, E.). Aquest resultats sostenen que la introducció d'elements lúdics-recreatius (Cohen, Firth, Biddle, Lloyd i

Simmens, 2009) i la sistematització dels reforços del terapeuta, del joc amb punts i medalles...etc té un efecte significatiu sobre la motivació del pacient (Forstmeier & Maercker, 2008) la qual cosa potencia els beneficis aconseguits per els programes tradicionals sobre la cognició i l'estat d'ànim (Fernandez-Calvo, B. et al., 2011). Referent a la utilització del programa d' estimulació cognitiva "Smartbrain" s'ha demostrat científicament que en persones amb MA en estadis inicials s'observen millores significatives al llarg del temps en les escales de MiniMental-MMSE i el test ADAS cognitiu, així com en l'autonomia i l'autoestima d'aquests. Un altre programa per a treballar l'estimulació cognitiva amb les noves tecnologies és el PROIEC. La validesa del PROIEC com a eina terapèutica s'ha demostrar en un estudi epidemiològic longitudinal i prospectiu, realitzat pel Centre Socio-sanitari Casa-Larrañaga (Institut Europeu d'Ergonomia).

Per tant la realització de programes de psicoestimulació integral (PPI), on es treballa de forma sistemàtica i estructurada les diferents àrees cognitives (orientació, memòria, llenguatge, pràxies, gnòsies i càlcul (Francés, I., et al., 2003) raonament, atenció, concentració, aritmètica i associació-ordenació (Tárraga,1994, 1998 i 2001), en persones amb M.A en fase inicial estarà basada en el model teòric de retrogènesis de Reisberg i en l'evidència científica referent a la neuroplasticitat o plasticitat del sistema nerviós, entesa com: *"la resposta que dona el cervell per adaptar-se a noves situacions i restablir l'equilibri alterat, després d'una lesió"*, Geschwind 1985 (Torres Aguirre, A., et al., 2004). En canvi en fases de la malaltia més avançades no succeeix el mateix a causa de la gran pèrdua de neurones i per tant la poca activitat sinàptica (Carr, 1993, Kass, 1995 i Goldman, 1997), la qual cosa fa que la intervenció del T.O a partir de l'estimulació cognitiva no tingui sentit quan la independència del pacient és nul·la i no es conserva cap funció cognitiva ni funcional (Sarasa Frechín E., 2008). El PPI (Tárraga. L. et al., 2006) té com a objectiu maximitzar les capacitats cognitives superiors a partir de la realització d'activitats d'estimulació cognitiva adaptades i graduades a cada individu i al seu nivell d'afectació afavorint a partir d'aquest treball totes les activitats de la vida diària de la persona.

A través de diferents estudis s'ha demostrat que els PPI en general, amb aquest pacients, aporten beneficis positius, tot i que sovint poc significatius com: un menor deteriorament cognitiu i un millor rendiment neuropsicològic (Fernandez-Calvo, B., et al., 2011) una millora en la capacitat d'aprenentatge de record verbal immediat i en

fluïdesa verbal, beneficis a nivell conductual, millora de la capacitat comunicativa i possibles beneficis a escala funcional (Zamarrón Cassinella, M.D., et al., 2008).

Pel què fa a l'evidència científica dels resultats de les diferents teràpies de forma aïllada s'ha trobat que (Deus J., 2006):

- La TOR beneficia al pacient millorant la seva orientació i la memòria, aportant beneficis a nivell conductual però no està demostrat que millori la resta de capacitats cognitives.
- La TR aporta beneficis en quant al tractament de les alteracions del comportament amb un increment de la interacció interpersonal.
- La teràpia de Validació de Naomi Feil sembla no tenir una eficàcia terapèutica demostrada.
- L'entrenament de les capacitats cognitives específiques incrementa el rendiment de la capacitat cognitiva entrenada, augmenta la qualitat de vida, minimitza el grau d'alteració afectiva i d'agitació.

Però el més destacat és que els pacients que no han realitzat els PPI experimenten un declivi cognitiu significatiu (Fernandez-Calvo, B., et al., 2011, Deus J., et al., 2006, Díaz Barrientos, E., et al., 2010, i Zamarrón Cassinella, M.D., et al., 2008) és a dir, que en igualtat de condicions les persones que no se'ls ha realitzat l'intervenció empitjoren i el grup que se li ha aplicat un PPI millora o es manté.

2.3 Justificació del projecte

Aquest projecte està orientat a la psicoestimulació integral amb persones amb M.A en fase inicial des de la teràpia ocupacional, oferint una atenció centrada en la persona ja que és molt important la prevenció en l'aspecte cognitiu en aquesta fase de la malaltia perquè moltes funcions encara estan preservades i perquè el declivi gradual i posterior en les funcions cognitives especialment, i funcionals a partir d'aquest moment inferirà de manera negativa en la qualitat de vida de la persona provocant una disfunció en el "desempeño" ocupacional d'aquest.

Com a T.O i estudiant de psicologia penso que en la fase inicial de la M.A un treball constant i centrat en la persona pot beneficiar-la molt ajudant-la a mantenir al màxim possible les seves capacitats cognitives i funcionals i com a conseqüència positiva

augmentar la qualitat de vida fent que la persona es senti realitzada a partir d'activitats significatives i pugui gaudir més i millor de la vida.

Referent a l'evidència científica trobada en les bases de dades i altres pàgines webs d'interès (citada a la bibliografia) s'han trobat diferents estudis realitzats amb programes de psicoestimulació integral amb aquest col·lectiu però la gran majoria no estan enfocats des d'una visió holística i centrada en la persona sinó que tots tenen com objectiu la realització d'estimulació cognitiva per millorar les capacitats cognitives sense tenir en compte la importància del significat en les activitats que desenvolupa la persona, sense tenir en compte la individualitat de cada persona que la diferencia de la resta i sense tenir en compte els seus interessos personals, socials i culturals. S'hi que s'han trobat alguns programes de psicoestimulació integral i que s'estan portant a terme actualment, com per exemple el Programa d'Intervenció Psicosocial que s'està portant a terme al Centre de dia de l'Hospital del Mar amb pacients que presenten demència, el qual he tingut el plaer de poder observar-lo en funcionament gràcies al terapeuta ocupacional Sergio Guzmán, però en cap dels programes que s'han trobat se'n coneixen els resultats obtinguts. D'aquí la importància de desenvolupar un projecte com aquest en el qual es puguin avaluar els resultats d'aquest tipus d'intervenció per tal de conèixer el grau d'efectivitat en quant a la qualitat de vida d'aquestes persones.

Per aquest motiu s'ha pensat enfocar el projecte en la realització d'una intervenció basada en la psicoestimulació integral (influint en tots els aspectes de la persona) en persones amb M.A en fase inicial des de la teràpia ocupacional, ajudant a la persona a desenvolupar-se com a ésser ocupacional i procurant aconseguir la màxima qualitat de vida, buscant que tota activitat sigui significativa per aquesta i que desperti el seu interès i motivació personal. Cal tenir amb compte que treballar amb persones amb M.A (o altres malalties/afectacions) implica veure la persona en la seva totalitat, no únicament la malaltia o les seves limitacions sinó veure també el seu potencial, les seves habilitats i també les seves necessitats individuals, tenint en compte les seves creences, interessos i col·laborar amb ell/a en el procés d'intervenció, mirant a la persona sempre des d'una visió positivista i mai des d'una visió reduccionista (parlant de pèrdues) i motivant-lo d'aquesta manera a seguir treballant per afrontar de la millor manera possible aquesta etapa de la vida.

Les teràpies no farmacològiques o toves (Castellví Sampol, M., et al., 2004) explicades posteriorment, tenen com a finalitat disminuir l'excés de discapacitat que provoca la

M.A i que impedeix al pacient desenvolupar tot el seu potencial. Per aquest motiu com a terapeuta ocupacional crec que la intervenció psicoestimulativa integral des d'un enfocament de la teràpia centrada en la persona pot ser un molt bon programa d'intervenció per mantenir al màxim l'autonomia de les persones a nivell cognitiu, funcional i social, aconseguint que pugui gaudir de la màxima qualitat de vida possible.

Per tot el què s'ha explicat anteriorment es creu la necessitat d'utilitzar en una mateixa intervenció dos models de referència diferents, el MOHO provinent de la Teràpia Ocupacional i el de la Neuroplasticitat provinent del camp de la neurociència per tal d'aconseguir millorar la qualitat de vida de les persones que presenten M.A creient en els beneficis de l'ocupació, en la capacitat d'aprenentatge, en la capacitat de regeneració de les neurones i l'establiment de noves connexions sinàptiques .

3. Objectius

3.1 Objectius generals:

1. Oferir un programa individualitzat i adaptat a les necessitats de cada persona i a l'estat evolutiu de la malaltia.
2. Propiciar un ambient terapèutic que promogui l'activació, interacció, satisfacció i benestar en cada una de les àrees de la persona (cognitiu, físic, social i emocional).
3. Preservar el major temps possible les funcions cognitives i funcionals potenciant l'autonomia i millorant la qualitat de vida a partir d'activitats significatives i d'una relació terapèutica adequada .

3.2 Objectius específics

1. Afavorir al màxim la qualitat de vida de la persona potenciant les relacions socials i afectives, l'ocupació i el sentiment d'utilitat.
2. Potenciar la motivació i l'interès per la vida gaudint al màxim possible d'aquesta etapa de la vida.

3. Proporcionar oportunitats, espai i eines per desenvolupar ocupacions que afavoreixin el seu potencial i siguin significatives per ells .
4. Permetre l'execució i manteniment de rols ocupacionals significatius i socialment valorats.
5. Potenciar l'estimulació cognitiva en tot moment per alentar al màxim possible el declivi cognitiu que provoca l'evolució de la M.A.
6. Mantenir al màxim de temps possible la funcionalitat de les AVDB, l'oci, temps lliure i la socialització mitjançant l'adaptació ocupacional segons les necessitats específiques de cada persona i de cada moment.

4. Metodologia

4.1 Àmbit d'estudi

La tendència demogràfica més significativa del S.XX és l'increment de les persones grans i aquest canvi demogràfic està modificant les condicions de vida de la societat, generant noves demandes social que transformen l'economia, l'assistència sanitària, l'activitat social i la organització de l'oci i el temps lliure, les relacions familiars...etc. Aquest envelliment de la població és el resultat, especialment, de la disminució de la mortalitat i la natalitat juntament amb l'augment de l'esperança de vida. Aquest canvis demogràfics que han portat a una societat amb un elevat nombre de persones d'edat avançada no s'ha vist acompanyat del coneixement adequat sobre les característiques que defineixen aquests col·lectiu, més aviat al contrari, hi continua havent una gran desinformació sobre aquesta etapa de la vida que moltes vegades comporta l'exclusió d'aquestes persones quan la població assumeix alguns dels mites i prejudicis referents a la vellesa i al procés d'envelliment, influenciant negativament en les actitud i el comportament de la població cap aquest col·lectiu (Fernández de Trocóniz, M.I. & Montorio Cerrato, I. 2009). Aquests estereotips sobre la vellesa han estat durant molt de temps presents en la nostra societat perquè hi hagut un concepció de la vellesa caracteritzada dins d'un model negativista i reduccionista de les capacitats físiques, psicològiques i socials.

L'envelliment és una etapa de la vida que se sol relacionar amb el moment de la jubilació però que és difícil de delimitar ja que l'edat de jubilació no està universalment legislada de la mateixa manera en els diferents països o també perquè moltes

persones es mantenen saludables fins a edats molt avançades de la vida que difícilment no podríem etiquetar com a *velles*. L'entrada a aquesta etapa de la vida és un procés gradual i tal i com diu Fierro (1994), s'hauria d'utilitzar el terme *envelliment* abans que vellesa perquè recull adequadament el fet que és un fenomen processual i no simplement un estat com es refereix el terme *vellesa*.

El procés d'envelliment acostuma a estar constituït per un conjunt de **canvis específics a nivell biològic, psicològic i social** de la persona i l'edat cronològica no és un determinant definitiu de l'aparició d'aquests canvis. La principal característica de l'envelliment és la **variabilitat**, trobem la variabilitat interindividual que fa referència al fet que amb l'augment de l'edat les persones tendeixen a ser més heterogènies entre elles en el funcionament psicològic, fisiològic i social, i la variabilitat intraindividual que fa referència al fet que els canvis que es produeixen amb el pas del temps en una determinada conducta, capacitat, habilitat psicològica o fisiològica no prediuen necessàriament canvis en altres característiques psicològiques o sistemes fisiològics, per exemple: una persona pot mostrar una pèrdua d'autonomia física important al mateix temps que manté les habilitats cognitives intactes. Per tant durant l'etapa de l'envelliment trobem nombroses variacions en els canvis associats a l'edat respecte al moment d'aparició, el grau i la intensitat, la velocitat d'evolució ...etc, tant si comparem a diferents persones entre si com si ho comparem entre les diferents funcions i sistemes d'una mateixa persona. Per aquesta característica predominant a l'envelliment és difícil caracteritzar les persones grans com a grup ja que un dels trets que millor defineix aquest grup d'edat és precisament la seva variabilitat interindividual i intraindividual (Fernández de Trocóniz, M.I., et al., 2009).

Actualment sabem que moltes de les persones grans d'avui dia no presenten un deteriorament generalitzat i que les noves generacions d'adults que entren a l'edat avançada presenten millors nivells de funcionament físic i psicològic que en èpoques anteriors. Per aquest fet cal diferenciar entre l'envelliment normal que fa referència als canvis biològics, psicològics i socials que són inevitables i que són la conseqüència del pas del temps i l'envelliment patològic que fa referència als canvis que són conseqüència de la malaltia i que no formen part de l'envelliment normal, com és el cas de qualsevol malaltia, per exemple la M.A.

En el cas de les persones que pateixen M.A o qualsevol altre tipus de demència les alteracions de les estructures cognitives com la memòria, l'atenció, la planificació, l'orientació espacial i temporal, la comunicació, la motivació...etc i afectives acaben

influençant en la resta d'estructures dificultant la realització de la majoria d'ocupacions que han estat desenvolupant durant tota la seva vida. En aquest cas, i a diferència generalment de les persones que segueixen un procés d'envelliment normal, es presenta una disfunció ocupacional que els impedeix adaptar-se, respondre a les demandes de l'entorn i del dia a dia impedit que siguin persones independents (Corregidor, S, A.I., 2004).

Per tot el que s'ha explicat fins al moment és de gran importància considerar la vellesa com un fenomen biopsicosocial, entenent que els aspectes biològics, psicològics i socials interaccionen al llarg de tota la vida per a crear nous patrons de comportament que s'aniran modificant al llarg de l'envelliment i que tal i com s'ha comentat anteriorment és imprescindible diferenciar l'envelliment normal de l'envelliment patològic pel fet d'evitar generalitzacions, tenint en compte que la característica principal que defineix aquesta etapa de la vida és la variabilitat.

4.2 Disseny

El disseny d'aquest projecte es basa en la metodologia qualitativa i les eines qualitatives existents per tal de conèixer la percepció dels usuaris sobre la seva qualitat de vida.

Entenem per metodologia qualitativa el que Watson-Gegeo al 1988 (Pérez Serrano, G., 2007) va definir com l'ús de descripcions detallades de situacions, esdeveniments, persones, interaccions i comportaments que són observables incorporant el que els observats diuen, les seves experiències, actituds, creences, pensaments i reflexions i la forma com ho expressen. La metodologia qualitativa està considerada un procés actiu, sistèmic i rigorós d'indagació dirigida on es prenen decisions sobre el què és observable dins de l'escenari d'estudi. Els principis que caracteritzen la metodologia qualitativa són: visió fenomenològica i comprensiva, perspectiva holística, observació natural, exploració, descripció i interpretació de la realitat de forma inductiva (de lo particular a lo general), tenint en compte la subjectivitat, observant des de dins (èmic), no generalitzant...etc. La investigació qualitativa (Ruiz Olabuénaga J.I, 2012) es basa en el procediment hermenèutic i la comprensió dels processos des d'un enfocament naturalista interessant-se per els casos particulars i els grups i situant-se en el context de la persona/es observada. La metodologia qualitativa permet a l'investigador

entendre la realitat social tal i com la percep la persona en qüestió interessant-se per la comprensió personal, els motius, els interessos, valors i creences i circumstàncies particulars de cada individu i de les seves accions. Aquesta metodologia es caracteritza per presentar un gran interès per conèixer les percepcions i actitud de les persones i per comprendre el significat profund dels esdeveniments mitjançant les tècniques qualitatives de recollida d'informació: entrevista en profunditat: oberta o semi-estructurada, observació: participant i no participant i l'ús de mètodes adequats.

La recerca bibliogràfica utilitzada per aquest projecte està basada en evidència científica obtinguda a partir d'estudis i investigacions realitzades de forma científica sobre el tema d'estudi des de dues disciplines diferents, per un cantó la part de teràpia ocupacional i per l'altre la part de neurociència (estimulació cognitiva).

Després de la cerca bibliogràfica sobre l'evidència científica del tema s'ha trobat que quan es treballa amb persona amb M.A és difícil la valoració quantitativa per a les funcions cognitives i funcionals degut a que no se sap mai si els resultats obtinguts estan influenciats per l'avenç de la pròpia malaltia, per la intervenció realitzada o per altres factors no relacionats amb aquests dos ja que és molt complicat poder controlar totes les variables. Per aquest motiu la valoració de la intervenció es pretén fer a partir de la vivència del propi pacient sobre la situació, mitjançant observació participativa, entrevistes semi-estructurades amb aquest, aportacions de la família i a partir de la comunicació directa amb el pacient i expressió d'aquest, per tal de conèixer la situació personal que viuen en cada moment de la malaltia i com se senten al llarg de la realització dels diferents programes d'activitats del PPI.

Per aquestes raons s'ha escollit la metodologia qualitativa per a dissenyar aquest projecte perquè es vol comprendre millor a la persona i la seva situació concreta per poder conèixer com s'ha d'actuar d'acord amb les seves necessitats per tal de millorar la seva qualitat de vida.

A més a més s'ha escollit aquesta metodologia de treball ja que és pretén millorar la qualitat de vida d'aquestes persones i aquest és un concepte molt subjectiu perquè fa referència a la percepció de la pròpia persona sobre el seu estat de salut i benestar, sobre les seves expectatives, interessos, valors, necessitats...., per la qual cosa s'ha cregut que la metodologia qualitativa era la idònia per poder conèixer tota aquesta informació.

En aquests projectes es pretén perseguir la confiabilitat per tal d'obtenir qualitat en la recerca del coneixement del tema d'estudi (Ruiz Olabuénaga J.I, 2012), que es basa en:

- Credibilitat: Valor de veritat de la investigació des del consens comunicatiu amb els agents implicats.
- Transferibilitat: Grau d'aplicació dels resultats en altres contextos similars.
- Dependència: Màxima estabilitat possible de les dades
- Confirmabilitat: Neutralitat de l'investigador/a des del compromís ètic de mostrar els possibles biaixos de l'investigador/a en tot el procés.

4.3 Població i mostra/participants

La població escollida per a la intervenció plantejada en aquests projectes es realitzarà d'acord amb els criteris d'inclusió explicats en el següent punt. Per tal de seleccionar els usuaris més adequats pel programa ens posarem amb contacte mitjançant cartes informatives, trucades telefòniques i visites als diferents hospitals sociosanitaris, residències i centres d'atenció a les persones grans de Barcelona i rodalies per tal de poder donar a conèixer el projecte a la comunitat en qüestió. Un cop realitzat aquest primer contacte amb els serveis sanitaris es realitzarà un comunicat per premsa per tal que persones amb aquestes característiques que no acudeixen als centres contactats estiguin informats del projecte que es pretén portar a terme a la ciutat de Barcelona i puguin sol·licitar formar part d'aquest.

Una vegada informada la població es farà una selecció dels usuaris que es cregui que poden beneficiar-se del projecte i posteriorment s'iniciarà la fase de valoració individual de cada un dels usuaris interessats.

Durant la fase de selecció que durarà tot el mes de setembre s'escolliran 20 persones per a formar part del projecte d'intervenció i estudi ja que es pretén realitzar quatre grups de cinc persones. Un cop passat els quinze dies es tancarà el procés de selecció i al Gener del 2014 s'iniciarà el programa. A partir de la posada en marxa del projecte no s'acceptaran nous casos per tal que en la valoració del final del programa als dotze mesos es puguin obtenir resultats al màxim de significatius, ja que tal i com

mostra l'evidència científica és difícil obtenir resultats abans d'aquest període de temps.

4.3.1 Criteris d'inclusió i exclusió

La selecció dels usuaris es farà tenint en compte els següents criteris d'inclusió i seran exclosos aquelles persones que no compleixin aquest criteris:

Criteris d'inclusió:

- Persones diagnosticades de M.A i que es trobin en estadi inicial: GDS 3-4 (Escala de deterioro global de Reisberg).
- Persones que estiguin interessades en formar part del P.P.I.
- Persones que estiguin estables i controlades a nivell mèdic.
- Residents a Barcelona o rodalies.
- Persones i/o famílies que disposin dels recursos econòmics suficients o comptin amb ajudes de l'Estat o de Benestar social per poder fer-se càrrega del cost econòmic del servei.
- Persones que l'equip de professionals cregui que es pot beneficiar del servei.

Com a criteris d'exclusió trobem:

- Persones que presentin qualsevol altre malaltia degenerativa que no sigui M.A.
- Persones que presentin un GDS superior a 4.
- Persones que no estiguin mèdicament controlades.
- Persones de fora de Barcelona o rodalies que no disposin de transport per acudir al centre.
- Persones que l'equip de professionals cregui que no podran beneficiar-se del programa.

No s'ha posat com a criteri d'exclusió persones de Barcelona o rodalies que no disposin de servei de transport per acudir al centre perquè el centre disposarà de diferents serveis de transport públic adaptat que realitzarà diferents rutes a diferents hores per recollir i tornar al domicili als pacients que acudeixin al centre.

Aquesta selecció es realitzarà a partir de totes les persones interessades a formar part del programa de psicoestimulació integral mitjançant una entrevista amb la família i la persona en qüestió i valorant el compliment dels criteris d'inclusió esmentats a partir dels diferents informes mèdics i la història clínica de cada persona.

4.4 Intervenció que es vol realitzar

Es pretén portar a la pràctica un programa de psicoestimulació integral (PPI) per a persones diagnosticades de M.A en fase lleu o inicial (GDS 3-4) a partir de la teràpia centrada en la persona per poder realitzar en un centre de dia, de dilluns a divendres, de les 9h del matí a les 16h de la tarda on es combinaran diverses activitats grupals diàriament i sessions individuals.

Dins el programa s'organitzaran quatre grups de cinc persones per tal de poder treballar còmodament i rebent una atenció al màxim de individualitzada possible. Les diferents activitats a realitzar estaran dissenyades en concordança amb els valors i interessos de cada persona i es buscarà que tota activitat sigui significativa per a les persones que la desenvolupin tenint en compte les dificultats i necessitats de cada persona per tal d'evitar la frustració i potenciar la motivació per a la seva realització.

No es pretén desenvolupar un programa basat únicament en la recuperació o manteniment de les funcions cognitives de la persona, ja que això és amb el que es basen molts programes de psicoestimulació integral i poden desenvolupar-lo altres professionals sanitaris sinó que es pretén realitzar una intervenció des de la teràpia ocupacional que tingui en compte la situació personal (interessos, valors...etc), social, cultural i educacional de cada un dels integrants del grup a nivell individual i des d'una visió holística de la persona. Es realitzarà en grup per tal de potenciar les relacions socials i afectives.

S'utilitzarà l'ocupació com a fi en si mateixa, és a dir que les diferents activitats que s'utilitzin tingui significat per si soles i també l'ocupació com a mitjà per a treballar les capacitats cognitives, funcionals, afectives i socials sempre tenint en compte els interessos personals de cada persona. La duració d'aquest programa de psicoestimulació integral serà de dotze mesos.

El centre de dia on es realitzarà el projecte està per elegir però es pretén que sigui a Barcelona i que compleixi les característiques físiques, ambientals...etc idònies per tal de poder desenvolupar aquest projecte. Es buscarà que compti amb un espai físic gran, amb diferents sales petites i grans per poder utilitzar segons sigui necessari, que sigui a planta baixa i que no hi hagin barreres arquitectòniques per accedir-hi ni en el seu interior i que compti amb un jardí gran on els usuaris puguin sortir i realitzar diferents activitats. El jardí és un espai fonamental ja que si pretén construir un hort amb els diferents usuaris interessats. Seria interessant que el centre es trobés en una zona cèntrica i ben comunicada de Barcelona per tal de facilitar l'accessibilitat i la inserció dels usuaris a la comunitat. Es demanarà a l'ajuntament de Barcelona si ens pot cedir un espai que compleixi aquestes característiques i fer-se càrrec del manteniment i cost de les instal·lacions (aigua, llum, electricitat...etc.) excepte la neteja. Es pretén demanar a diferents entitats privades i públiques com: "La Caixa", "Unnim & BBVA", l'ajuntament de Barcelona, la Generalitat de Catalunya entre d'altres les subvencions necessàries per tal de poder assolir el cost total del projecte, s'estima que faran falta uns 69.000€ aproximadament per poder desenvolupar-lo ja que es compta amb uns ingressos (pagament mensual de cada usuari per la seva assistència al centre) però tot i així les despeses superen els ingressos previstos (veure punt 8-pressupost).

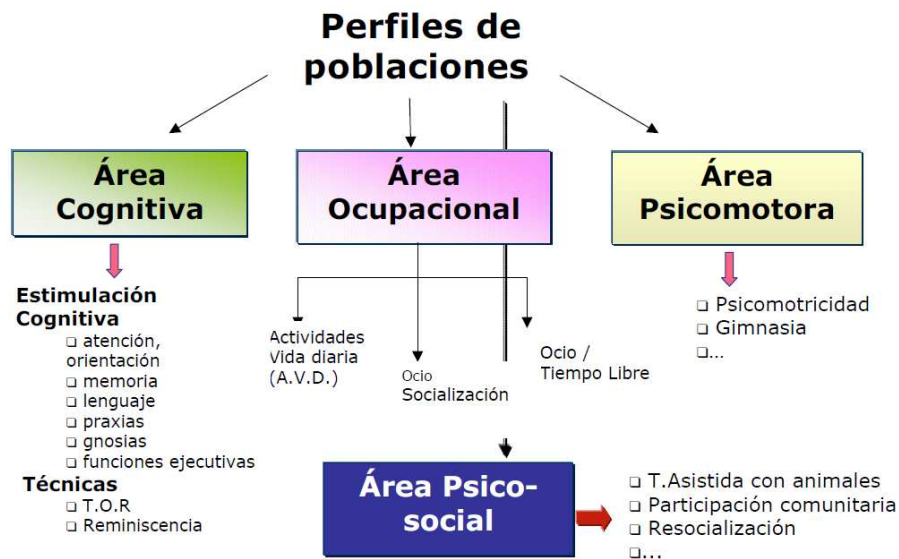
4.4.1 El Programa de Psicoestimulació Integral (P.P.I)

Entenem per "programa" la constitució d'un conjunt organitzat, coherent i integral d'activitats i serveis, realitzades simultàniament o successivament amb els recursos necessaris i amb la finalitat de assolir uns objectius determinats en relació a problemes concrets d'una població definida (*Friedmany Hudson, 1974 Cfr Pineaulty, 1992*).

Un PPI es pot definir com una estratègia terapèutica basada en el concepte de neuroplasticitat cerebral i que es situa dins del marc de la neuroplasticitat cognoscitiva, les teràpies de modificació de conducta i en l'estat biopsicosocial de l'individu amb el propòsit de alentir el procés clínic evolutiu de les demències.

Els PPI estan inclosos en els tractaments no farmacològics, intentant atendre la totalitat de la persona i tractar els aspectes cognitius igual que els funcionals (AVDs,

oci/temps lliure...etc), emocionals i psicosocials. L'èmfasi es posa en el manteniment de l'autonomia de les persones amb demència (Guzmán S. 2013).



El programa de psicoestimulació integral elaborat en aquest projecte està format per diferents subprogrames en els quals es treballen les àrees cognitives, ocupacional, psicomotora i psicosocial, que es desenvoluparan en diferents sessions grupals i algunes individuals. Cada dia es realitzarà una sessió amb activitats diferents de cada programa i els horaris de cada persona s'organitzaran en funció de la seva disponibilitat i interès d'assistència: cada persona podrà escollir en quins programes vol participar i en quins no, tot i que se'ls recomanarà quines són les teràpies i les hores d'assistència més adequades per a cada persona tenint en compte la seva situació personal. El cost econòmic de l'assistència al PPI variarà en funció de les hores que assisteixi cada usuari. S'ha fixat un preu per hora i en funció d'això cada més l'usuari o la família haurà d'abonar la quantitat econòmica resultant.

4.4.1.1 Recollida d'informació dels participants

Tal i com s'ha comentat en apartats anterior per tal de seleccionar els participants que passaran a formar part del P.P.I plantejat en aquest projecte es tindrà en compte els criteris d'inclusió i exclusió esmentats.

La recollida de dades s'iniciarà un cop seleccionat els participants que participaran al programa, a l'inici des de teràpia ocupacional es farà una valoració biopsicosocial

mitjançant una entrevista semi-estructurada amb els usuaris i les seves famílies de forma individual, posteriorment a aquesta primera entrevista es realitzaran altres entrevistes en una de les quals es passarà un llistat d'interessos adaptat al nivell econòmic, social, demogràfic i social de cada persona per tal de conèixer les seves prioritats en quant a interessos i motivacions.

Un cop realitzada aquesta primera recollida d'informació s'elaboraran els diferents programes amb les diferents activitats i s'organitzaran els grups (explicat més endavant) tenint en compte els interessos ocupacionals de cada persona, les capacitats cognitives, psicomotrius, de comunicació i les habilitats funcionals en quant a AVDB, mobilitat, oci i temps lliure.

4.4.1.2 Subprogrames del PPI

El programa de psicoestimulació integral plantejat en aquest projecte està format de diferents subprogrames els quals incorporen diferents activitats que seran escollides en funció dels interessos ocupacionals de cada grup:

Programa de remotivació:

Aquest programa es realitzarà especialment al principi del procés d'intervenció, les primeres setmanes o mesos si és necessari amb opció de reprendre'l quan sigui necessari, per tal que els usuaris que presentin més dificultat en la identificació de interessos en quant a activitat se'ls pugui oferir la possibilitat d'experimentar noves activitats entre les quals puguin escollir les que més s'ajustin als seus interessos personals i/o professionals i motivació, conèixer-les i elegir. En aquestes sessions es donarà el temps, el lloc i els materials necessaris per tal de que els usuaris puguin descobrir i identificar els seus interessos per les activitats corresponents d'acord amb el tercer objectiu específic del projecte: "*proporcionar eines per desenvolupar ocupacions que afavoreixin el seu potencial i siguin significatives per ells*".

Programa de psicoestimulació cognitiva:

Les sessions d'aquest programa es treballaran mitjançant plafons psicoestimulatius, làmines perceptuals, programes amb noves tecnologies com el "Braintraining", "Smartbrain", "Rehacom", "Grador"...etc, material de manipulació, fitxes d'estimulació,

material de premsa i materials sensorials. En aquestes sessions es treballarà de forma directa i indirecta totes les capacitats cognitives específiques mitjançant la teràpia d'orientació a la realitat, la teràpia de reminiscència entre d'altres que es desenvoluparan a partir de temes i propostes d'acord amb els seus interessos i que per tant siguin significatives per ells, per tal de complir el cinquè objectiu específic d'aquest projecte: *"Potenciar l'estimulació cognitiva en tot moment per alentir al màxim possible el declivi cognitiu que provoca l'evolució de la M.A".*

Programa d'estimulació de la comunicació:

Les sessions d'aquest programa es treballaren a partir de diapositives, fotos i imatges, lectura de notícies actuals, debat i discussió de temes actuals i temes de la seva època: pel·lícules, llibres, celebracions realitzades al centre entre d'altres possibles propostes que puguin sorgir durant la seva realització. En aquestes sessions es potenciarà especialment la comunicació i les relacions socials entre ells assolint el primer i el cinquè objectiu específic d'aquest projecte: *"Afavorir al màxim la qualitat de vida del pacient potenciant les relacions socials i afectives, l'ocupació i el sentiment d'utilitat" i "Potenciar l'estimulació cognitiva en tot moment per alentir al màxim possible el declivi cognitiu que provoca l'evolució de la M.A".*

Programa de psicomotricitat:

Les sessions de psicomotricitat que es desenvoluparan en aquest programa estaran orientades a la vivència i la relació de la persona amb els altres, els materials, els espais i amb un mateix, basant-se en la línia de Acouturier, la Pràctica Psicomotriu amb l'objectiu de treballar l'harmonització de la persona en la seva globalitat, entenent la persona com un conjunt de cos, ment o psique i expressivitat, indissolubles.

Amb aquest programa es treballarà específicament el primer i el segon objectiu específic d'aquest projecte: *"Afavorir al màxim la qualitat de vida de la persona potenciant les relacions socials i afectives, l'ocupació i el sentiment d'utilitat" i "Potenciar la motivació i l'interès per la vida gaudint al màxim possible d'aquesta etapa de la vida".*

En aquestes sessions es donarà molta importància al temps que necessita cada persona per poder actuar i a la vivència del moviment corporal lliure i espontani.

Programa d'oci:

Es potenciarà la realització d'activitats significatives per a la persona al llarg de la seva vida: aficions, hobbies i activitats d'interès personal i/o professional. Dins d'aquest programa es realitzaran activitats i sortides culturals i socials d'interès com visites a museus, catedrals, cinemes, teatres, festes del poble...etc. També es contemplaran les propostes de pel·lícules, activitats de ball i celebracions d'aniversaris, sants o esdeveniments importants per als usuaris. A més a més es plantejaran opcions d'activitats d'oci com la realització i cura d'un hort i la elecció d'un animal de companyia i cura d'aquests per a les persones que pugui ser d'interès aquest tipus d'activitat. Amb aquest programa es treballarà per assolir el primer, el segon, el quart i el sisè objectiu específic d'aquest projecte: *"Potenciar la motivació i l'interès per la vida gaudint al màxim possible d'aquesta etapa de la vida", "Afavorir al màxim possible la qualitat de vida de la persona potenciant les relacions socials i afectives, l'ocupació i el sentiment d'utilitat ", "Permetre l'execució i manteniment de rols ocupacionals significatius i socialment valorats" i "Mantenir al màxim de temps possible la funcionalitat de les AVDB, l'oci-temps lliure i la socialització mitjançant l'adaptació ocupacional segons les necessitats específiques de cada persona i de cada moment."*

Totes les activitats que es desenvoluparan dins de cada programa tindran un objectiu comú: la estimulació a tots els nivells de la persona per tal d'aconseguir el benestar a nivell cognitiu, físic, social i emocional. Per tal de poder planificar i dissenyar les activitats a realitzar primer serà necessari conèixer les necessitats de cada persona i els seus interessos envers aquestes i posteriorment es passarà a la formació dels grups i l'elaboració de les activitats adaptant-les a cada individu i grup. Les activitats de la vida diària (higiene, vestit, bany i alimentació) es treballaran al llarg del dia en el moment adequat (l'alimentació durant l'hora de dinar, el vestit i desvestit a l'arribada i sortida del centre...etc).

Amb aquesta planificació de diferents programes es pretenen assolir tots els objectius marcats en aquest projecte.

Cada programa exposat anteriorment es portarà a terme en sales diferents. a part de les sales de treball el centre disposarà dels següents espais d'accés lliure durant el dia:

- ❖ Sala principal que compta amb cadires i taules, butaques, una mini biblioteca amb llibres, diaris, revistes i una televisió. Aquesta és la sala més gran amb sortida al jardí i on els usuaris dinaran. Aquesta sala ofereix l'espai òptim perquè els usuaris pugin descansar, conversar, relaxar-se...etc. És una sala a la que sempre podran accedir-hi.
- ❖ Sala de fitxes. És una sala amb una taula gran envoltada de cadires on hi han unes prestatgeries amb diferents tipus de fitxes que els usuaris poden accedir-hi sempre que ho desitgen.
- ❖ Sala d'ordinadors. En aquesta sala es treballarà principalment l'estimulació cognitiva utilitzant les noves tecnologies.
- ❖ Sala de manualitats i psicomotriu on es realitzaran diferents tipus d'activitats manuals i de coordinació oculo-manual i bimanual.

A les parets del centre únicament si trobaran pòsters i objectes decoratius realitzats i/o elegits pels participants al PPI, especialment aquells que potenciïn el record, que els facin sentir còmodes, que els ajudin a orientar-se dins del centre...etc. No es posarà decoració que no tingui cap utilitat. Amb aquesta decoració es pretén que els usuaris es facin seu el centre, és a dir, que pugin penjar a les parets allò que realment els interessi i els faci sentir bé per tal que sigui menys difícil el procés d'adaptació al centre. En el centre de dia de l'hospital del Mar a cada paret trobem un pòster sobre temes d'interès dels assistents, ja siguin de la guerra, de actrius o actors de la seva època, de esportistes o vehicles de l'època...etc. Aquest fet afavoreix el record i aquest afavoreix la comunicació i relació entre els usuaris aportant un significat rellevant per a ells.

4.4.1.3 Els grups

Segons el diccionari de psicologia social un grup el formen dues o més persones que interactuen entre elles, que comparteixen un conjunt d'objectius i normes comunes en les que dirigeixen les seves activitats i que desenvolupen un conjunt de rols i una xarxa de relacions afectives (Harre i Lamb). Una de les característiques més importants d'un grup segons Leon Festinger és la cohesió, l'esperit de grup que és el resultat de totes les forces que actuen sobre els membres perquè pertanyin al grup. Un grup cohesionat aconsegueix que els membres del grup es mantinguin en aquest i quanta més cohesió hi ha més participen els membres del grup col·laborant a la

disminució de les ansietats i millorant l'autoestima. La cohesió afavoreix la motivació pel grup i facilita el funcionament grupal (Institut Ananda, 2013).

El grup permet satisfer necessitats individuals explícites i implícites, com pot ser l'amistat, el recolzament social, la comprensió que motiven a la persona a participar de les activitats grupals (Chapparo C. i Ranka J., 1997).

Per tal de fomentar aquesta cohesió grupal que desperti la motivació i el sentiment de pertinença al grup amb tots els beneficis que per si sol comporta (autoestima, interacció, recolzament social...etc) en aquest projecte s'ha cregut convenient que els grups es realitzessin segons la predisposició de cada persona a pertànyer o no a un grup (sentiment de pertinença) tenint en compte habilitats, energia i velocitat de resposta, participació grupal, habilitats socials i de comunicació similars entre els membres d'un mateix grup però especialment tenint en compte que hi hagi una afinitat entre ells que els ajudi a formar un grup ben avingut i que pugui esdevenir terapèutic. S'ha descartat la idea de formar grups homogenis per diferents motius: primer de tot perquè no hi ha dues persones amb M.A iguals, segona perquè la importància del grup està en la relació que es construeix entre els seus integrants i els beneficis que aquesta aporta a cada un d'ells i tercera perquè si hi ha bona relació entre els membres d'un mateix grup podran aflorar les fortaleses de cada persona i ajudar-se mútuament treballant d'aquesta diferents rols. També s'ha cregut oportú muntar els grups d'aquesta manera perquè tota activitat serà adaptada a les necessitats individuals de cada persona i perquè l'objectiu general dels programes amb grup és fomentar la relació i socialització entre els seus membres.

Per tant els grups es realitzaran tenint en compte especialment els interessos i motivació comuns (que s'obtindrà a partir de la història de vida de cada persona i tota la informació recollida prèviament a l'inici del programa) i segons l'afinitat entre ells, que es podrà observar durant el procés d'intervenció al centre.

Es podran realitzar canvis en algun grup si algun dels integrants ho sol·liciti o els professionals ho creuen necessari.

4.4.1.4 L'equip de professionals

L'equip de professionals per portar a terme aquest projecte estarà format per sis persones:

- Dos Terapeutes Ocupacionals: Un dels terapeutes ocupacional és l'encarregat de dissenyar el projecte i elaborar-lo. Un cop elaborat el projecte es contractarà a un altre terapeuta ocupacional que juntament amb l'anterior contribuirà en el desenvolupament del PPI: elecció dels participants, recollida d'informació, elaboració dels grups i disseny de les activitats, supervisió dels diferents programes, realització d'alguns dels programes i transcripció i anàlisi de la informació obtinguda al llarg del PPI. Els dos T.O treballaran les set hores diàries els cinc dies de la setmana.
- Quatre Auxiliars de Clínica que seran les persones encarregades de desenvolupar els diferents programes d'activitats establerts i elaborats pels dos terapeutes i cuidar-se de les qüestions bàsiques de la seva professió: control d'esfínters i higiene dels participants, hidratació...etc. Seran les responsables de la cura i atenció als vint participants en tot moment. Les quatre auxiliars de clínica treballaran les set hores diàries els cinc dies de la setmana.

Altres professionals:

El centre disposarà d'un servei d'autobús per a realitzar els desplaçaments dels domicilis al centre i viceversa per tots aquells participants que visquin a Barcelona i no pugin traslladar-se al centre. Es contractarà una persona per a realitzar la neteja d'aquest i mantenir netes les instal·lacions. A més a més es pactarà amb l'Hospital d'Atenció Primària de Barcelona la possibilitat de disposar d'una infermera o metge en cas de necessitat que es pugui desplaçar al centre.

4.5 Variables i mètodes de medicació

La variable que es pretén estudiar en aquest projecte és la percepció de la persona sobre el seu benestar general, és a dir la qualitat de vida. Per valorar aquesta variable ens cenyirem a l'anàlisi de diferents dimensions de les vuit proposades per Schallock (2002-2003) ja que l'any 2002 aquest autor juntament amb Verdugo van realitzar una exhaustiva revisió de la literatura existent per tal de determinar els indicadors més importants en que sabien de basar per valorar la qualitat de vida i a més a més, després d'una pròpia revisió de la literatura científica sobre els indicadors a avaluar en la qualitat de vida s'ha trobat que diferents autors, es regeixen per aquestes dimensions esmentades per Schallock i Verdugo (2002-2003). Aquestes dimensions es

defineixen com un conjunt de factors que componen el benestar personal i els indicadors es consideren "les percepcions, conductes o condicions" específiques de les dimensions que reflecteixen el benestar d'una persona (Font Roure, J.):

1. Benestar Emocional: fa referència a la satisfacció, l'equilibri i el benestar personal i sentimental que prové de les característiques de l'entorn que promouen l'estabilitat, la previsibilitats, la seguretat i que proporcionen interaccions positives i eviten el malestar i l'estrès.

2. Desenvolupament personal: fa referència al conjunt d'experiències i oportunitats que s'ofereixen a una persona i que li permeten millorar les seves competències personals i aconseguir els objectius i metes personals.

3. Autodeterminació: és la capacitat de la persona per prendre decisions quan fan referència als diferents àmbits de la seva vida. Implica un paper actiu i assumir les responsabilitats de les pròpies decisions i accions.

4. Relacions interpersonals: fan referència al tipus i qualitat d'interaccions que es mantenen amb les altres persones en contextos culturalment significatius.

5. Inclusió social: és el conjunt d'oportunitats i experiències que té una persona de participar en entorns comunitaris, de lleures... que per l'edat i la cultura l'hi corresponen.

6. Benestar físic: són aquelles característiques de l'entorn que promouen la salut, el benestar, la mobilitat i la participació en activitats significatives i lúdiques.

7. Benestar material: fa referència a aquelles condicions de l'entorn físiques i ambientals que garanteixen la seguretat, l'adaptació, la comoditat i el confort.

8. Drets: és la facultat d'exercir allò que és degut i acordat de fer en una comunitat donada i que formen l'exercici de les llibertats personals, la supressió de les barreres o discriminacions, l'assumpció de les responsabilitats cíviques...etc.

Per tal de poder valorar els resultats pertinents del programa en quant a la percepció de cada usuari sobre la seva qualitat de vida es realitzarà una entrevista semi-estructurada al inici i al final del PPI amb cada un dels usuaris , es tindran en compte les aportacions dels familiars en quant a canvis observables de comportament i estats

d'ànim d'aquests i l'aportació de tots els professionals de l'equip que es farà en base a les observacions del dia a dia al llarg del PPI referent a les dimensions esmentades i als seus indicadors.

4.5.1 Entrevista en profunditat semi-estructurada

L'entrevista en profunditat semi-estructurada és una de les principals fonts d'informació per a recollir informació, l'entrevistador és la persona que realitza les preguntes i l'entrevistat, en aquest cas els participant al servei del PPI, és la persona qui ofereix informació respecte a la pregunta realitzada. El procés d'obtenció d'informació a partir d'aquesta eina qualitativa es desenvolupa mitjançant una conversa/diàleg que s'estableix entre les dues persones amb l'objectiu d'obtenir el màxim d'informació possible i precisa sobre les percepcions, actituds, opinions i creences de la persona entrevistada.

Pel fet que s'ha cregut que les dimensions mencionades pels autors referenciats anteriorment (Schalock, 2002-2003) engloben tots els àmbits de la persona obtenint una visió holística d'aquesta s'utilitzaran en aquest projecte per poder valorar la qualitat de vida resultant mitjançant l'entrevista semi-estructurada. Les preguntes de l'entrevista seran flexibles, és a dir que es podran ajustar segons la situació comunicativa que es creï podent modificar la direcció de l'entrevista a mesura que es vagi realitzant i seran de resposta oberta per tal que la persona entrevistada pugui esplaiar-se al màxim segons la necessitat de compartir informació considerada significativa per ell/a. La entrevista es realitzarà en un ambient distès i informal, sense pressió, dialogant de la forma més adequada i buscant el vincle amb la persona per tal de que aquesta es senti còmode i pugui expressar-se lliurement, ja que tal i com comenta Callejo Gallego en el seu article (Callejo Gallego, J., 2002) la entrevista és un contracte de confessió limitada i no tothom està disposat a la confessió. Totes les entrevistes amb els participants seran enregistrades amb una gravadora.

D'aquí ve la importància, també, que els participants estiguin totalment informats sobre els seus drets durant l'estudi, com el dret al silenci o no contestació a preguntes de les quals no es vol que se'n sàpiga la resposta.

Aquesta entrevista es passarà a l'inici del programa i al final. La del final serà una mica diferent de la inicial tot i que contemplarà les mateixes dimensions i indicadors per tal de poder comparar els resultats obtinguts al llarg de l'any de la participació al PPI. A l'entrevista final se'hi afegiran unes preguntes específiques referent al servei rebut durant el PPI. Mirar (Annex 1) per veure les dues entrevistes i el full de valoració.

Una altre de les eines de valoració que s'utilitzaran per tal de poder conèixer els interessos individuals i personals de cada un dels participants serà el llistat d'interessos (Kielhofner, 2004) que es passarà com a auto-qüestionari després de l'entrevista inicial.

El llistat d'interessos va ser desenvolupat inicialment per Mutsusuyu (1960) com una forma de recopilar dades sobre els patrons d'interessos de cada persona que serien útils per la pràctica clínica i com un instrument agregat a l'entrevista. Posteriorment va ser modificat per Scaffa (1981) i finalment per Kielhofner i Neville (1983), (Mutsusuyu, J.,1967).

En aquest projecte el llistat d'interessos que es passarà serà un llistat adaptat (Annex 2), tenint en compte la situació econòmica, social i cultural de cada persona (informació que s'haurà obtingut en la entrevista inicial) per tal de poder ajustar-lo al màxim possible a les característiques de cada participant. La finalitat d'aquesta eina específica de teràpia ocupacional és conèixer els interessos i motivacions de la persona respecte les ocupacions que ha estat realitzant o li agradaria realitzar per tal de poder adequar les activitats a realitzar al llarg del PPI d'acord amb els seus interessos.

4.5.2 Observació participativa

L'observació participativa es pot considerar l'exemple per excel·lència del caràcter pràctic dels mètodes de la investigació qualitativa. El principal ús de l'observació participant és l'estudi del que podríem dir que se surt de la "norma" o allò que detectem com a significatiu en relació al tema d'estudi. El seu ús és especialment interessant per l'estudi profund del dia a dia de organitzacions o grups, coneixent-ho des de l'interior d'aquests. Tal com el seu nom diu la observació participant és la integració de l'observador en l'espai de la comunitat observada i es defineix per la

interacció que es produeix entre l'observador i els observats en aquest espai. L'observació participativa permet contrastar la informació que els participants proporcionen, allò que diuen que fan o que diuen que volen fer, amb el què realment fan i volen fer, es tracta del què Bourdier denomina *lògica pràctica del sector observat* (Callejo Gallego, J., 2002).

L'enfocament de la observació participativa serà descriptiu, els diferents professionals descriuran les situacions més significatives observades en cada programa i activitats al llarg del PPI per a cada un dels usuaris, serà focalitzada en les dimensions i indicadors explicats anteriorment per tal de poder completar la informació sobre la qualitat de vida de cada participant obtinguda amb les dues entrevistes i el llistat d'interessos, ja que un aspecte important de l'observació participativa és saber què es vol observar.

Per registrar totes aquestes observacions el professional disposarà d'una taula (Annex 3) on registrar tot el què s'ha observat, des de l'assistència i grau de participació (primera taula del registre) fins a comentaris, actituds, relació amb els companys i qualsevol aspecte observat a destacar (segona taula del registre).

4.6 Anàlisi dels registres

Per poder analitzar la informació obtinguda a l'entrevista semi-estructurada amb el pacient i les aportacions de la família al finalitzar el PPI i contrastar-ho amb la informació aportada pels diferents professionals a partir de l'observació participativa del dia a dia es farà a partir de la transcripció de la informació proporcionada per el pacient, la família i els professionals i aquesta transcripció serà analitzada mitjançant el programa informàtic ATLAS.ti que analitza la informació transcrita a partir de l'assignació de codis per temes: benestar físic, emocional, relacions interpersonals, inclusió social, desenvolupament personal, autodeterminació i drets, per tal de agrupar tota la informació referent a un mateix aspecte o àrea i poder observar els resultats obtinguts per a cada un dels temes estudiats. Per tal de poder realitzar una transcripció al màxim de fidel a les paraules dels entrevistats es farà ús de les gravacions realitzades durant les entrevistes.

4.7 Limitacions de l'estudi

Com en tot estudi ens plantejem un parell de possible limitacions amb les que ens podem trobar quan posem en pràctica aquest projecte. Una limitació important pot ser el nombre d'usuaris amb els quals es realitzarà el programa. Al ser un nombre petit per tal de poder oferir una atenció individualitzada i centrada en la persona i tenint en compte l'edat i la situació personal de cada un dels participants es pot donar el cas que alguns participants es donin de baixa la qual cosa repercuteixi en la mida de la mostra final, poden resultar aquesta molt limitada.

Una altre limitació que pot tenir aquest estudi pot tenir a veure amb l'evolució pròpia de la malaltia que agreujant l'estat de salut de la persona pot influir negativament en la seva percepció de qualitat de vida o en la seva capacitat de comunicació i/o identificació de benestar.

També es contempla la possibilitat que degut al cost que suposa el projecte no es pugin aconseguir les subvencions previstes per cobrir-ho i per tant que s'hagin de realitzar canvis, especialment en quant al nombre de professionals.

4.8 Aspectes ètics

A totes les persones seleccionades per a participar en aquest projecte se'ls ha informat des del primer moment de la finalitat d'aquest programa de P.I, des de la intervenció fins a l'anàlisi dels resultats que s'obtinguin. Aquesta informació s'ha explicat als participants i a les seves respectives famílies i s'ha firmat un consentiment informat per les dues parts en quant a la seva participació voluntària al projecte amb dret de abandonar i/o retirar les dades personals i mantenir la confidencialitat de les dades en quant a la publicació de resultats finals.

Al llarg del projecte els participants seran tractats amb tot el respecte corresponent, sense ser sotmesos a danys físics o psicològics i respectant la llengua dominant per a cada un dels participants. Des del primer moment se'ls ha informat dels seus drets i especialment del dret a no respondre preguntes o realitzar activitats que no desitgin fer.

Tota la informació obtinguda de cada participant mitjançant les entrevistes, les observacions del dia a dia ...etc es mantindrà en un espai privat d'accés únic per als professionals de l'equip que portaran el projecte.

5. Utilitat pràctica dels resultats

L'aplicació pràctica d'aquest projecte té com a finalitat millorar la qualitat de vida de les persones que presenten M.A per sobre de tot, evitant al màxim un deteriorament cognitiu i funcional bruscat i alentint aquest procés degeneratiu per tal d'evitar al màxim de temps possible la "deprivació" ocupacional. A partir de l'ocupació les persones se senten realitzades i s'obtenen guanys en la salut a nivell psicològic, emocional i funcional. Dins d'aquest programa d'intervenció es pretén analitzar els resultats obtinguts sobre la qualitat de vida dels participants per tal de poder treure conclusions si aquest tipus de programa afavoreix o no la millora de la qualitat de vida d'aquestes persones.

Amb aquest estudi no es pretén generalitzar resultats, ja que tal i com s'ha comentat anteriorment cada persona és diferent, l'evolució de la M.A en cada persona varia segons diferents factors i cada persona percep el seu benestar de forma diferent, però si adquirir coneixement que ens serveixi de referència per a futures intervencions similars i col·laborar en l'estudi de la millora de la qualitat de vida de les persones amb M.A.

Aquests resultats seran publicats a la comunitat científica per tal de poder oferir el coneixement adquirit amb aquesta experiència a la resta de professionals i a la comunitat en general contribuint en la recerca de coneixement.

6. Organització del projecte i cronograma

Els passos seguits per portar a terme aquest projecte s'han dividit en dues parts i en setze fases:

Etapes	Temps	Responsables
PRIMERA PART:		
Fase 1: Elecció del tema d'estudi	Octubre 2012	Un terapeuta ocupacional
Fase 2: Revisió bibliogràfica del tema	Novembre 2012 a Maig 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 3: Elaboració del projecte: objectius, metodologia i població	Novembre 2012 a Febrer 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 4: Pressupost	Maig 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 5: Revisió del document	Maig 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 6: Presentació del projecte i acceptació o denegació d'aquest	Juny 2013	Un terapeuta ocupacional
SEGONA PART:		
Fase 7: Informació del programa a la població i als centres sanitaris.	Juliol a Setembre 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 8: Selecció de professionals per a formar part de l'equip	Juliol a Setembre 2013	Un terapeuta ocupacional
Fase 9: Selecció d'usuaris interessats i que compleixin els criteris d'inclusió.	Setembre 2013	Dos terapeutes ocupacionals.
Fase 10: Recollida de dades i valoració dels usuaris seleccionats.	Octubre 2013	Dos terapeutes ocupacionals.
Fase 11: Elaboració dels programes amb les activitats en concordança amb la informació obtinguda en el punt anterior i organització dels grups.	Novembre i Desembre 2013	Dos terapeutes ocupacionals.
Fase 12: Posada en marxa del programa.	Gener 2014 a Desembre 2014	Dos terapeutes ocupacionals i quatre auxiliars de clínica

Fase 13: Recollida d'informació per part dels professionals al llarg de la intervenció	Gener 2014 a Desembre 2014	Dos terapeutes ocupacionals i quatre auxiliars de clínica
Fase 14: Valoració final de cada usuari	Desembre 2014	Dos terapeutes ocupacionals
Fase 15: Anàlisi dels resultats obtinguts	Gener a Març 2015	Dos terapeutes ocupacionals
Fase 16: Publicació i difusió dels resultats a la comunitat científica i no científica	Abril 2015	Dos terapeutes ocupacionals

	2012			2013											2014											2015												
FASES	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A							
F 1																																						
F 2																																						
F 3																																						
F 4																																						
F 5																																						
F 6																																						
F 7																																						
F 8																																						
F 9																																						

7. Bibliografia i referències electròniques

1. Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola R, Matilla Mora R., Máximo Bocanegra M., Méndez Méndez B., Talavera Valverde M.A. et al. 2010. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2^{na} Edició [Traducció]. Disponible a:
www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf
2. Ballenato Prieto, G. 2005. Qué es un grupo, qué aspectos lo caracterizan y cuál es su función. Trabajo en equipo. *Dinámica y participación en los grupos*. Barcelona: Editorial Pirámide.
3. Callejo Gallego, J. 2002. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres practicas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 409-422.
4. Castellón Sánchez del Pino, A. 2003. Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 13, 3, 188-192.
5. Conferència Nacional de Directors de Escoles Universitàries De Teràpia Ocupacional. 2004. *Llibre Blanc de la diplomatura de Terapia Ocupacional*. Disponible a:
www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf
6. Corregidor Sánchez, A.I, Moralejo González, C. & Ávila Tato, M.M. 2004. V Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible a:
www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.html
7. Deus, J., 2006. Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo. *Informaciones Psiquiátricas*, 184. Extret el Novembre de 2012 des de:
www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_indice.htm
8. Díaz Barrientos, E. & Sosa Coronado A.M, 2010. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro ligero i demencia leve. *Medisan*, Vol. 14, 6.
9. Durante Molina, P., Polonio López, B. & Noya Arnaiz, B. 2001. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. España: Editorial Médica Panamericana.
10. Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez,R., Contador, I., Rubio-Santorum, A. & Ramos F., 2011. Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, Vol. 23, 1, 44-50.
11. Fernández de Trocóniz, M.I. & Montorio Cerrato, I. 2009. El desenvolupament durant l'envelliment. Moreno Hernández A. (Coord). *Psicología del*

desenvolupament II: adolescència, joventut, edat adulta i vellesa. 2^{na} Edició. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: FUOC

12. Fernández Núñez, L. 2006. Com analitzar dades qualitatives?. Institut de Ciències de l'Educació. Disponible a:
www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cat.pdf
13. Font Roura, J. La qualitat de vida. Disponible a:
www.dincat.cat/la-qualitat-de-vida_20944
14. Francés I., Barandiarán, M., Marcellán T. & Moreno L., 2003. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol 26, 3.
15. Gómez-Vela, M. & Sabeh Eliana, N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología y Universidad de Salamanca. Disponible a:
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
16. González Rodríguez, B. & Muñoz Marrón, E. Estimulación cognitiva por ordenador. Universitat Oberta de Catalunya: FUOC. Disponible a:
www.mundoasistencial.com
17. Instituto Ananda. 2013. El grupo terapéutico. Disponible a:
www.institutoananda.es
18. Institut Europeu d'Ergonomia. PROIEC. Programa Integrado de Estimulación Cognitiva. Disponible a: www.terapia-ocupacional.com
19. Kielhofner, G. 2004. *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3^{ra} Edició. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana
20. Kielhofner, G. 2006. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3^{ra} Edició. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
21. León-Salas, B. & Martínez-Martín, P. 2010. Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría* 2 (2), 69-81.
22. Llibre Rodríguez, J. & Guerra Hernández, M.A. 1999. Enfermedad de alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. *Revista Cubana de Medicina*, Vol 38, 2.
23. Moruno Miralles, P. 2003. La ocupación como método de tratamiento en salud mental. *Interpsiquis*, 4^{rt} Congrés virtual de psiquiatria. Editorial Intersalut. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10401/2407>

24. Ruiz Olabuénaga, J.I. 2012. Metodología de la Investigación Cualitativa. 5^{na} Edició. Bilbao: Universitat de Deusto
25. Salamanca Castro, A.B. & Martín-Crespo Blanco, C. 2007. El diseño en la investigación cualitativa. *Nure investigació*, 26.
26. Sarasa Frechín, E. 2008. Guia pràctica para la estimulación global en los servicios globales. *Terapia Ocupacional y enfermedad de Alzheimer*. Espanya: Editorial Mira.
27. Sanz Valer, P. & Rubio Ortega, C. 2011. Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupación. *TOG*, 8 (14).
28. Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. 2003. Calidad de vida. *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
29. Soteras Díaz, N., Moros García, M.T. & Gómez Sánchez, E.M. 2011. Eficacia de la terapia ocupacional, mañana versus tarde, en enfermos de alzheimer y otras demencias. *Revista Informativa de la Associació Professional Española de T.O*, 55, 6-12.
30. Tárraga, LL.. Boada, M., Morera, A., Domènech, A & Llorente, A. 2000. *Volver a Empezar*. Fundació ACE. Institut de Neurociències aplicades "Alzheimer Centre Educativa". Barcelona.
31. Torres Aguirre A & Castellví Sampol, M. 2004. Abordajes no farmacológicos en la enfermedad de Alzheimer. *JANO*, Vol 67, 1.537
32. Universitat de Salamanca. 2013. El aumento de la esperanza de vida incrementa la probabilidad de sufrir demencias. Disponible a: www.usal.es/webusal/node/30467
33. Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sanchez, L.E. & Arias Martínez, B. 2009. *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT*. 1^{ra} Edició. Salamanca: INICO
34. Zamarrón Cassinello, M.D., Tárraga Mestre, L. & Fernández-Ballesteros, R. 2008. Plasticidad cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, Vol. 20, 3, 432-437.

7.1 Bases de Dades i altres adreces electròniques consultades

1) Bases de Dades i descriptors utilitzats:

Psycinfo, DOAJ, SCOPUS, BioMed Central Journals, Cuiden Plus, IME Biomedicina, Joanna Briggs Institute Connect España, LILACS i MedlinePlus.

DECS:

Enfermedad de Alzheimer y Terapia cognitiva

Enfermedad de Alzheimer y Terapia ocupacional

MESH:

Alzheimer disease and Cognitive therapy

Alzheimer disease and Occupational therapy

Alzheimer disease programs

Altres paraules clau:

Programas de terapia ocupacional con personas con demencias

Programas psicosociales

Rehabilitation and Alzheimer disease

2) Adreces electròniques consultades:

- ❖ APTOC [Associació de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya]:
www.aptoc.org
- ❖ APTOCA [Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Canarias]:
www.aptoqa.org
- ❖ APETO [Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales]:
www.apeto.com
- ❖ Portal en Español de Terapia Ocupacional: www.terapia-ocupacional.com
- ❖ APATO [Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales]:
www.terapeuta-ocupacional.org

- ❖ TOG [Revista de Terapia Ocupacional de Galicia]: www.revistatog.com
- ❖ Fundació Alzheimer Catalunya: www.alzheimercatalunya.org
- ❖ INE [Institut Nacional d'Estadística]: www.ine.es
- ❖ OMS [Organització Mundial de la Salut]: www.who.int/es/

8. Pressupost

A) DESPESES:

Conceptes€/Any

1- Personal

- 4 Auxiliars 58.240€
- 2 T.O 42.000€
- 1 Persona neteja 5.600€
- 1 Conductor autobús 7.200€

Subtotal₁ 113.040€

2- Material inventariable

- Mobles 5.000€

Subtotal₂ 5.000€

3- Material fungible

- Material administratiu 1.200€
- Material informàtic 1.500€
- Material per a les activitats/programes 3.200€

Subtotal₃ 5.900€

4- Despeses vàries

- Assegurança de responsabilitat civil, telèfon,

Internet i altres despeses.....2.000€

Subtotal₄2.000€

TOTAL DESPESES = Subtotal $_{1+2+3+4}$ = **125.940€/Any**

B) INGRESSOS:

1- Aportació mensual usuaris 57.600€

Subtotal 57.600€

RESULTAT:

DESPESES = (-) 125.940€

INGRESSOS = (+) 57.600€

D - I = -68.340€

Explicació dels conceptes i criteri de càlcul del pressupost:

A) DESPESES

1- Personal:

Auxiliars = 7h/dia = 1.040 €/mes x 14 pagues = 14.560 €/any per auxiliar x 4 Aux. =
58.240€/any

T.O = 7h/dia = 1.500 €/mes x 14 pagues = 21.000 €/any per terapeuta x 2 T.O =
42.000€/any

Neteja = 2h/dia = 400 €/mes x 14 pagues = **5.600 €/any**

Servei transport = 600 €/mes x 12 pagues = **7.200 €/any**

2- Material inventariable:

Com a material inventariable s'han inclòs els següents mobles: taules, cadires, sofà, prestatgeries, butaques, televisió, DVD, equip de música, microones i nevera ...etc.

3- Material fungible:

Com a material fungible s'ha inclòs:

- Material administratiu: folis, bolígrafs, grapadores, tisores, celo, agendes...etc.
- Material informàtic: un ordinador amb el teclat i el ratolí per als professionals, una gravadora per enregistrar les entrevistes, una impressora i la tinta de color i la negra.
- Material per al desenvolupament de les diferents activitats:
 - ✓ Per la psicomotricitat: còrcols, pilotes, teles, coixins, matalassos, cordes ...etc.
 - ✓ Per les activitats manuals: teles, pintures, papers de diferents tipus (maixé, cel·lofana)...etc.
 - ✓ Per l'estimulació cognitiva amb noves tecnologies: dos ordinadors i un programa d'estimulació cognitiva (Braintraining ...etc).
 - ✓ Per activitats de comunicació: un projector i una pantalla.

4- Despeses vàries:

Com a despeses vàries s'inclou Internet, el telèfon, l'assegurança de responsabilitat civil (per si algun usuari es fa mal durant l'estància al centre) i qualsevol altre despesa que no faci referència al personal ni al material.

B) INGRESOS

Referent als ingressos és molt difícil saber, de moment, quantes hores assistirà cada usuari al centre i per tant quants diners pagaran cada un mensualment. Per aquest motiu s'ha fet una estimació, comptant que cada usuari assistirà al centre cada dia un mínim de 4 hores, per tal de poder valorar una aproximació dels ingressos que entraran cada mes. Com a ingressos també es comptaran aquelles subvencions proporcionades per entitats privades o públiques per tal de poder portar a terme el projecte.

1 usuaris x 4hores/dia = 80 h/mes x 3€/h = 240 €/mes x 20 usuaris = 4.800€/mes x 12 mesos = **57.600 €/any.**

9. ANNEXES

9.1 Annex 1

Entrevista semi-estructurada (Inici del PPI)

<u>DIMENSIONS</u>	<u>INDICADORS</u>	<u>PREGUNTES</u>
1- Benestar Físic	Salut Nutrició Oci i temps lliure Mobilitat AVD	1. Com percep la seva salut? 2. Com se sent físicament?
2- Benestar emocional	Satisfacció Autoconcepte Absència d'estrés Seguretat Felicitat Espiritualitat	1. Està satisfet amb la vida que porta? 2. Canviaria alguna cosa? 3. Com es definiria a vostè mateix? 4. Creu que porta una vida estressada?
3- Relacions interpersonals	Interacció Afecte Recolzament Intimitat Família Amistats	1. Disposa d'amics amb els que conversar, compartir ...etc? Com se sent quan està amb ells? (En cas que la pregunta anterior sigui afirmativa contestar la 2 i la 3). 2. Realitza activitats amb aquestes persones? 3. Com se sent quan està amb els altres?
4- Inclusió social	Integració i participació a la comunitat Rols Recolzament	1. Se sent part d'algun grup? 2. Participa amb activitats a la comunitat? Com el fa sentir això? 3. Quins són els seus rols actuals?

	social Acceptació Entorn residencial	
5- Desenvolupament personal	Competències personal i habilitats "Desempeño ocupacional" Progrés	1. Té la oportunitat de realitzar activitats que li agraden? Les realitza? Perquè? 2. Com se sent quan fa aquestes activitats?
6- Autodeterminació	Autonomia, Valors Interessos Eleccions	1. Pot realitzar les activitats que li agraden de forma autònoma (sense ajuda)? O necessita la col·laboració d'una altre persona? Com el fa sentir aquest fet? 2. Realitza activitats d'acord amb els seus valors personals? Elegeix vostè les activitats? Com el fa sentir aquest fet?
7- Drets		1. Creu que se li priven els seus drets com a ciutadà?

Entrevista semi-estructurada (Final del PPI)

<u>DIMENSIONS</u>	<u>INDICADORS</u>	<u>PREGUNTES</u>
1- Benestar Físic	Salut Nutrició Oci i temps lliure Mobilitat AVD	1. Com percep la seva salut? 2. Se sent comprès per els professionals que l'envolten? 3. Creu que la participació al programa de PPI ha millorat la

		seva salut? En quins aspectes?
2- Benestar emocional	Satisfacció Autoconcepte Absència d'estrés Seguretat Felicitat Espiritualitat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creu que està més relaxat o més estressat que abans de iniciar el PPI? Perquè? 2. Està satisfet amb vostè mateix després de realitzar aquest programa? Se sent més bé, igual o menys bé que abans de iniciar-lo? 3. Continuaria participant al PPI? Perquè? 4. Com es definiria vostè ara després de la participació al programa? Ha augmentat la seva autoestima respecte abans? En quins aspectes? Què creu que ha col·laborat a aquest fet?
3- Relacions interpersonals	Interacció Afecte Recolzament Intimitat Família Amistats	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha fet noves amistats dins del PPI? Sent una major comprensió o recolzament? Per part de qui? Com el fa sentir això? 2. Com s'ha sentit al poder compartir activitats amb les altres persones del centre? 3. Continuaria compartint activitats amb ells? 4. Creu que el fet de compartir activitats amb aquestes persones l'ha beneficiat en algun aspecte? En quin? Com s'ha sentit tot aquest any amb aquestes persones?
4- Inclusió social	Integració i participació a	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'ha sentit part d'algun grup al llarg d'aquest any? Com l'ha fet sentir

	<p>la comunitat</p> <p>Rols</p> <p>Recolzament social</p> <p>Acceptació</p> <p>Entorn residencial</p>	<p>això?</p> <p>2. Ha participa en activitats a la comunitat?</p> <p>3. Ara se sent més inclòs o menys dins la societat que abans de iniciar el PPI? Com el fa sentir això?</p> <p>4. Han canviat els seus rols amb l'últim any? N'ha adquirit algun de nou?</p> <p>(Si la pregunta anterior és afirmativa contestar la 5)</p> <p>5. Com se sent respecte aquest nous rols?Quins són els seus rols actuals? Què li han aportat de nou aquests rols?</p>
5- Desenvolupament personal	<p>Competències personal i habilitats</p> <p>"Desempeño ocupacional"</p> <p>Progrés</p>	<p>1. Ha tingut la oportunitat de realitzar activitats que li agraden? Les ha realitzat? Està més content al haver realitzat aquestes ocupacions, igual o menys que abans de començar el programa?</p> <p>2. Com s'ha sentit al realitzar-les?</p>
6- Autodeterminació	<p>Autonomia</p> <p>Valors</p> <p>Interessos</p> <p>Eleccions</p>	<p>1. Ha pogut realitzar les activitats que li agraden de forma autònoma (sense ajuda o amb mínima ajuda)? Com l'ha fet sentir aquest fet?</p> <p>2. Ha realitzat activitats d'acord amb els seus valors i interessos personals? Ha pogut elegir vostès les activitats que ha volgut realitzar? Com l'ha fet sentir</p>

		aquest fet?
7- Drets	Privacitat Accés	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'ha respectat la seva privacitat durant l'assistència al centre? Com s'ha sentit? 2. Se l'hi ha donat la oportunitat d'accedir a qualsevol de les activitats? Se n'hi ha prohibit cap? Com ho ha viscut sentit? 3. Creu que se li ha privat algun dret com a ciutadà?

Valoració de Teràpia Ocupacional

Professional:

Data:

DADES PERSONALS DELS USUARIS:

Nom i cognoms:

Data i lloc de naixement:

Residència actual:

Cuidador principal:

Professió :

Nivell d'estudis:

Actitud/ Col·laboració:

Medicació:.....

DIAGNÒSTIC CLÍNIC I INFORMACIÓ RELLEVANT DE LA HISTÒRIA CLÍNICA:

.....
.....
.....

PROBLEMÀTICA OBSERVADA:

Motricitat:

(Hipotonia, hipertonia, equilibri, reajust corporal, deambulació, coordinació bilateral, coordinació ull-mà ...etc).

Llenguatge/Comunicació:

(Nivell de llenguatge, comprensió ...etc).

Cognició:

.....

.....

Emocional/Conductual/Social:

.....

.....

Integració sensorial:

Hipersensibilitats:

- Tàctil:

- Visual:

- Auditiva:

- Vestibular:

- Propioceptiva:

Hisposensibilitats:

- Tàctil:

- Visual:

- Auditiva:

- Vestibular:

- Propioceptiva:

Alteracions en la modulació:

Alteracions en la discriminació:

Nivell d'alerta:

Esquema corporal:

Diferents parts del cos:

Discriminació Dreta/Esquerra:

Heminegació:

Habilitat manual:

Coordinació:

Lateralitat:

Esquema espacial:

Discriminació figura-fons:

Percepció:

Localització/ organització:

Esquema temporal:

Edat:

Hora:

Matí/ Tarda/ Nit,:

Data/ Dia /Mes/ Any:

Estació de l'any:

Expectatives:

.....

.....

Observacions i aspectes importants a destacar:

9.2 Annex 2

Llistat d'interessos adaptat

El llistat d'interessos que es passarà a cada usuari estarà adaptat a la seva situació demogràfica, social, econòmica i personal. El terapeuta ocupacional estarà amb l'usuari a l'hora de omplir el llistat per si hi ha qualsevol dubte de comprensió i aquest li explicarà lo següent:

❖ Marqui amb una creu (X) per a cada activitat:

- Quin ha estat el seu interès en els últims deu anys (Fort/Algun/Cap).
- Quin ha estat el seu interès en l'últim any (Fort/Algun/Cap).
- Si fa actualment l'activitat (Si/No).
- Si li agradaria continuar-la fent o començar a fer-la en el futur (Si/No).

❖ Els requadres amb blanc de la columna d'activitats són per afegir alguna activitat que no s'hagi mencionat i cregui necessària esmentar-la.

Amb aquest llistat d'interessos es pretén conèixer de forma individual els interessos i motivació de cada un dels usuaris respecte a diferents ocupacions per tal de poder, posteriorment, elaborar les activitats en funció del que els participants hagin respost en el llistat d'interessos.

Nom:

Data:

ACTIVITAT	QUIN HA ESTAT EL SEU NIVELL D'INTERÈS?						PARTICIPA ACTUALMENT EN AQUESTA ACTIVITAT?		LI AGRADARIA REALITZAR-LA EN EL FUTUR?	
	EN ELS 10 ÚLTIMS ANYS			EN L'ÚLTIM ANY						
	FORT	ALGUN	CAP	FORT	ALGUN	CAP	SI	NO	SI	NO
ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA BÀSIQUES										
Bany/Dutxa										
Vestit/Desvestit										
Menjar										
Higiene i cura personal										
ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA INSTRUMENTALS										
Cura dels altres										
Cura de mascotes										
Tenir cura de la casa										

Tenir cura del jardí										
Cuinar										
Anar a comprar										
Reparacions domèstiques										
Gestió dels diners										
TREBALL										
Jardineria										
Fusteria										
Llauneria										
Modista/Sastre										
OCI/TEMPS LLIURE										
Música										
Cinema										
Televisió										
Conferències/Cursos										
Lectura										
Cantar										
Artesania										
Esports										
Viatges										
Pesca										
Fotografia										

Jocs de taula (Escacs, dames, domino, trencaclosques, cartes...etc)										
PARTICIPACIÓ SOCIAL										
Activitats amb la família										
Activitats amb els amics/coneguts										
Activitats a l'església										
Festes / Fires										
Visitar a altres persones										
Participació a clubs socials (de jubilats, d'esports, d'ocellaires ...etc)										

9.3 Annex 3

Registre de participació i aspectes destacats observats

Professional:

Nom de l'usuari:

Mes:

Dies →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Programes ↓																														
P. Remotivació																														
P. Estimulació cognitiva																														
P. Estimulació de la comunicació																														
P. Psicomotricitat																														
P. Oci																														

Observacions:

Dia 1:

Dia 2:

Dia 3:

Dia 4:

Dia 5:

Dia...

Els números del requadre fan referència als dies del mes i els programes fan referència als diferents programes i activitats en que està organitzat el PPI. Es tracta que cada dia el professional que ha portat a terme cada programa anoti el grau de participació de cada usuari i afegeix per cada dia un comentari a la taula d'observacions sobre aspecte significatius a destacar . El grau de participació s'anotará amb un **0 si la persona no ha participat però ha assistit al programa**, un **1 si ha participat poc**, un **2 si ha participat bastant** i un **3 si ha tingut una participació activa**. En cas de que la persona no assisteixi al programa es deixarà la casella en blanc. Amb aquest registre diari al llarg del PPI es podrà observar quina ha estat la participació de cada persona en cada un dels diferents programes.

10. Agraïments i nota final de l'autor

El meu especial agraïment és per en Sergio Guzmán Lozano, Terapeuta Ocupacional del procés de Rehabilitació Psicosocial del Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona. Donar-li les gràcies per oferir-me la possibilitat de poder conèixer la pràctica del seu programa Psicosocial que m'ha ajudat a organitzar-me millor a l'hora de desenvolupar aquest projecte. També donar-li les gràcies per les nostres apassionades converses, per compartir amb mi l'admiració i la passió per la gent gran, per ajudar-me a creure que podem oferir-los una vida millor i proporcionar-los l'oportunitat de poder ser feliços en aquesta etapa de la seva vida.

Abans d'acabar m'agradaria afegir que aquest projecte tal i com es pretén que sigui portat a terme requereix d'un cost econòmic elevat pel fet que es prioritza l'intervenció en grups petits per tal de poder apropar-se a la situació personal de cada persona per la qual cosa es requereix un equip de professionals bastant extens. Actualment tal i com està la situació econòmica del nostre país no se sap fins a quin punt les empreses, institucions ...etc estan disposats a realitzar aquesta inversió econòmica per millorar la qualitat de vida de les persones grans en general però si que és cert que cada vegada més s'està veient aquesta necessitat i potser poc a poc s'anirà construint aquest camí que portarà a la qualitat dels serveis assistencials per tal d'afavorir la qualitat de vida de les persones.

M'agradaria acabar amb un parell de frases que reflecteixen de forma molt profunda i clara tot el què s'ha intentat exposar en aquest projecte: la necessitat de treballar amb les persones des d'una visió holística i centrada en cada un d'ells, tenint en compte les seves necessitats individuals i úniques, acompanyant-los en aquesta etapa de la vida i oferint-los totes les oportunitats per tal de que visquin de la manera més adaptada possible al entorn que els envolta i amb la millor qualitat de vida possible:

"Cuando en algún momento pierda la memoria

o el hilo de nuestra conversación,

dame el tiempo necesario para recordar.

Y si no puedo hacerlo, no te pongas nervioso,

seguramente lo más importante no era mi

conversación y lo único que quería

era estar contigo y que me escucharas."

(Anónimo)

"Ahora te toca a ti acompañarme en mi

duro caminar. Ayúdame a acabar mi camino,

con amor y paciencia. Yo te pagaré con una sonrisa

y con el inmenso amor que siempre te he tenido".

(Anónimo)

Autorització de difusió

Nom: MARTA GALLART UBALDE

Signatura:

Marta Gallart Ubalde

Vic a, 24 de Maig de 2013.