

Marc Cadafalch/Quico Mañós

Davant la greu problemàtica dels malalts afectats per la malaltia d'Alzheimer i de la situació a nivell familiar, que sovint comporta un alt grau d'ansietat i angouxa per part dels familiars, neix aquest programa **d'intervenció estimulativa en l'entorn familiar**, en el què família i malalt són unitats de tractament del programa. Aquest, consisteix en treballar els estímuls de l'entorn familiar del malalt, així com les habilitats, actituds i records, tant del pacient com de la família, per tal de potenciar un procés de prevenció i manteniment de les capacitats del malalt i, en conseqüència, la seva màxima implicació en la relació social. El treball es durà a terme partint de les propostes d'activitat de vida diària (AVD) i d'altres activitats d'oci, potenciant la màxima qualitat de vida.

### Que és la demència

La demència és una síndrome adquirida produïda per una patologia orgànica, psíquica o mixta, que, en un pacient sense alteració de nivell de consciència, ocasiona un deteriorament persistent de diverses funcions mentals superiors i provoca una incapacitat funcional de la persona en relació a l'àmbit social característic de la mateixa.

Les demències són malalties neurològiques que afecten la intel·ligència i la seva simptomatologia la podríem definir segons els signes següents:

- A) **Pèrdua de capacitat intel·lectual**, suficientment greu per a interferir en les activitats socials o laborals.
- B) **Trastorns de la memòria**, especialment la mediata i la recent.
- C) **Alteracions de pensament abstracte** que es manifesten en la incapacitat per interpretar els estímuls, dificultat de trobar semblances i diferències, dificultat de definir conceptes.
- D) **Alteracions de la raó**.
- E) **Trastorns de funcions corticals** com:

**Afàsies:** trastorns del llenguatge per mal funcionament del cervell (afàsia **sensorial**). Trobem també les afàsies **receptivo-auditives** així com les **receptivo-visuals**, altrament anomenades **alèxies**. Les alèxies poden anar acompanyades per la incapacitat de reconèixer el color o **anòmia del color**.

2) **Praxi:** Incapacitat de dur a terme activitats motores malgrat hom conservi la capacitat d'atenció i concentració. Trobarem praxis **motores** que afectaran la psicomotricitat fins a dur a terme accions molt específiques ( posar una carta dins un sobre). Les praxis **ideomotores** dificultat de dur a terme un acte verbal. Praxis **ideatòries** o incapacitat de formulació de plans d'acció. Tindrem també en compte les apràxies **constructives** o incapacitat per construir un tot a partir de les parts i la praxis **del vestit** per la qual el dement és incapaç de vestir-se correctament.

3) **Gnosi**: incapacitat de reconèixer i identificar objectes malgrat que la capacitat perceptiva sensorial estigui intacte. Les gnosis **auditives** o incapacitat per a reconèixer la parla; **visuals** incapacitat de reconèixer el que hom veu; les gnosis **espacials** o manca d'orientació en l'entorn; la gnosi **tàctil** o **astereoagnosi**, és a dir, la incapacitat de reconèixer mitjan el tacte i, per últim, la gnosis **corporal** o **antropognosi** que ve a ser el desconeixement de la topografia corporal o incapacitat per a reconèixer les parts del propi cos, són els casos determinats com a gnosi.

F) **Trastorns de la personalitat**

G) **Obnubilació de la consciència.**

Per tal de treballar amb els dements a partir de processos estimulatis, caldrà que adaptem la nostra forma de comunicar-nos amb ells. Una referència bàsica per la persona dement raurà en l'entorn físic. L'entorn ha de ser simple, sense canvis. Caldrà marcar la localització dels objectes. Tanmateix hem d'ajudar a organitzar el temps del malalt. Cada cas és individual i donarà unes possibilitats determinades segons la seva particularitat. Així podrem proposar unes activitats de vida diària que han d'acometre un objectiu doble. D'un costat han de convertir-se en una activitat quotidiana rutinària i per altra banda han de satisfer les expectatives d'esbarjo i d'ocupació activa del temps.

Així podem parlar d'activitats com la neteja personal, menjar, vestir-se, creant actituds repetitives en el malalt que ajudin a mantenir l'autonomia pròpia del mateix usuari, el màxim possible de temps. Per aconseguir tot això caldrà que ens recolzem en la comunicació. Així utilitzarem un llenguatge simplificat basat en instruccions senzilles i repetitives. No podem fer ús d'ordres complexes. Caldrà doncs bastir un procés interactiu a partir d'ordres simples i de caràcter reiteratiu.

Haurem de basar el nostre discurs sobre les activitats rutinàries i sobre els fets o espais referencials que determinen el **món-referència** del dement. Així conceptes com el de ritualitat i redundància són remarcables a l'hora de plantejar-se l'atenció al dement. Quan preguntem, haurem de facilitar respostes simples. No hem de corregir-lo, sinó animar-lo a que es faci entendre. El llenguatge afectiu és molt important en la demència. Així «manyagues», copets a l'esquena, gestos d'aprovació o de recolzament, somriures, etc... seran útils per interaccionar amb el malalt.

Tanmateix hem de treballar amb el malalt en clau neuropsicològica potenciant un cúmul d'activitats encaminades a potenciar la fixació de la capacitat mnèsica així com el desenvolupament dels canals perceptius per a una millor integració del dement en el medi entorn que l'envolta.

Les Activitats de Vida Diària (A.V.D.) han de ser repetitives i sempre seguint un ordre lògic, ritualitzant els estímuls, ajudant a que el dement

pugui enregistrar-los, vivenciar-los i per tant integrar-los en el seu *modus vivendi*.

Cal, però, combatre també el cansament de la rutina. Per tant hem de potenciar la confiança, la motivació, la cooperació de la persona discapacitada davant de la proposta d'un canvi. El dement necessita una atenció individual però, no per això, hem de defugir les activitats grupals. És important que el dement se senti integrat en el si de la societat més familiar en què viu, no a rehabilitar-se en la marginalitat. Pel dement, el que és bàsic és el manteniment o la restauració de la interacció comunicativa; un cop perd aquesta possibilitat, és molt difícil alleujar l'aïllament que la demència (com a malaltia) provoca als qui la pateixen.

### **Emmarcament del programa**

En l'actualitat hi ha molts malalts d'Alzheimer a Catalunya que no poden ser atesos, en centres públics o privats, degut a la manca de places adequades pels afectats. Altrament, tot i considerant molt positiva l'existència de centres de dia o de residències per a gent gran, hom pot preguntar-se si és més positiu que la persona que pateix la malaltia, ingressi o faci ús dels serveis d'un centre especialitzat (fet que pot comportar desorientació) o bé, que la persona pugui ser a casa sense que aquest fet comporti un deteriorament progressiu de la persona.

Podríem mesurar la qualitat de la intervenció, individual o massificada, que es dona bé a casa, bé als centres d'atenció. Que un malalt d'Alzheimer sigui atès en el domicili, en el seu entorn familiar, enmig dels objectes que signifiquen quelcom, en l'ambient que li és propi, no pressuposa que tingui una millor atenció que la professionalitzada, a la que hom pot accedir com usuari d'un centre, ja que, a voltes, el familiar no sap entendre la malaltia i s'hi revela o pren actituds que no ajuden en res al malalt en el seu procés.

Actualment als centres de dia i residències en les quals hi ha malalts d'Alzheimer, hom pot constatar l'ús d'un seguit de tècniques encaminades a orientar el malalt en el temps i l'espai, a desenvolupar el sentit de la memòria, (tècniques d'orientació en la realitat) que ajuden a que la malaltia avanci més lentament que si no es rebés cap estímul.

Davant d'aquest panorama, consultats per l'AFAC (Associació de Familiars d'Alzheimer de Catalunya), i intentant donar resposta a unes necessitats prou explícites com són les de atendre el màxim nombre possible de malalts d'Alzheimer i als seus familiars, o la de potenciar que l'entorn del malalt l'estimuli pel que fa a les capacitats d'autonomia, autoestima i autodomini i alhora intentant aportar les tècniques esmentades (tècniques d'orientació en la realitat, tècniques d'animació estimulativa, relació d'ajuda a la família), mitjançant la intervenció duta a terme des de l'Educació Social

es proposa el **Programa d'intervenció estimulativa per a malalts d'Alzheimer en l'entorn familiar.**

Aquest programa planteja la intervenció **en i des de** l'entorn familiar. La família, davant les problemàtiques que planteja la malaltia d'Alzheimer, pateix situacions de claudicació. Aquests tipus de claudicació demanen que la intervenció que hom proposi respongui a les necessitats del malalt, d'una banda, i de l'altra, a les necessitats que l'entorn familiar plantegi, per tal de poder donar respostes als problemes de vida quotidiana. En aquest sentit cal pensar que la família del malalt i la intervenció que aquesta pugui fer, serà la més profitosa per al mateix.

### **Objectius**

L'esmentat programa es basteix sobre uns objectius que tot seguit especificarem. Aquesta proposta pretén:

- Oferir un recurs per aquells malalts d'Alzheimer, i per als seus familiars, que no poden ser atesos en centres assistencials públics i/o privats.
- Treballar les tècniques d'animació estimulativa en l'entorn familiar per tal de dur a terme les activitats adients a fi d'assolir el més alt grau possible d'autonomia i autoestima.
- Potenciar dinàmiques d'actuació conjuntes amb la família per poder intervenir en les A.V.D. del malalt amb una incidència positiva, tot treballant les actituds que ha de tenir la família per tal que l'esmentada intervenció estimuli el malalt en el seu procés.
- Aportar les tècniques adients (tècniques d'orientació en la realitat, orientació espacial-temporal, seqüenciació de les activitats durant el dia, ús de les correspondències,...) per poder oferir al pacient i la família eines adequades per organitzar l'entorn del malalt de forma adient.
- Implicar la família en el procés de comprensió de la malaltia a partir de les tècniques de Relació d'ajuda per tal d'elaborar el procés de dol que comporta enfrontar-se a la malaltia d'Alzheimer.

### **Destinataris**

Els destinataris del programa són, principalment, els malalts d'Alzheimer i les seves famílies que s'acullin a través de l'AFAC (Associació de Familiars de malalts d'Alzheimer de Catalunya) a una proposta d'intervenció d'aquesta tipologia. cal tenir en compte la diversitat de situacions i la dificultat dels familiars dels malalts per viure empàticament una realitat com aquesta. És en aquest sentit que aquest programa proposa la família com a destinatària, usuària o client, però, tanmateix com a agent de salut, com a element importantíssim en la intervenció que es duu a terme. Aquesta proposta pretén donar a la família unes responsabilitats, un rol actiu i implicat en el seguiment de les propostes d'estimulació que es plantegin.

Tanmateix, cal pensar que, a voltes no només la família és qui intervé, sinó que també hi ha alguna auxiliar o treballadora familiar que reforça les tasques assistencials necessàries en l'entorn del malalt. Aquests professionals són contemplats en aquest projecte com a integrants de la unitat familiar qui té incidència en la vida quotidiana del pacient.

### Programa d'intervenció

Prèviament a la intervenció el malalt ha d'estar diagnosticat neuropsicològicament com a malalt d'Alzheimer.

L'educador i els familiars omplen una fitxa de valoració del malalt, sistema CMBD (Criteri Mínim Bàsic de Dades del Consorci Hospitalari de Catalunya), en la que es valora l'estat físic, sensorial, de mobilitat, les funcions cognitives i la capacitat de relació social. Aquest sistema de valoració permet marcar-nos uns objectius concrets per a cada afectat, alhora que aquests són revisables mitjançant un procés d'avaluació continuada.

Educador i família estudien quina és la rutina pròpia del malalt per tal de seqüenciar les activitats estimulatives entorn de la rutina d'activitats que pacient selecciona (es tindran en compte els costums que són SIGNIFICATIUS pel malalt, per tal de transgredir, el menys possible, la dinàmica pròpia d'activitat).

També es tenen en compte els records, objectes, vivències, músiques, etc... que siguin significatius per l'afectat. A partir d'aquests anclatges memorístics significatius, bastim part de la proposta d'intervenció.

Un cop realitzades les esmentades valoracions i partint dels aspectes més significatius pel malalt; educador i família preparen el pla d'intervenció estimulativa individualitzat en el que es recolliran les recomanacions pel que fa a les actituds dels familiars, els suggeriments per adaptar l'entorn espai més proper al malalt, així com les activitats més adients per potenciar el grau més alt d'autonomia i el millor nivell d'autoestima.

S'han treballat uns protocols base per cada una de les Activitats de Vida Diària (A.V.D.) a partir **d'objectius, pedagogia domiciliària, material, seqüència i registre**. Partint d'aquest protocols bàsics s'ha elaborat un **Pla individualitzat** per a cada usuari i la seva família.

La implantació de cada pla individualitzat es realitza en quatre Fases:

#### Fase prèvia

Hi ha d'haver una sol·licitu per part de la família a l'AFAC. La Treballadora Social (T.S.) entrevista a la unitat familiar. En l'entrevista es recullen les problemàtiques socials, econòmiques..., que aquesta pugui patir, així com informarà a la mateixa del programa d'intervenció, a més a més de altres possibilitats a les que pot accedir la família.

L'equip interdisciplinari decideix, si s'escau, la idoneïtat i inclusió de la família en el projecte.

### **Fase 1: Observació i elaboració del pla d'intervenció**

L'Educador Social (E.S.), va al domicili i observa el cas conjuntament amb la família segons els criteris del C.M.B.D. i els esmentats protocols de les A.V.D. Elabora un informe detallat de la situació observada i la consegüent proposta de pla d'intervenció. Aquestes tasques es duen a terme durant les quatre primeres visites (2 visites setmanals durant dues setmanes)

L'equip Interdisciplinari revisa la proposta del pla d'intervenció i la ratificarà o modificarà si ho creu convenient.

### **Fase 2: Implantació del programa**

L'E.S. explica el pla d'intervenció a la família potenciant la implicació de la unitat familiar com a agent terapèutic principal. Proposa instruments d'observació, dinàmiques d'estimulació, tècniques, recomanacions a la unitat familiar encaminades a potenciar la relació interpersonal del malalt amb l'entorn. Mitjançant la tècnica de la **Relació d'Ajuda** treballarà les actituds que la família té envers el malalt potenciant processos d'autocontrol i les actituds positives. A partir de les tècniques de reformulació i confrontació de la realitat vivenciada. L'E.S. dedica un temps a recollir les qüestions que la família li plantegi. Responent a les que pugui, i transmetent les altres l'Equip. Ha d'observar i avaluar la fase d'implantació quinzenalment, avaluant conjuntament amb la família, d'una banda, i de l'altra, amb l'equip, els objectius plantejats al pla d'intervenció. Aquesta fase durarà el temps que sigui necessari. L'equip en determinarà el pas a la fase següent o de seguiment o una temporalització diferent a l'establerta. Per norma general, es mantindran dues visites setmanals de dues hores durant els dos primers mesos de la fase d'implantació, passant gradualment a una visita setmanal, primer i quinzenal, després, quan l'equip ho consideri convenient.

### **Fase 3: Seguiment**

En la fase 3 l'Educador Social realitza una visita quinzenal al domicili per avaluar els canvis observats en aquelles dues setmanes, alhora que proposa, si s'escau, algun tipus d'intervenció concreta per tal de paliar les situacions que es presentin. Cada dos mesos l'E.S. passarà el C.M.B.D. conjuntament amb la família. Setmanalment hi haurà una reunió amb l'equip interdisciplinari per parlar del seguiment de casos.

### **Nivells d'intervenció**

La intervenció directa amb el malalt i la família la duu a terme l'educador social, ja que es tracta de potenciar les activitats d'oci i de vida diària encaminades a mantenir els estímuls adients perquè el malalt es desenvolupi en el seu procés adaptant-se a les mancances que li confereix la malaltia. L'educador Social treballa l'àmbit de la relació humana entre el malalt - l'entorn familiar i l'entorn social, vetllant perquè aquesta relació estimuli

dinàmiques d'integració del malalt en la família, així com de la família en la societat. És important que els familiars del malalt d'Alzheimer mantinguin els seus espais de relació social. Si això no fos així, l'entorn familiar es convertiria en un món apart, en un clos tancat, allunyat de la societat, que fàcilment, podria afavorir situacions de claudicació per part de la família. L'Educador social pot ser el professional idoni per treballar aquestes dinàmiques de relació social i humana entre malalt-família-societat. Pot aportar tècniques d'Animació Estimulativa, fent ús dels estímuls personals del malalt, dels propis de la família, alhora que utilitzant els estímuls que configuren tant l'entorn físic (domicili) com el social.

L'Educador comptarà amb el recolzament d'un equip interdisciplinari integrat per un/a metge/sa i un/a treballador/a social de l'equip de l'AFAC que supervisen, conjuntament amb l'educador/a cada pla d'intervenció. Alhora, assessoren la família en altres aspectes més puntuals i relacionats amb l'àmbit d'intervenció que els ocupa. Aquest equip multiprofessional s'encarrega de determinar i avaluar el tipus d'intervenció proposada, de decidir la periodicitat de les propostes d'intervenció directa. Es reuneix un cop per setmana amb l'educador per fer el seguiment dels diversos casos atesos.

***És important que els familiars del malalt d'Alzheimer mantinguin els seus espais de relació social***

### **Funcions de l'equip interdisciplinari**

L'equip interdisciplinari ha d'avaluar els informes socials i mèdics i el informe que l'educador elabora a la fase prèvia, per tal de decidir si aquest és el recurs idoni per la unitat familiar sol·licitant. Determinar els objectius a treballar per cada pla d'intervenció. Especificar les estratègies a seguir. Determinar quines responsabilitats ha de treballar el malalt, la unitat familiar i l'educador. Determinar el pas d'una fase a la següent.

### **Funcions del membres de l'equip**

- **El (Metge especialitzat)** ha d'avaluar els problemes mèdics que es detectin en l'evolució del pla d'intervenció. Valorar l'adequació de les propostes dels protocols i del pla d'intervenció assignades al malalt. Vetllar per la idoneïtat de la intervenció pel que fa a la salut del malalt. Assessorar, a nivell mèdic, sobre les intervencions que plantegi el pla d'intervenció. Assessorar els sobre tipus d'intervenció compatibles amb la teràpia farmacològica del malalt. Treballar en equip amb la T.S i l'E.S.

- **El treballador/a social** ha d'entrevistar la família per tal d'avaluar les problemàtiques (socials, econòmiques,...) de la unitat familiar i saber quines expectatives tenen sobre el pla d'intervenció que se'ls hi pugui plantejar. Informar la família sobre els recursos existents des de l'Atenció Primària, UBASP, SAD, Ajudes econòmiques..., informar la família sobre el programa d'intervenció estimulativa que presentem. Elaborar un informe

per a l'equip interdisciplinari, per tal que aquest pugui decidir si les expectatives i el grau d'implicació de la família, possibiliten que aquesta sigui usuària de programa. Avaluar conjuntament amb l'equip les dinàmiques i propostes de cada pla d'intervenció. Treballar en equip amb el metge i l'E.S.

- **L'educador social** ha d'avaluar amb la família i partint del C.M.B.D. l'estat actual de la situació del malalt. Observar la dinàmica, seqüència, cadència d'activitat que la persona malalta selecciona en relació a l'entorn familiar. Observar les dificultats d'interrelació entre malalt-família-societat. Elaborar un informe sobre les problemàtiques esmentades per tal de presentar-lo a l'equip. Fer propostes d'intervenció tenint en compte l'observació realitzada i fent ús dels protocols bàsics de les A.V.D., referents en els processos d'animació estimulativa. (Aquestes propostes seran presentades a l'equip i si són aprovades es consensuaran amb la família). L'educador social és l'encarregat de dur a terme a domicili el seguiment de la proposta d'intervenció segons els objectius, estratègies, responsabilitats i temporalització pactades per l'equip. Executa l'encàrrec de l'equip interdisciplinari. Treballa en equip amb el metge i el T.S. L'educador, treballant a jornada completa, atindrà, diàriament tres casos, amb un total de dotze casos setmanals que es veuran reduïts quan s'ocupi de casos de nova atenció. Un dia a la setmana es revisaran els casos amb l'equip multiprofessional.

Hem esmentat abans el **Criteri Mínim Bàsic de Dades (C.M.B.D.)** com una eina d'observació objectiva de la situació del malalt de salut del malalt. Aquest instrument (1) està dissenyat a partir de la valoració de situacions que es poden donar en relació a uns criteris determinats. **Les activitats de vida diària** (vestir-se, rentar-se, banyar-se, menjar, incontinències, son i descans); **la mobilitat** (al carrer, si pot seure i aixecar-se d'una cadira, del W.C., si pot caminar sol, amb bastó, amb cadira de rodes o si està enllitat); **les funcions cognitives** (llenguatge, comprensió, orientació temporo-espacial, memòria, percepció, atenció); **els sentits** (vista i oïda) i **relació social** (activitat, relació, ideació, inquietud), són els criteris utilitzats. Per cada una d'aquestes activitats o aspectes han elaborat una gradació de cinc situacions d'afrontament de la problemàtica, que van de Més capacitat (situació 1 a menys capacitat situació 5). Això ens permet objectivar la situació de cada pacient per després elaborar, conjuntament amb els protocols d'activitat seqüenciada el projecte individual de cada usuari. Aquests protocols han estat elaborats en forma de fitxa (fig 1) en la que hom té en compte el fet de determinar uns **objectius** concrets per a cada activitat protocolitzada, en la que es proposen unes orientacions pedagògiques (**pedagogia domiciliària**) perquè la família tingui un referent de com procedir en cada seqüència; un **material** a utilitzar per dur a terme



l'activitat; la **seqüència** d'activitat específica i l'instrument de **registre** que ens ajudi a valorar com ha respost el malalt davant aquella activitat de vida quotidiana que li hem plantejat.

**En aquests protocols es descriuen algunes activitats com:**

Hàbits d'arribada i benvinguda. Hàbits de sortida i acomiadament  
 Pentinar-se. Rentar-se les dents. Anar al wc. Rentar-se les mans. Rentar-se la cara

|  |  |
|--|--|
| <b>Activitat: higiene</b>  |  |
| <p><b>Objectius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afavorir i potenciar-la presa de decisions per part del malalt d'Alzheimer.</li> <li>• Afavorir l'autonomia, l'autocura i la relació social.</li> <li>• Observar l'estat de la pell i les mucoses del malalt.</li> <li>• Reeducar hàbits i habilitats relacionades amb la higiene.</li> <li>• Reobservar l'autoconeixement de l'esquema corporal.</li> <li>• afavorir l'autoimatge.</li> </ul>  |  |
| <p><b>Pedagogia domiciliària</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixar tots els atuells per rentar-se al mateix lloc, net , ordenat,...</li> <li>• Seqüenciar les activitats a seguir en un mateix ordre suscitant a la persona malalta a realitzar la seqüència en funció del nivell d'autonomia, sempre preservant la intimitat i el pudor de la persona.</li> </ul>   |  |
| <p><b>Material</b></p> <p>Material específic per a la tasca de rentar-se</p>   |  |
| <p><b>Seqüència</b></p> <p>Seqüències de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentar-se les mans</li> <li>• Rentar-se la cara</li> <li>• Pentinar-se</li> <li>• Rentar-se les dents</li> <li>• Dutxar-se</li> </ul> <p>*Cada seqüència està definida per unes activitats seqüenciades annex a aquest full de protocol</p>   | <p><b>Registre</b></p> <p>*Per totes les seqüències igual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Ho fa autònomament</li> <li>2: Ho fa quan li indiquem</li> <li>3: Ho fa segons model</li> <li>4: Ho fa si l'ajudem</li> <li>5: Li fem nosaltres</li> </ol> |
| <p><b>Seqüències</b></p> <p><b>Rentar-se les mans:</b></p> <p>1/ Obrir l'aixeta - 2/ agafar el sabó 3/ fregar-se les mans - 4/ deixar el sabó - 5/ esbandir-se - 6/ tancar l'aixeta - 7/ eixugar-se - 8/deixar la tovallola al seu lloc.</p> <p><b>Rentar-se la cara:</b></p> <p>1/ obrir l'aixeta - 2/ agafar l'aigua amb les mans fent cassoleta - 3/ passar-se les mans plenes d'aigua per la cara - 4/ tancar l'aixeta - 5/ eixugar-se les mans i la cara amb la tovallola - 6/ desar la tovallola al seu lloc.</p> <p><b>Pentinar-se:</b></p> <p>1/ agafar la pinta - 2/ mirar-se al mirall - 3/ passar la pinta pels cabells</p> |  |

Fig.1

En totes aquestes activitats seguiríem aquest model de registre:

- a. Ho fa per ell mateix.
- b. Algun cop es despista però quan se li recorda rectifica.
- c. Ho fa seguint un model.
- d. Quan se li fa col.labora en la tasca.
- e. Se li ha de fer.

Tanmateix podríem anar descabdellant la proposta en tots els seus termes, finalitat que no és l'objectiu d'aquest article.

Estructurem el protocol d'atenció a domicili com a programa socioeducatiu.

Aquest programa consta de **dues unitats de programació**:

1. Lligat a la vida quotidiana.
2. Lligat al món lúdic.

Cada unitat de programació té diverses **activitats**:

1. Lligat a la vida quotidiana.
  - a. Aixecar-se i enllitar-se.
  - b. Higiene.
  - c. Alimentar-se.
  - d. Endreça d'habitació i pertinences.
  - e. Incontinència doble.
2. Lligat al món lúdic.
  - a. Descans.
  - b. Oci socialització.
  - c. Animació estimulativa.

Per a cada nivell de concreció definirem els següents aspectes:

1. Objectius.
2. Continguts:
  - a. Fets, conceptes.
  - b. Procediments.
  - c. Valors, normes.
3. Activitat
4. Metodologia:
  - a. Filosòfica
  - b. Tècnica
5. Avaluació

## Programa

### Objectius

1. Mantenir i si és possible millorar la participació
2. Mantenir i si és possible millorar el bon estat d'ànim.
3. Mantenir i si és possible millorar la manipulació.
4. Mantenir i si és possible millorar la mobilitat.
5. Mantenir i si és possible millorar la col.laboració, predisposició i atenció.
6. Mantenir i si és possible millorar la memòria.
7. Mantenir i si és possible millorar la concentració.
8. Mantenir i si és possible millorar l'orientació espacial.
9. Mantenir i si és possible millorar l'orientació temporal.
10. Mantenir i si és possible millorar la comunicació verbal.
11. Mantenir i si és possible millorar els comportaments socials.

### Continguts

#### Conceptes:

Recordar conceptes oblidats pel malalt (serà diferent en cada cas).

#### Procediments:

Organització espacial-temporal.

#### Normes:

Normes de la llar (diferent en cada cas).

#### Activitat:

Definit en nivells de concreció inferiors.

### Metodologia

#### a) Filosòfica:

En tot moment és necessari que el malalt es senti acollit, estimat. Per tal d'aconseguir-ho (fugint de tot paternalisme o d'abandonament) és important de mantenir la rutina quotidiana en tots els seus aspectes, tot fent un esforç per a utilitzar l'activitat diària per a potenciar la capacitat cognitiva del malalt partint dels significats personals.

Per tal de poder-ho realitzar cal potenciar que el malalt faci tot allò que sigui capaç de fer (encara que li costi). Per a que ell pugui realitzar-ho és necessari fer aquells canvis per a preservar la seva seguretat (cal que els canvis tinguin una raó col·lectiva i no centrada en el malalt) i facilitar-li les condicions ambientals i el material que hagi de menester, de tal manera que ell sempre ho pugui trobar (mantenim un lloc inamovible per a cada cosa).



***Mantenir la rutina quotidiana per a potenciar la capacitat cognitiva del malalt partint dels significats personals***

Abans de realitzar cap activitat, aquesta serà dissenyada, explicada i discutida per la família i l'equip interdisciplinari.

**b) Tècnica:**

Hi ha 7 tècniques diferents:

**1. Relació d'ajuda:**

Partint de la vida quotidiana s'estableix una comunicació que potencia les capacitats del vell en un clima de confiança.

**2. Teràpia del llenguatge.**

**3. Teràpia ocupacional:**

**a. Hàbits d'higiene.**

**b. Vestir.**

**c. Alimentar-se.**

**d. Activitats instrumentals domèstiques.**

**e. Orientació en el temps.**

**4. Teràpia física:**

**a. Reconeixement del propi cos.**

**b. Flexibilitat.**

**c. Coordinació.**

**d. Mobilitat activa.**

**e. Mobilitat passiva.**

**5. Psicoestimulació:**

**a. Activitats dels sentits.**

**b. Funcionament cognitiu i estimulació mental.**

**c. Reconeixement de noms i objectes.**

**d. Orientació espacial.**

**e. Teràpia de reminiscència.**

## **L'avaluació**

En l'avaluació podem considerar que fem ús de dos processos clarament diferenciats i complementaris : un de subjectiu que ens facilita informació qualitativa i un d'objectiu que ens dóna informació quantitativa. L'avaluació subjectiva ens permet realitzar una intervenció qualitativament millor en la mesura que ajuda a entendre tot allò que sent , tant el malalt, com aquelles persones que l'envolten. El sistema de recollida d'informació és a través de les entrevistes i d'un diari que realitzarà la família que es fa càrrec del malalt. L'avaluació objectiva ens permet poder analitzar el procés que fan els usuaris i esbrinar fins a quin punt estem assolint els objectius establerts. Per a poder realitzar aquest valoració ens calen unes eines que facilitin dades el màxim objectives possible, i amb un marge d'error mínim per tal de poder comparar la situació evolutiva del malalt en temps i espais diferents, anar perfeccionant el sistema avaluatiu i utilitzar la informació

per a prendre decisions que millorin la efectivitat de la intervenció plantejada per a cada pla individualitzat.

Per fer-ho partim d'unes seqüències d'activitat en les que es descriuen els passos que sempre segueix el malalt quan realitza aquesta activitat.

Si prenem com exemple la seqüència d'activitats del **protocol d'hàbits de taula**, veiem que de la realització d'aquesta seqüència en traurem dades objectives (observarem i registrarem com respon a cada pas de la seqüència) Aquestes dades són aquelles definides per l'investigació social que descrivim tot seguit.

Per a definir l'investigació partirem de la definició del problema a investigar per tal de poder continuar plantejant les hipòtesis de treball., les unitats de programació, les variables, els indicadors i els índex.

Els propòsits de la investigació són tres: Conèixer les relacions que es donen entre les variables perquè de la comparació podrem elaborar un base objectiva per saber quines tècniques poden ser més adequades al malalt per tal de potenciar el canvi. Un segon propòsit és el de conèixer quina evolució té cada variable en funció del temps. Així podrem veure si s'accentua un procés d'alentiment o de deteriorament del malalt. tanmateix també ens permet analitzar si les tècniques que utilitzem són correctes i a l'ensem replantejar la intervenció proposada. Un tercet propòsit és el desconèixer la influència dels tres nivells de coneixement (**mental, emocional i físic**) en el comportament de l'usuari.

De variables en trobem de dos tipus: les variables depenents (que són aquelles que reben la influència d'altres variables) i les variables independents (que no depenen de cap altra variable). Les variables independents seran les tècniques utilitzades per l'Educador social al llarg de la seva intervenció , les variables depenents seran les respostes que dona el malalt. hem agrupat les variables depenents en deu sistemes **Participació - autonomia - orientació espacial - orientació temporal - manipulació - mobilitat - memòria - concentració - comunicació verbal - autoconeixement.**

Per a l'investigació ens cal obtenir informació dels dos tipus de variables. Pel que fa a les variables independents registrarem quantes vegades hem utilitzat una tècnica, si és utilitzada periòdicament,... Per les variables depenents portarem un registre a través del quadre d'indicadors següent:

## Quadre d'indicadors

| <b>Participació</b> |  |
|---------------------|--|
| Actitud             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participa en tot moment.</li> <li>2. No participa però col.labora.</li> <li>3. No col.labora però està predisposat a ajudar.</li> <li>4. No està predisposat a ajudar però està atent en com es realitza la tasca.</li> <li>5. No està atent.</li> </ol>   |
| N. físic            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. És capaç de realitzar sol la tasca.</li> <li>2. Necessita un petit ajut per a realitzar la tasca.</li> <li>3. Ho fa si se li ensenya contínuament.</li> <li>4. Ajuda quan se li fa la tasca.</li> <li>5. No ho fa.</li> </ol>  |
| N. cognitiu         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. És capaç de realitzar la tasca autònomament.</li> <li>2. És capaç de realitzar la tasca després de pensar-hi una estona.</li> <li>3. Ho fa si segueix un model.</li> <li>4. No ho fa però ajuda.</li> <li>5. No ho fa.</li> </ol>  |
| N. social           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es mostra comunicatiu.</li> <li>2. Es mostra el 75% del temps comunicatiu.</li> <li>3. Es mostra el 50% del temps comunicatiu.</li> <li>4. Es mostra el 25% del temps comunicatiu.</li> <li>5. No es mostra comunicatiu.</li> </ol>  |
| <b>Autonomia</b>    |  |
| N. físic            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pot valdre's per ell mateix</li> <li>2. Pot valdre's per ell mateix tot i que necessita una ajuda.</li> <li>3. Necessita supervisió contínua.</li> <li>4. Se li ha de fer tot però ell ajuda.</li> <li>5. No pot valdre's per ell mateix.</li> </ol>   |
| N. cognitiu         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pot valdre's per ell mateix.</li> <li>2. Cal que pensi una mica abans de realitzar la tasca.</li> <li>3. Cal recordar-li com fer la tasca.</li> <li>4. No pot fer-ho ell sol però ajuda.</li> <li>5. No és autònom.</li> </ol>   |
| N. social           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es comporta seguint les normes socials.</li> <li>2. No es comporta segons les normes socials però si se li recorda se n'adona de l'error.</li> <li>3. No es comporta segons les normes socials però si se li diu rectifica.</li> <li>4. No es comporta segons la norma social ni rectifica tot i que alguna vegada segueixi alguna norma.</li> <li>5. No es comporta segons les normes socials.</li> </ol> |

| <b>Manipulació</b>  |   |
|---------------------|---|
| Físic               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sap manipular els estris.</li> <li>2. Sap manipular els estris però cal fer-li algun incís.</li> <li>3. Sap manipular els estris però seguint un model.</li> <li>4. No és capaç de manipular els estris però pot fer alguna cosa.</li> <li>5. No sap manipular els estris.</li> </ol> |
| Cognitiu            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconeix l'objecte: nom i perquè serveix.</li> <li>2. Té dificultats per a recordar el nom.</li> <li>3. No sap com es diu però sí perquè serveix.</li> <li>4. No sap el nom i li costa recordar perquè serveix.</li> <li>5. No sap el nom ni perquè serveix.</li> </ol>               |
| <b>Mobilitat</b>    |   |
| N. físic            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Té mobilitat completa.</li> <li>2. Té alguna dificultat a realitzar algun moviment.</li> <li>3. És capaç de realitzar-ho amb alguna ajuda.</li> <li>4. Si se li fa col.labora.</li> <li>5. Està enllitat.</li> </ol>  |
| <b>Memòria</b>      |   |
| N. cognitiu         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ho recorda tot perfectament.</li> <li>2. S'oblida de fets recents.</li> <li>3. No és capaç de reconèixer diferents moments del dia.</li> <li>4. No és capaç de reconèixer èpoques de l'any.</li> <li>5. S'oblida de fets llunyans.</li> </ol>   |
| <b>Concentració</b> |   |
| N. cognitiu         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. És capaç de concentrar-se.</li> <li>2. És capaç de concentrar-se tot i que es despisti.</li> <li>3. Es desconcentra molt sovint.</li> <li>4. Cal estar contínuament amb ell perquè no es desconcentri.</li> <li>5. No és capaç de concentrar-se.</li> </ol>                           |

| <b>Orientació espacial</b> |   |
|----------------------------|---|
| N. cognitiu                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'orienta sempre.</li> <li>2. Es desorienta alguna vegada.</li> <li>3. Es desorienta sovint.</li> <li>4. Cal relacionar-li l'espai amb experiències viscudes.</li> <li>5. No s'orienta.</li> </ol>  |
| <b>Orientació temporal</b> |   |
| N. cognitiu                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'orienta sempre.</li> <li>2. Es desorienta alguna vegada.</li> <li>3. Es desorienta sovint.</li> <li>4. Cal relacionar-li el temps amb experiències viscudes.</li> <li>5. No s'orienta.</li> </ol>   |
| <b>Comunicació</b>         |   |
| N. físic                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. És capaç de pronunciar tots els fonemes.</li> <li>2. No és capaç d'articular consonants oclusives i fricatives.</li> <li>3. No és capaç d'articular consonants nasals i sonores.</li> <li>4. No és capaç de pronunciar vocals.</li> <li>5. No és capaç de pronunciar cap fonema.</li> </ol> |
| N. cognitiu                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon amb argumentació lògica.</li> <li>2. Respon sense argumentació lògica.</li> <li>3. Respon amb frases de 3 o 4 mots.</li> <li>4. Respon amb monosíl.labs.</li> <li>5. No respon.</li> </ol>   |
| N. social                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parla davant de grups superiors a 3 persones.</li> <li>2. Parla davant d'un màxim de 3 persones.</li> <li>3. Sol parlar amb una sola persona.</li> <li>4. Parla esporàdicament amb una sola persona.</li> <li>5. No es comunica verbalment amb ningú.</li> </ol>                            |
| <b>Autoreconeixement</b>   |   |
| Cognitiu                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconeix el seu propi cos.</li> <li>2. Algun cop no s'identifica tot i que se n'adona.</li> <li>3. No s'identifica en les fotografies.</li> <li>4. No s'identifica en el mirall.</li> <li>5. No reconeix el propi cos.</li> </ol>   |



## Fulls de registre diari

### Usuari

#### Activitat

|           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Element   |  |  |  |  |  |  |  |
| Seqüència |  |  |  |  |  |  |  |

#### Participació

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Actitud  |  |  |  |  |  |  |  |
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
| Social   |  |  |  |  |  |  |  |

#### Autonomia

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
| Social   |  |  |  |  |  |  |  |

#### Manipulació

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |

#### Mobilitat

|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|

#### Memòria

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

#### Concentració

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

#### Orientació espacial

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

#### Orientació temporal

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

#### Comunicació verbal

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
| Social   |  |  |  |  |  |  |  |

#### Autoreconeixement

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

## Fulls de registre setmanal

### Participació

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Actitud     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niv. Físic  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niv. Cogn.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niv. Social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Autonomia

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Social   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Manipulació

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Mobilitat

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Memòria

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Concentració

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Orientació espacial

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Orientació temporal

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Comunicació verbal

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Físic    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Social   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Autoreconeixement

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognitiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Objectiu \_\_\_\_\_

P.D. \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_

Seqüència \_\_\_\_\_ Registre \_\_\_\_\_

A partir dels ítems presentats al quadre d'indicadors la família omple el quadre d'observació diari on enregistrarà les dades de cada dia de la setmana. L'educador farà ús del mateix instrument en el que recollirà la mitja setmanal de i en farà un seguiment evolutiu trimestral.

Talment com es desprèn de del quadre d'indicadors presentem per cada sistema de variables diversos nivells (físic - cognitiu -social - "d'actitud") i en cada nivell proposem l'avaluació en base a una gradació de 5 probabilitats en la que 1 és la més positiva i 5 la més negativa i que per tant ens denota un grau més alt de deteriorament en la persona malalta. Pensem que en cada cas proposem el nivell o nivells adequats ja que posar tots els nivells en tots els sistemes ens portaria a fer un registre en alguns casos repetitiu i per tant no rellevant.

Aquest programa s'està duent a terme per un educador social diplomad amb dues famílies seleccionades per l'AFAC des de principis de Setembre de 1996. Durant un període de sis mesos s'experimentarà com a prova pilot per estudiar-ne els resultats i la possible posterior aplicació com a recurs per a familiars de la malaltia d'Alzheimer i per als propis malalts.

Marc Cadafalch, Diplomad en Educació social  
Quico Mañós, Professor de la Fundació Pere Tarrés

---

(1) Elaborat pel Consorci Hospitalari de Catalunya refent altres instruments com els Diagrames de l'IRSA (Institut de Recherche et Sociologie Appliquée)

---

## Bibliografia

- **Altimir Losasa, S.** (1989) *La malaltia d'Alzheimer*. Col.lecció Què cal saber? núm.1. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- **Andolfi, M.** (1991) *Teràpia familiar, un enfocament interaccional*. Paidós Ibérica. Barcelona.
- **Canes i Martí, C** (1992) *Noves tendències en els models assistencials per a gent gran*. Revista d'Infermeria geriàtrica i gerontològica núm.7 (pàg. 25-27)
- **Chalifour, J.** (1994) *La relación de Ayuda en enfermeria*. Ediciones S.G. Barcelona.
- **Kane, R. et alter....** (1993) *Evaluación de las necesidades de los ancianos*. Ediciones S.G. Barcelona
- **Mañós, Quico** (1996) *Animació estimulativa per a gent gran discapacitada*. Edicions Pleniluni. Col.lecció Animació Sociocultural núm.16. Barcelona.
- **Moraga, M.** (1992) *Cuidar: promover la calidad de vida*. Revista Gerokomos núm. 4 Logroño. (pàg. 6-8)
- **Sanz Ortiz.** (1992) *La comunicació en medicina paliativa*. Revista Medicina Clínica núm.98. Barcelona (pàg 416-418)
- **Serrano, Sebastià** (1993) *Comunicació societat i LLEnguatge*. Editorial Empúries, 59