

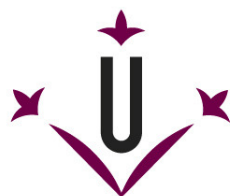
REVISIÓ DEL MODEL

ATENCIÓ A LA PERSONA AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL I DEL DESENVOLUPAMENT:

ENVELLIMENT



federació allem



Universitat de Lleida



CÀTEDRA
D'INNOVACIÓ
SOCIAL

Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social

Carles Alsinet i Mora
Claudia Tejada i Gallardo

Grup Impulsor

Federació ALLEM

Albert Esteban i Vives – Associació Alba
Assumpta Fortuny i Capafons – Federació ALLEM
Joan Escolar i Pujolar – Aspros
Laura Rabelo i Olivera – Sant Joan de Déu Terres de Lleida
Maria José Utrero i Jou – Aspros
Meritxell Draper i Font – Aspros
Rosa Morera i Timoneda – Acudam
Xavier Amat i García – IMO

Grup de Treball

Gemma Fabregat i Gómez – Sant Joan de Déu Terres de Lleida
Mercè Huguet i Costafreda – Acudam
Maria José Utrero i Jou – Aspros
Maria Planas i Parellada – Associació Alba
Sílvia Sans i Ribas – Aspros
Marina Solé i Agulló – Talma

Disseny i maquetació

Edicions i Publicacions de la UdL

ISBN

978-84-9144-166-3

www.innovaciosocial.udl.cat

www.allem.cat

Revisió del model d'atenció a la persona amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament: envelliment

Juny 2019

Índex

Introducció	7
1. Marc teòric	7
1.1. Definició del concepte d'envelliment en les persones amb discapacitat intel·lectual	8
2. Processos de detecció i avaluació de la demència en persones en procés d'envelliment	9
3. Bones experiències	13
4. A mode de conclusions	21
5. Propostes de futures línies d'acció	22
5.1. Treball protegit i jubilació	22
5.2. Atenció diürna	22
5.3. Acolliment residencial	23
6. Bibliografia	24
7. Annexos	26
Annex 1. Revisió de la cartera de serveis socials	26
Annex 2. Tipologies de discapacitats	27
Annex 3. Cartera de serveis socials	29
Annex 4. Sigles de les tipologies de serveis de la cartera de la Generalitat que apareixen a l'estudi	33
Annex 5. Esquema cartera de serveis	34
Annex 6. MEC (Lobo et al., 1979)	38
Annex 7. Pfeiffer (De la Iglesia Martínez et al., 2001)	39

Annex 8. Escala de Depressió-Ansietat de Goldberg (GZEMPP, 1993)	40
Annex 9. Escala de depressió geriàtrica – Test de YESAVAGE (De la Iglesia Martínez et al., 2002)	41

Introducció

Aquest document s'ha elaborat d'acord amb un seguit de línies d'actuació que sorgeixen de les conclusions del document *Revisió del model dels serveis de suport per a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament* i que permeten portar a terme una segona part, centrada en la revisió del model d'atenció a les persones envellides amb DID. Impulsat per la Federació Allem, vol recollir el treball realitzat per professionals –grup d'experts en l'atenció a les persones envellides amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament (DID). En aquest grup de treball hi han participat membres de les entitats: Acudam, Aspros, Associació Alba, Sant Joan de Déu Terres de Lleida i Talma.

Com aspecte introductori, el primer punt d'aquest informe comença amb un **marc teòric** que contextualitza el punt de partida d'aquest treball com també el concepte que les entitats que formen el grup de treball tenen de les persones grans amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (DID), posteriorment presentem el **procés d'avaluació d'envelliment** que han aportat les diferents entitats, basant-se en el seva experiència.

L'informe inclou un apartat dedicat a diferents accions relacionades amb les **experiències de millora** que es porten a terme per part les diferents entitats i que poden ser útils per al treball amb les persones envellides amb DID. Per finalitzar, es presenten un seguit de conclusions i recomanacions en l'àmbit de la intervenció per la millora de les persones grans amb discapacitat.

1. Marc teòric

En els darrers anys han proliferat els estudis relacionats amb l'atenció a les persones amb DID, principalment en l'àmbit de l'**envelliment**. Aquest fet ve donat, entre altres, pel compliment de l'informe *Envelliment i política social* (2000), promogut per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Associació Internacional per a l'Estudi Científic de Discapacitats Intel·lectuals (IASSID), que tenia com a principal objectiu conèixer les conseqüències de l'envelliment sobre les persones amb DID i així poder-ne millorar l'atenció, procés que culmina amb la Convenció de les Persones amb Discapacitat l'any 2006, promulgada per les Nacions Unides.

L'estudi *Envelliment i discapacitat intel·lectual*, conegut com l'Estudi Sèneca (2008), promogut per la Federació Catalana Pro Persones amb Discapacitat Intel·lectual (Dincat-Plena Inclusión), és un clar exemple de treball d'investigació que té com a principal objectiu conèixer les necessitats de les persones amb DID que envelleixen, per arribar a formulacions sobre polítiques preventives i assistencials que ajudin a millorar la qualitat de vida en aquesta etapa.

Tenint present la situació actual de les persones envellides amb DID, es veu necessari profunditzar en un seguit de línies de treball futur, de les quals en van deixar constància la

revisió del model dels serveis de suport per a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (Alsinet et al., 2017).

1. **L'atenció centrada en la persona** i que, per tant, la persona sigui el centre d'acció, a més, de tenir tots els drets d'escollir el que vol i és important a la seva vida, tenint sempre en compte que aquesta persona és única i singular.
2. **L'acció biopsicosocial** que entén les persones com a subjectes socials que prenen decisions en relació amb la seva vida i les seves expectatives. A més a més, s'entén com una progressió natural en què les persones un cop tenen satisfetes les seves necessitats vitals poden dedicar-se a altres necessitats superiors.
3. Un **model** que es torni més **flexible i personalitzat**, en el qual les persones envellides puguin triar què volen fer i on volen viure, tinguin un temps de lleure i oci que afavoreixi les relacions socials i, com a conseqüència, fomenti el seu benestar.
4. El fet de **cuidar vides o acompanyar persones** és cada vegada més important, ja que avui en dia la salut física de les persones ha millorat considerablement en relació amb els darrers temps. És moment, per tant, de centrar-nos en la millora de la del seu benestar, com també d'acompanyar-les ens els moments finals de la seva vida. L'acompanyament en el dol i l'espiritualitat cobra importància en aquesta edat.
5. En **relació amb l'Administració pública**, les entitats prestadores del serveis socials proposen un diàleg que contempli els següents aspectes: una millora en l'evolució tècnica dels serveis, la simplificació dels tràmits administratius i un increment del finançament públic que s'hi dedica.

1.1. Definició del concepte d'envelliment en les persones amb discapacitat intel·lectual

L'envelliment en persones amb DID s'entén com una etapa de la vida de les persones que no es pot situar en un període cronològic i que es caracteritza, principalment, per un deteriorament cognitiu i físic que comporta una pèrdua de l'autonomia per realitzar de les activitats de la vida diària. En conseqüència, sorgeix la necessitat de plantejar suports d'adaptació i canvis en l'acompanyament **biopsicosocial** de la persona.

Durant aquesta etapa vital, s'experimenten canvis morfològics, bioquímics, fisiològics i psicològics que succeeixen com a conseqüència del pas del temps. L'envelliment per si sol no és causa de malaltia, però sí que hi ha més susceptibilitat als problemes de salut. Pel que fa a les persones amb DID, es parla d'un envelliment precoç, tot i que cal matisar aquest concepte. Si bé és conegut que la Síndrome de Down i les persones més greument afectades presenten signes d'envelliment de forma més precoç (Heller, 2009), no està tan clar que en les persones

amb DID moderada o lleu, sense altres patologies associades, el seu procés d'envelliment difereixi de la resta de la població (Madrigal, 2006).

Un altre aspecte a tenir en compte és que quanta més comorbiditat hi ha (problemes de salut associats al diagnòstic de DID o problemes de salut sobreafeigits), també hi ha més precipitació en el procés d'envelliment. Quan parlem de comorbiditat ens referim a l'aparició d'altres patologies associades, entre elles: malalties cardiovasculars, hipertensió, malalties gastrointestinals, afeccions musculoesquelètiques, osteoporosis, etc. (Haveman, Heller, Lee, Maaskant, Shooshtari, i Strydom, 2010).

Els processos d'envelliment de les persones amb DID van associats a l'aparició de diversos trastorns com poden ser: demència, esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, trastorns afectius, ansietat, trastorns fòbics, trastorns de la son i trastorns de la conducta. Segons Deb, Thomas i Bright (2008) les persones amb DID tenen més tendència a tenir estrès psicossocial, degut a la situació que viuen. L'aparició d'aquests trastorns està estretament relacionada amb la interacció de les condicions comentades anteriorment: biològiques, psicològiques i socials, que formen el model biopsicosocial de la persona. Per tant, és important fer un bon diagnòstic per poder detectar i abordar aquells trastorns que interfereixen més en el benestar de la persona. D'aquesta manera, s'haurien de fer avaluacions de manera periòdica.

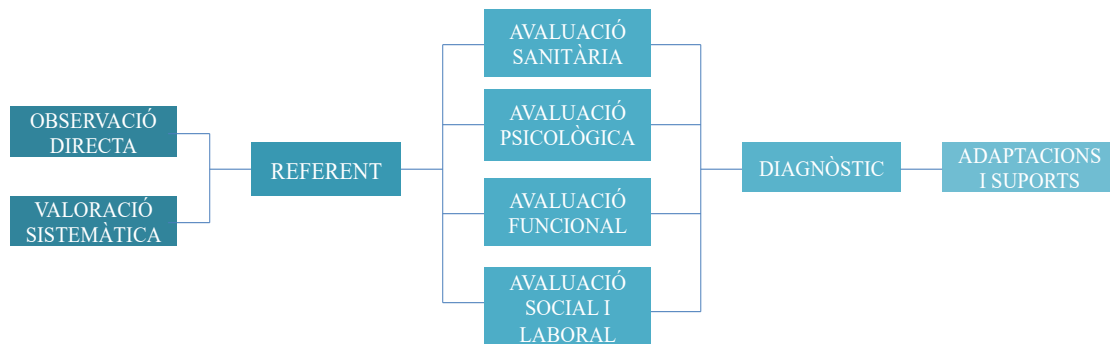
2. Processos de detecció i avaluació de la demència en persones en procés d'envelliment

A continuació, presentem un seguit d'indicadors que han de facilitar el procés de detecció precoç de les situacions d'envelliment en les persones amb DID, entenent que en aquest col·lectiu el procés d'envelliment no és cronològic i, per tant, és important facilitar eines que ens permetin realitzar un diagnòstic diferencial, amb la finalitat d'iniciar tan aviat com es pugui les possibles pautes d'actuació.

Els indicadors d'avaluació del procés d'envelliment, els concreten el conjunt de professionals de les entitats que formen el grup d'envelliment. L'equip multidisciplinari està format per professionals de la medicina, la psicologia i la pedagogia. Gràcies als seus coneixements teòrics i pràctics, s'han pogut plasmar les diferents accions que es poden portar a terme a l'hora d'avaluar aquests processos.

El procediment que es proposa per part de les professionals per avaluar els processos d'envelliment a les entitats del grup de treball és el següent (veure esquema 1):

ESQUEMA I. PROCESSOS D'AVALUACIÓ DE L'ENVELLIMENT



I. A nivell *cognitiu* els equips de professionals observen i registren els següents canvis:

- **Conducta.** S'observa un augment de reclam d'atenció o que la persona té una conducta més introvertida.
- **Orientació temporal.** Observar si la persona té coneixement del dia de la setmana, data, estació, proper àpat, clima, etc.
- **Orientació espacial.** Observar si la persona sap on estem, a quin carrer, població, província etc. En aquests cas, veurem que la persona es troba desorientada.
- **Pèrdua de destresa.** S'observa pèrdua en accions com cordar-se la jaqueta o tallar amb les tisores.

II. A nivell *funcional* es fa una observació en els següents canvis:

- **Deambulació.** S'observen canvis en el patró de la marxa: va més de pressa o més lent.
- **Destreses funcionals.**
- **Hàbits de menjar.** Canvis de gustos o rebuig de textures.
- **Control d'esfínters.** No arriba al WC de forma reiterada.
- **Autonomia en l'autocura.**
- **Patró son-vigília.** Durant les nits no pot dormir i durant el dia s'adorm a qualsevol lloc.

III. A nivell *emocional* es fa observació en els següents canvis:

- **Estat d'ànim.** S'observa una sobreexcitació constant, més retret.
- **Desinhibició social.** Es despulla en públic.

Aquestes accions d'observació es poden registrar de manera setmanal, mensual, trimestral o bé anual, atenent a cada persona i al seu moment vital.

- 2. Valoració sistemàtica o cribratge:** la detecció en aquest nivell, la realitza l'equip tècnic i s'utilitzen tests neuropsicològics estàndards (MEC, Pfeiffer) per valorar la funció cognitiva. També serà convenient passar l'escala d'ansietat-depressió de GOLDBERG i l'escala de depressió geriàtrica de YESAVAGE per poder excloure altres problemes afectius que podrien explicar també una pèrdua de memòria. Cal tenir en compte que els trastorns afectius, com la depressió, poden ser un diagnòstic diferencial d'una demència o bé ser un símptoma d'aparició precoç de demència, per la qual cosa, cal investigar la coexistència d'ambdues.

A continuació es presenten els tests esmentats anteriorment:

MEC: (Mini-examen cognoscitiu (Lobo, Ezquerra, Gomez-Burgada, Sala i Seva-Díaz, 1979). És la versió adaptada i validada a Espanya de MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein: test de cribratge de deteriorament cognitiu. Limitacions en pacients amb dèficits sensorials i trastorns de comunicació. Punt de tall en població normal 27, en població geriàtric amb escolaritat normal 23 i amb baixa escolaritat 20.

Pfeiffer: Test ràpid de cribratge de deteriorament cognitiu per a la població general. Valoració de memòria, orientació i capacitat d'executar tasques seriades aritmètiques. Es tracta d'un qüestionari que consta de 10 ítems generals (p. ex.: Quin dia és avui? –dia, mes i any–, quin és el teu número de telèfon? etc.) i que, a través de la puntuació extreta, pot haver-hi sospites de l'existència de deteriorament cognitiu. També permet fer estudis posteriors per al diagnòstic (De la Iglesia Martínez et al., 2001).

Test de depressió geriàtrica de YESAVAGE: Prova de cribratge per a la depressió en ancians i ancianes. Existeixen versions de 30, 15 i 5 ítems. Molt fiable en pacients amb deteriorament cognitiu per investigar coexistència de depressió. Després del cribratge positiu, caldrà realitzar una entrevista completa per confirmar el diagnòstic (De la Iglesia Martínez et al., 2002).

Test de GOLDBERG: Aquest test consta de 18 preguntes. Aquesta escala no proporciona diagnòstic de "cas" psiquiàtric, sinó només probabilitat de ser-ho. Només s'han de puntuar símptomes que durin més de dues setmanes. Les quatre primeres preguntes de les subescales d'ansietat i depressió són obligatòries. Només en el cas de contestar afirmativament dues o més preguntes d'ansietat o una o més de depressió continuarem amb la resta de preguntes de cada subescala. La puntuació és independent per a cada subescala. El punt de tall per a "probable ansietat" és ≥ 4 i per a "probable depressió" és ≥ 2 (Goldberg, et al., 1998; versió espanyola: Gzempp, 1993).

També és important realitzar el diagnòstic diferencial per descartar patologies que podrien estar associades al mateix procés d'envelliment.

3. Avaluació per part del Referent. El professional o la professional de referència és qui gestiona el pla d'acció de la persona, recull informació i impulsa i realitza, si és el cas, diferents avaluacions a partir del registre dels indicadors. Aquest referent planifica l'avaluació posterior que podrà ser:

- *Avaluació sanitària:* aquesta avaluació es fa per part de professionals de la medicina; metges i metgesses de família, psiquiatres, neuròlegs i neuròlogues o gerontòlegs i gerontòlogues. Es realitzaran diverses proves, entre elles: analítica per descartar demències reversibles (funció tiroïdal, serologies de sífilis, dèficits d'àcid fòlic i B12 i, si hi ha sospita, serologies de VIH) i una prova d'imatge (TAC o RMN cranial) per orientar la tipologia de demència, si és possible (demència vascular, hidrocefàlia normotensiva, etc.).
- *Avaluació funcional:* en aquesta avaluació s'utilitzarà l'escala BARTHEL, la qual avalua la capacitat funcional a través de l'observació directa o l'entrevista personal. Aquesta escala serveix per mesurar, de forma ordinal, l'acompliment de 10 de les activitats bàsiques de la vida diària (alimentació, bany, vestimenta, lavabo, ús del vàter, defecació, micció, deambulació, pujar i baixar escales i transferència –de la cadira al llit o viceversa).
- *Avaluació social i laboral:* és l'avaluació que es fa de la vida social, laboral i familiar de la persona a través de registres propis de cada entitat. L'absentisme laboral, l'augment de baixes mèdiques i les manifestacions verbals són indicadors que serveixen per realitzar aquesta avaluació, a més, de la utilització de registres de rendiment personal i psicosocial.
- *Avaluació psicològica:* el psicòleg o la psicòloga recopila la informació dels testos administrats prèviament a la valoració sistemàtica o cribratge: el MEC, el Pfeiffer, el test de Goldberg i el test de Yesavage. A més a més, i si és necessari, es faran altres registres més específics com el Camdex. A continuació, es presenta en què consisteix aquest qüestionari:

Camdex: és un qüestionari que s'utilitza per avaluar la demència i els trastorns mentals i físics en persones amb discapacitat intel·lectual. Inclou les següents seccions; una entrevista estructurada amb una persona informant (familiar o cuidador/a), una breu entrevista clínica estructurada i, per últim, una breu bateria neuropsicològica (Roth, Huppert, Mountjoy, Tym i López-Pousa, 2003).

4. Diagnòstic. A través de l'observació directa, la valoració sistemàtica i l'avaluació per part de la persona referent i d'altres professionals s'arribarà a fer un diagnòstic de la persona que ajudarà a la concreció de les adaptacions i suports que més s'ajustin en cada cas.

5. Adaptacions i suports. A partir del diagnòstic d'envelliment, s'han de planificar les adaptacions i els suports necessaris per a la persona. Aquestes adaptacions i suports,

els coordina el referent, però també ha d'haver-hi coordinació amb altres professionals (treball en xarxa) perquè es portin a terme i s'apliquin de forma adequada, en funció de cada persona i del diagnòstic que tingui.

3. Bones experiències

Projecte d'atenció a l'envelliment – ACUDAM

Al 2005, Acudam crea l'**STO-EA (Servei de Teràpia Ocupacional Especialment Assistit)**, grup de persones envellides en procés degeneratiu, on la seva ubicació física es troba el servei d'atenció diürna. Inicialment, va ser una experiència pilot, que ha anat agafant forma, ha millorat amb el temps i s'ha adaptat a les necessitats més específiques de les persones que acull, persones amb un nivell màxim de necessitats de suport. Aquest grup funciona a l'entitat com una barreja entre un centre ocupacional i un centre de dia.

Les característiques diferencials més destacades quant a la dinàmica de treball d'aquest grup serien, entre altres:

- No fer cap activitat d'ocupació terapèutica.
- Les activitats d'ajustament estan totes adaptades a les característiques diferencials d'aquest grup, descrites prèviament.
- Pel que fa a les de caràcter físic, estan dissenyades per a la millora i manteniment de la condició física d'aquestes persones alhora que es posa atenció en que siguin més accessibles en la seva realització i més adequades al grup (pràctiques motrius adaptades i caminades curtes-passejades).
- Quant a les de caire cognitiu, estan dissenyades més específicament per compensar les pèrdues que es van produint amb el pas de temps (orientació temporal, orientació espacial, tècniques de recuperació de memòria i prevenció de demències).
- Algunes activitats com la vivència musical i l'art-teràpia es van introduir també dins aquest grup amb l'objectiu promoure la manifestació i alhora el benestar de la vessant emocional d'aquestes persones, a través d'aquestes tècniques.
- Provar de fer altres activitats, només pel fet de ser d'interès per a les persones del grup, és dir, que són proposades per ells mateixos (cura de les flors, taller de cosir, tallers de cuina, contacte amb animals, entre d'altres).
- L'eina de treball bàsica i principal que l'entitat treballa amb aquest grup és l'EM (estimulació multisensorial). Es tracta d'una metodologia de treball que busca una activació a nivell

molt bàsic de l'ésser humà, concretament a nivell dels sentits (vista, oïda, olfacte, gust i tacte), i que s'empara, a la vegada, en la constatació científica de que el cervell manté la seva plasticitat mentre hi ha vida, independentment de l'edat i l'afectació de les persones. És per això que Acudam utilitza aquesta eina per treballar amb les persones envellides, amb qui no els resulta viable treballar mitjançant altres activitats del Servei Ocupacional.

Projecte de millora de la qualitat de vida – ACUDAM

Aquest projecte es porta a terme dins del Servei Habitatge–Residència i el Centre d'Atenció Especialitzada (CAE), dins del marc de l'atenció centrada en la persona (ACP). En l'actualitat, l'entitat treballa a partir d'objectius a molt curt termini. La metodologia implica fer un calendari específic i amb un cronograma i uns suports propis. Donat que els objectius que estableixen són personals, acostumen a no ser generalitzables a altres persones.

Es realitza un treball previ de coneixement individual de la pròpia persona i del seu entorn més proper o dels records compartits (verbalment, records, imatges) en moments d'interacció amb el personal, ja sigui el d'atenció directa o la resta de professionals i persones que aporten quelcom al dia a dia de la persona (familiars, companys, amics etc.). Aquest treball es fa amb allò que els aporta l'observació directa (reaccions, respostes, etc.), sobre què agrada, disgusta, prioritza, interessa, emociona, reclama, etc. cada persona. Es té en compte a la persona com a agent principal i actiu de tot el procés i la resta de personal és al costat per acompanyar i oferir els suports necessaris per assolir la fita.

Poder dur a terme aquelles coses que ens fan sentir bé i tenir la possibilitat d'escollir, afavoreix plenament el benestar emocional i millora la qualitat de vida, alhora que s'incideix en la reducció d'alteracions conductuals.

En la planificació i organització dels serveis, l'entitat ha tingut en compte la redistribució del temps per tal d'incloure els espais necessaris (persona-facilitador-família-tècnic) per a que aquesta metodologia sigui l'eix de la interacció en cadascuna de les persones ateses, segons les seves necessitats específiques.

Criteris per canvi de servei – ACUDAM

Anualment, Acudam revisa l'adequació o no de la persona a cada servei (diürn i nocturn) segons les característiques i necessitats evolutives del moment present de cada usuari. En funció d'aquesta avaluació, es determinen els possibles canvis, de forma conjunta i acordada amb la persona, la seva família i l'equip de professionals.

Centre Especial de Treball (CET)/Unitat de Suport a l'Atenció Professional (USAP) al Servei de Teràpia Ocupacional (STO) o altres:

L'entitat planteja un protocol per a l'accés als serveis socials a l'STO de persones del CET que es jubilen o bé obtenen una invalidesa.

Durant un període de cinc anys, es centren aproximadament en:

1. Millorar en tots els aspectes possibles les opcions legals d'envelliment existents i en marxa actualment, tant les diürnes com les d'acolliment nocturn.
2. Dissenyar noves opcions diferents a les existents que puguin cobrir necessitats i/o preferències diferents per a les persones que es jubilen del CET o n'hagin de sortir per altres motius. Entre aquestes últimes i a tall d'exemples:
 - Un grup adreçat especialment a activitats d'incursió a la comunitat.
 - Un grup de suport a la residència per a persones més afectades que doni suport a diferents tasques que allí es desenvolupen, en funció de les possibilitats i interessos de cada membre del grup.
 - Ampliació del grup d'STO-autogestors, fer-ne dues unitats diferenciades: una per a persones amb més autodirecció i l'altra per a persones amb més necessitats de direcció externa.

L'STO en les seves diferents unitats, en funció de les necessitats de suport:

STO 1: més necessitats de suport i grup de persones amb orientació STO amb auxiliar.

STO 2: menys necessitats de suport i grup de persones amb orientació SOI.

Grup autogestors: persones amb jubilació o invalidesa.

STO-autogestors 1: persones amb més necessitats de suport.

STO-autogestors 2: persones amb menys necessitats de suport i més nivell d'autodirecció.

de l'STO al CAE: servei inclòs dins de la Residència.

Habitatges:

Actualment Acudam disposa de 3 espais que donen cobertura a les diferents necessitats de suport de les persones residents: Llar-Residència 1, Llar-Residència 2 i la Residència. Utilitzen un seguit de criteris que determina l'Administració i que serveixen per fer una proposta de canvi del servei actual d'atenció a la persona: de Llar-Residència a Residència.

Aquests criteris són els següents: (1) no hi ha interacció social en els diferents entorns, (2) hi ha una dependència total per a satisfer les necessitats d'autonomia personal a casa i en altres entorns socials, (3) hi ha absència de control d'esfínters, (4) no hi ha reconeixement de les persones del seu entorn habitual –no existeix relació social–, (5) no hi ha desplaçaments amb finalitat utilitària en ambients controlats, (6) no pot arribar a integrar-se en activitats de l'STO, (7) hi ha una desconexió ambiental, (8) hi ha trastorns de conducta que distorsionen greument el medi i (9) hi ha dificultat greu per comprendre consignes. De tots aquests criteris, s'han de complir 7 dels 9 perquè es pugui fer la proposta de canvi de servei.

Projecte persones grans, grans persones – ASSOCIACIÓ ALBA

El projecte està vinculat al grup de persones del centre ocupacional i de la llar residència amb un nivell d'autonomia baix i forma part d'un projecte anomenat: Persones grans, grans persones. Està centrat en el treball diari individual amb persones, que per la seva edat i condició, no segueixen el ritme normal del centre ocupacional o de la llar, però que no se'n volen deslligar.

Un dels objectius que volen aconseguir amb aquesta pràctica és millorar les condicions físiques, cognitives i socials de persones amb un grau d'autonomia baix i d'una edat superior als 50 anys, mitjançant l'estimulació motriu, cognitiva i l'ús de reminiscències, tot adaptat al seu ritme de vida.

La bona experiència els sorgeix per la demanda de les mateixes persones que hi participen. Un cop planificades les activitats, comencen a dissenyar les adaptacions, els horaris, les activitats i les fases. En el disseny dels horaris, hi influeix positivament en el fet que la majoria de les persones usuàries són residents de les llars de l'associació i la direcció del servei adapta el funcionament de la llar a les persones. Per exemple: l'hora de despertar-se, fer les tasques de la llar, esmorzar, i totes les activitats del dia. Centren les activitats en les seves demandes, els llocs on es realitzen i els seus horaris.

A partir d'aquest treball, es programen un seguit d'activitats que s'han de posar en marxa, relacionades amb els objectius de les persones. La persona és qui decideix, i si ella no pot fer ho, es fa a través del seu professional o la seva professional de referència: com vol organitzar el seu dia, si vol o no participar de les activitats proposades i en quins horaris i amb quina intensitat, i determina en reunions grupals, també de forma individual, quines són les activitats que vol dur a terme i en quin lloc.

Programa d'atenció al procés d'envelliment a nivell global – ASPROS

Aquest programa vol donar resposta a les necessitats de la persona amb DID envellida, a les de la seva família davant d'aquest procés de canvi i a les dels equips de professionals per a poder donar resposta a l'envelliment.

Des de l'entitat, es marquen un seguit d'objectius que es volen aconseguir amb el programa:

- A nivell de la persona amb DID envellida, fer una adaptació a les seves necessitats segons el seu moment evolutiu i el seu projecte de vida.
- A nivell dels equips de professionals, preparar-los per afrontar nous rols i funcions i entendre els canvis inherents a l'envelliment.
- A nivell de les famílies, acompanyar-les en l'acceptació de l'envelliment del seu familiar i en els canvis que això comportarà.

A nivell de persona, realitzen un pla individual d'atenció. Aquest pla l'estructuren segons les 8 dimensions de qualitat de vida de Schalock i Verdugo. Per fer el pla compten amb la següent informació:

- Informació del PAD de les diferents àrees d'atenció, amb la participació del PAD de la llar-residència, taller, infermeria (si és el cas), psicologia, etc.
- Informació i participació de la família en tot el possible.
- Informació i participació de l'usuari, per mitjà d'entrevistes o registres d'observació. Administració d'una escala de qualitat de vida estandarditzada (INICO o San Martín) i un altra de subjectiva.

Dins de cada dimensió, tenen una sèrie d'objectius de treball, definits en una reunió de treball en la qual participa el personal i la família. Després, fan el retorn a la persona i, en el cas de que la família no pugui assistir a la reunió, també fan un retorn per escrit. Aquest pla, el revisen com a mínim cada dos anys i sempre que hi hagi un canvi substancial en la persona el tornen a revisar.

A nivell dels equips de professionals, realitzen formació per a totes les persones professionals d'atenció directa en envelliment, atenció a processos de dol, atenció sociosanitària, atenció centrada en la persona, etc.

A nivell de les famílies, programen entrevistes individuals per a comentar els canvis dels seus familiars i de xerrades per a comentar temes relacionats amb l'envelliment en general.

El resultat que l'entitat ha anat obtenint en aquest programa són positius i han trobat beneficis per les persones usuàries o millores principals, a més d'un impacte positiu en la qualitat de vida de les persones usuàries.

Projecte d'afrontament del dol – ASPROS

L'entitat duu a terme un projecte basat en l'afrontament del dol perquè sigui una eina de consulta i suport per acompanyar en la pèrdua, tant per als professionals de l'entitat com per als familiars que estan al costat de persones amb discapacitat intel·lectual. Parteixen de recomanacions i pretenen que sigui un facilitador del procés de totes les persones implicades. És important tenir en compte que l'entitat es centra en els dols relacionats amb la mort, encara que entenen que hi ha situacions de pèrdua molt significatives com separacions, ruptures, canvis de residència, trasllats etc., on també caldrà fer un procés similar i on les recomanacions que es faciliten puguin guiar una mica com enfocar la nova situació.

L'entitat segueix unes recomanacions determinades a l'hora de portar a terme aquesta bona pràctica: que la persona sigui coneixedora i estigui informada del procés, sigui participi de forma activa, tingui espais per expressar les emocions que es van generant i per compartir-les amb els més propers i per parlar del concepte i significat del terme mort. A més, ha de conèixer els llocs on es tracta a la persona malalta (en cas d'ingrés hospitalari, poder fer alguna visita si la situació ho permet) i, per últim, s'ha de planificar qui es farà càrrec de la persona amb discapacitat.

Projecte acompanyament en la fase final de la vida – Sant Joan de Déu

Aquest projecte va sorgir de la necessitat d'acompanyar tant a la persona atesa com al professional o la professional en el procés d'acompanyament en la fase final de la vida i poder elaborar el dol per garantir un benestar físic i emocional. Van portar a terme entrevistes on les persones usuàries i els equips de professionals destaquen els següents punts:

1. Una necessitat de formació sobre el tema. El conjunt de professionals nous que s'han incorporat, bé sigui per l'edat o per la falta d'experiència, no saben tractar aquests temes i els manca la sensibilitat per fer un bon acompanyament.
2. La incorporació de la professional del SAER (Servei Atenció Espiritual i Religiosa) en les reunions d'equip tècnic de la unitat i en les activitats de la vida diària dels usuaris. Una de les noves tasques que donen a aquesta figura és la d'elaborar, juntament amb el psicòleg o la psicòloga, els últims desitjos en el projecte de vida de cada persona. Pregunten personalment a la persona implicada, tot incorporant al PAD referent i implicant també a la família, on moltes vegades aquest tema costa d'acceptar.
3. Els sorgeix també la necessitat d'un espai de conversa on fer teràpia grupal i compartir les sensacions que es tenen quan hi ha èxits al servei. Per últim, portar a terme homenatges o rituals d'acomiadament.

Hi ha un seguit d'aspectes a tenir en compte en les reaccions de les persones amb DID davant d'una pèrdua: canvis emocionals com tristesa, ràbia, ansietat etc. i trastorns de conducta com

irritabilitat, letargia, hiperactivitat. A vegades, és difícil reconèixer quin tipus de procés de dol estan passant degut a: problemes de comunicació i limitacions cognitives.

Per tot això, porten a terme un seguit d'actuacions abans de la mort (proactives). Aquestes són: l'educació, la facilitació de comprensió de la pèrdua, l'ajuda per expressar els sentiments i l'atenció individual. D'altra banda, hi ha també actuacions després de la mort (reactives), que són: l'oferta d'espais adequats, la facilitació d'informació, el foment de l'expressió dels sentiments, el tracte individualitzat, fer partícips a les persones amb DID i la minimització dels canvis.

Per últim, la metodologia que utilitzen en aquest procés és la següent: un document d'últims desitjos adjuntat al seu projecte de vida, un homenatge senzill i personalitzat, una missa que es celebra a la capella del centre, un acompanyament a les famílies i a les persones professionals per part del psicòleg o la psicòloga de la unitat i sessions formatives per als equips de professionals del centre.

Projecte d'autogestors – Sant Joan de Déu

El projecte d'autogestors té com a principal objectiu l'autogestió i l'autodeterminació de les persones participants. D'aquesta manera, les persones membres i amb discapacitat intel·lectual, podran representar-se a elles mateixes, fer les seves eleccions i controlar la seva pròpia vida. És el procés que ha de permetre el seu desenvolupament, mitjançant l'adquisició de les aptituds convenients amb els suports necessaris i adequats.

Els objectius específics que inicialment es marquen són els següents:

- Apoderar als membres del grup.
- Adquirir i millorar habilitats de comunicació, emocionals i socials.
- Potenciar i afavorir la relació i vinculació entre totes les persones del grup.
- Millorar el respecte tant entre el propi grup, com amb la resta de persones que els envolten.
- Participar de forma activa en la vida associativa, en la comunitat, i en la pròpia llar i entitat.
- Aconseguir potenciar l'autodirecció i autonomia personal i social.
- Aprendre a debatre, proposar temes a tractar, prendre decisions i posicionar-se en aspectes relacionats tant amb la seva pròpia vida com amb la d'altres persones.
- Interactuar i relacionar-se amb les persones dins i fora del seu propi entorn i família.

- Viure l'experiència de cometre errors i tenir desenganys, que els serveixin per conèixer i gestionar tant les pròpies situacions, com els sentiments, les emocions, etc.
- Experimentar moments d'èxit que ajudin a fomentar el sentiment d'eficàcia.
- Veure la seva vida des d'una perspectiva de persones adultes i ser tractades com a tals per part de la resta de persones.

La persona de suport, juntament amb l'equip de referents dels habitatges, acompanya el grup en aquesta experiència i tots treballen per aconseguir els objectius i vetllar pels aspectes següents:

- Afavorir disposar d'un espai còmode per a tots els membres i ajudar a potenciar la participació activa de tots els presents.
- Proporcionar un ambient normalitzat i adient que ajudi a potenciar la confiança entre tots els presents i la participació en el grup i, en conseqüència, que tinguin un sentiment de pertinença a un espai personal i seu.
- Treballar per potenciar i millorar l'apoderament de les persones membres del grup.
- Donar a conèixer els drets de les persones, així com les seves obligacions.
- Donar suport per tal que puguin tenir una visió actualitzada i real dels temes tractats a les reunions, de manera que aquesta informació els ajudi a prendre posteriors decisions i adquirir compromisos.

Projecte d'acompanyament en el procés d'envelliment – TALMA

S'ha iniciat un procés de canvi per tal de donar resposta a les persones envellides que s'atenen a l'entitat. Des dels diferents serveis detectaven la necessitat d'adaptar-se a un petit grup de població envellida i a les seves necessitats.

Aquestes necessitats que volien abordar són les següents: atendre l'envelliment de forma integral, és a dir, donar resposta a unes necessitats físiques i emocionals específiques, fer un acompanyament en el procés d'envelliment de les persones ateses i fer una adaptació dels suports a les necessitats de les persones envellides.

Entre els objectius principals que volen buscar amb aquest projecte destaquen: donar una atenció integral al procés d'envelliment, adaptar els serveis residencials i els serveis diürns de l'entitat, flexibilitzar horaris i activitats, crear grups reduïts i específics i acompanyar en el procés d'envelliment.

En aquest projecte es busca la introducció de referents i que els usuaris puguin escollir les activitats que volen realitzar, donant-los així més independència. Hi ha diferents maneres de personalitzar les accions i intervencions comentades:

- Fer-los protagonistes del seu procés d'envelliment.
- Ajudar a la persona a adaptar-se als canvis que experimenta.
- Que la persona envellida decideixi sobre les accions i objectius que es plantegen sobre la seva vida i el seu final.
- Formar els equips de professionals que atenen a les persones envellides.
- Introduir la figura de fisioterapeuta més hores.
- Reestructurar i formar una àrea específica de salut.
- Visites dels professionals d'atenció directa a altres centres per tal d'adquirir noves idees i pràctiques per poder-les aplicar als nostres serveis.

Els resultats que volen obtenir estan estretament relacionats amb un benefici o millores per a les persones usuàries i amb un impacte positiu en la seva qualitat de vida.

4. A mode de conclusions

Cal reformular la situació en la qual es troben les persones envellides amb DID en l'actualitat. Les pautes que es segueixen a l'hora de portar a terme el procés d'avaluació de l'envelliment a les entitats socials que donen servei a aquestes persones són disperses. Per aquest motiu, l'objectiu principal del document ha estat proposar unes pautes específiques d'avaluació que puguin donar les eines necessàries als professionals per portar a terme aquest procés.

Ens hem trobat davant d'una situació en què el conjunt de professionals han anat fent el seu camí dins de cada entitat social, per això, aquest procés pot facilitar l'estandardització d'un protocol que poden seguir els diferents equips de professionals que donen servei a aquestes persones. A més a més, ens hem trobat davant un problema greu que és que es faci un diagnòstic incorrecte de la persona envellida, ja que això influirà en la seva situació a l'entitat i, més concretament, en el servei on es trobi. Per aquesta raó, es creu necessària una **revisió del model d'atenció centrada en la persona envellida**, i en aquest cas, dels diferents processos que es porten a terme a les entitats. D'aquesta manera s'ha consensuat un únic procés que inclou tots els passos importants i essencials que cal seguir per a la detecció, l'avaluació i el diagnòstic, per tal de generar propostes adequades al moment evolutiu actual de la persona.

5. Propostes de futures línies d'acció

L'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament que estan en situació d'envelliment és un dels grans reptes de les entitats i associacions del sector, que creuen important apostar no només per la quantitat, sinó també per la qualitat de vida.

És en aquest sentit que els serveis d'atenció s'han d'estructurar en funció de més flexibilitat i, a la vegada, a una atenció millor, que comporta, sens dubte, l'ampliació de nous serveis i noves figures professionals. Les futures línies d'acció s'estructuren en tres punts.

5.1. Treball protegit i jubilació

Els programes de jubilació i les prestacions associades quan són anticipades tenen força semblances amb les dels grups de persones sense discapacitat, aspecte que dificulta el procés i, a la vegada, no presenta una discriminació positiva cap al col·lectiu que o bé s'ha incorporat tard al mercat laboral o l'ha hagut d'abandonar precipitadament.

És en aquest sentit que es recomana realitzar accions que facilitin la preparació –econòmica i social– per a la jubilació, recomanació que va en la línia de la proposta del Pla d'Acció Internacional de les Nacions Unides sobre Envelliment, que entre d'altres, constata la necessitat que les administracions públiques prenguin mesures per assegurar una transició suau de la vida laboral a la situació de jubilació. Entre les recomanacions que es presenten, podem destacar:

- La prioritat que, quan una persona envellida amb DID hagi d'abandonar un servei o una feina remunerada, els proveïdors –o en el seu cas l'Administració pública– hauran de **garantir que les alternatives de vida siguin adequades a la seva situació personal** i assegurar-ne la disponibilitat per a les persones.
- Davant d'una possible situació de jubilació, les persones amb DID requereixen programes i **actuacions que els permetin preparar-se per a la jubilació.**
- La necessitat de desenvolupar accions i polítiques que afavoreixin **jubilacions a temps parcials** de les persones amb DID, que els permetin millorar gradualment la seva qualitat de vida.

5.2. Atenció diürna

Un dels aspectes centrals en l'atenció i acompanyament a les persones grans amb DID és mantenir l'ocupació al llarg del vida des d'una perspectiva de prevenció i de promoció. És per

això que, seguint les recomanacions de l'OMS, s'han de desenvolupar programes relacionats amb els següents àmbits:

- **Promoció de la salut** i del to físic.
- Entrenament de les **funcions cognitives**.
- **Desenvolupament afectiu** i de les relacions interpersonals.
- Foment de la **participació social** i les accions d'oci i de temps de lleure.
- Ajuda i **suport als familiars**.

5.3. Acolliment residencial

L'atenció residencial és un dels principals reptes en l'atenció psicosocial a les persones envellides amb DID i, en aquests sentit, s'han d'atendre les necessitats des d'un primer moment i s'ha de mantenir l'atenció al llarg d'aquesta etapa. Un dels grans avantatges d'aquests serveis són els paràmetres de la flexibilitat, que permeten acompanyar a les persones en les necessitats que es van produint al llarg de la seva vida.

En aquests moments, sorgeixen nous reptes com són, entre altres, l'atenció i el suport a llarg termini, ja que en la mesura que la persona amb discapacitat envella, també ho fa el seu cuidador. Aquest aspectes comporta la necessitat d'avançar en la línia de models inclusius que fomentin la diversitat com a valor social, la participació en la vida comunitària de les persones amb DID i les seves famílies i, per tant, que millori el seu benestar i satisfacció a la vida. Aquest **model inclusiu** ha de permetre que les persones continuïn vivint en el seu entorn més proper o en la seva llar, amb el suports necessaris dels serveis d'atenció domiciliària.

Tot això, sense deixar de banda **espais residencials** que puguin acollir a les persones amb DID en situació de dependència física i psicosocial. És en aquest sentit que s'ha de contemplar que les persones grans amb DID estiguin ateses pels serveis socials públics de suport a les persones grans i pels programes del pacient crònic complex i de malaltia avançada. Així, les persones que estan greument afectades per problemes físics o psíquics derivats de la discapacitat, no han de tenir dificultats per ser atesos en centres i recursos de la xarxa pública sociosanitària.

Per últim, s'haurien de poder eliminar o agilitzar les resolucions burocràtiques, principalment, quan es tracta d'accions en el mateix centre orientades a la millora de l'atenció a la persona.

6. Bibliografia

- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Arias, B., i Rueda, B. (2007). Necesidades de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.
- Alsinet, C., Feliu, B., Torres, M., Esteban, A., Fortuny, A., Escolar, J., Rabelo, L., Utrero, M.J., Morera, R., i Amat, X. (2017). Revisió del model dels serveis de suport per a les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament.
- Deb, S., Thomas, M., i Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.
- De la Iglesia Martínez, J., Dueñas, R. H., Onís, M. V., Aguado, C. T., Albert, C. C., i Luque, R. L. (2001). Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age. *Medicina clínica*, 117(4), 129-134.
- De la Iglesia Martínez, J., Onís Vilches MC., Dueñas Herrero R., Aguado Taberna C., Albert Colomer C. i Luque Luque R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*, 12, 620-30.
- Haveman, M., Heller, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S., i Strydom, A. (2010). Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: an overview of recent studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 59-69.
- Heller, T. (2009). Envejecimiento y discapacidad intelectual. *Mejorando los resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca: INICO*, 57-68.
- IASSID (2010). *Envelliment i política social*. Recuperat de http://www.dincat.cat/envelliment-saludable-dels-adults-amb-discapacitats-intel·lectuals_20872.pdf
- Madrigal, A. (2006). Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. IMSERSO. *Perfiles y Tendencias*, 26.
- Novell, R., Nadal, M., Smilges, A., Pascual, J. i Pujol, J. (2008). Envejecimiento y discapacidad intelectual en Catalunya. Informe Seneca.
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM i Seva A. (1979). El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Española de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.

Roth, M., Huppert, F. A., Mountjoy, C. Q., Tym, E., i López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de Exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez*. TEA Edició.

7. Annexos

Annex 1. Revisió de la cartera de serveis socials

A continuació, presentem un seguit de consideracions que s'haurien de contemplar en una previsible revisió o nova formulació de la cartera de serveis socials, que hauria de recollir el paradigma del model d'atenció psicosocial centrat en les persones i estar adequada a les noves realitats socials.

- Revisió i ampliació dels perfils professionals. L'atenció a les persones, amb la finalitat de millorar el seu benestar i la seva qualitat de vida, requereix incorporar nous perfils professionals per poder abordar les situacions des de la interdisciplinarietat, entre els que podríem esmentar: graduats en infermeria, fisioteràpia i teràpia ocupacional, així com auxiliars de clínica, entre altres.
- Valorar la possibilitat d'agilitzar els canvis de diagnòstic de les persones ateses en els centres o serveis, per tal de garantir una òptima atenció.
- Poder garantir les places durant un període determinat (en relació amb cada persona) quan es produeix un canvi de servei, per poder facilitar el procés d'adaptació i, si escau, poder retornar al servei de procedència, tant en serveis d'atenció psicosocial, residencials com laborals.
- Donar resposta a aquelles persones que no estan ateses per cap servei i volen entrar a qualsevol, hi hagi o no plaça, sense haver de preveure el seu ingrés (noves altes de persones no controlades).
- Tenir cura de les situacions relacionades amb els trastorns mentals i així programar accions formatives i d'atenció a les persones joves.
- Millorar la coordinació amb serveis socials i d'ensenyament per poder fer previsió de plaça, en cas que l'Administració demani previsió.
- Poder realitzar una previsió d'altres i baixes, més acotada en el temps i amb les necessitats i els reptes de les persones i de les seves famílies.

Annex 2. Tipologies de discapacitats

DID: Discapacitat intel·lectual i del desenvolupament

Derivada de limitacions significatives en el funcionament intel·lectual, la conducta adaptativa i les habilitats pràctiques. Es caracteritza per un funcionament intel·lectual inferior a la mitjana que coexisteix amb limitacions en dues de les següents àrees d'habilitats d'adaptació o més: comunicació, cura pròpia, vida a la llar, habilitats socials, ús de la comunitat, autogestió, salut i seguretat, continguts escolars funcionals, oci i treball.

Discapacitat de la comunicació i la parla

Derivada de limitacions en la comprensió o l'expressió.

ST / SM: Discapacitat derivada de trastorn mental / Salut mental

Es basa en l'afectació, derivada dels símptomes o signes que constitueixen el diagnòstic: alteracions emocionals, cognitives o del comportament, que afecten el processos psicològics bàsics, dificulten l'adaptació de la persona a l'entorn cultural i social i creen alguna forma de malestar subjectiu.

Discapacitat física

Motora: derivada de la pèrdua de capacitat de moviment per diverses causes (malformacions, accidents, lesions cerebrals, etc.).

No motora: derivada de malalties orgàniques, d'aparells o sistemes (cansament, malalties coronàries, renals, pulmonars, etc.).

Discapacitat sensorial

Visual: derivada d'una pèrdua total o parcial de visió com a conseqüència d'afeccions o malalties oculars o neurooftalmològiques.

Auditiva: derivada una pèrdua total o parcial d'audició. Pot anar acompanyada de discapacitat de la comunicació i la parla.

Entenem i diferenciem com a persones amb 'especials dificultats' en la inserció laboral: discapacitat intel·lectual (DID), les derivades de trastorns o salut mental, la pluridiscapacitat i les persones amb paràlisi cerebral.

El 15 de desembre de 2006 es va publicar al BOE la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de **dependència**. La Llei defineix la dependència com l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'algú altre o d'altres persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per la seva autonomia personal.

Les persones poden sol·licitar el reconeixement oficial de la situació de dependència, que els permetrà accedir a les prestacions econòmiques i als serveis socials establerts per la Llei de dependència.

Annex 3. Cartera de serveis socials

Basada en:

Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011

Llei 4/2017, de 28 de març, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2017 (mitjançant la qual es prorroga la Cartera de serveis socials aprovada pel Decret 142/2010, d'11 d'octubre).

Serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual segons el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies:

- Servei de centre de dia d'atenció especialitzada temporal o permanent (CAE).

És un servei d'acolliment diürn per a persones que, a causa del seu grau de discapacitat intel·lectual, tenen una manca total d'independència personal i necessiten controls mèdics i periòdics i una atenció assistencial permanent.

Aquests centres tenen cura dels aspectes sanitaris i rehabilitadors de les persones que assisteixen i vetllen perquè assoleixin el màxim grau d'autonomia personal i d'integració social possible dins de les seves limitacions.

La sol·licitud arriba al CAD, on s'orienta la persona cap al recurs més adient i gestionen la resolució de l'ingrés amb els Serveis Territorials corresponents.

- Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual (CRAE).
- Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar (PSALL).

Aquest servei ofereix orientació i suport a persones amb discapacitat intel·lectual que viuen soles, en parella o conviuen amb altres persones (un màxim de quatre) i que plantegen determinades necessitats o tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes.

Hi poden accedir totes les persones d'entre divuit i seixanta-cinc anys amb discapacitat intel·lectual que necessitin suport per mantenir-se autònomes en la seva vida diària (organització i ordre de la llar, assistència a visites mèdiques, millora de les situacions d'aïllament i solitud, acompanyament a la comunitat, etc.).

La tinença de la llar pot correspondre a la pròpia persona usuària, a una de les persones usuàries o a l'entitat prestadora del servei.

- Serveis d'acolliment residencial

Des del Departament de Benestar Social i Família es contribueix a l'articulació i el manteniment d'una xarxa d'establiments destinats a millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual.

D'una banda, aquest col·lectiu disposa d'un conjunt de centres d'atenció diürns que tenen cura d'aspectes sanitaris i rehabilitadors i alhora treballen per la seva integració social. D'altra banda, existeix un ampli ventall d'establiments residencials per fomentar la vida autònoma de les persones amb discapacitat intel·lectual que no tenen resoltes les necessitats d'allotjament.

Els serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat intel·lectual inclouen diferents modalitats en funció de la intensitat de suport que s'ofereix a les persones usuàries.

Intensitats de suport:

Suport intermitent: és el que es presta de manera esporàdica o episòdica i es proporciona quan es necessita.

Suport limitat: és el que es presta ocasionalment de manera continuada, durant un període de temps limitat, amb una freqüència regular i en alguns entorns de la vida de la persona (llar, treball, escola, vida comunitària, etc.).

Suport extens: és el que es presta de manera continuada, sense límit de temps, amb una freqüència regular o alta i que afecta algunes situacions de la vida de la persona amb discapacitat (llar, treball, escola, vida comunitària, etc.). La persona depèn de tercers en determinades situacions.

Suport generalitzat: és el que es presta de manera continuada, possiblement durant tota la vida de la persona amb discapacitat, amb una alta freqüència i intensitat. Afecta totes o quasi totes les situacions de vida de la persona. La persona depèn de tercers.

- Serveis de centres ocupacionals (CO)

Els centres ocupacionals són equipaments d'acolliment diürn que ofereixen atenció rehabilitadora i habilitadora a persones amb discapacitat intel·lectual en edat laboral.

L'objectiu és capacitar les persones beneficiàries perquè aconseguixin la màxima integració social a través de l'ocupació activa.

Els serveis que ofereixen aquests centres són:

Acolliment diürn i convivència (manutenció, higiene personal, activitats grupals de relació, descans, lleure, etc.).

Programes individuals amb diversos nivells d'atenció, en funció dels diferents graus de discapacitat:

- Mesures rehabilitadores-habilitadores
- Teràpia ocupacional i manteniment
- Ajustament personal
- Activitats formatives i prelaborals
- Servei ocupacional d'inserció

1. Servei de teràpia ocupacional (STO)

El servei de teràpia ocupacional (STO) és l'alternativa des de l'àmbit dels serveis socials a la integració de les persones amb discapacitat intel·lectual que no poden incorporar-se al sistema de treball ordinari, quan no poden assolir un nivell de productivitat suficient.

Aquest servei té dues funcions principals:

- a) Ocupació terapèutica: inclou activitats en què es pot veure un resultat material i satisfactori, i s'eviten les ocupacions estèrils i rutinàries. Aquestes activitats estan orientades a assolir habilitats, hàbits i conductes relacionades amb el treball i l'entorn laboral.
- b) Ajustament personal i social: inclou activitats relacionades amb l'habilitació personal i la millora de la relació amb l'entorn social.

Hi ha dues modalitats del servei de teràpia ocupacional: amb auxiliar i sense.

L'accés a aquest tipus de servei es fa mitjançant la presentació d'aquesta sol·licitud als CAD. En aquest cas, qui s'encarrega de fer les orientacions laborals és l'equip d'orientació i valoració (EVO). Les resolucions d'ingrés cap a aquests recursos les fan els Serveis Territorials.

Discapacitat psíquica amb auxiliar o sense auxiliar.

Discapacitat física amb auxiliar o sense auxiliar.

2. Servei ocupacional d'inserció (SOI)

El servei ocupacional d'inserció és una alternativa a la integració laboral d'aquelles persones amb discapacitat intel·lectual que, tot i que tenen aptituds laborals i productives, encara no es poden incorporar als centres especials de treball per manca de formació laboral o d'oferta de treball. Per tant, aquest servei esdevé un pas intermedi entre els centres ocupacionals i els centres especials de treball.

Les persones usuàries del SOI no tenen contracte laboral ni perceben cap salari, sinó que l'activitat pretén mantenir i estimular les capacitats laborals mentre esperen l'oportunitat d'incorporar-se a una activitat remunerada.

- Servei de temps lliure

Aquest recurs assistencial consisteix en l'organització d'activitats de temps lliure per a persones amb discapacitat intel·lectual, amb l'objectiu de fomentar-ne la integració social.

El servei de temps lliure el promouen entitats jurídiques dedicades a la millora de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual.

- Servei de tutela

El servei de tutela s'adreça a persones amb discapacitat intel·lectual amb divuit anys o més, amb l'objectiu de garantir una protecció integral de les persones incapacitades judicialment, tant pel que fa a la seva persona com al seu patrimoni.

Annex 4. Sigles de les tipologies de serveis de la cartera de la Generalitat que apareixen a l'estudi

CAE: Centre d'Atenció Especialitzada

CRAE: Centre de Recursos d'Atenció a la Infància

CET: Centre Especial de Treball

USAP: Unitat de Suport a l'Atenció Professional

SOI: Servei Ocupacional d'Inserció

STO: Servei de Teràpia Ocupacional

STO-EA: Servei de Teràpia Ocupacional Especialment Assistit.

Annex 5. Esquema cartera de serveis

Serveis comuns per a persones amb discapacitat

1.1 Serveis d'orientació i valoració

1.1.1 Servei d'orientació

1.1.2 Servei de valoració

Serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual

2.1 **Servei de centre de dia d'atenció especialitzada temporal o permanent** per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.2 **Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar** per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.3 **Serveis d'acolliment residencial** per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.3.1 **Servei de llar amb suport** per a persones amb discapacitat intel·lectual **amb necessitat de suport intermitent**.

2.3.2 **Serveis de llar residència temporal o permanent** per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.3.2.1 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **intermitent**.

2.3.2.2 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **limitat**.

2.3.2.3 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **limitat (trastorn de conducta)**.

2.3.2.4 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **extens**.

2.3.2.5 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **extens (trastorn de conducta)**.

2.3.2.6 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport **generalitzat**.

2.3.3 **Serveis de centre residencial temporal o permanent** per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.3.3.1 Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb **necessitat de suport extens**.

2.3.3.2 Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb **necessitat de suport extens (trastorn de conducta)**.

2.3.3.3 Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb **necessitat de suport generalitzat**.

2.3.3.4 Servei de centre residencial temporal o permanent per a persones amb discapacitat intel·lectual amb **necessitat de suport generalitzat (amb problemes de salut o de salut mental afegits)**.

2.4 Serveis de centres de dia ocupacionals per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.4.1 Serveis de centres de dia de teràpia ocupacional (STO) per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.4.1.1 Servei de centre de dia de teràpia ocupacional (STO) per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.4.1.2 Servei de centre de dia de teràpia ocupacional (STO) per a persones amb discapacitat intel·lectual, **amb auxiliar**.

2.4.2 Servei de centre de dia ocupacional d'inserció (SOI) per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.5 Servei de temps lliure per a persones amb discapacitat intel·lectual.

2.6 Servei de tutela per a persones amb discapacitat intel·lectual.

Serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual

3.1 Servei de centre de dia d'atenció especialitzada temporal o permanent per a persones amb discapacitat física.

3.2 Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar per a persones amb discapacitat física.

3.3 Serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat física.

3.3.1 Servei de llar amb suport per a persones amb discapacitat física amb **necessitat de suport intermitent**.

3.3.2 Serveis de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat física.

3.3.2.1 **Servei de llar residència temporal o permanent** per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport **intermitent**.

3.3.2.2 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport **limitat**.

3.3.3 **Serveis de centre residencial temporal o permanent** per a persones amb discapacitat física.

3.3.3.1 **Servei de centre residencial temporal o permanent** per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport **extens**.

3.3.3.2 **Servei de centre residencial temporal o permanent** per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport **generalitzat**.

3.4 **Serveis de centres de dia ocupacionals** per a persones amb discapacitat física.

3.4.1 **Serveis de centres de dia de teràpia ocupacional (STO)** per a persones amb discapacitat física.

3.4.1.1 **Servei de centre de dia de teràpia ocupacional (STO)** per a persones amb discapacitat física.

3.4.1.2 **Servei de centre de dia de teràpia ocupacional (STO)** per a persones amb discapacitat física, **amb auxiliar**.

3.4.2 **Servei de centre de dia ocupacional d'inserció (SOI)** per a persones amb discapacitat física.

3.5 **Serveis d'assistència personal** per a persones amb discapacitat física.

3.5.1 **Servei d'assistència personal de suport en l'acompanyament a activitats laborals, ocupacionals i/o formatives**, per a persones amb discapacitat física.

3.5.2 **Servei d'assistència personal de suport a la vida autònoma i d'integració social i comunitària**, per a persones amb discapacitat física.

Serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual

4.1 **Servei d'intèrpret** per a persones sordes.

4.2 **Serveis d'assistència personal** per a persones amb discapacitat sensorial sord-ceguesa.

4.2.1 **Servei d'assistència personal de suport en l'acompanyament a activitats laborals, ocupacionals i/o formatives**, per persones amb discapacitat sensorial sord-ceguesa.

4.2.2 **Servei d'assistència personal de suport a la vida autònoma i d'integració social i comunitària**, per a persones amb discapacitat sensorial sord-ceguesa.

Serveis per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental

5.1 Serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

5.2 Serveis d'habitatges per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

5.2.1 Servei de llar amb suport temporal o permanent per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

5.2.2 Servei de llar residència temporal o permanent per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

5.3 Servei de residència assistida temporal o permanent per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental.

5.4 Serveis de club social.

5.4.1 Servei de club social (mòdul A).

5.4.2 Servei de club social (mòdul B).

5.5 Servei prelaboral.

5.6 Servei de tutela per a persones amb malaltia mental.

Segons l'article 15 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre.

Annex 6. MEC (Lobo et al., 1979)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Annex 7. Pfeiffer (De la Iglesia Martínez et al., 2001)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores :	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Annex 8. Escala de Depressió-Ansietat de Goldberg (GZEMPP, 1993)

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

A

26

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Anexos

311

Annex 9. Escala de depressió geriàtrica – Test de YESAVAGE (De la Iglesia Martínez et al., 2002)



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
Puntuación Total – V5		
Puntuación Total – V15		

