

1. qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqw
ertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyu
iopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopas
dfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghj
klzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxc
vbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnm
qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwer
tyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuio
pasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdf
ghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjkl
zxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvb
nmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmq
wertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwert
yuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiop
asdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfg
hijklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvb
nmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmq

El pla de vida essencial:

Instrument metodològic per a la millora de
la qualitat de vida de persones amb
demències avançades.

PREMIS ACRA 2013

ÍNDIX:

1. RESUM	Pag. 03
2. INTRODUCCIÓ	Pag. 04
3. OBJECTIUS	Pag. 14
4. METODOLOGIA I TEMPORITZACIÓ	Pag. 15
5. RESULTATS	Pag. 16
6. CONCLUSIONS	Pag. 21
7. BIBLIOGRAFIA	Pag. 24
ANNEX1	Pag. 25

1. RESUM.

El darrers anys, el perfil d'usuaris de la residència ha canviat. La incidència de persones amb demència en el centre és molt alta (76% dels residents presenten demència moderada o severa). A partir de l'anàlisi de les necessitats que tenim i revisant la bibliografia optem pel model d'Atenció Centrada en la Persona. L'instrument vertebrador que utilitzem en el present treball és el "pla de vida essencial" que ens permet una atenció personalitzada.

El pla de vida essencial ens permet una nova concepció de la persona amb demència des del punt de vista de la persona i no de la malaltia que pateix. **Busquem la Persona en la demència.**

Per aconseguir-ho recollim la informació obtinguda a partir de la biografia de la persona (facilitada per la família), les observacions de les auxiliars i utilitzant com a instrument d'anàlisi el Dementia Care Mapping. L'objectiu és el de millorar la qualitat de vida augmentant els potenciadors de les interaccions i per tant augmentant els períodes en estat d'ànim positiu.

Els resultats obtinguts amb les noves mapacions mostren una millora en els àmbits previstos i per tant la consecució dels objectius marcats.

Es constata també que l'essència de la persona es manté malgrat l'avenç de la demència.

2. INTRODUCCIÓ.

La residència en la que s'emmarca el present treball és un centre de 106 places de residència assistida i 20 de centre de dia. Ubicada al centre urbà d'una capital de comarca, acull principalment a persones de la ciutat i també d'altres pobles dels voltants.

Fa 13 anys que la residència va iniciar la seva activitat. En el decurs dels anys hem observat un canvi en el perfil de les persones que ingressen al centre. Els darrers anys, els nous ingressos són persones molt grans (bàsicament nonagenàries) amb alts nivells de dependència o persones més joves amb demències molt avançades o amb trastorns conductuals molts acusats que impossibiliten la convivència a la llar.

A més de les persones que ingressen amb les característiques descrites anteriorment, teníem els residents que ja fa anys que són al centre i que també van envellint i van augmentant la seva dependència.

Per tant vam observar que hi havia al centre persones amb diferents necessitats assistencials i que aquestes estaven barrejades en les diferents plantes del centre fent més difícil per als professionals l'atenció individualitzada que desitgen oferir.

Més concretament ens trobàvem que a la unitat de demències hi havia persones que havien envellit i que ja no tenien el perfil pel qual estava dissenyada la unitat, ocupant un espai i unes cures que impediien, que persones que necessitaven estar a la unitat, no hi fossin, perquè no hi havia lloc.

També vam trobar que a la sala de la planta baixa, que és el lloc on hi ha més residents a la tarda, aquests havien envellit (i augmentat molt la seva dependència) per tant aquestes persones tenien unes necessitats assistencials molt més intenses, que a la planta baixa no es podien atendre amb els nivells de qualitat que com a centre ens exigim.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

Davant aquesta situació la direcció amb l'ajut dels tècnics ens vam dedicar a reflexionar per a trobar solucions. De les diferents propostes, la que va prosperar va ser la de re definir espais i ubicacions, dotant-los dels elements necessaris per a la millor cura dels nostres residents. Es va re definir la unitat de demències, es va pensar la creació d'una unitat de convivència d'alta dependència i redistribuir la sala de la planta baixa per a potenciar la convivència, la interrelació i la individualització. Concretant per a cada espai i necessitats unes noves pautes d'atenció, incloent canvis en l'horari de les auxiliars i modificar la plantilla, així com un programa formatiu complementari (Curs d'actualització en demències).

L'ideari teòric està basat en les unitats de convivència i els principis de l'atenció centrada en la persona.

En el desenvolupament d'aquest projecte hi participen la direcció del centre, dues psicòlogues, les coordinadores del centre, la treballadora social, la terapeuta ocupacional, els fisioterapeutes, i les dinamitzadores socioculturals.

La unitat de convivència de trastorns cognitius (antiga unitat de demències) és un espai ubicat a la segona planta. Destinat a aquelles persones amb demències avançades que necessiten d'una intervenció especial i /o que en el decurs de la seva malaltia presenten unes alteracions conductuals que impedeixen la convivència amb altres persones i que necessiten un entorn adequat per a manejar aquest problema. En aquesta unitat hi ha programes d'estimulació cognitiva específics, adequacions de l'entorn per fer-lo més segur (potenciant l'autonomia) i més significatiu, programes de teràpia ocupacional, a més de la intervenció mèdica i d'infermeria necessària. És una unitat per acompanyar a la persona en el decurs de la seva malaltia.

En la unitat de convivència de trastorns cognitius el problema principal era el deteriorament dels seus usuaris. Persones que temps enrere

havien ingressat a la unitat, havien avançat en la seva demència i actualment ja no presentaven el perfil d'entrada a la unitat, sinó que presentaven un perfil d'alta dependència.

També es va adequar una planta com a **unitat de convivència per a residents amb molt alta dependència**, que necessiten que els supleixin en totes les AVD. Això va requerir augmentar el nombre d'auxiliars per tal de donar abast a les noves necessitats. Aquesta és una unitat de nova creació, no però els serveis que s'hi presten. Aquesta unitat està ubicada a la primera planta doncs és la planta que més persones amb alta dependència s'hi allotgen. També en aquesta planta està ubicada la infermeria, element bàsic en aquests nivells d'atenció. En aquesta planta s'ha adequat un espai que ha passat a ser una saleta amb còmodes butaques i bany propi, on es poden acomodar entre 10 i 12 persones. El criteri per accedir a aquesta unitat és tenir un alt grau de dependència física i una alteració cognitiva moderada o severa.

La sala de la planta baixa és destinada per a la majoria de residents, llevat dels que són candidats a les plantes anteriorment esmentades. Per a millorar el confort i potenciar les activitats, s'han redistribuït les butaques que s'han ubicat als extrems de la sala, deixant un espai al centre on s'hi ha posat taules i cadires. L'objectiu d'aquest canvi és de crear un espai polivalent on desenvolupar activitats, ja sia de forma organitzada pels professionals del centre, ja sia de forma espontània per part dels residents, i potenciar espais més íntims per afavorir la socialització i el confort residencial.

Davant les noves necessitats que presentaven els nostres usuaris vam adonar-nos que el tenir les necessitats de AVD cobertes i un programa molt estructurat d'activitats no era suficient per atendre amb qualitat als nostres residents. Havíem de modificar els models de treball per fer-los més flexibles a les noves demandes i adaptar-nos-hi millor.

El tenir tantes persones amb demències avançades i molt avançades va fer que fos necessari repensar-nos (amb permís de Kitwood!) el model d'atenció que els oferim. Vam acudir a la recerca de bibliografia, coneixement d'experiències estrangeres d'atenció a les persones amb demència, formació en noves tècniques de recollida de dades i anàlisi de les pròpies necessitats, i vam anar gestant un nou model d'atenció que complementés i millorés el que ja s'estava aplicant.

En quan al programa formatiu, es va fer un curs d'actualització en demències on es va introduir els conceptes bàsics del model Dementia Care Mapping(CDM). També es va realitzar un curs de resolució de conflictes.

Aquest model havia, com no, de garantir la millora de la qualitat de vida. Seguint el que postulen Felce y Perry (1995), citat a "La atención Gerontológica centrada en la persona", en relació al concepte de qualitat de vida, tant important és tenir en compte la dimensió objectiva del concepte con la dimensió subjectiva. Per nosaltres gairebé més la dimensió subjectiva que la objectiva. Doncs prioritzem la vivència de la persona sobre altres variables.

Haviem de canviar de perspectiva. En el model amb el que estàvem treballant el pes de l'atenció requeia en el dèficit que és la demència i ateníem a les persones en les mancances que presentaven. Al canviar de perspectiva se'ns posa de manifest aquells aspectes de la persona que conserva i que la defineixen com a tal. **Passem de donar importància a la malaltia a donar-la a la persona.**

Ens vam emmirallar en el **model d'atenció centrada en la persona** per ser un model que recull el punt de vista que necessitem per desenvolupar el canvi que busquem.

En l'aplicació del model d'atenció centrada en la persona, passem d'un "despotisme il·lustrat" (tot per la persona, però sense la persona) a una situació en que la persona és la protagonista i directora de la seva pròpia vida. És a dir, passem d'una atenció que es centra en els coneixements dels experts i en els problemes o dèficits que pateix la persona, **a una atenció que es centra en la opinió i decisions que pren la persona. aquesta col·laboració entre la persona i els experts és l'eix vertebrador de la intervenció.**

Un dels postulats que més ens va fer reflexionar va ser el relacionat amb el tracte digne, que seguint el diu Teresa Martínez Rodríguez (2011) en "La atención Gerontológica centrada en la persona" "busca la conjunció de l'autonomia i la independència". Entén *l'autonomia* com el dret i la capacitat de controlar la pròpia vida; i la *independència* com el desenvolupament en la vida quotidiana.

La percepció de control de l'entorn i de la pròpia vida, reverteix directament en la percepció subjectiva de benestar. És important el diàleg que podem establir amb la persona sobre les seves prioritats per poder fer una bona planificació. En el nostre cas, quan en centrem en persones amb demències avançades és molt difícil aquest diàleg.

La literatura sobre el tema contempla que si la persona presenta una greu afectació en la capacitat de decisió, aquesta es pot suplir per la mediació de tercers (familiars, amics).

En aquest punt, nosaltres no hi estem del tot d'acord, doncs creiem que malgrat l'afectació que presenti la persona, hi ha d'haver la manera que poder obtenir aquesta informació de part de la persona implicada. El repte és trobar l'eina adequada per fer-ho.

Revisant la literatura de l'Atenció Centrada en la Persona, Teresa Martínez Rodríguez (2011) proposa un registre que anomena "**pla de vida essencial**".

El "**Pla de vida essencial**" és un instrument que es pot aplicar en el cas de persones amb discapacitat per gestionar la pròpia vida. Aquest document recull el que és important per a la persona i el que necessita per aconseguir-ho. Tot això des de l'aportació del grup de recolzament que opina per ella (donat que la persona per la discapacitat que presenta no ho pot fer). El grup de recolzament el pot constituir la família, els amics, els cuidadors, Etc. que estan implicats en l'atenció a la persona. En el nostre cas, el grup de recolzament el constitueixen la família i les auxiliars.

En el **pla de vida essencial** recollim informació del que és important pel resident, que admirem els demés d'ell i com el podem ajudar. Al model proposat per Teresa Martínez Rodríguez hi hem afegit dos apartats. El primer que hem anomenat "alerta", on anotem aquells aspectes que són altament detractors per la persona i "proposta" que serien aquelles accions que pensem que poden ajudar a la persona i de les quals cal fer un seguiment acurat per analitzar el resultat, o també aquells aspectes de la persona que ens caldria aprofundir en el seu coneixement per poder-la ajudar millor.

Per recollir aquells aspectes significatius pel resident ens és necessari recórrer a la seva biografia. Conèixer la biografia de la persona, ens permet de veure-la com a un individu únic, amb unes necessitats especials. Ens pot donar l'explicació d'alguns dels comportaments que presenta, contextualitzant-los en la realitat del resident i donant sentit de continuïtat amb la seva vida. També permet conèixer hàbits i gustos de la persona i mantenir-los sempre que sigui possible. Aquest coneixement més ampli de la persona, desperta sentiments envers ella i pot facilitar l'atenció que se li dispensa.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

L'objectiu que buscàvem era el de millorar la qualitat de vida de les persones amb demències avançades mitjançant la incorporació d'una nova metodologia de treball. La prova pilot la iniciàvem a la unitat de convivència de trastorns cognitius

Per operativitzar el concepte de qualitat de vida recorrem al model de Schalock que identifica vuit dimensions de la qualitat de vida per a les persones:

- 1) Benestar emocional;
- 2) Relacions interpersonals;
- 3) Benestar material;
- 4) Desenvolupament personal;
- 5) Benestar físic;
- 6) autodeterminació;
- 7) Inclusió social;
- 8) Drets.

D'aquestes vuit dimensions de la qualitat de vida, i per les necessitats dels nostres residents vam decidir centrar-nos en millorar la primera: el benestar emocional. La millora de les relacions interpersonals es treballarà de forma indirecta a través del model de treball que implantarem doncs està directament relacionat amb la millora del benestar emocional que és el nostre objectiu principal.

En relació al benestar material, al ser persones institucionalitzades, aquesta dimensió ja està coberta.

El desenvolupament personal forma part del pla de vida essencial al recollir els aspectes significatius de la seva biografia per donar sentit i continuïtat a la seva existència.

Intervenim en el benestar físic mitjançant el control mèdic i d'infermeria i les mesures de confort que proporcionem.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

Potenciem l'autodeterminació facilitant la presa de decisions, per part dels residents, en el seu dia a dia.

La inclusió social forma part de la política d'activitats del centre on tots els residents són tinguts en compte a l'hora de formar part de la dinàmica del centre i en la participació de la vida comunitària de la ciutat.

I per suposat els drets són respectats en tot moment.

Un cop emmarcada la base teòrica ens que ens volíem moure, havíem de disposar d'una metodologia que ens proporcionés la informació que necessitavem per aplicar-ho. Aquesta metodologia va venir de la mà del Dementia Care Mapping(CDM).

El DCM, és una metodologia observacional per avaluar la qualitat de l'atenció en centres d'atenció a persones amb demència. En el DCM, l'observador, a través de la plantilla d'observació, registra les conductes, la implicació i/o estat d'ànim associat a aquesta conducta i la presència de potenciadors o detractors que ha tingut cada un dels intervals.

El Codi de Categories Conductuals (BCC) descriu 23 manifestacions conductuals que pot presentar una persona amb demència.

El mapador també registra l'estat d'ànim i la implicació (ME) experimentat per la persona amb demència. Amb els valors obtinguts dels períodes d'observació s'obté una puntuació promig de benestar/malestar pel període. Aquest indicador es pot calcular per a cada un dels individus o per a tot el grup.

També registra els detractors i els potenciadors personals que es donen. Els detractors i potenciadors personals són conductes que realitza el personal i que poden ser perjudicials o positives per preservar la persona.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

Amb aquesta eina podíem obtenir de primera ma, la manifestació del benestar emocional de les persones amb demències avançades, que per la pròpia malaltia no es podien verbalitzar. No deixa de ser una manifestació dels desitjos de la persones amb demències avançades. És una informació molt valuosa doncs ens respon a la pregunta de com aconseguim escoltar el que volen les persones.

Durant l'any 2012 es va aplicar el DCM a la unitat de demències de la residència per tal de tenir informació de la qualitat d'atenció donada a aquestes persones. La informació obtinguda posava de manifest que la relació que les cuidadores establien amb els residents no els era significativa i per tant no milloraven el seu estat d'ànim. En definitiva, no milloraven la qualitat de vida de les persones que atenien.

Els detractors més freqüents van ser : ignorar i cossificar. Vam arribar a la conclusió davant d'aquest fet, de que les cuidadores presentaven una distància emocional envers els residents. Aquesta distància emocional les feia prioritzar el treure la feina sobre altres necessitats que poguessin tenir els residents. Si podíem millorar la percepció del residents per part de les cuidadores, segurament disminuirien els detractors. I si disminuïen els detractors com a conseqüència milloraria l'estat d'ànim dels residents.

Amb aquestes premisses l'any 2013 s'inicia la implantació d'un nou sistema de treball a la residència que consisteix en que a partir de la informació del DCM, les biografies dels residents (obtingudes de la història social o específicament amb entrevistes dels familiars), elaborem el pla de vida essencial per a cada un dels residents, per tal de millorar-los la qualitat de vida.

RECURSOS:

Per implementar aquest projecte són necessaris els recursos adequats, tant de personal, material, organització, com d'adequació de l'entorn.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

El model d'atenció que subscrivim enfoca l'atenció en unitats de convivència. Per promoure aquestes unitats és necessari que hi hagi una organització del personal auxiliar que ho faci possible. Per això s'ha potenciat el model d'atenció per referents. Aquest model consisteix en assignar a auxiliars amb bona capacitat d'organització i prioritització de tasques la responsabilitat de l'atenció d'un grup de residents així com supervisar l'atenció que fan les seves companyes als residents. En el torn de nit s'ha prioritzat les habilitats de les auxiliars per assignar-los-hi les tasques en que són més habilidoses per tal de millorar la dinàmica dels torns de nit.

En relació als recursos personals, s'ha promogut la formació en "Atenció centrada a la persona" de quatre professionals del centre (la directora, la psicòloga, la coordinadora i la dinamitzadora sociocultural). També s'ha realitzat una acurada selecció del personal auxiliar. La plantilla d'auxiliars s'ha modificat per tal de que les persones que més s'adeqüen al model assistencial se les ha posat en llocs de treball clau per a l'aplicació del model. A més de la selecció del personal, se l'ha format específicament en el coneixement de les característiques de les persones amb demència i en l'aplicació de l'atenció centrada en la persona.

També s'han modificat les tasques que realitzen professionals com la terapeuta ocupacional i el fisioterapeuta, per donar cobertura al programa d'atenció individualitzada que es va dissenyar. En quan a organització també s'ha dotat d'una auxiliar per torn, dedicada exclusivament a la unitat d'atenció a l'alta dependència.

El programa d'activitats de psicoestimulació, foment de les AVD i activitats d'esbarjo s'està redissenyant per adequant-lo a les preferències dels usuaris. També es demana la implicació de les famílies demanant-los que ens facilitin les històries de vida d'aquells residents

que per les seves característiques no la poden explicar, per tal d'ampliar les dades que ja tenim d'ells i que recull la treballadora social.

Acompanyant aquests canvis cal proveir del material necessari per poder realitzar aquestes activitats.

En relació a l'entorn s'ha millorat la decoració de les estances i sales de la residència. I s'anirà adequant a mesura que sorgeixin noves necessitats.

3. OBJECTIUS.

OBJECTIU GENERAL:

Millorar la qualitat de vida dels residents amb demències avançades.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- 1) **Millorar l'estat d'ànim dels residents.**
 - a. Indicador: augmentar els períodes de benestar en l'estat d'ànim (ME) en les observacions respecta del 2012.

- 2) **Millorar la qualitat de l'atenció als residents.**
 - a. Indicadors: augmentar el nombre de potenciadors respecta a les observacions del 2012.
 - b. Disminuir el nombre de detractors respecta del 2012.

- 3) **Augmentar les estones d'activitat/conducta significatives (BCC) en relació a les estones de desconexió o inactivitat.**

4. METODOLOGIA I TEMPORITZACIÓ.

TEMPORITZACIÓ:

ANY	ACCIONS
2009 a 2011	Es forma a quatre persones en la metodologia DCM
2012	De Gener a Juliol es mapa a tots els residents de la unitat de demències.
2012	Curs de formació de les auxiliars en demències i DCM
2012	Juliol i Setembre. Reunions a la unitat de demències per explicar els resultats dels mapes.
2012	Formació de les auxiliars en "resolució de conflictes"
2012	Octubre: redistribució dels residents i canvi del personal auxiliar posant als nous llocs el personal format anteriorment.
2012	Novembre: implementació del nou pla d'activitats.
2012	Novembre i Desembre: seguiment de la nova situació.
2012	Desembre: conclusions i propostes d'actuació.
2013	S'inicien les reunions quinzenals amb la participació de la psicòloga, les auxiliars de la unitat i les supervidores.

Taula 1: Temporització.

METODOLOGIA:

En la reunió quinzenal a la unitat de demències les auxiliars parlen de la persona en qüestió, es comenten els resultats dels mapes i es confecciona el pla de vida essencial del resident. Prèviament a la reunió, si es necessari, la psicòloga o la treballadora social amplia la biografia de la persona amb la família. A vegades, sempre que és possible, incloem a la persona de qui fem el pla de vida essencial. L'aspecte més destacat de les reunions és l'ambient de col·laboració mútua, d'interès per millorar l'estat del resident i sempre de d'una òptica positiva parlant dels aspectes de la persona i no dels dèficits que presenta. La psicòloga revisa la documentació i l'adjunta a la història del resident que està a l'abast de les auxiliars per tal de poder-la consultar quan sigui necessari. Si la família ha pogut col·laborar es realitza una entrevista de devolució on es comenta les conclusions obtingudes.

Paral·lelament, es van realitzant els mapes corresponents a l'any.

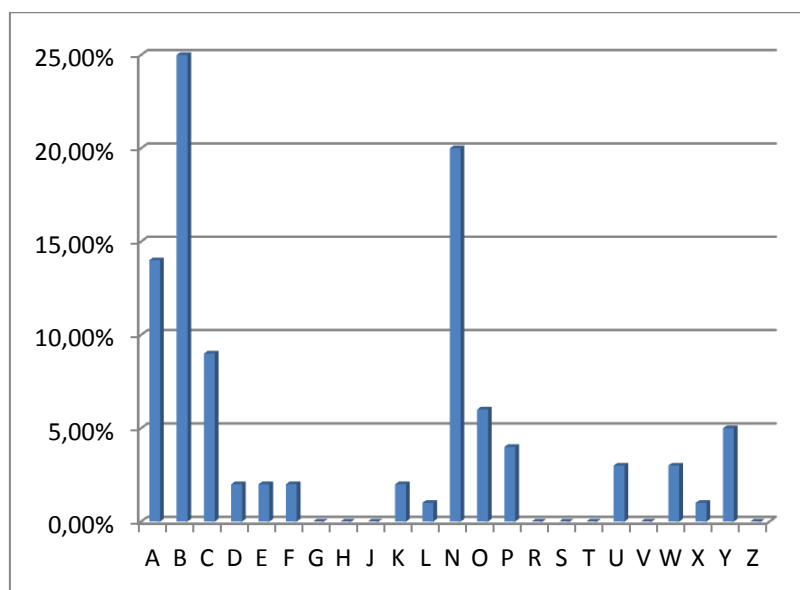
5. RESULTATS: MILLORA EN L'EFICACIA, EFICIÈNCIA I APLICABILITAT EN EL SECTOR.

- **Resultats dels mapes corresponents a l'any 2012.**

L'any 2012 es van mapar a un total de 28 persones. D'aquestes es van mapar dues vegades a 8 persones i tres vegades a 4 persones. El que farien un total de 44 mapes. Els períodes de mapació oscil·len entre els 50 minuts per sessió a 120 minuts. El total de minuts mapats (nombre de persones mapades per duració de sessió) és de 4135 minuts que corresponen aproximadament a 69 h d'observació.

- **Categories de comportament:**

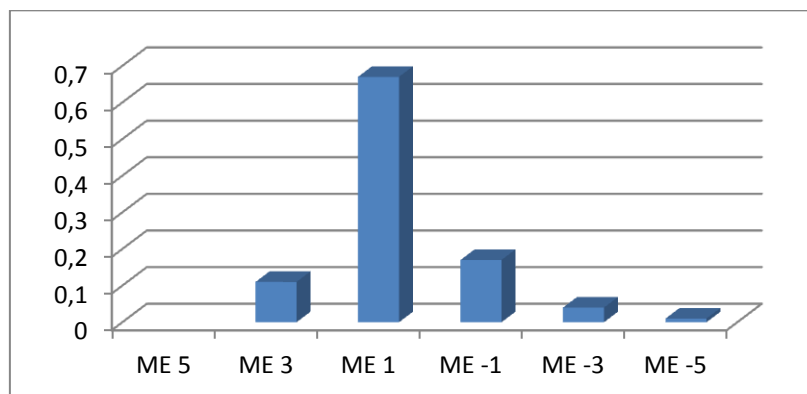
La conducta més registrada en aquestes observacions és la d'observar (**B**) (25% del total de períodes observats); dormir (**N**) (20%), seguida de la d'interacció (**A**) (14%), i la de desvinculació (**C**) (9%). La manipulació d'objectes (**O**) és present un 6% del període i el parlar amb si mateix (**Y**) un 5%. Les altres conductes presents ho són en un percentatge del 3% o inferior.



Gràfica 1: Categories de comportament 2012.

- **Perfil de benestar:**

L'escala d'estats d'ànim i/o implicació va de **ME:-5** (molt negatiu) a **ME:+5** molt positiu). L'estat d'ànim predominant ha estat l'estat d'ànim neutre (**ME:+1**) amb una presència de 67% dels períodes observats i seguit de l'estat d'ànim lleugerament negatiu (**ME:-1**) amb una presència del 17%. El total de temps en estat d'ànim negatiu ha estat d'un 22% i la d'estat d'ànim positiu un 78%.



Gràfica 2: Perfils de benestar 2012.

○ **Taula de potenciadors i detractors.**

En tot el període d'observació s'han detectat 18 detractors i 45 potenciadors.

Respecta als detractors majoritàriament s'han donat interaccions consistents en ignorar al resident (5 situacions) i cossificar al resident (4 situacions). Altres detractors han estat: imposició (3), invalidació (2), intimidació (1), ritme inadequat (1), desautoritzar (2).

Els potenciadors registrats han estat en total 45. Cal destacar el potenciador de calidesa (13), acceptar (6), incloure (6), Facilitar (5), identificar (5), recolzar (3), celebració (3), validació (3), i empoderament (1).

Taula 2: Potenciadors/detractors any 2012				
Necessitat psicològica	Molt detractor	Detractor	Potenciador	Molt potenciador
Confort		2	16	
Identitat		1	9	
Apego		2	3	
Ocupació		7	6	
Inclusió		6	11	
Total		18	45	

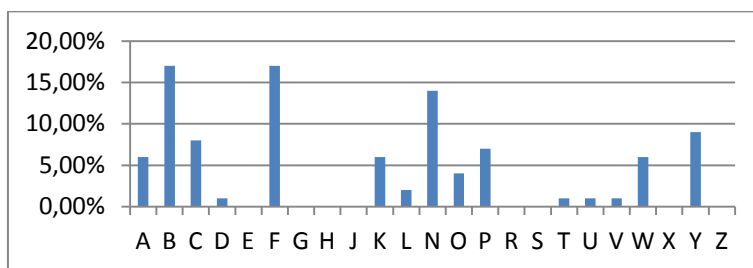
Si calculem la relació de potenciadors dispensats per hora obtenim el valor de 0.65 Potenciadors/h. Per l'any 2012.

● **Resultats del mapes corresponents a l'any 2013.**

El primer semestre de l'any 2013 s'han mapat a un total de 26 persones (una dues vegades), el que fa un total de 27 mapes. Els períodes de mapació oscil·len des dels 100 minuts als 210 minuts, llevat d'una observació de 60 minuts. El total de minuts mapats (nombre de persones mapades per duració de sessió) és de 3870 minuts que corresponen aproximadament a 65 h d'observació.

○ **Categories de comportament.**

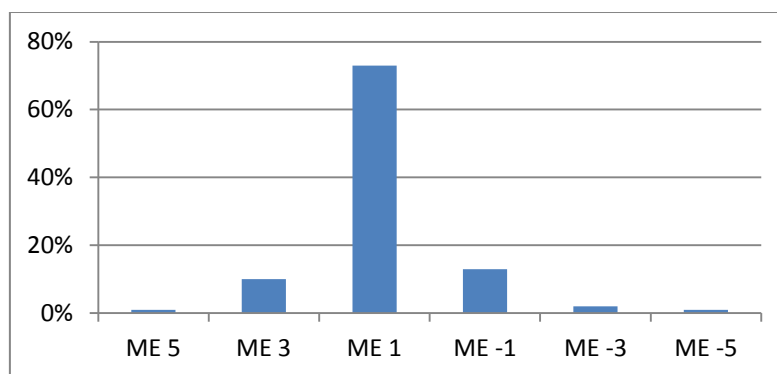
Les conductes amb més presència han estat observar i menjar (**B, F**), ambdues amb un percentatge del 17%. A continuació la de dormir (**N**) (14%) i la de comunicar-se (**A**) (6%). Parlar amb un mateix (**Y**) es presenta en un (9%), estar desvinculat (**C**) es presenta en un 8%, assistència pràctica (**P**) en un 7%, i caminar (**K**) en un 6%. Les altres categories que s'observen ho fan en un percentatge d'entre l'u i el dos per cent.



Gràfica 3: Categories de comportament 2013.

○ **Perfil de benestar.**

L'estat d'ànim predominant en els períodes observat és el d'estat d'ànim neutre (**ME+1**) amb una presència del 73%. A continuació tenim l'estat d'ànim negatiu (**ME-1**) amb un 13 %. En conjunt l'estat d'ànim positiu acumula un 84% del temps observat i l'estat d'ànim negatiu un 16 %.



Gràfica 4: Perfils de benestar 2013.

○ **Taula de potenciadors/detractors.**

En el període en que s'han realitzat els mapes, destaca la caiguda en el nombre de detractors. Només se'n registra 1 (imposició).

També és molt significatiu l'augment en el nombre de potenciadors registrats (65). El potenciador més observat és el relacionat amb la calidesa (20); seguit de la facilitació (10) i el

reconeixement (8). Altres potenciadors significatius són la col·laboració (6), la celebració (5), i la validació (5). Altres potenciadors presents són: capacitar (3), recolzar (2), acceptar (2), (empoderament(2) i diversió (2).

Taula 3: Potenciadors/detractors 2013				
Necessitat psicològica	Molt detractor	Detractor	Potenciador	Molt potenciador
Confort			22	
Identitat			7	
Apego			13	
Ocupació		1	21	
Inclusió			2	
Total		1	65	

Si calculem la relació de potenciadors dispensats per hora obtenim el valor de 0.93 potenciadors/hora. S'ha millorat respecta de l'any anterior.

- **Resultats de les reunions:**

El primer semestre del 2013 s'han realitzat 27 reunions d'una hora de duració. S'han confeccionat 18 plans de vida essencial i s'han realitzat 7 entrevistes familiars.

La mitja de participació a les reunions és de 6 persones.

Taula 4: Resum de les reunions
18 plans de vida essencial confeccionats.
27 reunions.
6 persones per reunió (mitja de participació).
7 entrevistes familiars.

En l'anàlisi de les dades dels plans de vida essencial confeccionats hem obtingut les següents dades:

- En l'apartat "**Què és important per a la Sr/a. ?**" hem descrit 90 elements importants (significatius) pels residents, amb un rang que va dels 2 al 9 elements per pla de vida essencial i amb una mitja de 5 elements.
- En l'apartat "**Que admiren els demés de la Sr/a. ?**" hem obtingut un total de 64 característiques positives, amb un rang del 2 als 5 adjectius i una mitja de 3.5.

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

- En l'apartat "**com ajudar a la Sr/a. ?**". hem proposat 67 accions, amb un rang de 2 a 5 plans d'actuació, i una mitja de 3.9.
- En relació a les **alertes**, n'hem definit un total de 20.
- En l'apartat **propostes**, se n'han recollit 4.

	Nombre de propostes	Mitja
Què és important?	90	5
Què admiren els demés?	64	3.5
Com ajudar a ?	67	3.9
Alertes	20	1.1
Propostes	4	

Taula 5: Dades dels plans de vida essencials.

En el desenvolupament de les reunions s'ha observat una millora en la implicació per part de les auxiliars i un augment en la motivació per trobar solució a situacions difícils, augmentant el nombre de propostes. També una comprensió més profunda de les conductes que presenten els residents relacionant-ho amb aspectes de la seva biografia.

De forma indirecta s'ha observat una millora en les competències d'observació, anàlisi i presa de decisió en relació a les atencions que presten als residents. A l'aplicar el que es parla a les reunions, les auxiliars comenten que tenen més estratègies per abordar les situacions que s'han treballat.

També s'ha observat una millora en el involucrament en la cura als residents tenint en compte aspectes més personals i sent més acurades en la relació amb ells.

El fet de conèixer la biografia de la persona i confeccionar conjuntament els plans de vida essencial, amplia la percepció que tenen les cuidadores sobre els residents. Aquest fet potencia els vincles que estableixen entre el personal i els residents millorant les interaccions al fer-les més significatives.

6. CONCLUSIONS.

Objectius específics:

1) **Millorar l'estat d'ànim dels residents.**

El percentatge de períodes en estat d'ànim positiu l'any 2012 és del 67% dels períodes observats davant dels 84% registrat el 2013. El que suposa una millora en l'estat d'ànim dels residents posterior a la intervenció realitzada a la unitat. Lògicament els períodes de malestar han disminuït passant d'un 22% dels períodes observats el 2012 a un 16% dels períodes observats el 2013.

2) **Millorar la qualitat de l'atenció als residents.**

El nombre de potenciadors registrats l'any 2012 va ser de 45 potenciadors. El 2013 es van registrar 65 potenciadors el que significa una millora molt important. El que implica aquest canvi és que les interaccions que fan les auxiliars amb els residents són significatives per a ells i els generen benestar.




A l'hora, en relació als detractors, l'any 2012 se'n van registrar 18. Ha estat molt significatiu la disminució a 1 detractor registrat l'any 2013. És a dir que a més d'augmentar relacions significatives, gairebé hem eliminat aquelles interaccions que generen malestar. Això ens pot portar a pensar realment en una interiorització del model d'atenció per part del personal en tenir una actitud activa de millora del seu propi comportament i en la implicació en els cuidados que se'n deriva.

- 3) En relació al **repertori de conductes i activitats** que presenten els residents s'ha observat un canvi en el sentit d'augmentar activitats generadores de benestar i disminuir activitats/conductes generadores de malestar. Conductes generadores de benestar que han augmentat són: Dedicació (de 1.5 a 1.65), ingesta (de 1.8% a 17%), caminar (de 2.2% a 6%), assistència física (de 4.4% a 7%), Yo mateix (de 5.5% a 9%), activitats relacionades amb l'oci (de 0% a 2%), activitats relacionades amb activitat laboral i sensacions sensorials (han aparegut el 2013). En canvi han disminuït interacció (del 14.3% al 6%). Expressiva (de 1.9% a 1%) i Objectes (del 6% al 4%). Les conductes de baix potencial de benestar que han disminuït, i per tant milloren els objectius són: conductes sense resposta (de 3% a 1%) i desvinculat (del 8.9% al 8%). En canvi autoestimulació repetitiva ha augmentat (3.16% a 6%) possiblement degut a l'augment de la demència. També ha disminuït dormir (del 20% al 14%).

El pla de vida essencial com instrument metodològic per a la millora de la qualitat de vida de persones amb demències avançades.

Com a conclusió podem dir que els residents han estat més actius i amb més benestar el 2013 que el 2012.

Comportament	2012	2013
Interacció (A)	14.3%	6%
Bordeline (B)	25.2%	17%
Desvinculat (C)	8.9%	8%
Dedicació/autocuidado (D)	1%	1.6%
Expressiva (E)	1.9%	1%
Ingesta (F)	1.8%	17%
Caminar (K)	2.2%	6%
Oci (L)	0	2%
Dormir(N)	20%	14%
Objectes (O)	6%	4%
Assistència física (P)	4.4%	7%
Sensacions sensorials (T)	0%	1%
Sense resposta (U)	3%	1%
Vocacional (V)	0	1%
Auto estimulació repetitiva (W)	3.16%	6%
Yo mismo (Y)	5.5%	9%

	Alt potencial de benestar.
	Moderat potencial de ben.
	Baix potencial de benestar

Taula 6: Comparativa de conductes entre l'any 2012 i 2013.

El fet de confeccionar els plans de vida essencials conjuntament amb les auxiliars, ha fet que aquestes reflexionessin sobre les interaccions que realitzen i fer conscients aquelles interaccions que s'havien de modificar per tal de potenciar als residents i millorar la seva qualitat de vida. L'efecte immediat de millorar les interaccions és el de disminuir els detractors tal i com s'ha observat.

Aquesta metodologia de treball té un efecte molt motivador i engrescador pel personal. Al recollir les seves opinions i suggerències es senten implicades directament en el procés i hi participen més activament.

En l'anàlisi dels resultats podem dir que els objectius que ens havíem plantejat s'han acomplert. Fins i tot més satisfactòriament del que esperàvem.

Voldríem comentar algunes reflexions d'aquestes conclusions i és que alguns dels resultats poden haver estat influenciats per l'ampliació dels períodes d'observació que en vam fer. També cal tenir en compte un possible efecte de modificació de la conducta de les auxiliars durant la sessió de mapació al conèixer les bases teòriques del treball. Malgrat això, es constata un canvi en l'actitud de les auxiliars en relació a les interaccions que estableixen amb els residents. Hi ha un esforç molt

important en fer que les comunicacions que fan siguin altament potenciadores pels residents.

Un altre aspecte que ens feia tenir dubtes a l'hora de fer l'anàlisi de les dades era el de tenir en compte que per a la segona mapació que es va realitzar, ja havia passat un any de la primera i ens podíem trobar que l'evolució de la demència podia distorsionar les dades. **Aspecte aquest que no hem detectat.** Actualment ja estem fent la tercera revisió en algunes de les persones amb les que vam començar a treballar els plans de vida essencial, a començaments d'aquest 2013.

En aquesta tercera revisió, hem observat que malgrat l'evident deteriorament presentat per l'evolució de la demència, **el nucli de la persona es manté, presentant estabilitat en els trets de personalitat i de totes aquelles accions que li són significatives i gratificants. És la constatació de que la persona és manté, malgrat la demència que pateix.**

Per tant si coneixem els aspectes importants de la persona, en el moment en que aquesta no els pot manifestar per l'evolució de la demència, la podem continuar atenent amb qualitat fins al darrer moment de la seva vida.

7. BIBLIOGRAFIA.

BROOKER,D.,SURRE,C., (2009). *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*. Barcelona. Alzheimer Catalunya.

KITWOOD,T. (2003). *Repensant la demència*. Vic. Editorial Eumo

MARTÍNEZ,T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*.76 Gizartea Hobetuz. Documentos de bienestar social. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

ANNEX 1

PLA DE VIDA ESSENCIAL DE: Sr. /a.: Data:		
Què és important per a la Sra. ?	Què admiren els demés de la Sra. ?	Com ajudar a la Sra. ?
ALERTES: PROPOSTA:		