

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

- *Atenció a persones amb discapacitat*
- 

## Programa de promoció i recuperació de l'autonomia funcional (PROA)

---

Francesca Massip Sastre  
(Treballadora social i coordinadora del PROA)

Diana Carolina Quiroga Parada  
(Terapeuta ocupacional)

Fundació Hospitalària Sant Joan de Déu



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial\_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

## Resum

El Programa de Promoció de l'Autonomia Personal a l'Hospital Sant Joan de Déu és un programa social dintre de l'àmbit hospitalari. Aquest programa, també inclou la rehabilitació i el manteniment de l'autonomia, i es treballa amb les necessitats i dificultats de cada persona amb discapacitat i amb una visió integral de cada situació, tractant amb qualitat, respecte, hospitalitat, responsabilitat i espiritualitat. *Resultats*: Millora de la visió d'un mateix, disminuint les limitacions i augmentant i reforçant les habilitats i capacitats. Millora de l'acompliment i qualitat d'execució en les activitats bàsiques de la vida diària.

## Paraules clau

Persones amb discapacitat, rehabilitació funcional, promoció de l'autonomia, atenció integral.

## Introducció

La Constitució espanyola, al 1978, per tal de fomentar i garantir l'estat del benestar, ordena als poders públics a "*promoure les condicions perquè la llibertat, i la igualtat de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals i efectives; remoure els obstacles que impedeixin o dificultin la seva plenitud, i facilitar la participació de tota la ciutadania en la vida política, econòmica, cultural i social*". És el primer pas per promoure una societat igualitària i inclusiva a l'Estat espanyol.

En el Reial Decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, s'aprova el Text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, les persones amb discapacitat tenen els mateixos drets que qualsevol ciutadà conforme al nostre ordenament jurídic.

El poder d'autonomia, en aquest cas del Consell, fa que a Balears al febrer del 2018 es redacti un reglament amb la finalitat de "*regular el règim jurídic d'organització i funcionament del serveis socials per a persones amb discapacitat de Mallorca incloses a las Cartera Insular de serveis socials i de menors i família, dit reglament es basa amb el Reial Decret legislatiu 1/2013*".

Amb tots aquests preàmbuls trobem a l'article 59 del reglament anteriorment esmentat, el Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional que es regeix sobre els principis rector aplicables següents:

- Atenció centrada en la persona
- Benestar
- Autonomia

- Drets
- Inclusió

Aquest servei es defineix a l'article 59.1, com *“un servei que proporciona a les persones amb discapacitat física sobrevinguda en fase post-aguda, una atenció multidisciplinària, mitjançant sessions especialitzades per pal·liar els dèficits cognitius, motors i emocionals i millorant la seva autonomia.”*

L'IMAS va publicar el 5 d'abril del 2019 l'expedient de convocatòria de la concertació del servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional per a persones amb discapacitat física, inclòs a la xarxa pública de serveis per a persones amb discapacitat de Mallorca, del qual va concedir 89 places a l'entitat de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Palma.

## Què és?

Globalment PROA és un programa finançat per l'IMAS que té la finalitat de millorar la funcionalitat i autonomia de les persones segons les seves capacitats. Dins d'aquest programa trobem tres nivells gestionats per diferents entitats:

- *Promoció i recuperació*: Hospital Sant Joan de Déu (zona Palma- Inca) i DACESMA (zona Felanitx).
- *Manteniment*: ASPAYM (Mallorca).
- *Inserció sociolaboral*: ASPROM-NAZARET (Mallorca).

El PROA de l'Hospital Sant Joan de Déu cerca millorar la funcionalitat de la vida quotidiana de persones amb discapacitat física sobrevinguda des de l'any i mig fins als quatre anys de post-afectació, mitjançant el treball en projectes i tallers, orientat a activitats del dia a dia, per aconseguir la seva plena participació en la vida familiar, social i comunitària.

## 1. Metodologia

El PROA-HSJD es caracteritza per un treball en equip format per professionals sanitaris (punt 2.1.) on es treballa de manera coordinada, interdisciplinària i transversal.

Es treballa amb una visió integral de la persona i des d'una perspectiva biopsicosocial, tenint en compte tots els àmbits i contextos en els quals en troben les persones usuàries, i d'una visió centrada en la persona, la xarxa de suport (familiar i social) que té i la comunitat. Es tenen en compte les dificultats que manifesta cada persona usuària i els interessos, així com també l'objectiu de vida actual sense perdre la visió de l'estil de vida abans de l'afectació. Treballam des de la necessitat que la persona manifesta, quina necessitat té en el dia a dia per dur a terme les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.

PROA-HSJD pretén que les famílies formin part d'aquest servei, per la qual cosa es fan tallers de salut en què persones usuàries i família comparteixen un espai d'aprenentatge i de promoció de la salut amb l'objectiu d'implementar al domicili tot el que s'ha aconseguit en el taller. Així mateix tenen un servei de psicologia de suport a familiars. Els tallers de salut són impartits pels mateixos professionals del programa, els quals en funció de les preocupacions i/o necessitats detectades a les persones usuàries i a les famílies creen la temàtica del taller.

## 1.1. A qui es dirigeix?

Es dirigeix a persones major de setze anys, amb discapacitat física sobrevinguda reconeguda, igual o superior al 33 %, de més d'any i mig d'evolució, que han acabat la seva rehabilitació per IB-Salut i que tingui possibilitats de millora de la seva autonomia.

## 1.2. Àrea d'actuació

*Zona Palma:* inclou els municipis d'Algaida, Andratx, Banyalbufar, Bunyola, Calvià, Deià, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Lluçmajor, Marratxí, Palma, Puigpunyent, Sant Eugènia, Santa Maria del Camí, Sóller i Valldemossa.

*Zona Inca:* inclou els municipis d'Alaró, Alcúdia, Binissalem, Búger, Campanet, Costitx, Escorca, Inca, Lloret, Lloseta, Consell, Llubí, Mancor de la Vall, Maria de la Salut, Muro, sa Pobla, Pollença, Santa Margalida, Selva, Sencelles, Sineu.

## 1.3. Objectius

### Objectiu general

Proporcionar a les persones amb discapacitat física sobrevinguda en fase post-aguda, amb dèficits cognitius, motors o emocionals, una atenció interdisciplinària que ajudi a obtenir un nivell òptim de funcionalitat i autonomia personal en la seva vida.

### Objectius específics

- Aconseguir un nivell òptim d'estat físic per afrontar de la manera més autònoma possible les activitats de la vida quotidiana.
- Proporcionar informació, suport i orientació sobre l'adaptació de diferents espais i entorns en les que es realitzen dites activitats.
- Assessorar i facilitar productes de suport i eines TIC (tecnològiques i de comunicació) que ajudin assolir un alt grau de funcionalitat.
- Reconstruir i reorientar els projectes de vida d'aquestes persones.

## 1.4. Circuit dintre del programa

Per treballar de manera coordinada i seguint els eixos i objectius esmentats anteriorment, es fa el circuit següent:

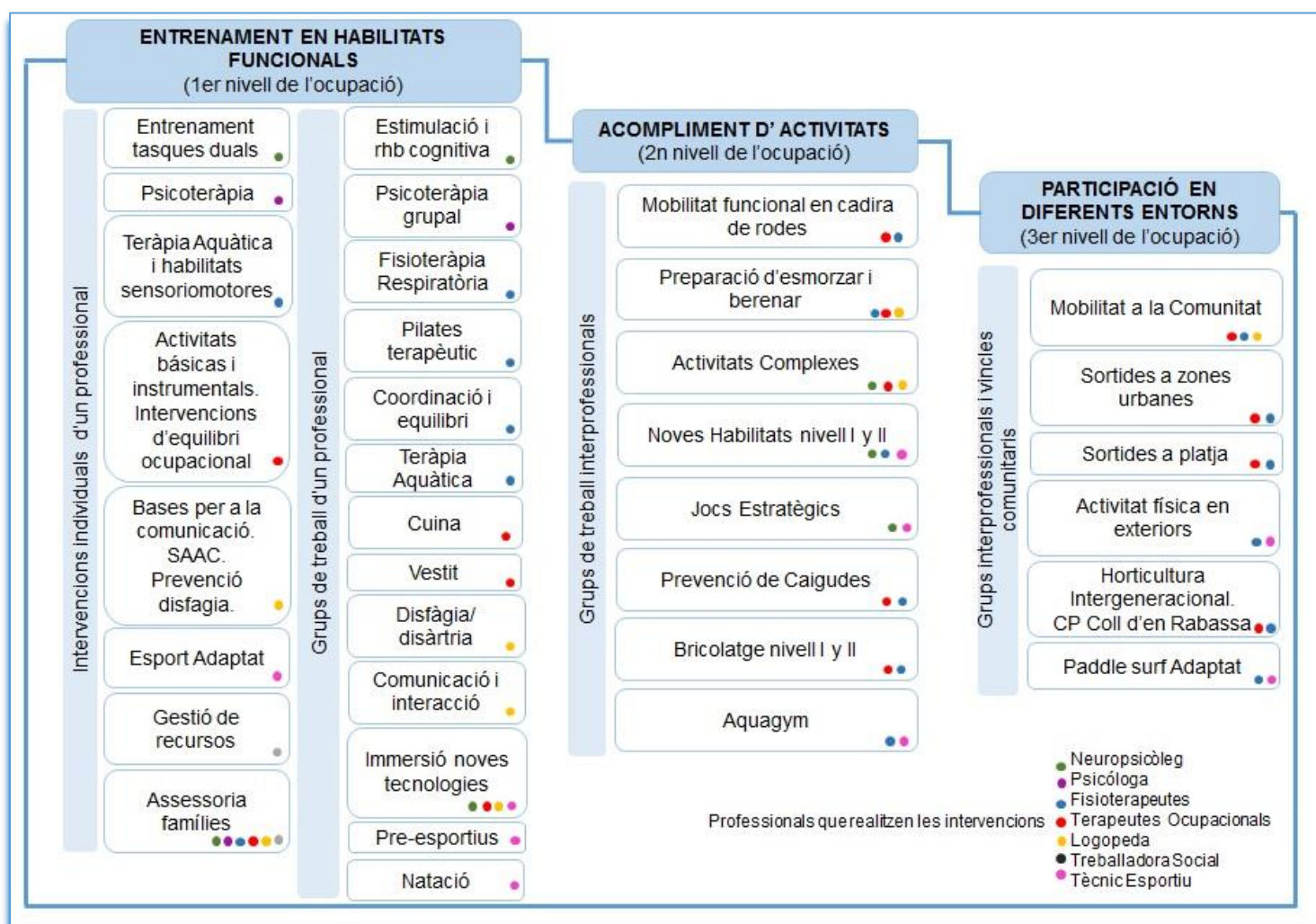
- El metge rehabilitador (MR) i la treballadora social (TS) fan una primera valoració a través d'entrevistes, on es passen unes escales específiques i es valora la derivació a altres professionals. Durant aquestes entrevistes es tenen presents els interessos, les necessitats, les preferències, els estils de vida i els objectius de la persona usuària i de la família.
- Posteriorment, la resta de professionals elegits entre la TS i el MR en funció dels objectius plantejats inicialment valoren la persona usuària.
- Un cop fetes totes les valoracions es reuneix tot l'equip o es posen en comú els objectius detectats i es proposen els tallers o projectes en els quals es puguin treballar les necessitats i promocionar l'autonomia de la persona usuària.
- Es comunica a la persona usuària i a la família els projectes, tallers i horaris proposats per iniciar les activitats o per fer un ajust més precís, si cal.

Cal tenir en compte que les persones usuàries no poden fer més de sis hores a la setmana de teràpia i fer altres tractaments públics paral·lels. Així doncs, la incompatibilitat és un factor que s'ha de tenir present en el moment d'accedir al programa i durant la permanència. A més, la duració màxima de permanència en el programa és de tres anys sempre en funció dels objectius que s'han de treballar i els que s'assoleixen al llarg del temps.

### 1.5. Quadre metodològic

A continuació observem el següent Esquema o quadre metodològic que es planteja des de PROA per a les persones usuàries.

ESQUEMA 1. Quadre metodològic o circuit del PROA (elab. pròpia)



Observem que hi ha tres etapes:

1. *Entrenaments en habilitats funcionals*: durant aquesta primera etapa es reforcen i es reentrenen les habilitats per al desenvolupament d'activitats tant individualment com amb un professional. Es basa en un treball més directe quant a les necessitats físiques i cognitives que presenten. En aquest primer nivell

d'ocupació, s'estableixen sessions individuals o en grups de quatre persones que tenen necessitats semblants o iguals.

2. *Acompliment d'activitats*: és el segon grau d'ocupació. En aquesta fase es modifica la manera de treballar dels professionals, ja que hi ha fins a tres professionals treballant en el mateix moment amb el grup. La ràtio pot ser de fins a vuit persones usuàries alhora. Es fan activitats del seu dia a dia i es van fent adaptacions en funció de les dificultats i necessitats que troben amb cada persona usuària. A més, el fet de treballar en grup permet crear vincles entre les persones usuàries.
3. *Participació en diferents entorns*: el tercer grau d'ocupació té com a objectiu sortir de l'entorn hospitalari, observar i detectar les dificultats que tenen i manifesten les persones usuàries en un entorn real (barri, interacció amb gent sense discapacitat, gent que no coneixen, planificació de rutes...). Es treballa amb un professional o amb dos alhora i és el moment en què les persones usuàries poden connectar amb altres recursos socials (casals de barri, entitats i associacions, grups de veïnats...) i on es reconstrueix la identitat ocupacional que s'havia perdut després de l'accident.

## 1.6. Què oferim?

Oferim un programa on el treball coordinat d'un equip sanitari de neurorehabilitació realitza:

- Promocionar l'autonomia personal mitjançant projectes i tallers fets a l'hospital o a l'entorn de la persona usuària.
- Donar atenció i suport psicosocial orientat a les necessitats psicològiques, cognitives i socials.
- Afavorir el treball en grup per fomentar les relacions interpersonals i aprofitar-ne les sinergies i els beneficis.
- Informar i assessorar les famílies i el personal cuidador sobre els aspectes relacionats amb la promoció de l'autonomia personal i sobre les pautes que s'han de seguir per optimitzar el treball fet al servei.
- Acudir al domicili o l'ambient on es desenvolupa la persona beneficiària, per assegurar una translació adequada del que s'ha treballat al servei a la vida personal.
- Informar i assessorar sobre els diversos recursos sociosanitaris i comunitaris que complementen l'atenció que el servei proporciona i contactar-hi.
- Promocionar, entre les persones beneficiàries, el manteniment d'un estil de vida actiu i saludable.
- Formar i sensibilitzar els altres professionals i la comunitat sobre les necessitats de les persones usuàries del servei.

## 1.7. Pla terapèutic comú (PTC)

El document del PTC s'utilitza com una imatge del: diagnòstic, persona cuidadora (si en té), dates de valoracions i revisions, horari de la persona usuària i espai on fa l'activitat.



Dins el PTC es té en compte altra informació addicional com sistemes de comunicació, dieta o locomoció.

Els objectius dels professionals es recullen en aquest document, així com les consideracions i els tractaments ja fets i l'objectiu personal de cada persona usuària amb la finalitat de no perdre la visió de treball centrat en la persona i la seva necessitat.

## 2. Recursos

### 2.1. Recursos humans

L'equip de PROA el forma un grup de professionals formats dintre de l'àmbit sanitari: metge rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, neuropsicòleg, psicòloga, infermera, tècnic de activitats esportives, administrativa i treballadora social.

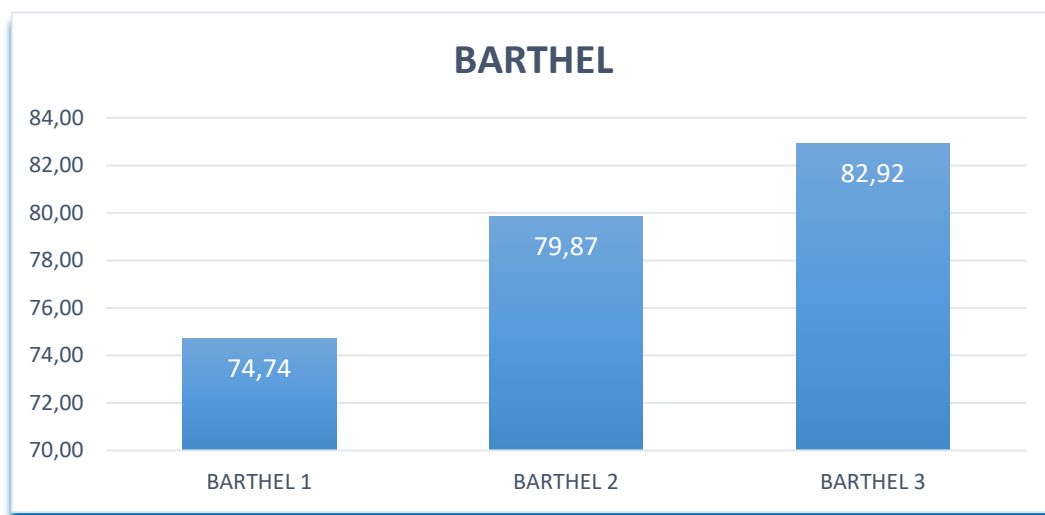
### 2.2. Recursos materials i equipaments

La majoria de les activitats, tallers i projectes es duen a terme dintre de l'hospital pel que es conta amb les diferents instal·lacions i el seu material i equipament: gimnàs de neurorehabilitació, hospital de dia, sala polivalent i piscina climatitzada.

## 3. Resultats 2017-2018. Indicadors d'avaluació

Per valorar els resultat de PROA contem amb diferents instruments de mesura quantitativa. Per una banda tenim els resultats objectius de l'escala de Barthel (vegeu *Gràfica 1*) que la fa el metge rehabilitador en la valoració inicial i en les revisions successives.

GRÀFICA 1. Valoració Escala Barthel (2017-2018)



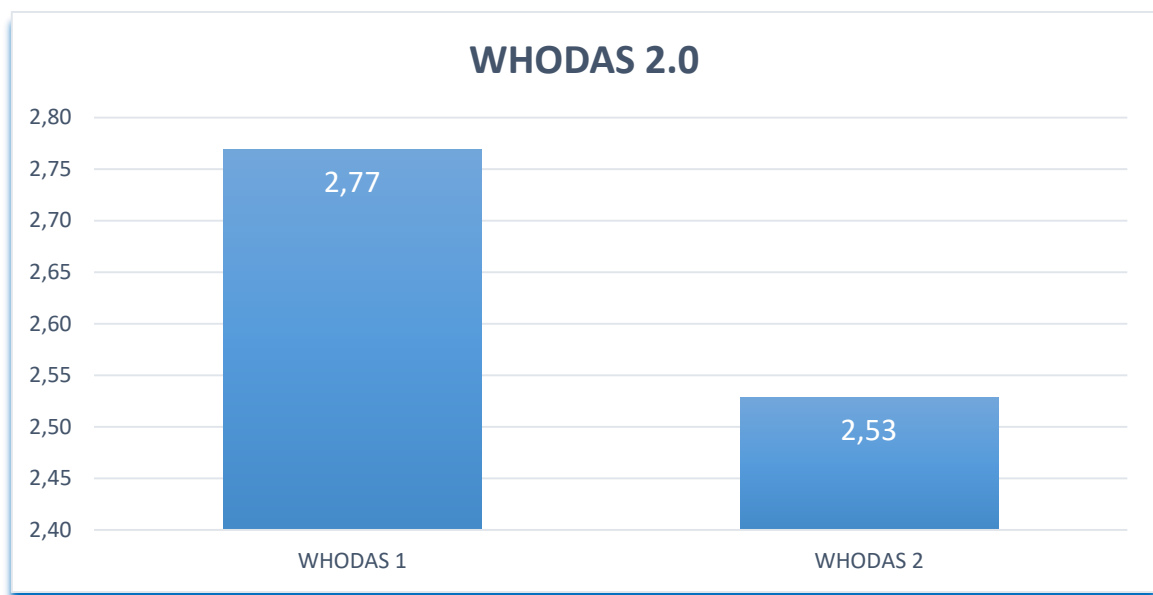
Elaboració pròpia.

Els resultats d'aquesta gràfica és la comparativa de les valoracions inicials (Barthel 1) i les revisions (Barthel 2 i Barthel 3) des d'abril de l'any 2017 fins a desembre del 2018, d'un total de 95 persones usuàries.

L'escala de Barthel mesura la funcionalitat de l'usuari i la capacitat de realitzar deu activitats bàsiques de la vida diària. Quan més alta és la puntuació més capacitat té de realitzar dites activitats. Així doncs, observem un millora de vuit punts entre l'escala de Barthel de la valoració inicial i la tercera revisió.

Per altre banda, tenim els resultats del Whodas 2.0. de la Organització Mundial de Salut (OMS) (veure Gràfica 2), instrument de mesura subjectiva de cada usuari, doncs són ells mateixos qui valoren les dificultats que tenen durant el darrer mes per realitzar els diferents ítems que li proposen. Aquesta escala la fa la treballadora social en el moment de valoració i pròximes revisions.

GRÀFICA 2. Valoració Whodas 2.0 (2017-2018)



Elaboració pròpia.

El particular d'aquesta escala és que qui valora i puntua entre 1 i 5 la dificultat per realitzar les diferents activitats és la persona usuària.

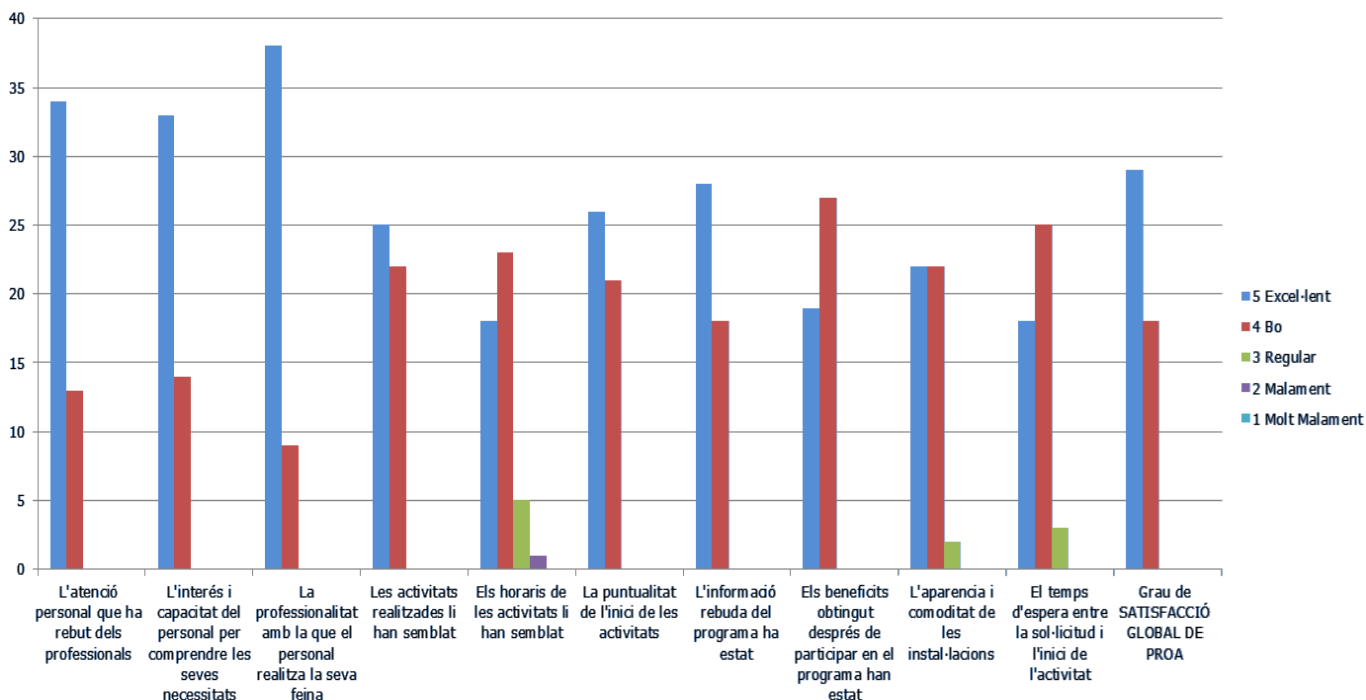
Es valoren 36 activitats del dia a dia, dividides en 7 ítems. L'1 implica que no té cap dificultat per fer-la i el 5 que no la pot fer. Es valoren els ítems de: comprensió i comunicació, desplaçaments i mobilitat, vida diària, treball o escola, participació social, cura personal i relacions socials.

Podem observar com la percepció de dificultats a causa de la discapacitat ha disminuït en 0,24 punts de la primera valoració a la segona, en un període de 6 mesos.

Finalment, també de manera subjectiva tenim les enquestes de satisfacció del programa en general (vegeu Gràfica 3). Se'n varen lliurar 90 a les persones usuàries, 47 de les quals les varen tornar valorar de manera quantitativa:



**GRÀFICA 3. Enquestes de satisfacció**



## 4. Conclusions

Quan una persona, independentment de l'edat, sofreix un dany cerebral i això li provoca una discapacitat física, li canvia la vida per sempre. Mentre és dins l'àmbit hospitalari, ja sigui ingressada o de manera ambulatòria, tant aquesta persona com la família se senten protegits, però en el moment que es romp aquesta relació, que s'acaba el tractament, és quan es troben les diferents necessitats i sorgeixen les preguntes: i ara què? Què faig? Què puc fer? On puc on anar?

Després de quasi dos anys i mig de programa, en podem extreure diferents conclusions:

1. Treballar amb professionals que fomentin i creïn vincles amb les persones usuàries i les famílies, des del respecte i la professionalitat, fa que entre tot l'equip i les persones que formen part d'aquest programa se cerquin respostes de manera personalitzada a les preguntes col·lectives que hem esmentat abans.
2. Molta gent no sap on anar, no ha estat en contacte amb cap associació o entitat que la pugui guiar o donar suport a diferents nivells.
3. El treball en grup, la feina interdisciplinària i que diferents professionals de l'àmbit sanitari treballin al mateix temps té uns grans beneficis rehabilitadors. Com que es poden treballar diferents camps en el mateix moment la rehabilitació és més productiva i eficient per les sinergies que es creen, que fomenten l'aprenentatge de tots els professionals i el treball en equip. Així mateix, la possibilitat de poder fer teràpies rehabilitadores durant una o dues hores incrementa els beneficis posteriors.
4. La millora de l'estat físic i la musculatura aconsegueix un augment de qualitat de vida, supervivència i, per tant, autonomia.
5. En la societat actual que vivim, queda molta feina per fer-la inclusiva i igualitària, i això és el que es pretén treballar: la promoció de l'autonomia i de la inclusió.

## 5. Projecció al futur de PROA

Amb el temps, s'han detectat necessitats noves que no es plantejaven fa dos anys, com és la de fer feina perquè la persona usuària connecti amb els recursos del seu entorn, amb la finalitat que, un cop la seva permanència a PROA hagi acabat, no es vegi en la mateixa situació que quan han acabat la rehabilitació de l'IB-Salut i intentar evitar que la persona depengui del recurs. El fet de connectar amb la persona usuària d'una manera més propera, des de l'àmbit social i no mèdic, fa que les persones que formen part de PROA i els familiars se sentin reconfortats i compresos, i troben en els professionals de PROA un suport davant una situació difícil. Tot això permet crear un entorn de confiança i proper, que és el que cream en el present i volem que es mantengui en el futur.

Enfocam el programa amb una visió integral de la persona i valorant tots els entorns (familiars, socials, laborals, acadèmics...). Per això, veim que PROA HSJD és dinàmic, amb canvis al llarg del temps (de fet ja n'ha sofert alguns des de l'inici). L'objectiu és fomentar l'autonomia personal i fer-ho des d'una rehabilitació diferent, dins un àmbit sanitari tradicional amb una projecció social i una visió sanitària.

Finalment, es pretén fomentar un estil de vida saludable i amb millor qualitat de vida mitjançant pautes individualitzades per a cada persona usuària, perquè pugui seguir fent al domicili les diferents activitats assolides en el programa, en funció de la situació personal i clínica.

## Referències bibliogràfiques

- OMS (2015). Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. Servicio Nacional de Rehabilitación. Consulta: <http://bit.ly/2kR9zpm>
- Reglament del Consell de Mallorca pel qual es regula el funcionament dels serveis socials per a persones amb discapacitat inclosos a la cartera insular de serveis socials, i s'estableixen els requisits d'autorització i acreditació. BOIB, Núm. 21 de 15 de febrer de 2018. Consulta: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2018/21/1001310>
- Resolució de l'expedient d'adjudicació de la concertació del servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional per a persones amb discapacitat física, inclòs a la xarxa pública de serveis per a persones amb discapacitat de Mallorca. Consulta: <https://seu.conselldemallorca.net/es/fitxa?key=37065>