

ALBERT MORAGAS FERNÁNDEZ

**“LES PERSONES GRANS VERSUS ELS GRAUS, RECURSOS I SERVEIS
ADJUDICATS PER LA LLEI DE LA DEPENDÈNCIA”**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

**Dirigit per la Dra. MARTA ROMEU FERRAN
i el Dr. GABRIEL DE FEBRER MARTÍNEZ**

Màster d'Envel·liment i Salut



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2021

"TRABAJO DE FIN DE MÁSTER"
Máster de Envejecimiento y salud

Evaluación final

Tutor del estudiante: Dr. Gabriel de Febrer

Nombre del estudiante evaluado: Albert Moragas

Memoria del TFM	
Pon la nota del 0 al 10 dentro de la casilla correspondiente	Nota 0 a 10
Evaluación global del trabajo 10%	0.86
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas	8
2. Coherencia interna del trabajo	8
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico	9
4. Relevancia: originalidad e innovación	10
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados	8
Introducción y justificación 15%	1.3125
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo	9
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema	8
3. Contribución en el avance teórico	8
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional	10
Metodología de la investigación 25%	2.166
1. Adecuación de la metodología a la temática	8
2. Instrumentos de investigación apropiados	9
3. Descripción de los métodos utilizados	9
Resultados y discusión 20%	1.72
1. Interpretación de los datos y resultados	8
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación	9
3. Viabilidad de la propuesta	9
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión	9
5. Figuras y tablas adecuadas	8
Conclusión 20%	1.8
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos	9
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones	9
Aspectos formales 5%	0.4
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo	8
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal	9
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado	7
Evaluación del proceso: 5%	0.45
1. ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final	9
Nota total sobre 10 (memoria escrita):	8.7

Observaciones (feedback):

Firma del tutor/a

A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature is stylized, starting with a large loop and ending with a horizontal stroke.

ÍNDEX

Resum i Abstract.....	5
Introducció.....	6
Antecedents i estat de la situació.....	8
Hipòtesi.....	13
Objectius.....	14
Metodologia.....	14
Resultats.....	17
Discussió.....	29
Conclusions.....	32
Reflexió personal.....	33
Referències bibliogràfiques.....	34
Annexes.....	37

RESUM I ABSTRACT

Resum:

Aquest treball d'investigació pretén avaluar si la llei estatal que regula els graus de dependència, els recursos i les prestacions per a persones que es troben en situació de dependència i a les seves famílies, desenvolupa prou eines perquè les persones que ho requereixin, puguin assolir la capacitat les activitats de la vida diària bàsiques, o instrumentals, procurant així, el benestar o una qualitat de vida més adequada.

Per aquesta raó, i per a intentar concloure-ho, es desenvolupa un estudi d'una població de persones d'edat avançada que han ingressat durant un període de vuit setmanes a l'Àrea Sociosanitària de l'Hospital Sant Joan de Reus. S'analitzen 80 persones durant aquest període de temps. Als pacients que ingressin, se'ls avalua per a conèixer el seu estat d'autonomia, emocional, i cognitiu amb cinc escales de valoració. En el moment de l'alta se'ls hi passen les mateixes escales, per a saber-ne la diferència després de la seva convalescència.

Finalment es comparen les dades obtingudes, per saber si són rellevants amb els barems que fa servir la Llei de Dependència per a valorar la possible prestació de serveis, o no, com per a ser discutides amb les altres informacions que aquest treball ha assolit en la seva recerca.

Paraules claus:

Autonomia personal.

Activitats de la Vida diària – Bàsiques(AVDB).

Dependència.

Abstract:

The main objective of this research is to defend the idea that the law that regulates the degrees, resources and benefits for families and people in a situation of dependency, does not develop enough tools for people who require it so they can reach the basic activities of the daily life, or instrumental, thus trying, the well-being or a more worthy quality of life.

For this reason, and to try to conclude it, a study is carried out of a population of elderly people who have been admitted to the Sociosanitary Area of the Hospital Sant Joan de Reus for a period of eight weeks. 80 people were analyzed during this period. Inpatients are assessed for their

state of autonomy, emotional, and cognitive with five scales of validity. At the time of discharge, the same scales will be passed to them, to find out the difference after their convalescence.

Finally, the data obtained will be relevant to differentiate them from the scales used by the dependency law to assess the possible provision of services, or not, as to be discussed with other information that this work has achieved in the research.

Key words:

Personal autonomy.

Activities of Basic Daily Living.

Dependency.

INTRODUCCIÓ

Segons les últimes dades actualitzades l'1 de Gener del 2021, Catalunya té 1.467.155 majors de 65 anys, dels quals en son majors de 85 anys un total de 250.683 (1). Afortunadament, l'avenç sociopolític, mèdic i tecnològic ens aporta cada vegada més, una qualitat de vida més bona i per tant, es reflexa en els països amb un descens de la mortalitat. L'any 2005, la població envellida a Catalunya era de 1.135.840 persones, dins d'aquests, els majors de 85 anys n'eren 127.282 (1)

Aquestes dades que ens ofereix l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) ens indiquen que l'envelliment de la població en les últimes dècades ha fet un crescendo considerable. Tanmateix, és d'entendre que com més àmplia sigui la població envellida, més creixerà el nivell de malaltia i dependència dels ciutadans, perquè l'envelliment d'una persona va estrictament lligat a una carència de salut i de l'estat funcional (2) que s'ha de resoldre amb serveis i recursos per a fer que les persones, puguin desenvolupar la seva quotidianitat amb el màxim d'autonomia possible, com així les activitats de la vida diària, bàsiques, instrumentals i avançades, i per tan poder restar en el seu domicili.

Per aquesta raó, davant del creixement de la població envellida, el govern central d'Espanya va haver de prendre mesures respecte l'atenció a les necessitats d'aquesta població, creant la "Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència" coneguda com LAPAD (3).

Tenint en compte diferents estudis demogràfics (2) les dades indiquen que és molt probable, que d'aquí a 4 dècades, a l'any 2060, Catalunya augmentarà el seu envelliment fins a un total de 2.617.508 persones de més de 65 anys, (més d'una tercera part de la població catalana) i d'aquestes unes 721.140 persones de més de 85 anys (un 10% aproximadament del total de la població catalana).

Espanya, a dia d'avui, és el tercer país més envellit de tot el món (2). Totes les persones que ens dediquem professionalment al sistema sanitari i/o social, tenim com a objectiu el benestar de les persones, i que aquest benestar acompanyi a la persona durant tota la seva vida.

I crec que per poder dir que les persones viuen i moren amb dignitat, necessitem una cartera d'ajudes, serveis i recursos per a poder-ho assolir d'una manera pública i universal.

Per aquesta raó, sabent que la llei 39/2006 és l'encarregada d'articular uns recursos en funció d'uns graus de dependència, buscarem en el seu preàmbul, quines son les seves mesures envers l'admissió i/o l'exclusió de les persones alhora d'assignar un grau o no, com també quina n'és la cartera de serveis que ofereixen per a cada situació individualitzada.

Aquest treball pretén analitzar les diferències entre el grau de dependència assignat per la Llei de la dependència i l'avaluació que es realitza a partir d'escala validades que es realitzen en la pràctica clínica geriàtrica com són l'escala de Barthel(4), que valora l'autonomia de les persones envers a la realització de les activitats de la vida diària bàsiques (AVDB), l'índex de Lawton y Brody(5), que valora la funcionalitat del pacient envers l'autonomia en la realització de les activitats de la vida diària instrumentals (AVDI), el test de Pfeiffer(6), que ens serveix per valorar si la persona es troba en un estat de deteriorament cognitiu, l'escala de Gijón(7), altament coneguda com a l'escala de valoració d'un possible risc d'exclusió social i finalment l'escala de Yesavage(8), que valora si les persones geriàtriques tenen risc de tenir depressió, o ja s'hi troben.

Per a comparar si les escales que han sigut seleccionades per aquest treball d'investigació es correspon amb els que resolen els equips especialitzats, els Servei de Valoració de Dependència (SEVAD) (9), veurem quin és el funcionament de la LAPAD, practicant així una comparació entre les dos valoracions.

Per a concloure amb aquest apartat, el motiu d'aquest treball d'investigació, és esbrinar si les persones amb grau de dependència, necessiten més o menys recursos o serveis per l'assoliment de les seves AVD-B-I, que els que el SEVAD van determinar segons les seves valoracions.

ANTECEDENTS I ESTAT DE LA SITUACIÓ:

Llei de dependència: La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència té per objecte regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en els termes establerts en les lleis, mitjançant la creació d'un sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques i la garantia per l'administració general de l'Estat d'un contingut mínim comú de drets per a tots els ciutadans en qualsevol part del territori de l'Estat espanyol.

L'objecte de llei de la LAPAD, es defineix com a:

“El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía” (3)

Tanmateix, la mateixa llei exposava l'any 2003 que:

“Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población” (3)

Quan va començar la llei de dependència, estava ordenada amb uns graus i nivells, que es calculaven per uns barems, però fins al cap de vuit anys, no es van desplegar la totalitat de graus i nivells, i així van quedar:

Taula 1. Punts, graus i nivells que assigna SEVAD segons la dependència del pacient, des de l'any 2007.

Punts	Grau	Nivell	No grau reconegut
0 a 24			
25 a 39	I	I	Dependència moderada
40 a 49	I	II	
50 a 64	II	I	Dependència severa
65 a 74	II	II	
75 a 89	III	I	Gran dependència
90 a 100	III	II	

Actualment, només esdevenen quatre graus, sense nivells, i aquests són:

Taula 2. Punts i graus que assigna SEVAD segons la dependència del pacient, a partir de l'any 2015.

Punts	Grau
0 a 24	Sense grau reconegut
25 a 39	Dependència moderada
40 a 49	
50 a 64	Dependència severa
65 a 74	
75 a 89	Gran dependència
90 a 100	

Aquesta última assignació de grau, com es veu a la taula 2, ens està informant que el que abans era lleugerament una dependència moderada, ara n'ha esdevingut a un No grau, i com a conseqüència elimina una gran població de l'assignació pública de serveis o prestacions.

A Catalunya, hi ha vint-i-tres equips de (SEVAD) (10) , aquests són els equips encarregats d'avaluar i assignar el grau, mitjançant una escala de valoració anomenada Barem de Valoració de la Dependència (BVD) (11).

El BVD, està distribuïda en valorar si la persona pot realitzar les activitats de la vida diària bàsiques (AVDB) i també les instrumentals (AVDI), i si ho pot fer sol/a, amb ajuda i/o suport, o si pot raonar la necessitat de fer-la.

Aquestes activitats són:

Bàsiques: Menjar i beure, micció – defecació, higiene i altres cures corporals, vestir-se, manteniment de la salut, transferències i mobilitat dins i fora de la llar.

Instrumentals: prendre decisions.

Un clar exemple d'aquesta eina el veiem aquí:

Taula 3. Exemple del qüestionari que utilitza el BVD, de dos ABVD (12)

Menjar i beure
Reconèixer i/o agafar els aliments servits
Tallar o partir el menjar en trossos
Fer servir coberts per portar el menjar a la boca
Apropar-se el recipient de beguda a la boca
Higiene personal relacionada amb la micció i defecació
Acudir a un lloc adequat
Manipular la roba
Adoptar o abandonar la postura adequada
Netejar-se

BVD (Barem de Valoració de Dependència), ABVD (Activitats Bàsiques de la Vida Diària)

No només estan preguntant si la persona és autònoma o no per a realitzar una activitat bàsica, sinó que es demana la competència cognitiva per a poder assolir-la.

El Programa Individual d'Atenció (PIA), és l'eina que realitzen els serveis socials públics, i aquest determina les modalitats d'intervenció més adients a les necessitats a les persones entre els serveis i les prestacions previstes en la resolució pel seu grau.

Segons la situació de dependència i la situació socioeconòmica del/la pacient, en l'elaboració del PIA el/la Treballadora Social de Dependència de l'ajuntament juntament amb el o la Treballadora Social de l'equip d'atenció primària, amb la necessitat i la decisió del pacient, podran escollir segons el grau entre una prestació o uns serveis, i aquests es detallen aquí (13):

- ➔ SAD i Teleassistència. Els preus públics els fixa l'ens local titular del servei en les seves ordenances.

- ➔ Servei de Centre de Dia o Centre Ocupacional.
- ➔ Servei Residencial.

O les prestacions:

- ➔ Prestacions econòmiques per tenir cura en **l'entorn familiar**.
- ➔ Prestacions econòmiques **vinculades al servei** mentre no hi hagi disponibilitat de servei.
(La LAPAD prioritza els serveis davant els prestacions).
- ➔ Prestació econòmica **d'assistent personal**. Aquesta figura està destinada a facilitar l'accés al treball i a l'educació i a promoure un major grau d'autonomia en l'exercici de les activitats bàsiques de la vida diària a les persones amb gran dependència.

Però què ha passat amb la LAPAD des del seu començament fins aquí?

La Llei de dependència, ja ha fet tretze anys i en aquesta última dècada, es podria dir que hem superat dos grans crisis a nivell mundial. La primera, encetà just després de començar a executar-se la LAPAD, coneguda com una crisi econòmica a nivell mundial. En aquest cas, Espanya, es va veure obligada a retallar molts serveis, recursos i prestacions d'arreu del país. I la segona, l'actual pandèmia provocada per la Covid-19, també coneguda a nivell mundial, i en aquest cas la pandèmia ha obligat a que els SEVAD no procedeixin a poder fer tantes valoracions com podien fer anteriorment, allargant així la demanda de la població pendent d'assignació o revisió de grau.

És per aquesta raó, que moltes persones i també agents socials i sanitaris, han fet diferents estudis i comparacions referint-se a la LAPAD, per avaluar-ne l'estat de les seves diverses actuacions envers la població.

Pérez A, i Baeza P, (2007) dos economistes que van estudiar els inicis de la LAPAD, publiquen unes primeres reflexions sobre el seu funcionament, però ja en parlen prèviament sobre quin n'era el Comitè Consultiu en el moment de la seva creació, i així saber si realment a les persones a qui va dirigit les havien tingut en compte. Finalment conclouen que la Llei no donarà suport a les dones que es dediquen a ser-ne cuidadores, amb els desplegament dels recursos i serveis, posicionant així, a l'estat socioeconòmic del país en una situació no resolutiva envers el poble.

Les paraules d'aquestes economistes, van servir de lema en moltes organitzacions de caire social, com ara, Éxodo (2007) una revista de pensament polític i socioeconòmic que també es

posicionava arrel d'una allau d'opinions de diferents persones que qüestionaven el funcionament previ d'aquesta llei i la manera en que es regularia. (14)

El Periódico, (2007) també ens va parlar sobre un recull de crítiques que es van concentrar al Col·legi oficial de Teràpia Ocupacional d'Aragó (COTOA) on el col·lectiu de treballadores i treballadors ocupacionals d'Aragó es van sentir discriminats, perquè ells, sent-ne els especialistes de la protecció, la rehabilitació i la promoció de l'autonomia personal de les persones, no estaven citats en la col·laboració prèvia de la LAPAD, ni tant sols, en la seva execució a la hora de valorar l'autonomia personal i funcional de les persones en situació de dependència. (15)

De Febrer G, (2009) defensava en la seva Tesi Doctoral unes reflexions envers la dependència de les persones grans, on conclou que les activitats de la vida diària més instrumentals, són més freqüents en dones que en homes, i que és un fet cultural. També ho és, el manteniment de la llar i fins i tot la cura dels cònjuges, ja que més majoritàriament, la cura de les dones és més freqüent dels fills que dels homes. Aquestes reflexions es contemplen envers que el BVD gairebé no té en compte la distinció entre homes i dones, quan molt raonadament esdevé en situacions diferents si es tracta per raons de gènere. De Febrer, ho cita textualment:

“La dependència empitjora amb l'edat i en les dones. Les activitats instrumentals més afectades són les relacionades amb anar a comprar, rentar roba i cuinar. Les dones amb dependència viuen més temps al seu domicili i són cuidades pels seus fills i, molt ocasionalment, per la seva parella. En canvi, els homes amb dependència són atesos per les seves parelles i, més excepcionalment pels fills. La qualitat de vida relacionada amb la salut és millor en els homes. Les dones presenten amb major freqüència dolor o malestar, limitació de les activitats quotidianes i pèrdua d'autonomia”. (De Febrer, G 2009)(16)

L'Associació Catalana sobre Recursos assistencials (ACRA), (2016) també es posiciona a detallar la LAPAD en el seu desè aniversari, i ho fa “des de la crisi”. ACRA, assegura que després de la gran retallada econòmica que el canvi de govern ha permès, hi ha una desigualtat aplicada en la prestació de compensacions econòmiques, com de serveis i recursos, i ho citen textualment:

“Moltes persones no han acabat rebent la prestació a la qual tenien dret d'acord amb la llei. Segons diverses fonts, unes 125.000 han mort durant el període 2011 – 2015, vint-i-dos mil de les quals a Catalunya. Els ajustaments als usuaris s'han produït també

mitjançant l'eliminació dels nivells intermedis i l'enduriment en la valoració dels graus de la dependència. Tot això, sense tenir en compte les tensions entre l'administració central i alguns governs autonòmics, que s'han acusat mútuament de no complir amb les seves obligacions pressupostàries" (ACRA, 2016) (17)

Lima A, (2017) com a presidenta General del treball social a Espanya, es posiciona i parla sobre la possible precipitació que el govern central va tenir en aprovar una llei d'aquesta envergadura. Ho justifica acreditant que, com a ex directora de serveis socials de la comunitat de Madrid, coneix que la manera en que estava organitzada i articulada la LAPAD, era, en algunes comunitats autònomes, perjudicials per el que feia la seva organització en l'atenció a les persones en situació de dependència. Lima ho contextualitza així:

"Había ya una red de servicios sociales donde se contenían muchas de las prestaciones que contenía la Ley en su cartera de servicios, eso produjo que en las CCAA donde no se encajó en el sistema se pudieron producir duplicidades en servicios y a su vez no se podían prestar servicios complementarios que debían ser compatibles." (Lima A, 2017)(18)

El Diari el País (2018) publicava una denúncia dedicada a la mala gestió també del govern central com de la seva execució en l'atenció a les persones grans. Assegura que més de 40.000 persones arreu del país, han mort sense rebre la prestació econòmica que ja havien tingut assignades, per culpa de les retallades a nivell econòmiques que va executar el govern. (19)

Esteve A, (2021) demògraf i actual director d'estudis demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) parla en un article de la televisió catalana (TV3) sobre el sobreenvelliment que està esdevenint i assegura que es troba en una situació de "*crescendo*", posant en dubte un major desplegament de recursos per part de la LAPAD. (20)

Borrell C, et al (2017) reforça la desigualtat de gènere i classe que hi ha a Espanya, referint-se a com s'està articulant el desplegament de dependència, sent-ne les dones qui majoritàriament porten la cura de la llar i de la família. (21)

HIPÒTESI:

"El Grau de dependència assignat a un pacient no es correspon a la realitat"

Aquesta hipòtesi esdevé de la necessitat d'esbrinar si realment estem en lo cert, i les persones necessiten un grau més de dependència o no, per això mateix, es falsarà o es verificarà la hipòtesi amb els resultats i conclusions.

OBJECTIUS:

Principal: Establir la relació del grau de dependència de les persones grans ingressades a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR) avaluat per escales geriàtriques amb el grau de dependència realitzat per SEVAD.

Secundaris:

- Conèixer les situacions clíniques, familiars i emocionals dels pacients.
- Conèixer el grau de dependència, si s'escau, dels pacients.
- Executar escales de valoració a l'ingrés i alta dels pacients, comparant-ne el seu estat, ja sigui empitjorat o millorat.

METODOLOGIA:

És un estudi observacional que es realitza en els pacients que ingressin a la unitat de geriatría de l'HUSJR. La població d'estudi serà els aquells pacients ingressats des del 15 de febrer del 2021 al 15 d'abril del mateix any.

Per a poder seguir amb uns criteris d'inclusió, acotarem la mostra que tingui els següents requisits:

- Que sigui una persona ingressada a la unitat de Geriatria del HUSJR, en les dates pactades.
- Que sigui una persona de 80 anys o més
- Persones que ingressin per a rebre cures pal·liatives

Els criteris d'exclusió seran, per tant:

- Persones menors de 80 anys
- Que no estiguin d'acord en formar part d'aquesta mostra poblacional

Per a poder realitzar, adequadament el càlcul de la mostra hem fet servir el programa Granmo (22) de l'Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT). Les dades utilitzades pel càlcul mostral han estat les següents:

Segons l'Institut d'Estadística de Catalunya, al Baix Camp hi ha 9.000 persones de més de 80 anys. Considerant que aproximadament el 30% de la població de més de 80 anys té dependència l'estimació de la proporció en la població és de 0,3.

El marge d'error estimat és del 10%, que seria el 0.1 de precisió de confiança i considerem zero (0) la proporció estimada de reposicions necessàries ja que és un aspecte que només depèn dels investigadors i no de la mostra.

Així, segons el càlcul de la mostra amb el programa Grandmo, necessitaríem 81 persones per dur a terme la investigació i considerar els resultats estadísticament robustos.

Les variables per a realitzar aquest treball, són:

- Les escales de valoració geriàtrica que es fan servir quan ingressen els pacients i que més endavant explicarem.
- El grau d'autonomia que tenen els pacients a l'ingressar, mesurat per les mateixes escales.
- El Grau de dependència que els equips d'assignació de grau (SEVAD) hagin reconegut al pacient anteriorment, si s'escau, per a fer-ne la comparació amb les dades obtingudes.

S'agafen aquestes variables i es correlacionen. Comparant quin grau de dependència tenen els pacients en el moment del seu ingrés i quin tenen en el moment de la seva alta, i llavors veurem si és més o menys del que indica (segons les nostres deduccions) el grau de dependència del SEVAD.

Definició i desplegament de les escales de valoració geriàtrica:

- ➔ Escala de **Barthel**: Valora la capacitat i autonomia que té cada persona per tal de desenvolupar les AVD bàsiques. Valora 10 activitats i les puntua amb 0. 5 o 10 punts segons la capacitat de fer l'activitat. Aquesta podria preguntar per exemple, si pots caminar, sol amb ajuda, o no pots. La seva puntuació va de 0 a 100 punts, sent-ne 0 més dependent i 100 més autònom i es categoritza per paràmetres psicomètrics.(4)

En aquest cas, aquesta és l'escala que ens guiarà més respecte a l'autonomia del pacient. Doncs com s'ha pogut veure anteriorment a la Taula 3. Barthel és l'instrument que valora aquestes activitats més idònies amb l'autonomia del pacient, per tant ens farà una bona equivalència amb el BVD. A l'apartat de resultats, es veu més detingudament.

- ➔ Escala de **Lawton y Brody**: Valora la independència/autonomia que té cada persona per tal de desenvolupar les AVD instrumentals. Un exemple seria, si ets capaç d'anar sol a fer la compra o si necessites alguna 3a persona que t'organitzi la medicació. La puntuació va de 0 a 8, sent-ne 0 més dependent i 8 més autònom per a poder-les realitzar. Cada activitat s'avalua amb un 1 (poder-ho realitzar) o amb un 0 si necessita ajuda o no la pot realitzar (5).
- ➔ Escala de **Pfeiffer**: Estudia si hi ha quelcom deteriorament cognitiu, en la persona que s'està testant. Preguntes freqüents com saber en quin lloc estàs físicament, o saber el dia i l'any. La seva puntuació va de 0 a 10, sent-ne 0 amb menys afectació cognitiva. A partir de 3-4 errors en el test, significa aparició de deteriorament cognitiu (6).
- ➔ Escala **Yesavage**: Valora si un pacient geriàtric té un estat emocional depressiu, o risc de tenir-lo. Preguntar si sovint té por, o si se sent esperançat/da la majoria part del dia. La seva valoració va de 0 a 15, sent-ne més de 10 indicador de depressió, i 0 sense indicis (8).
- ➔ Escala de **Gijón**: Detecta si hi ha quelcom amenaça d'exclusió de risc social, valorant l'entorn socio-familiar de les persones. Una pregunta molt clau, és conèixer els seus ingressos econòmics o fins on arriba el seu cercle social. La seva valoració va de 0 a 25, sent-ne persona en risc d'exclusió social superior a 15, i 10 persona en risc de ser-ho (7).

Després d'analitzar les diferents escales, podem observar que l'escala que més defineix les valoracions del BVD, és l'escala de Barthel perquè valora les AVDB i el BVD engloba 10 de les AVDB i alguna activitat instrumental

Per a poder realitzar les escales de valoració, s'ha recollit la mostra citada anteriorment, i per això va ser necessari estar presencialment al HUSJR, a la planta sociosanitària, passant les escales a tots els ingressos que complien amb els criteris d'inclusió i exclusió, que ja s'han explicat anteriorment.

La recollida de dades es plasma en una base de dades, on es reflecteix els ingressos entre la segona setmana de febrer i acabant la primera d'abril.

A l'apartat de resultats, veiem l'anàlisi estadístic que realitzem segons les equivalències i les correlacions que hem pogut fer gràcies al SPSS.

Com a variable qualitativa, també tenim l'entrevista de l'Eulàlia Barceló, com a referent comunitària de dependència de la comarca del Baix Camp i del Priorat, i ens dona la seva perspectiva envers com està funcionant la LAPAD.(23)

L'entrevista i les paraules de Barceló es veuen reflectides a la discussió d'aquest treball.

RESULTATS

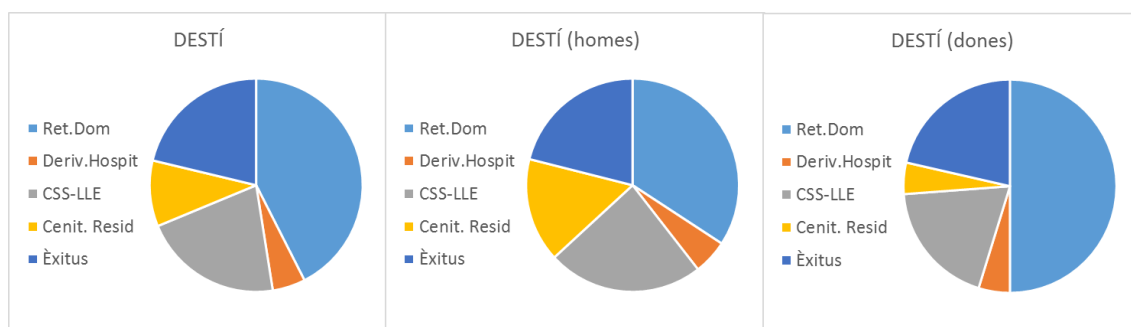
1.1 Descripció de la població

La mostra estudiada té una n=80 pacients ingressats al Hospital Universitari Sant Joan de Reus. D'aquests, el 47,5% (n=38) van ser homes i el 52,5 % (n=42) van ser dones. L'edat mitjana dels pacients va ser de $84,89 \pm 9,07$ anys, 82.9 anys en el cas de les dones i 86.6 anys de mitjana d'edat dels homes.

A les Figures 1, 2 i 3 es detallen els destins dels pacients una vegada donats d'alta, el grau de dependència que avalua el SEVAD i el motiu d'ingrés respectivament en la mostra poblacional general i separat segons el sexe.

Com podem observar a la figura 1, la majoria dels pacients (42,5%; n=34) retornen al domicili un cop recuperats.

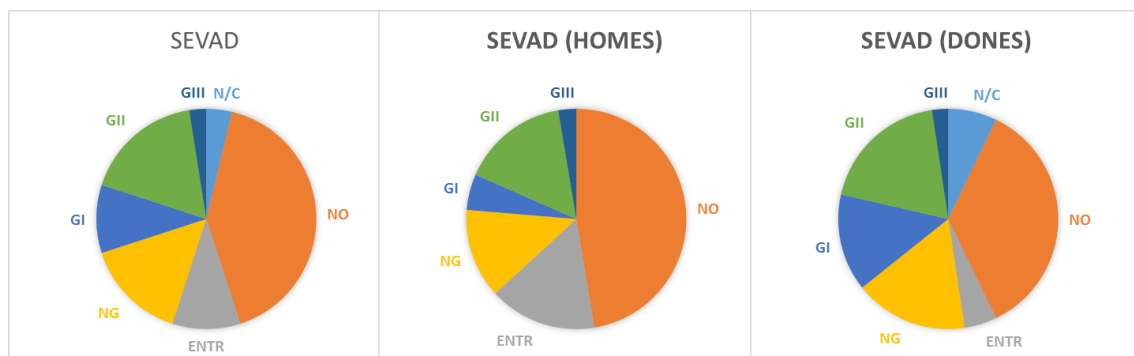
Figura 1. Percentatge de pacients segons el destí després de l'alta, en tota la mostra (n=80) i separat per homes i dones



(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial.

També podem observar a la figura 2, Destacar que fins en un 41,3% de la mostra NO tenien tramitat el grau (n=33) i tant sols dos persones dels 80, tenen un GIII (2.5%;n=2)

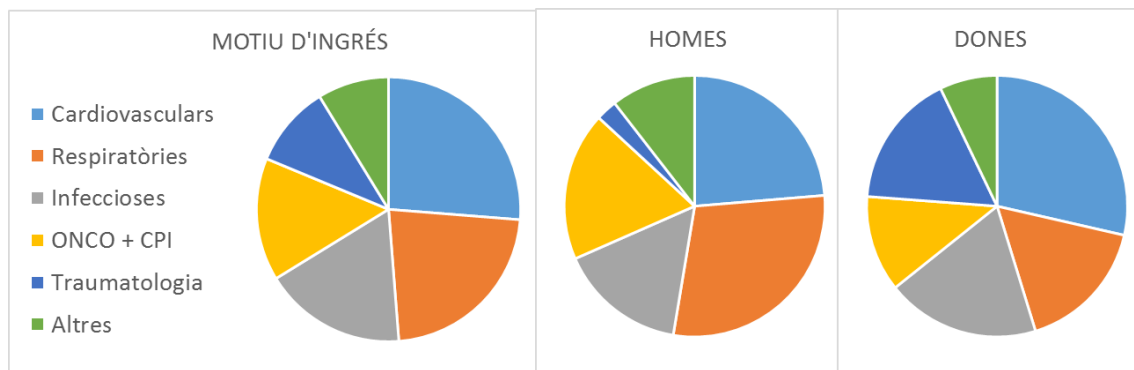
Figura 2. Percentatge de pacients segons el grau assignat per SEVAD, en tota la mostra (n=80) i segons gènere



(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) pendent de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

A la figura 3, podem veure que en el global, les malalties cardiovasculars (26.3%; n=18) com les respiratòries (22.5%; n=21) són el motiu més freqüentat en els i les pacients.

Figura 3. Percentatge de pacients segons el motiu d'ingrés, en tota la mostra (n=80) i separat per homes i dones



(ONCO + CPI) vol dir pacients que tenen malalties oncològiques i/o cures pal·liatives

1.2 Resultats de les escales de valoració dels pacients a l'ingrés i alta

A la Taula 4, es presenten els resultats de l'escala Barthel a l'ingrés i a l'alta i les diferències entre ambdós resultats, com podem observar aquesta valoració ha millorat generalment en tots els pacients, i ho podem veure reflectit ja sigui en el seu total, segons motiu o segons destí.

Taula 4. Escales de valoració segons l'índex de Barthel

	INGRÉS			ALTA			Diferències
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	ingrés-alta
TOTS	80	24,69	30,83	63	39,68	34,31	<0,001
SEXE							
Home	38	27,63	33,53	30	39,83	36,49	0,003
Dona	42	22,02	28,31	33	39,55	32,77	0,001
DESTÍ							
Ret.Dom	34	35,74	33,91	34	50,88	33,47	<0,001
Deriv.Hospit	4	21,25	20,97	4	31,25	28,39	0,180
CSS-LLE	17	18,53	25,36	17	26,18	30,90	0,102
Cenit. Resid	8	21,88	33,05	8	25,00	35,76	0,059
Èxitus	17	10,88	24,64	--	--	--	
MOTIU D'INGÉS							
Cardiovasculars	21	41,43	36,47	17	60,59	31,76	0,001
Respiratòries	18	14,44	23,94	15	23,33	30,92	0,037
Infeccioses	14	13,21	21,54	10	33,00	36,68	0,075
ONCO + CPI	12	18,33	25,88	7	29,29	27,45	0,285
Traumatologia	8	32,50	27,77	8	46,25	27,61	0,090
Altres	7	25,71	39,42	6	35,83	41,04	0,593

(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial, (ONCO+CPI) pacients oncològics o amb cures pal·liatives.

Com es pot observa a la Taula 4. Els pacients presenta una millora funcional segons l'escala de Barthel durant el seu ingrés de forma estadísticament significativa, tan en homes com en dones. Aquesta millora funcional, com és d'esperar és major en aquell pacients que retornen a domicili. Respecta el diagnòstic, els cardiovasculars i els respiratoris són els que presenten millores estadísticament significatives.

A la taula 5, es presenten els resultats de Pfeiffer i podem veure que tot i que la diferència sigui mínima, l'escala que valora si els pacients poden patir o no de deterior cognitiu, no varia massa, però podem veure que tant en el seu ingrés com en la seva alta, el deterior cognitiu esdevé.

Taula 5. Escales de valoració segons l'escala Pfeiffer

	INGRÉS			ALTA			Diferències
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	ingrés-alta
TOTS	44	4,86	2,96	42	4,36	2,74	0,17
SEXE							
Home	20	4,35	2,78	19	3,79	2,82	0,285
Dona	24	5,29	3,10	23	4,83	2,64	0,340
DESTÍ							
Ret.Dom	24	5,04	3,16	25	4,24	2,33	0,105
Deriv.Hospit	2	3,50	4,95	2	3,50	4,95	1,000
CSS-LLE	9	5,56	3,13	11	5,45	3,33	0,317
Cenit. Resid	4	2,50	2,08	4	2,50	2,08	1,000
Èxitus	5	5,20	0,45	--	--	--	
MOTIU D'INGÉS							
Cardiovasculars	15	5,40	3,07	14	4,57	2,71	0,102
Respiratòries	9	4,11	2,80	9	4,11	3,52	0,180
Infeccioses	5	6,20	3,63	4	4,75	3,40	0,317
ONCO + CPI	6	5,83	3,37	5	4,40	2,61	0,157
Traumatològia	7	3,57	2,07	7	4,14	2,41	0,317
Altres	2	2,50	0,71	3	4,00	2,65	1,000

(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial, (ONCO+CPI) pacients oncològics o amb cures pal·liatives.

A la taula 6, es veuen els resultats que Lawton y Brody, i podem veure que de manera significativa els qui han fet una millora de les seves activitats de la vida diària instrumentals, han sigut els pacients que van ingressar per patologia cardiovascular, a diferència, veiem que no manca resultat diferencial entre els pacients que van ingressar per motiu traumatològic, això podria ser conseqüent perquè les activitats de la vida diària instrumentals són més avançades respecte a les Bàsiques, i segurament la persona necessita una rehabilitació domiciliària per assolir-ho definitivament.

Taula 6. Escales de valoració segons l'escala Lawton y Brody

	INGRÉS			ALTA			Diferències
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	ingrés-alta
TOTS	79	0,95	1,45	61	1,38	1,43	0,054
SEXE							
Home	37	0,92	1,44	28	1,29	1,54	0,336
Dona	42	0,98	1,47	33	1,45	1,35	0,071
DESTÍ							
Ret.Dom	34	1,44	1,76	34	1,71	1,57	0,059
Deriv.Hospit	4	1,00	0,82	4	1,25	0,96	0,317
CSS-LLE	16	0,75	1,24	16	0,75	0,93	1,000
Cenit. Resid	8	1,00	1,41	7	1,29	1,60	0,317
Èxitus	17	0,12	0,33	--	--	--	
MOTIU D'INGÉS							
Cardiovasculars	20	1,30	1,78	16	1,94	1,69	0,025
Respiratòries	18	0,67	0,84	14	1,00	0,88	0,083
Infeccioses	14	0,36	0,84	10	0,80	1,23	0,414
ONCO + CPI	12	0,75	1,14	7	1,00	0,82	0,655
Traumatològia	8	2,00	2,00	8	2,00	1,41	1,000
Altres	7	1,00	1,91	6	1,33	2,16	0,317

(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial, (ONCO+CPI) pacients oncològics o amb cures pal·liatives.

A la taula 7, Gijón ens presenta quina és la situació de risc d'exclusió social de la nostra mostra i podem observar que gairebé no n'hi ha diferència entre l'ingrés i l'alta. A ressaltar, podem observar que les persones que tenen menys risc a ser excloses, són les persones que resideixen en centres residencials amb un 12.7% (8 pacients), per la seva contra les persones que se les deriva a un centre de llarga estada, són les que tenen més puntuació per a ser-ho(27%;n=17).

Taula 7. Escales de valoració segons l'escala de Gijón

	INGRÉS			ALTA			Diferències
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	ingrés-alta
TOTS	71	10,03	4,00	63	9,90	4,18	0,063
SEXE							
Home	35	9,77	4,15	30	9,70	4,34	1,000
Dona	36	10,28	3,90	33	10,09	4,09	0,063
DESTÍ							
Ret.Dom	34	9,76	3,10	34	9,74	3,11	0,317
Deriv.Hospit	4	11,75	5,68	4	11,75	5,68	1,000
CSS-LLE	17	12,29	4,63	17	11,76	5,04	0,102
Cenit. Resid	7	5,86	2,85	8	5,75	2,66	1,000
Èxitus	9	9,22	3,31	--	--	--	
MOTIU D'INGÉS							
Cardiovasculars	19	9,79	4,06	17	9,35	4,43	0,180
Respiratòries	17	7,88	3,30	15	7,67	2,92	0,317
Infeccioses	11	12,00	3,52	10	12,00	3,71	0,317
ONCO + CPI	10	12,70	4,35	7	13,86	4,67	1,000
Traumatologia	8	7,75	3,15	8	7,75	3,15	1,000
Altres	6	11,83	2,56	6	11,83	2,56	1,000

(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial, (ONCO+CPI) pacients oncològics o amb cures pal·liatives.

A la taula 8, podem veure que s'han incrementat els resultats de les valoracions d'estat emocional, respecte el seu ingrés. Informació interessant, perquè indica que hi ha pacients que han sortit de l'hospital amb índexs de depressió de les que van entrar en situació aguda al seu ingrés.

Taula 8. Escales de valoració segons l'escala de Yesavage

	INGRÉS			ALTA			Diferències
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	ingrés-alta
TOTS	35	5,51	2,58	35	6,66	2,94	0,015
SEXE							
Home	16	5,31	1,92	14	5,93	2,79	0,102
Dona	19	5,68	3,07	21	7,14	3,00	0,050
DESTÍ							
Ret.Dom	20	5,55	2,89	24	6,50	2,83	0,182
Deriv.Hospit	1	10,00	--	1	10,00	--	
CSS-LLE	6	4,67	2,50	6	5,83	3,37	0,109
Cenit. Resid	4	5,75	1,71	4	8,00	3,16	0,102
Èxitus	4	5,25	0,96	--	--	--	
MOTIU D'INGÉS							
Cardiovasculars	12	5,67	2,39	14	6,00	2,83	0,705
Respiratòries	8	5,25	2,19	7	6,43	3,21	0,180
Infecioses	4	4,25	1,71	3	3,67	1,53	1,000
ONCO + CPI	3	8,67	4,04	2	10,00	1,41	0,655
Traumatologia	6	5,33	3,01	7	8,00	2,65	0,068
Altres	2	4,00	1,41	2	8,50	2,12	0,180

(Ret.dom) Retorn al domicili, (Deriv.Hospit) Derivació hospitalària, (CSS-LLE) Derivació a centre sociosanitari de llarga estada, (Cent.Resid) centre residencial, (ONCO+CPI) pacients oncològics o amb cures pal·liatives.

1.3 Relació entre el Grau de dependència i les escales avaluades

A les Taules 6 a 10 podem veure el canvi en les diferents escales segons el Grau de Dependència previ del pacient, a l'ingrés i a l'alta.

Com podem observar a la Taula 9, les persones que tenen un no grau, ingressen amb una dependència que podria ser de dos, i marxen amb un nivell de dependència que podria ser de u o dos també. Per el que fa a les persones que tenen un grau I, majoritàriament segons Barthel esdevindria un grau de dependència, i per el que fa les persones que tenen un grau II, necessitarien un grau III.

Podem veure que tal i com ens indica Mitjana a l'alta, els pacients que tenen un no grau, tenen de mitjana un autonomia de 53% (poc més de la meitat d'autonomia personal) i les persones que tenen grau 1, 2 o 3, tenen una autonomia de 30%, 14% i 10%.

Taula 9. Resultats de l'escala Barthel en els pacients segons el Grau de Dependència prèvia.

SEVAD - BARTHEL							
	INGRÉS			ALTA			p
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	
N/C	3	25,00	43,30	--	--	--	
NO	33	36,36	33,85	27	52,41	35,93	0,006
ENTR	8	17,50	20,70	7	25,71	24,90	0,066
NG	12	30,42	33,33	10	53,00	32,51	0,026
GI	8	10,63	17,41	7	30,71	23,53	0,116
GII	14	7,86	20,07	10	14,00	26,33	0,063
GIII	2	0,00	0,00	2	10,00	14,14	0,317

(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

La taula 10, ens informa que el deteriorament cognitiu esdevé en totes les situacions, però hem d'afegir que la disminució de la mostra (43.7%;n=35), esdevé perquè en la situació d'ingrés i d'alta, la desorientació o la incoherència comunicativa va esdevenir en més de la meitat de la mostra en un 56.3% (n=45)

Taula 10. Resultats de l'escala Pfeiffer en els pacients segons el Grau de Dependència prèvia.

SEVAD - PFFEIFER							
	INGRÉS			ALTA			p
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	
N/C	1	6,00		--	--	--	--
NO	24	4,96	2,35	21	4,95	2,31	1,000
ENTR	4	4,50	3,70	4	4,50	3,70	1,000
NG	8	4,63	4,10	9	3,11	2,52	0,141
GI	4	5,50	5,26	5	3,60	4,34	0,317
GII	3	4,00	1,00	3	5,00	2,00	0,317
GIII	--	--	--	--	--	--	--

(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

Com s'ha pogut observar, menys per els pacients que tenen un grau dos, tots han tingut una lleugera millora per el que fa el deteriorament cognitiu. Segons aquesta taula 10, majoritàriament totes esdevenen un deteriorament cognitiu que millora en la situació de l'alta, no obstant continuen estant en un deteriorament cognitiu.

L'escala de Lawton no presenta diferències estadísticament significatives quan la comparem entre el seu resultat a l'ingrés i a l'alta com es veu a la taula 11. Tots les puntuacions es troben entre una o dos activitats instrumentals que poder realitzar es pacients. No obstant, veiem una tendència en augmentar, en la situació de l'alta, d'aquesta una a dos en sobretot les persones que tenen un no grau assignat.

Taula 11. Resultats de l'escala Lawton en els pacients segons el Grau de Dependència prèvia.

SEVAD - LAWTON							
	INGRÉS			ALTA			p
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	
N/C	3	0,00	0,00	--	--	--	
NO	33	1,30	1,55	27	1,74	1,53	0,190
ENTR	7	0,29	0,49	6	0,67	0,82	0,157
NG	12	1,25	1,36	10	1,80	1,23	0,083
GI	8	1,13	2,10	7	1,00	1,53	0,317
GII	14	0,43	1,16	9	0,78	1,39	0,317
GIII	2	0,00	0,00	2	0,50	0,71	0,317

(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

Els resultats de la taula 12, les puntuacions són mínimes i molt poc representatives.

Taula 12. Resultats de l'escala Gijón en els pacients segons el Grau de Dependència prèvia.

SEVAD - GIJON							
	INGRÉS			ALTA			p
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	
N/C	1	10,00	--	--	--	--	
NO	32	10,63	3,95	27	10,74	4,01	1,000
ENTR	8	12,25	5,15	7	12,57	5,47	1,000
NG	10	9,30	3,59	10	9,20	3,61	0,317
GI	7	9,14	3,89	7	8,57	4,20	0,317
GII	11	7,73	3,50	10	7,20	3,33	0,180
GIII	2	11,00	1,41	2	11,00	1,41	1,000

(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

Pel que fan els resultats de l'escala que valora la depressió dels ancians/es, podem veure que el (60%;n=21) han fet un empitjorament a nivell depressiu, però l'escala posiciona el risc a depressió a partir del 10. En aquest cas doncs, les dades més importants a tenir en compte serien les persones que tenen un GI (5.7%;n=2), perquè són les més significatives en la disminució de la valoració en el moment de l'alta.

Taula 13. Resultats de l'escala Yesavage en els pacients segons el Grau de Dependència prèvia.

SEVAD - YESAVAGE							
	INGRÉS			ALTA			p
	N	Mitjana	DE	N	Mitjana	DE	
N/C	1	4,00	--	--	--	--	
NO	21	4,67	2,15	19	5,89	3,00	0,028
ENTR	2	7,00	4,24	2	7,00	4,24	1,000
NG	6	6,50	1,87	8	6,88	2,80	0,854
GI	2	10,50	3,54	3	9,67	1,53	1,000
GII	3	5,67	2,08	3	7,67	2,52	0,180
GIII	--	--	--	--	--	--	

(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

1.4 Relació entre el Grau de dependència i els graus segons les escales de Barthel i Pfeifer

A les Figures 4 i 5 es representa la puntuació de les escales de Barthel a l'ingrés i a l'alta i el grau de dependència que té el pacient. Com podem veure a la Figura 4, els pacients amb gran dependència segons l'escala Barthel estan en totes les categories de Grau de Dependència, la majoria no tenen grau o estan en un grau II o III Cal esmentar que les categories de Barthel s'han establert de la següent manera:

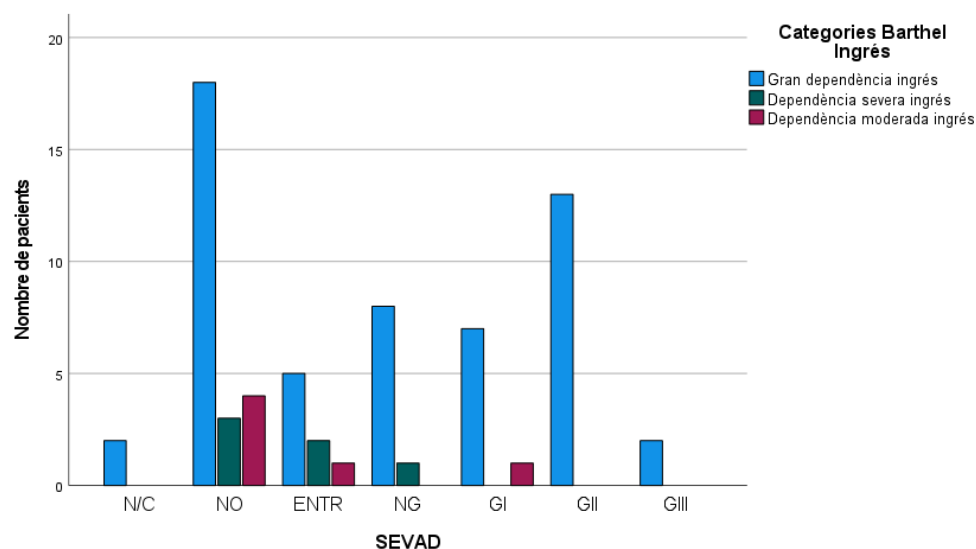
-Gran dependència de 0 a 20 punts

-Dependència Severa de 20 a 45 punts

-Dependència moderada de 45 a 65 punts

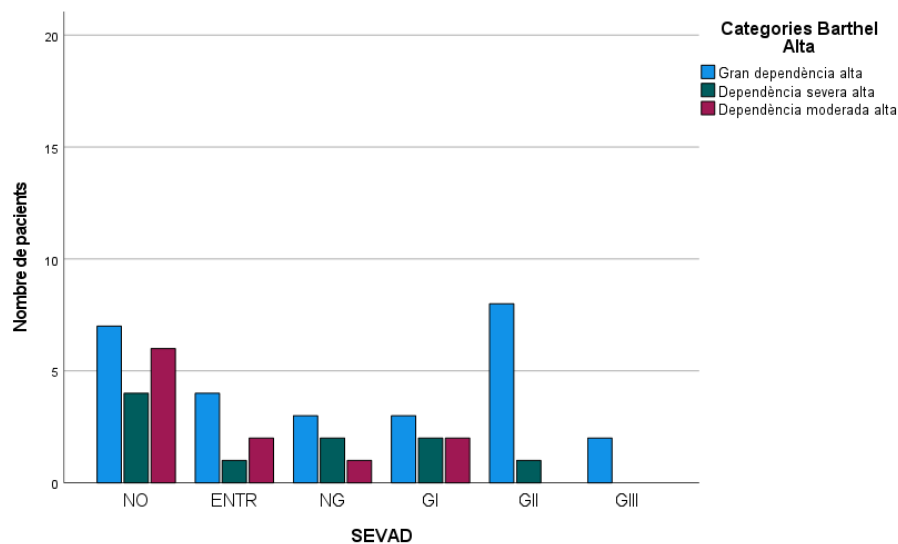
Es pot observar com en el moment de l'alta, diferents persones que tenen un no grau, o un grau I, tenen encara una situació de dependència severa.

Figura 4. Correlació de Barthel amb SEVAD a l'ingrés



(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GI I) grau 2 i (GI II) grau 3

Figura 5. Correlació de Barthel amb SEVAD a l'alta

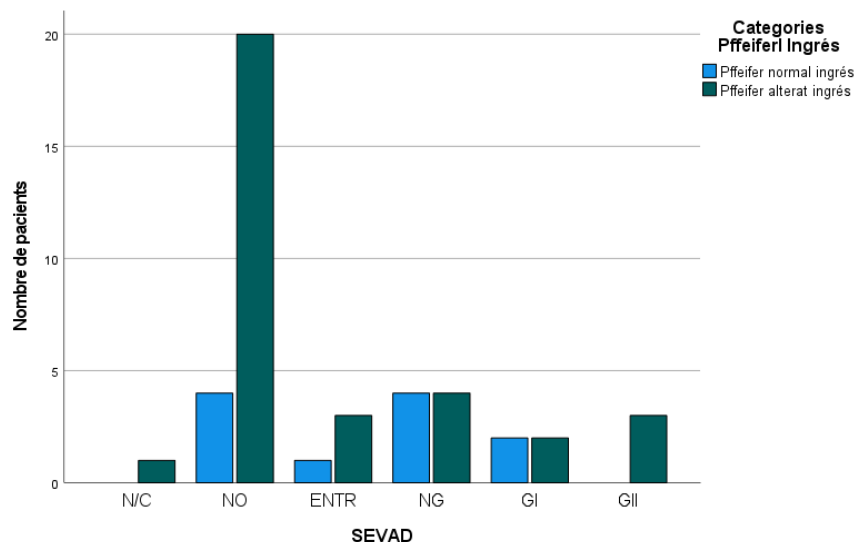


(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GI I) grau 2 i (GI II) grau 3

Pel que podem interpretar dels resultats que ens ofereix l'escala Pfeiffer, hem de considerar que tal i com hem establert les categories anteriorment a l'apartat de Metodologia, Pfeiffer seria considerat alterat de 3 a 10 punts i Pfeiffer normal de 0 a 2 punts. Per tant, com hem dit anteriorment, podem veure que en totes les consideracions de les valoracions del SEVAD,

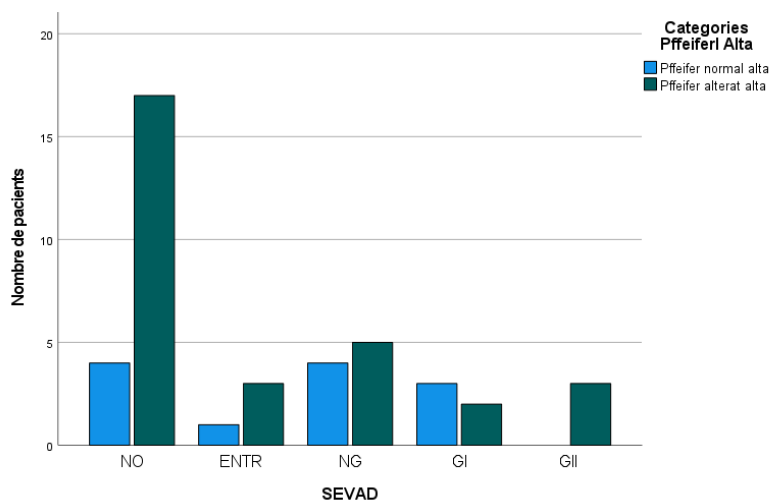
esdevé un deteriorament cognitiu, i que en el moment de l'alta, esdevé un descens, però continua sent persistent en tots els col·lectius.

Figura 6. Correlació de Pfeiffer amb SEVAD a l'ingrés



(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

Figura 7. Correlació de Pfeiffer amb SEVAD a l'alta



(N/C) informació desconeguda, (NO) no haver sol·licitat LAPAD, (ENTR) persones pendents de valoració, (NG) sense grau assignat, (GI) grau 1, (GII) grau 2 i (GIII) grau 3

DISCUSSIÓ

Per parlar sobre aquest apartat, tindrem en compte les dificultats i les limitacions que han anat esdevenint.

La primera dificultat que podem anomenar, és que aquestes dades probablement no serien les mateixes 2 anys enrere, doncs l'estat que portem aquests últims mesos, compronent el primer semestre de l'any 2021, està sent molt diferent per culpa de la pandèmia que estem vivint. Doncs per exemple, les mesures de confinament i les distàncies socials poden modificar el risc de caigudes (per si la gent no és mou tant de casa) i pot ser un motiu de descens de lesions traumatològiques. O pot ser hi hauria més malalties respiratòries, o n'hi hauria menys sense pandèmia. Probablement també hi hauria menys malalties cardiovasculars, perquè pot ser el confinament provoca síndromes de mobilitat.

Malauradament, també cal tindre en compte que l'estat de l'alteració cognitiva dels pacients amb malalties cròniques, neurodegeneratives o, simplement desorientada (sigui Delirium o no) segons ens indica l'escala Pfeiffer, (i no totes les vegades es va poder aplicar perquè hi havia pacients amb força deteriorament cognitiu) també ha provocat la pèrdua de la valoració de l'escala de Gijón i l'escala de Yesavage. Per tant, ens trobem davant d'una altre limitació, doncs no hem pogut fer una valoració més exhaustiva.

Cal afegir que l'escala Gijón, la vam poder desenvolupar consultant a les famílies o segons informes mèdics o socials, en aquelles persones que no podien respondre les preguntes verbalment.

Conèixer que la llei de dependència, no avalua mai amb el seu BVD a una persona que es troba una fase aguda de malaltia, també és una limitació molt important per a defensar aquest treball, sobretot per el que fa les malalties incipients però que coneixem que amb el temps s'aniran fent cròniques, i probablement, en el moment de la valoració la persona ja ha perdut molt l'autonomia. Doncs hem avaluat la fase més aguda del pacient (en el seu ingrés) i a posteriori la seva millora a l'alta, si s'escau.

Les llargues llistes d'espera per a la valoració de la dependència, durant la pandèmia, ha provocat que moltes persones estiguin pendent d'assignació de grau, i per tant es mostren a la nostre base de dades com a no valorades per els equips especialitzat fent que la població analitzada perquè han sigut valorats, disminueixi.

La pèrdua de 17 persones durant el període de mostra, suposa gairebé una quarta part de la mostra inicial, i aquesta pot suposar una limitació en l'avaluació i la interpretació dels resultats.

També, destaquem l'entrevista de l'Eulàlia Barceló, tal i com s'ha esmentat anteriorment, en els punts que reforça més la nostra hipòtesi i explica una mica les limitacions.

Barceló explica que la llei de dependència és l'eina necessària que organitza i amplia els recursos i serveis per a les persones que es troben en situació de dependència.

Quan a l'any 2007 va entrar en vigor la llei de dependència, els SEVAD van començar a valorar els graus de dependència mitjançant els BVD, i segons aquests BVD les persones usuàries que havien rebut un grau, podien escollir quin era el servei o recurs que creien més adient per a l'assoliment de les seves AVD que es formalitzava i es formalitza a través del PIA (Pla Individual d'Atenció.) També, com ja s'ha explicat, les Treballadores socials de serveis socials bàsics o de l'ajuntament, parlaven amb el mateix usuari/a i amb els familiars per a dur a terme els PIA.

No obstant, Barceló també es posicionava envers al BVD esmentant que, sovint, quan anaven avaluant la freqüència dels graus assignats envers les persones amb malalties incapacitantes, dependents o simplement persones grans sense tenir cap malaltia (més que la pròpia vellesa que anava avançant) van començar a concloure que la funcionalitat envers l'assoliment de les AVD, no es veia igualment reflectida en les persones que tenien una malaltia mental, dels qui no la tenien, i aquest és sens dubte, segons Barceló, una cosa que s'hauria de revisar.

Barceló, també opina envers el sobreenvelliment. Ella creu que, les persones que sobrepassen els 85 anys d'edat, ja haurien de partir des d'un Grau 1.

No obstant, esdevenen persones amb una funcionalitat molt autònoma que sobrepassen els 100 anys, però, aquestes malauradament, no són les més sovint.

Qüestions a millorar també segons el BVD, és per exemple en aquelles persones amb alteracions de la realitat, i Barceló posa com exemple dos estats que esdevenen sovint. Un, el de preguntar si la persona pot menjar sola o no, probablement aquesta persona pot menjar sola, però menjaria pot ser 8 plats. O preguntar-li a una persona si es pot vestir sola, i Barceló defensa que no és suficient si aquesta persona en ple mes d'Agost es vesteix amb dos jerseis de llana. Per això, el BVD s'hauria d'anar revisant i esdevenir-ne més tipus segons la gran àmplia població. Davant del lema, no tots som o fem el mateix.

Per el que fa l'apartat del BVD que valora les activitats de la vida diària més instrumentals, com ho seria el caminar fora del domicili o realitzar la compra, també té algun que altre error, com ara, si la persona pot caminar o pot anar a fer la compra, pot ser sí que la persona pot caminar però camina en accés (no recomanable medicament) o compra coses inadequades per a la seva salut – dieta.

Barceló, per a concloure, creu que gràcies a la LAPAD, l'estat Espanyol va esdevenir un ampli ventall de recursos i prestacions, i també va començar a posar-ne ordre, no obstant, és important individualitzar-lo en persones. Si és o no fiable, estem més a prop del sí que del no, però davant la realitat, no en tenim una altre per a comparar-la, de moment és el que tenim, acaba Barceló.

Respecte a les paraules de Barceló, podem estar d'acord en que el BVD no té en compte els estats aguts de les persones, i que la possible malaltia mental o la seva coneguda, tampoc es veu reflectida en la seva valoració

Per acabar, tal i com afirmava De Febrer, el fet de que les dones patissin més sobrecàrrega a nivell familiar, i la presumpta disfunció de l'autonomia envers als homes, tampoc és té en compte a la hora de fer la valoració d'autonomia i malaltia dels pacients.

Els diferents articles i denúncies que aporten els diaris, afavoreixen també la raó de la hipòtesi que defensa aquest treball d'investigació, doncs acorden que la mala praxis i gestió del desplegament de la llei, no fa altre cosa que desafavorir l'estat i la qualitat de vida de les persones en situació de dependència.

Com per exemple ho fan Rodríguez-Sánchez et. al (24) quan parlen sobre el desplegament de la cartera de serveis socials, en el seu article publicat aquest mateix any 2021, exposant la divergència de llindars econòmics que esdevenen en les diferents persones que necessiten l'aplicació de la llei de dependència per a poder arribar a assolir la les activitats de la vida diària. Les persones amb més bona situació econòmica poden optar per els serveis privats d'assistència, però hi ha persones que necessiten els fons públics.

De Febrer (16) i Salvador M, et. al (22) parlen també per exemple de com aquest desplegament de serveis públics, encara estan lluny de fer un bon afavoriment a les persones en situació de dependència, fent reflexió sobretot en les dones d'edat avançada, davant de la cura de la llar i les persones amb dependència a casa. Aquest fet, mostra una desigualtat de praxis d'aquesta llei, no contemplada de moment, per a la seva resolució.

CONCLUSIONS

En aquest últim apartat, es reflecteix tot el que aquest treball ha conclòs.

1-El grau de dependència de persones d'avançada edat amb ingrés hospitalari avaluat per escales geriàtriques, com l'escala de Barthel o la de Lawton i Brody, no coincideix plenament amb el grau de dependència prèviament avaluat pels equips especialistes (SEVAD) amb el BVD. En molts casos de gran dependència, no està avaluat o n'infravalora el grau.

2-En relació a la situació biopsicosocial dels pacients d'avançada edat, les patologies que més prevalen d'ingrés són les cardiovasculars i respiratòries i la seva situació emocional empitjora manifestant-se en més depressió, en gairebé tota la mostra estudiada en el moment de l'alta, tal i com ens indica l'escala de Yesavage. L'estat de la pandèmia ha estat un factor negatiu pels pacients en la seva estada hospitalària, per tant la valoració pot incloure aquest biaix.

3-El grau de dependència de la majoria de les persones que van ingressar, denotava un estat d'autonomia funcional molt baix, i es destaca més en les persones que ingressaven per motius de patologia respiratòria o infecciosa. Aquest alt grau de dependència personal i funcional era molt elevat també a l'alta (56%).

4-L'evolució de les escales, des de l'ingrés al moment de l'alta, denoten un increment moderat d'autonomia per el que fa les activitats bàsiques de la vida diària i instrumentals (escales de Barthel i Lawton i Brody) i una lleugera millora respecte el deteriorament cognitiu dels pacients (escala de Pfeiffer).

Finalment, pel que fa la hipòtesi, es pot dir que s'ha verificat ja que, la majoria de persones (56%) d'edat avançada que van ser valorades a la planta sociosanitària de l'HUSJR, després de ser ingressades per motius de salut, han sigut donades d'alta amb una valoració de l'autonomia personal i funcional, inferior a la desitjada per a poder desenvolupar amb suficient autonomia i independència les AVD, i probablement haurien de ser beneficiades per una atenció de suport social que actualment, no existeix a la cartera de serveis.

REFLEXIÓ PERSONAL

M'agradaria fer unes reflexions en tant a les dades que s'indiquen a la base de dades, en la situació d'alta de bastants pacients, dades significants. I és aquest petit declivi en l'empitjorament tant a nivell emocional, com cognitiu. Molts dies d'hospitalització, malauradament sense companyia perquè les mesures anti-covid-19 ho obligaven, han fet que els pacients milloressin en quant la seva autonomia personal, però no si val deixar de banda l'estat emocional i cognitiu de la persona, doncs en la seva forma més holística, hem de reforçar encara més aquests estats que són tant o més importants que l'autonomia física d'una persona, i que si em permeten, la LAPAD tampoc té en compte en les seves valoracions de BVD. Per tant, m'agradaria destacar que malgrat que la LAPAD hagi celebrat més d'una dècada en la seva execució, encara hi ha moltes coses a assolir. Com el desplegament de més ajudes i recursos, la disminució de la seva llista d'espera, i una volta per el que fa el BVD i les seves valoracions en punts i graus. Cal considerar la valoració de la dependència coma un problema a llarg termini, doncs l'envelliment, el sobreenvelliment i la dependència cada vegada freqüentaran més a la nostra regió, i necessitem revisions i actualitzacions anuals de la mateixa LAPAD.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1-Institut d'Estadística de Catalunya (2021) Població 1 de Gener. Gencat.

Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253&t=2005>

2-Tema 2: Demografia de la Població, ¿Hacia donde vamos? (2019) Máster d'envelliment i salut, Universitat Rovira i Virgili.

Disponible a:

https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3787106/mod_book/chapter/30409/Tema%202%20Cambios%20demogr%C3%A1ficos%2019-20.pdf?time=1586536292443

3-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006.

Disponible a:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-onsolidado.pdf>

4-Mahoney FI, Barthel Dw. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5.

5-Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9: 179-186

6-Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1975; 23: 433-441

7-Escala de valoración Gijón: Escalas e instrumentos para la valoración de atención domiciliaria (2004) Generalitat Valenciana, Conselleria de Salut.

Disponible a: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.3785-2004.pdf>

8-Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión espanyola del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002; 12: 620-630

9-Servei de valoració de la dependència (2020) Consorci sanitari Integral.

Disponible a:

<https://www.csi.cat/ciutadans/centres/servei-valoracio-dependencia-hospitalet/>

10-SEVAD, Equip de valoració de dependència. (2021) Grup Sagessa.

Disponible a:

<https://www.grupsagessa.cat/sevad-equip-de-valoracio-a-la-dependencia/>

11-Dades de la dependència a Catalunya (2020) Departament de Treball, Afers socials i Famílies. Gencat.cat.

Disponible a:

https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/dades_dependencia/

12-Ministerio de Sanidad, Política social i Igualdad (2014) I. Disposiciones Generales. Boletín oficial del estado.

Disponible a:

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/10dependencia/que_es_i_com_es_reconeix/pdf/decret_bvd_v._catala_.pdf

13-Què és i com es reconeix la situació de dependència (2014) Departament de Treball, Afers socials i Família. Gencat.

Disponible :

https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_dependencia/

14-112. Sobre dependència i altres contes (2008) CGT, Confederació General del Treball.

Disponible a: <https://cgt.org.es/112-sobre-dependencia-y-otros-cuentos/>

15-Crítiques a l'aplicació de la llei de dependència (2007) El Periódico, serveis socials.

Disponible a: <https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2007/11/19/criticas-aplicacion-ley-dependencia-47968770.html>

16-De Febrer, G. (2009) Descripció de la situació de salut, dependència i qualitat de vida de la població de fent gran d'un nucli urbà. Tesi Doctoral. Universitat Rovira i Virgili. ISBN:978-84-693-0716-8 /DL:T-424-2010.

17-Deu anys de dependència (2016) ACRA, Associació Catalana de Recursos Assistencials.

Disponible a: https://www.acra.cat/ca/deu-anys-de-depend%C3%A8ncia_284472

18-Lima A, (2017) Ana Lima explica perquè no funciona la llei de dependència. Dependencia.info.

Disponible a: <https://dependencia.info/noticia/541/actualidad/ana-lima-explica-por-que-no-funciona-la-ley-de-dependencia.html>

19-Dependència: Cruel ineficiència (2018) El país.

Disponible a: https://elpais.com/elpais/2018/03/10/opinion/1520701690_665848.html

20-Esteve, A (2021) Catalunya amb 2100 persones centenàries es converteix en un laboratori de vellesa. Notícies ccma.cat.

Disponible a: <https://www.ccma.cat/324/catalunya-amb-2-100-persones-centenaries-es-converteix-en-un-laboratori-de-vellesa/noticia/3086991/>

21- Salvador M, Malmusi D, Borrell C. Time trends in health inequalities due to care in the context of the Spanish Dependency Law. Gac Sanit. 2017 Jun; 31(1): 11-17

22-Calculadora de grandària mostral GRANMO. Versió 7.12 Abril 2012.

Disponible a: <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>

23-Barceló, E (2021) Consell Comarcal del Baix camp i Priorat

24- Rodríguez-Sánchez, B.; Pascual Sáez, M.; Cantarero-Prieto, D. Dependent, Poorer, and More Care-Demanding? An Analysis of the Relationship between Being Dependent, Household Income, and Formal and Informal Care Use in Spain. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 4339.

Disponible a: <https://doi.org/10.3390/ijerph18084339>

ANNEXES

Proporcions : Estimació Poblacional

Nivell de confiança: ☒ 0.95 ☐ 0.90 ☐ Altre

Població de referència (Intro => S'assumeix una població infinita):

Estimació de la proporció en la població:

Precisió de l'estimació pel nivell de confiança seleccionat:

Proporció estimada de reposicions necessàries:

[calcula](#)  [Neteja resultats](#)  [Neteja tot](#)  [Selecciona tot](#)  [Imprimir](#)

12/05/2021 17:56:20 Estimació Poblacional (Proporcions)

Una mostra aleatòria de 81 individus és suficient per estimar, amb una confiança del 95% i una precisió de +/- 10 unitats percentuals, un percentatge poblacional que es preveu que sigui al voltant del 30%. En percentatge de reposicions necessària s'ha previst que serà del 0%.

Annex del programa Granmo, on ens indica la població en mostra desitjada (21).