

Universitat de Vic
Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes
Departament de Pedagogia

Programa de doctorat
"EDUCACIÓ INCLUSIVA"

IMPLEMENTACIÓ I AVALUACIÓ DEL PROGRAMA
"Vellesa, Activitat Física i Dependència"
(VAFiD)

Tesi doctoral presentada per:

Isabel Carrera i Blancafort

Directors:

Dr. Pere Pujolàs Maset
Dra. Maria Teresa Anguera Argilaga

Per optar al títol de Doctora per la Universitat de Vic

Vic, octubre de 2013

Diguem el que diguem i pensem el que pensem, el nostre temps és aquest, el temps en el qual vivim. Perquè només hi ha vida en el present, el passat pertany a l'àmbit de la memòria i del coneixement, i el futur, al de l'esperança i els projectes, però cap dels dos és real, ho és només en la nostra memòria o fantasia.

Rosa Regàs (2010:53)

ÍNDEX GENERAL

ÍNDEX DE TAULES.....	XVII
ÍNDEX DE FIGURES.....	XXV
ABREVIATURES.....	XXIX
AGRAÏMENTS.....	XXXI
RESUM.....	XXXIII
INTRODUCCIÓ.....	XXXVII
I. Objecte d'estudi de la recerca.....	XXXVIII
II. Justificació de la recerca.....	XXXIX
III. Estructura general de la tesi.....	XL

Primera part

MARC TEÒRIC: L'ENVELLIMENT, LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I L'ACTIVITAT FÍSICA

CAPÍTOL I: L'ENVELLIMENT.....	43
1 Fer-se gran: un procés individual i col·lectiu.....	43
1.1 La persona gran: una unitat bio/psico/social.....	45
1.2 Com envellim i per què?.....	46
1.2.1 El vessant biològic.....	46
1.2.2 Els aspectes psicosocials.....	47
2 La salut i la malaltia.....	48
2.1 Condicionants de la salut.....	50
2.2 La prevenció un factor clau.....	51
2.3 La malaltia.....	52
2.4 L'afrontament de la malaltia.....	53
CAPÍTOL II: LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA.....	55
1 Apreciacions sobre la dependència.....	55
1.1 Justificació inicial.....	55
1.2 La dependència.....	56
2 La dependència durant la vellesa.....	60
2.1 Prevalença de la dependència.....	61
2.2 On viuen les persones grans amb dependència i qui en té cura?.....	63
2.3 Tipus de discapacitats i causes de dependència.....	66

3	Anàlisi de les deficiències que contribueixen a la dependència.....	67
3.1	Deficiències sensorials.....	68
3.1.1	La visió.....	68
3.1.2	L'audició.....	69
3.2	Les deficiències neuro-musculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment	71
3.2.1	Ossos i articulacions	71
3.2.2	Músculs.....	72
3.2.3	Altres components del moviment.....	73
3.3	Deficiències relacionades amb les funcions mentals	75
3.3.1	Funcions mentals globals	75
3.3.2	Funcions mentals específiques	77
3.3.3	Nivells cognitius descrits per Claudia K. Allen	82
3.4	Deficiències del sistema cardiovascular	83
3.4.1	El cor	83
3.4.2	Els vasos sanguinis.....	84
3.5	Deficiències del sistema respiratori	85
4	Factors psicosocials de la dependència	87
4.1	La relació en la situació de dependència.....	87
4.2	Tipus de dependència	88
5	L'atenció a les persones grans	89
5.1	Centres d'atenció	90
5.2	Models d'atenció	91
5.3	L'acció dels professionals de l'atenció.....	94
	CAPÍTOL III: L'ACTIVITAT FÍSICA.....	97
1	L'activitat física.....	97
1.1	Apreciacions terminològiques	98
1.2	El paper de l'activitat física durant la vellesa	99
1.3	El programa d'activitat física com a eina	101
2	L'activitat física per a persones grans amb dependència: l'estat de la qüestió.....	102
2.1	Efectes de l'activitat i l'exercici físic en la capacitat funcional	104
2.2	Un tema especial: les caigudes i l'activitat física.....	105
2.3	La relació entre l'activitat física i els aspectes cognitius.....	107
2.4	L'activitat física com a font de benestar i qualitat de vida.....	108
2.5	El valor de l'activitat física per a la predicció de la dependència	109

Segona part

EL PROGRAMA “Vellesa, Activitat Física i Dependència” (VAFiD)

CAPÍTOL IV: PLANIFICACIÓ DEL PROGRAMA (Model teòric)	113
1 Referents del programa	114
1.1 Enfocament del cicle vital	114
1.2 La retrogènesi psicomotora	115
1.3 El model de Claudia K. Allen	117
1.4 Altres programes d'activitat física per a persones grans	119
1.5 El ritme de les estacions	121
1.6 Model d'atenció personalitzada.....	123
2 Importància i necessitat d'elaborar un programa.....	125
CAPÍTOL V: EL PROGRAMA VAFiD	129
1 Les persones que participen en el programa.....	129
1.1 L'heterogeneïtat del grup.....	129
1.2 De les capacitats a les deficiències i a la inversa	131
1.3 Perfil de les persones a qui va adreçat el programa.....	132
2 Plantejament del programa.....	133
3 Definició dels continguts del programa.....	137
3.1 Resistència a l'esforç.....	138
3.2 Força/tonificació	139
3.3 Mobilitat articular	140
3.4 Flexibilitat	141
3.5 Velocitat.....	142
3.6 Funció respiratòria.....	143
3.7 Coordinació de moviments.....	144
3.8 Equilibri.....	145
3.9 Percepció del propi cos	147
3.10 Percepció de l'espai	148
3.11 Percepció temporal	149
3.12 Percepció sensorial.....	150
3.13 Relació/interacció amb si mateixa	151
3.14 Relació/interacció amb els altres.....	151
3.15 Relació/interacció amb l'entorn.....	152
3.16 Concentració i atenció.....	152

3.17	Memòria	153
3.18	Llenguatge.....	154
3.19	Funcions executives.....	154
4	Els recursos disponibles per a desenvolupar els continguts: les activitats, el material i la música.....	155
4.1	Les activitats	155
4.1.1	Activitats gimnàstiques.....	156
4.1.2	Activitats rítmiques.....	158
4.1.3	Activitats lúdiques	161
4.1.4	Activitats d'expressió	162
4.1.5	Activitats a l'aire lliure.....	163
4.2	El paper del material i la música	165
4.2.1	Especificitats sobre el material.....	166
4.2.2	Especificitats sobre la música.....	167
5	Organització del treball.....	168
5.1	Programació de referència per aplicar en el grup objecte d'estudi	169
5.1.1	Unitat de treball: tardor	170
5.1.2	Unitat de treball: hivern.....	174
5.1.3	Unitat de treball: primavera	177
5.1.4	Unitat de treball: estiu	180
5.2	Organització de la sessió.....	184
5.2.1	Estructura general de la sessió	184
5.2.2	Criteris per a l'organització de les tasques durant la sessió	188
5.2.3	Criteris per a l'organització del grup	191
5.2.4	Criteris per a l'organització de l'espai, el material i el temps.....	193
6	Condicions per a la implementació del programa.....	193
6.1	Aspectes metodològics	194
6.1.1	Mètodes que guien l'acció pedagògica	194
6.1.2	La comunicació en les relacions interactives.....	197
6.2	El paper de l'educador/a	200
6.2.1	La preparació.....	201
6.2.2	La relació.....	202
6.2.3	L'actitud.....	203
6.2.4	La funció.....	204
6.3	Les tasques: la construcció i l'adaptació.....	206

6.4	L'avaluació	208
6.4.1	Avaluació inicial	209
6.4.2	Avaluació reguladora	211
6.4.3	Avaluació final.....	212
6.4.4	Avaluació integradora.....	213
6.5	Orientacions organitzatives.....	213
6.5.1	Sobre el grup.....	214
6.5.2	Sobre el contacte de l'educador/a amb l'equip	214
6.5.3	Sobre els desplaçaments	214
6.5.4	Sobre la durada i l'horari de les sessions.....	215
6.5.5	Sobre l'espai	215

Tercera part

AVALUACIÓ DEL PROGRAMA “Vellesa, Activitat Física i Dependència” (VAFiD)

CAPÍTOL VI: DISSENY DE LA RECERCA.....	219
1 Plantejament del problema	219
1.1 Consideracions prèvies	219
1.2 Les preguntes que guien la recerca.....	221
2 Objectius de la recerca.....	223
2.1 Definir el programa	223
2.2 Implementar	224
2.3 Avaluar.....	224
3 Perspectiva de la investigació.....	225
3.1 Tipus de recerca.....	227
3.2 L'avaluació de programes	227
3.2.1 Recorregut històric.....	227
3.2.2 Aproximació conceptual.....	228
3.2.3 Tipus d'avaluació.....	231
3.2.4 Característiques principals que ha de complir una avaluació	234
3.3 L'avaluació responent de Stake.....	235
4 Metodologia.....	240
4.1 Disseny de la recerca	240
4.1.1 Condicionants del disseny	241
4.1.2 Procés de recerca	242

4.2	La coherència del programa	244
4.2.1	Anàlisi de la Coherència teòrica i de la coherència lògica.....	244
4.2.2	Anàlisi de la coherència entre la planificació i la implementació	245
4.3	Procediments per a la implementació del programa.....	246
4.3.1	Constitució del grup.....	246
4.3.2	Característiques generals del grup	247
4.3.3	Informació i obtenció de permisos	248
4.3.4	Implementació del programa.....	248
4.4	Dimensions d'anàlisi.....	249
4.4.1	La persona gran.....	249
4.4.2	La sessió.....	252
4.5	Instruments d'avaluació	254
4.5.1	Instruments d'aplicació anterior i anterior/posterior a la implementació del VAFiD	255
4.5.2	Instruments d'aplicació durant el procés d'implementació del VAFiD.....	259
4.5.3	Instrument d'aplicació posterior a la implementació del VAFiD.....	269
4.5.4	Documents complementaris.....	269
4.6	Criteris de qualitat i estàndards	271
4.6.1	Criteris de qualitat del programa VAFiD.....	272
4.6.2	Criteris, instruments i estàndards per a l'anàlisi de la qualitat	273
5	Anàlisi de les dades	278
5.1	Control de qualitat de les dades.....	278
5.2	Procediments per a l'anàlisi de les dades	280
CAPÍTOL VII: DESCRIPCIÓ DE LA IMPLEMENTACIÓ (Model empíric)		285
1	Antecedents reals	286
1.1	Perfil de les persones participants en la recerca	286
1.1.1	(PCG).....	286
1.1.2	(MCS)	288
1.1.3	(JFG)	289
1.1.4	(RGS).....	290
1.1.5	(EGV).....	292
1.1.6	(JGC)	293
1.1.7	(AJR).....	294
1.1.8	(CMG).....	296
1.1.9	(DMP)	297

1.1.10	(MPA).....	299
1.1.11	(MPC).....	300
1.1.12	(ERP).....	302
1.1.13	(DRB).....	303
1.1.14	(JRA).....	305
1.1.15	(JSS).....	306
1.1.16	(MYB).....	307
1.2	Característiques del centre on s'ubica la recerca	309
2	Activitats realitzades	310
2.1	Sessions fase inicial	312
2.2	Sessions objecte d'estudi.....	313
2.2.1	Participació.....	313
2.2.2	Seguiment del programa.	315
2.2.3	Ús de material	320
2.2.4	Ús de la música	321
2.2.5	Organització del grup.....	323
2.2.6	Ús del temps.....	325
2.2.7	Globalitat de la sessió.....	326
3	Efectes obtinguts	328
3.1	(PCG).....	331
3.1.1	Participació activa.....	331
3.1.2	Satisfacció personal.....	333
3.1.3	Prevenió i salut.....	333
3.1.4	Competència funcional	334
3.1.5	Competència social.....	334
3.1.6	Percepció de millores	335
3.1.7	A manera de síntesi.....	335
3.2	(MCS)	336
3.2.1	Participació activa.....	336
3.2.2	Satisfacció personal.....	338
3.2.3	Prevenió i salut.....	339
3.2.4	Competència funcional	340
3.2.5	Competència social.....	340
3.2.6	Percepció de millores	341
3.2.7	A manera de síntesi.....	341

3.3	(JFG).....	342
3.3.1	Participació activa.....	342
3.3.2	Satisfacció personal.....	344
3.3.3	Prevenió i salut.....	345
3.3.4	Competència funcional.....	345
3.3.5	Competència social.....	346
3.3.6	Percepció de millores.....	347
3.3.7	A manera de síntesi.....	347
3.4	(RGS).....	347
3.4.1	Participació activa.....	347
3.4.2	Satisfacció personal.....	349
3.4.3	Prevenió i salut.....	350
3.4.4	Competència funcional.....	351
3.4.5	Competència social.....	351
3.4.6	Percepció de millores.....	352
3.4.7	A manera de síntesi.....	352
3.5	(EGV).....	353
3.5.1	Participació activa.....	353
3.5.2	Satisfacció personal.....	355
3.5.3	Prevenió i salut.....	355
3.5.4	Competència funcional.....	356
3.5.5	Competència social.....	356
3.5.6	Percepció de millores.....	357
3.5.7	A manera de síntesi.....	357
3.6	(JGC).....	358
3.6.1	Participació activa.....	358
3.6.2	Satisfacció personal.....	360
3.6.3	Prevenió i salut.....	361
3.6.4	Competència funcional.....	362
3.6.5	Competència social.....	362
3.6.6	Percepció de millores.....	363
3.6.7	A manera de síntesi.....	363
3.7	(AJR).....	364
3.7.1	Participació activa.....	364
3.7.2	Satisfacció personal.....	366

3.7.3	Prevençió i salut.....	366
3.7.4	Competència funcional.....	367
3.7.5	Competència social.....	367
3.7.6	Percepció de millores.....	368
3.7.7	A manera de síntesi.....	368
3.8	(CMG).....	369
3.8.1	Participació activa.....	369
3.8.2	Satisfacció personal.....	371
3.8.3	Prevençió i salut.....	372
3.8.4	Competència funcional.....	372
3.8.5	Competència social.....	373
3.8.6	Percepció de millores.....	374
3.8.7	A manera de síntesi.....	374
3.9	(DMP).....	374
3.9.1	Participació activa.....	374
3.9.2	Satisfacció personal.....	377
3.9.3	Prevençió i salut.....	377
3.9.4	Competència funcional.....	378
3.9.5	Competència social.....	379
3.9.6	Percepció de millores.....	379
3.9.7	A manera de síntesi.....	379
3.10	(MPA).....	380
3.10.1	Participació activa.....	380
3.10.2	Satisfacció personal.....	382
3.10.3	Prevençió i salut.....	383
3.10.4	Competència funcional.....	384
3.10.5	Competència social.....	384
3.10.6	Percepció de millores.....	385
3.10.7	A manera de síntesi.....	385
3.11	(MPC).....	386
3.11.1	Participació activa.....	386
3.11.2	Satisfacció personal.....	388
3.11.3	Prevençió i salut.....	388
3.11.4	Competència funcional.....	389
3.11.5	Competència social.....	390

3.11.6	Percepció de millores.....	390
3.11.7	A manera de síntesi.....	391
3.12	(ERP).....	391
3.12.1	Participació activa.....	391
3.12.2	Satisfacció personal.....	394
3.12.3	Prevenició i salut.....	394
3.12.4	Competència funcional.....	395
3.12.5	Competència social.....	396
3.12.6	Percepció de millores.....	396
3.12.7	A manera de síntesi.....	396
3.13	(DRB).....	397
3.13.1	Participació activa.....	397
3.13.2	Satisfacció personal.....	399
3.13.3	Prevenició i salut.....	400
3.13.4	Competència funcional.....	401
3.13.5	Competència social.....	401
3.13.6	Percepció de millores.....	402
3.13.7	A manera de síntesi.....	402
3.14	(JRA).....	403
3.14.1	Participació activa.....	403
3.14.2	Satisfacció personal.....	405
3.14.3	Prevenició i salut.....	406
3.14.4	Competència funcional.....	406
3.14.5	Competència social.....	407
3.14.6	Percepció de millores.....	408
3.14.7	A manera de síntesi.....	408
3.15	(JSS).....	409
3.15.1	Participació activa.....	409
3.15.2	Satisfacció personal.....	411
3.15.3	Prevenició i salut.....	411
3.15.4	Competència funcional.....	412
3.15.5	Competència social.....	412
3.15.6	Percepció de millores.....	413
3.15.7	A manera de síntesi.....	413
3.16	(MYB).....	414

3.16.1	Participació activa.....	414
3.16.2	Satisfacció personal.....	416
3.16.3	Prevenició i salut.....	417
3.16.4	Competència funcional.....	418
3.16.5	Competència social.....	418
3.16.6	Percepció de millores.....	419
3.16.7	A manera de síntesi.....	419
3.17	Conjunt del grup.....	420
3.17.1	Participació activa.....	420
3.17.2	Satisfacció personal.....	424
3.17.3	Prevenició i salut.....	425
3.17.4	Competència funcional.....	427
3.17.5	Competència social.....	431
3.17.6	Percepció de millores.....	432
3.17.7	A manera de síntesi.....	433
CAPÍTOL VIII: VALORACIÓ DEL PROGRAMA.....		435
1	Anàlisi de la coherència teòrica i de la coherència lògica del programa.....	435
1.1	Coherència teòrica.....	436
1.1.1	Observacions dels experts sobre la coherència teòrica.....	436
1.2	Coherència lògica.....	437
1.2.1	Observacions dels experts.....	438
2	Anàlisi de la coherència entre la planificació i la implementació.....	439
2.1	Antecedents previstos vs antecedents reals.....	439
2.2	Activitats previstes vs activitats realitzades.....	441
2.2.1	Criteri n. 1: Continguts i activitats.....	441
2.2.2	Criteri n. 2: Diversitat de material.....	442
2.2.3	Criteri n 3: Diversitat en l'ús de la música.....	443
2.2.4	Criteri n 4: Diversitat en l'organització del grup.....	443
2.2.5	Ús del temps.....	444
2.2.6	Globalitat de la sessió.....	444
2.3	Efectes esperats vs efectes obtinguts.....	444
2.3.1	Criteri n 1: Participació activa.....	445
2.3.2	Criteri n 2: Satisfacció personal.....	446
2.3.3	Criteri n 3: Prevenició i salut.....	447
2.3.4	Criteri n 4: Competència funcional.....	448

2.3.5	Criteri n 5: Competència social	449
3	Anàlisi de la qualitat del programa	449
3.1	Sobre la coherència teòrica del programa.....	450
3.2	Sobre la coherència lògica del programa	451
3.3	Sobre la coherència entre la planificació i la implementació	452
3.3.1	Dels antecedents.....	452
3.3.2	De les activitats.....	452
3.3.3	Dels efectes	455
3.4	Grau de qualitat del programa.....	458
	CAPÍTOL IX: CONCLUSIONS I CONSIDERACIONS FINALS.....	461
1	Conclusions relatives a l'avaluació del VAFiD	461
1.1	Sobre el programa i les sessions.....	461
1.2	Sobre les persones grans participants	462
2	Conclusions relatives a les característiques que ha de tenir un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència.....	463
2.1	Sobre el plantejament general del VAFiD	463
2.2	Sobre els recursos a utilitzar	463
2.3	Sobre l'organització del treball	464
2.4	Sobre la manera com es desenvolupa.....	464
2.5	Sobre la infraestructura i els aspectes organitzatius.....	464
3	Consideracions finals.....	465
3.1	Propostes de millora.....	465
3.2	Limitacions	465
3.3	Línies de futur	466

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Determinants de la salut.....	51
Taula 2. Definicions de referència.....	59
Taula 3. Índex de cobertura residencial.....	64
Taula 4. Tipus de discapacitats de la EDAD 2008	66
Taula 5. Deficiències seleccionades per aquest estudi	68
Taula 6. Categories d'activitats principals de la vida	86
Taula 7. Característiques generals dels diferents tipus de centres	94
Taula 8. Efectes de l'activitat i l'exercici físics en les persones grans	100
Taula 9. Característiques generals del ritme de les estacions segons el mètode "Cos i consciència"	123
Taula 10. Perfil dels participants: deficiències/capacitats	131
Taula 11. Objectius generals del programa VAFiD.....	136
Taula 12. Efectes esperats.....	137
Taula 13. Continguts del programa VAFiD	138
Taula 14. Orientacions per a la distribució de continguts. Tardor	172
Taula 15. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Tardor.....	173
Taula 16. Orientacions per a la distribució de continguts. Hivern.....	175
Taula 17. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Hivern	176
Taula 18. Orientacions per a la distribució de continguts. Primavera	178
Taula 19. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Primavera	179
Taula 20. Orientacions per a la distribució de continguts. Estiu.....	182
Taula 21. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Estiu	183
Taula 22. Moments, fases i parts de la sessió.....	184
Taula 23. Distàncies i ubicació de les persones en les interaccions.....	199
Taula 24. L'avaluació en el programa VAFiD.....	209
Taula 25. Perfil dels experts.....	245
Taula 26. Temporalització implementació VAFiD i recollida de dades per a la recerca.....	249
Taula 27. Àmbits, objectius generals, indicadors i aspectes a avaluar en aquesta tesi	250
Taula 28. Elements de la dimensió d'anàlisi: La Sessió.....	253
Taula 29. Instrument no estàndard, resposta de la persona gran (INE.PG).....	265
Taula 30. Instrument no estàndard, temps de la sessió (INE-T).....	267
Taula 31. Instruments utilitzats en l'avaluació del VAFiD.....	271
Taula 32. Criteris de qualitat del VAFiD. Dimensió d'anàlisi: persona gran	272
Taula 33. Criteris de qualitat del VAFiD. Dimensió d'anàlisi: sessió	273
Taula 34. Dimensió d'anàlisi <i>persona gran</i> : Criteri 1, instruments i estàndards.....	274
Taula 35. Dimensió d'anàlisi <i>persona gran</i> : Criteri 2, instruments i estàndards.....	275
Taula 36. Dimensió d'anàlisi <i>persona gran</i> : Criteri 3, instruments i estàndards.....	275
Taula 37. Dimensió d'anàlisi <i>persona gran</i> : Criteri 4, instruments i estàndards	276
Taula 38. Dimensió d'anàlisi <i>persona gran</i> : Criteri 5, instruments i estàndards.....	276
Taula 39. Dimensió d'anàlisi <i>sessió</i> : Criteri 1, instruments i estàndards.....	277
Taula 40. Dimensió d'anàlisi <i>sessió</i> : Criteri 2, instruments i estàndards.....	277
Taula 41. Dimensió d'anàlisi <i>sessió</i> : Criteri 3, instruments i estàndards.....	277
Taula 42. Dimensió d'anàlisi <i>sessió</i> : Criteri 4, instruments i estàndards.....	278
Taula 43. Resultats concordança intra-observador. INE-PG	279

Taula 44. Valoració coeficient kappa.....	279
Taula 45. Resultats de la comparació de proporcions. INE-T.....	279
Taula 46. Participació. Mitjana de persones/sessió fase inicial.....	312
Taula 47. Tipus d'assistència i freqüències.....	314
Taula 48. Tendència de l'assistència per sessió.....	315
Taula 49. Comparació de la freqüència de continguts previstos i continguts realment treballats (totes les unitats).....	315
Taula 50. Percentatge (%) de continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat.....	316
Taula 51. Significació de la diferència entre continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat (comparació de proporcions).....	316
Taula 52. Tipus de sessions fetes realment.....	316
Taula 53. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: <i>Trador</i>	317
Taula 54. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: <i>Hivern</i>	317
Taula 55. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: <i>Primavera</i>	317
Taula 56. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: <i>Estiu</i>	318
Taula 57. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Tot el programa.....	318
Taula 58. Procés seguit per a la planificació i el seguiment de les sessions.....	319
Taula 59. Seguiment del programa: modificació de les activitats. Segon nivell de planificació.....	319
Taula 60. Ús tipus de material: freqüència i percentatge.....	320
Taula 61. Forma d'ús del material per sessions: freqüència i percentatge.....	321
Taula 62. Forma d'ús dels diferents objectes.....	321
Taula 63. Nombre de modalitats per sessió: freqüència i percentatge.....	322
Taula 64. Ús tipus organització: freqüència i percentatge.....	323
Taula 65. Combinacions de tipus d'organització en una mateixa sessió: freqüència i percentatge.....	324
Taula 66. Tendència de l'ús del temps.....	325
Taula 67. Assistència. Participant: PCG.....	331
Taula 68. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: PCG.....	331
Taula 69. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	331
Taula 70. Resposta adequada. Participant: PCG.....	331
Taula 71. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: PCG. ..	332
Taula 72. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup.....	332
Taula 73. No resposta dins TCM observat. Participant: PCG.....	334
Taula 74. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup.....	334
Taula 75. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: PCG.....	334
Taula 76. Interaccions entre iguals. Participant: PCG.....	335
Taula 77. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals en el temps total observat de tot el grup.....	335
Taula 78. Assistència. Participant: MCS.....	336

Taula 79. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MCS	337
Taula 80. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	337
Taula 81. Resposta adequada. Participant: MCS.....	337
Taula 82. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MCS...	338
Taula 83. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	338
Taula 84. No resposta dins TCM observat. Participant: MCS.....	339
Taula 85. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	339
Taula 86. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MCS	340
Taula 87. Interaccions entre iguals. Participant: MCS	340
Taula 88. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	340
Taula 89. Assistència. Participant: JFG.....	342
Taula 90. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JFG	342
Taula 91. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	342
Taula 92. Resposta adequada. Participant: JFG.....	343
Taula 93. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JFG....	344
Taula 94. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	344
Taula 95. No resposta dins TCM observat. Participant: JFG	345
Taula 96. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	345
Taula 97. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JFG	346
Taula 98. Interaccions entre iguals. Participant: JFG	346
Taula 99. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	346
Taula 100. Assistència. Participant: RGS	348
Taula 101. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: RGS	348
Taula 102. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	348
Taula 103. Resposta adequada. Participant: RGS.....	348
Taula 104. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: RGS.	349
Taula 105. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	349
Taula 106. No resposta dins TCM observat. Participant: RGS	351
Taula 107. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	351
Taula 108. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: RGS.....	351
Taula 109. Interaccions entre iguals. Participant: RGS	351
Taula 110. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	352
Taula 111. Assistència. Participant: EGV	353
Taula 112. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: EGV	353
Taula 113. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	353
Taula 114. Resposta adequada. Participant: EGV	354
Taula 115. Tendència resposta adequada. Participant:EGV.....	354
Taula 116. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: EGV	354
Taula 117. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	355
Taula 118. No resposta dins TCM observat. Participant: EGV.....	356

Taula 119. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	356
Taula 120. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: EGV.....	356
Taula 121. Interaccions entre iguals. Participant: EGV	357
Taula 122. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	357
Taula 123. Assistència. Participant: JGC.....	358
Taula 124. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JGC	358
Taula 125. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	358
Taula 126. Resposta adequada. Participant: JGC.....	359
Taula 127. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JGC..	360
Taula 128. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	360
Taula 129. No resposta dins TCM observat. Participant: JGC	361
Taula 130. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	361
Taula 131. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JGC	362
Taula 132. Interaccions entre iguals. Participant: JGC	362
Taula 133. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	362
Taula 134. Assistència. Participant: AJR	364
Taula 135. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: AJR.....	364
Taula 136. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	364
Taula 137. Resposta adequada. Participant: AJR.....	364
Taula 138. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: AJR..	365
Taula 139. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	365
Taula 140. No resposta dins TCM observat. Participant: AJR.....	367
Taula 141. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	367
Taula 142. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: AJR.....	367
Taula 143. Interaccions entre iguals. Participant: AJR.....	368
Taula 144. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	368
Taula 145. Assistència. Participant: CMG.....	369
Taula 146. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: CMG.....	370
Taula 147. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	370
Taula 148. Resposta adequada. Participant: CMG	370
Taula 149. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: CMG	371
Taula 150. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	371
Taula 151. No resposta dins TCM observat. Participant: CMG.....	372
Taula 152. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	372
Taula 153. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: CMG.....	373
Taula 154. Interaccions entre iguals. Participant: CMG.....	373
Taula 155. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	373
Taula 156. Assistència. Participant: DMP.....	375
Taula 157. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: DMP.....	375
Taula 158. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	375

Taula 159. Resposta adequada. Participant: DMP	375
Taula 160. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: DMP	376
Taula 161. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	377
Taula 162. No resposta dins TCM observat. Participant: DMP	378
Taula 163. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	378
Taula 164. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: DMP	378
Taula 165. Interaccions entre iguals. Participant: DMP.....	379
Taula 166. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	379
Taula 167. Assistència. Participant: MPA.....	381
Taula 168. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MPA.....	381
Taula 169. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	381
Taula 170. Resposta adequada. Participant: MPA	381
Taula 171. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MPA	382
Taula 172. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	382
Taula 173. No resposta dins TCM observat. Participant: MPA.....	383
Taula 174. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	383
Taula 175. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MPA.....	384
Taula 176. Interaccions entre iguals. Participant: MPA.....	384
Taula 177. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	384
Taula 178. Assistència. Participant: MPC	386
Taula 179. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MPC	386
Taula 180. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	386
Taula 181. Resposta adequada. Participant: MPC.....	386
Taula 182. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MPC	387
Taula 183. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	387
Taula 184. No resposta dins TCM observat. Participant: MPC.....	389
Taula 185. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	389
Taula 186. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MPC.....	389
Taula 187. Interaccions entre iguals. Participant: MPC.....	390
Taula 188. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	390
Taula 189. Assistència. Participant: ERP	392
Taula 190. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: ERP	392
Taula 191. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	392
Taula 192. Resposta adequada. Participant: ERP	392
Taula 193. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: ERP	393
Taula 194. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	394
Taula 195. No resposta dins TCM observat. Participant: ERP	395
Taula 196. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	395
Taula 197. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: ERP	395
Taula 198. Interaccions entre iguals. Participant: ERP	396

Taula 199. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	396
Taula 200. Assistència. Participant: DRB.....	397
Taula 201. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: DRB	398
Taula 202. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	398
Taula 203. Resposta adequada. Participant: DRB.....	398
Taula 204. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: DRB	399
Taula 205. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	399
Taula 206. No resposta dins TCM observat. Participant: DRB	400
Taula 207. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	401
Taula 208. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: DRB	401
Taula 209. Interaccions entre iguals. Participant: DRB	401
Taula 210. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	402
Taula 211. Assistència. Participant: JRA	403
Taula 212. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JRA.....	403
Taula 213. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.....	404
Taula 214. Resposta adequada. Participant: JRA.....	404
Taula 215. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JRA..	405
Taula 216. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	405
Taula 217. No resposta dins TCM observat. Participant: JRA.....	406
Taula 218. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	406
Taula 219. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JRA	407
Taula 220. Interaccions entre iguals. Participant: JRA	407
Taula 221. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	407
Taula 222. Assistència. Participant: JSS.....	409
Taula 223. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JSS	409
Taula 224. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	409
Taula 225. Resposta adequada. Participant: JSS.....	409
Taula 226. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JSS..	410
Taula 227. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	410
Taula 228. No resposta dins TCM observat. Participant: JSS.....	412
Taula 229. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	412
Taula 230. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JSS	412
Taula 231. Interaccions entre iguals. Participant: JSS	413
Taula 232. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	413
Taula 233. Assistència. Participant: MYB	414
Taula 234. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MYB.....	415
Taula 235. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	415
Taula 236. Resposta adequada. Participant: MYB	415
Taula 237. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MYB	416

Taula 238. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	416
Taula 239. No resposta dins TCM observat. Participant: MYB.....	417
Taula 240. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup	417
Taula 241. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MYB.....	418
Taula 242. Interaccions entre iguals. Participant: MYB.....	418
Taula 243. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup	418
Taula 244. Assistència del grup.....	420
Taula 245. Resposta adequada dins Temps observat. Grup.....	422
Taula 246. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup	422
Taula 247. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Grup	423
Taula 248. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup	423
Taula 249. No resposta dins TCM observat. Grup.....	426
Taula 250. Resultats SFT en control Pre i Post. Grup.....	428
Taula 251. Nombre de persones que presenten millores, manteniment o pèrdues en SFT	428
Taula 252. Resultats IB en control Pre i Post. Grup	431
Taula 253. Interaccions entre iguals. Grup.....	431
Taula 254. Anàlisi antecedents previstos vs antecedents reals	440
Taula 255. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 1: Continguts i activitats	441
Taula 256. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 2: Diversitat de material	442
Taula 257. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 3: Diversitat en l'ús de la música	443
Taula 258. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 4: Diversitat en l'organització del grup	443
Taula 259. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 1: Participació activa	445
Taula 260. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 2: Satisfacció de la persona gran	446
Taula 261. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 3: Prevenció i salut	447
Taula 262. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 4: Competència funcional.....	448
Taula 263. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 5: Competència social.....	449

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. Piràmide de població en situació de dependència	50
Figura 2. Piràmide de població cuidadora principal de la població espanyola en situació de dependència.	65
Figura 3. Itinerari cap a la dependència.....	67
Figura 4. Esquema d'avaluació responent de Stake (1967)	113
Figura 5. L'enfocament del cicle vital i el programa VAFiD	115
Figura 6. De l'ontogènesi a la retrogènesi.....	117
Figura 7. Estructura general de la sessió.....	188
Figura 8. Dispersió	192
Figura 9. Cercle	192
Figura 10. Files /columnes.....	192
Figura 11. Altres agrupacions	193
Figura 12. El paper de l'educador/a	201
Figura 13. Competència professional de l'educador/a	206
Figura 14. El problema de la recerca	221
Figura 15. Mapa d'idees pregunta 1.....	222
Figura 16. Mapa d'idees pregunta 2.....	223
Figura 17. Model d'avaluació responent de Stake (1967).....	237
Figura 18. Importància de la base teòrica per a l'avaluació del VAFiD.....	237
Figura 19. Dissenys avaluatius de baixa intensitat	241
Figura 20. Avaluació del VAFiD. Relació entre dimensions d'anàlisi i instruments d'avaluació.....	254
Figura 21. Mapa comportaments participants durant la sessió. Anàlisi <i>Atlas.ti</i>	281
Figura 22. Mapa veu dels participants. Anàlisi <i>Atlas.ti</i>	282
Figura 23. Mapa elements de la sessió. Anàlisi <i>Atlas.ti</i>	283
Figura 24. Model d'avaluació responent de Stake (1967)	285
Figura 25. Representació gràfica de la mitjana de persones per sessió al llarg de l'any	314
Figura 26. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en que s'ha fet servir material, pel nombre d'objectes diferents que s'han emprat en una mateixa sessió.....	320
Figura 27. Representació gràfica de la forma d'ús dels objectes durant el programa.....	321
Figura 28. Representació gràfica de la freqüència d'ús de modalitats de música durant tot el programa.....	322
Figura 29. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en què s'ha fet servir música, pel nombre de modalitats en una mateixa sessió.	322
Figura 30. Representació gràfica de la freqüència d'ús dels tipus d'organització del grup	323
Figura 31. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en que s'han fet servir diferents tipus d'organització, pel nombre de tipus d'organització utilitats en una mateixa sessió.....	324
Figura 32. Representació gràfica de la distribució percentual de cada tipus de treball.....	325
Figura 33. Distribució del TCM i del TA en el transcurs del desenvolupament del programa	326
Figura 34. Tendència resposta adequada. Participant: PCG.....	332

Figura 35. Tendència durada satisfacció personal. Participant: PCG	333
Figura 36. Tendència interaccions entre iguals. Participant: PCG.	335
Figura 37. Tendència resposta adequada. Participant: MCS	337
Figura 38. Tendència durada satisfacció personal. Participant: MCS.....	339
Figura 39. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MCS.....	341
Figura 40. Tendència resposta adequada. Participant: JFG	343
Figura 41. Tendència satisfacció personal. Participant: JFG	344
Figura 42. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JFG.....	346
Figura 43. Tendència resposta adequada. Participant: RGS.....	348
Figura 44. Tendència satisfacció personal. Participant: RGS.....	350
Figura 45. Tendència interaccions entre iguals. Participant: RGS.	352
Figura 46. Tendència satisfacció personal. Participant: EGV.....	355
Figura 47. Tendència interaccions entre iguals. Participant: EGV	357
Figura 48. Tendència resposta adequada. Participant: JGC	359
Figura 49. Tendència satisfacció personal. Participant: JGC	360
Figura 50. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JGC.....	363
Figura 51. Tendència resposta adequada. Participant: AJR.....	365
Figura 52. Tendència satisfacció personal. Participant: AJR.....	366
Figura 53. Tendència interaccions entre iguals. Participant: AJR	368
Figura 54. Tendència resposta adequada. Participant: CMG.....	370
Figura 55. Tendència satisfacció personal. Participant: CMG.....	371
Figura 56. Tendència interaccions entre iguals. Participant: CMG	373
Figura 57. Tendència resposta adequada. Participant: DMP	376
Figura 58. Tendència satisfacció personal. Participant: DMP	377
Figura 59. Tendència interaccions entre iguals. Participant: DMP.....	379
Figura 60. Tendència resposta adequada. Participant: MPA	381
Figura 61. Tendència satisfacció personal. Participant: MPA.....	383
Figura 62. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MPA.....	385
Figura 63. Tendència resposta adequada. Participant: MPC.....	387
Figura 64. Tendència satisfacció personal. Participant: MPC.....	388
Figura 65. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MPC	390
Figura 66. Tendència resposta adequada. Participant: ERP.....	393
Figura 67. Tendència satisfacció personal. Participant: ERP	394
Figura 68. Tendència interaccions entre iguals. Participant: ERP	396
Figura 69. Tendència resposta adequada. Participant: DRB	398
Figura 70. Tendència satisfacció personal. Participant: DRB	400
Figura 71. Tendència interaccions entre iguals. Participant: DRB.....	402
Figura 72. Tendència resposta adequada. Participant: JRA.....	404
Figura 73. Tendència satisfacció personal. Participant: JRA.....	405
Figura 74. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JRA	408
Figura 75. Tendència resposta adequada. Participant: JSS	410
Figura 76. Tendència satisfacció personal. Participant: JSS	411
Figura 77. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JSS.....	413
Figura 78. Tendència resposta adequada. Participant: MYB.....	415
Figura 79. Tendència satisfacció personal. Participant: MYB.....	417
Figura 80. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MYB	419

Figura 81. Representació gràfica de la freqüència d'assistències i no assistències del conjunt del grup.	420
Figura 82. Representació gràfica de la freqüència de la forma d'assistència i no assistència del conjunt del grup.....	421
Figura 83. Representació gràfica del percentatge d'assistència i no assistència per participant.....	421
Figura 84. Representació gràfica del percentatge de resposta adequada dins temps observat, tots els participants.....	422
Figura 85. Tendència resposta adequada. Grup.....	422
Figura 86. Representació gràfica del percentatge de resposta segons qualitat/autonomia, tots els participants.....	424
Figura 87. Tendència satisfacció personal. Grup.....	424
Figura 88. Representació gràfica del percentatge de no resposta dins TCM observat, tots els participants.....	426
Figura 89. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de força EEII. Tots els participants.....	428
Figura 90. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de força EESS. Tots els participants.....	429
Figura 91. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de resistència. Tots els participants.....	429
Figura 92. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de flexibilitat EEII. Tots els participants.....	429
Figura 93. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de flexibilitat EESS. Tots els participants.....	430
Figura 94. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova d'agilitat. Tots els participants.....	430
Figura 95. Tendència interaccions entre iguals. Tots els participants.....	432
Figura 96. Esquema d'avaluació responnent de Stake (1967).....	435

ABREVIATURES

Generals

ABVD	Activitats bàsiques de la vida diària
AF	Activitat física
AIVD	Activitats instrumentals de la vida diària
DC	Diari d'ecamp
DTA	Demència tipus Alzheimer
EEII	Extremitats inferiors
EESS	Extremitats superiors
EG	Entrevista de grup
EI	Entrevista individual
GDS	Global Deterioration Scale (Escala de deteriorament global)
INE	Instrument no estàndard
INE-PG	Instrument no estàndard persona gran
INE-T	Instrument no estàndard temps
IVP	Informe valoratiu participant
IVS	Informe valoratiu sessió
M	Modificacions fetes en la sessió
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
PCTP	Planificat com a complementari i treballat com a prioritari
PTP	Planificat i treballat com a prioritari
RMS	Registre manual sessions
SA	Sessions afegides
SPF	Sessions planificades i fetes
SPNF	Sessions planificades no fetes
TANP	Treballat adequadament però no planificat

Codis de l'INE

AE	Activitat estàtica
CR	Conductes de risc
EEA	Resposta expressiva espontània (activa)
EEP	Resposta expressiva espontània (passiva)
IIA	Interacció entre iguals (altres)
IIV	Interacció entre iguals (valoratives)
MEI	Resposta motriu espontània (Idònia)
MEnI	Resposta motriu espontània (No idònia)
MIG	Resposta motriu induïda per l'educadora o una altra persona del grup (grup)
MIIn	Resposta motriu induïda per l'educadora o una altra persona del grup (indirectament)
MIPG	Resposta motriu induïda per l'educadora o una altra persona del grup (individualment o directament)

NO	No s'observa
NR	No resposta
TA	Altres temps
TCM	Temps de compromís motor
VE	Resposta verbal espontània
VEN	Resposta verbal espontània (no entesa)
VEV	Resposta verbal espontània (valorativa)
VIE	Resposta verbal induïda per l'educadora

Participants

AJR, CMG, DMP, DRB, EGV, ERP, JFG, JGC, JRA, JSS, MCS, MPA, MPC, MYB, PCG, RGS.

AGRAÏMENTS

Si hi ha una cosa que té moments de molta solitud però que no es pot fer en solitari és una tesi.

Per començar, com tot a la vida, la motxilla que anem omplint amb relacions, contactes, activitats, feines, emocions, viatges i tantes coses més, és la que de veritat nodreix i fa possible arribar al final del camí. Això sí, sempre amb algú. Aquests “algú” teniu la vostra singularitat i tots hi contribuïu a la vostra manera. Uns ho feu de manera passatgera, d’altres desinteressadament; uns sense saber-ho, d’altres amb detalls; uns professionalment, d’altres amb estimació; uns per convicció, d’altres amb satisfacció. Sigui com sigui, tots mereixeu el meu reconeixement perquè és per vosaltres que soc on soc.

Les oportunitats que m’han donat tots els anys de treball en programes d’activitat física amb persones grans són infinites. Des dels inicis, amb el projecte d’Esport-3 que, per cert, després de tants anys encara continua; passant per IDAFiV, per l’hospital de la Santa Creu i acabant a la de la Residència i Centre de Dia *El Nadal*, he après gran part del que es reflecteix en aquesta tesi. Les oportunitats me les heu donades els companys de feina, els dirigents, els amics i moltes persones grans, que m’heu estimulat i ajudat a avançar tant en l’àmbit professional com en el personal. Per descomptat que, en el vessant més acadèmic, el procés de recerca iniciat amb el doctorat a la Universitat de Vic també hi ha tingut la seva contribució. A tots, encara que potser no us arribi, serveixin aquestes pàgines perquè quedi constatació del meu agraïment.

Per a aquesta ocasió, per les pàgines que venen a continuació, vull expressar el meu reconeixement a tots els que hi heu participat d’alguna manera. Demano disculpes a l’avançada per si m’oblido d’algú. Els qui em coneixeu sabeu l’abast de la meva memòria.

Al director i a la directora de la tesi us he d’agrair la vostra disponibilitat i la confiança que heu depositat en mi. Pere, gràcies per fer-me sentir capaç. Això ha estat clau en moments de dubte. M. Teresa, com m’han anat de bé els seus consells i les seves correccions quan no hi havia manera de treure l’entrellat de tantes dades; això dels números sempre m’ha costat. Gràcies per la seva paciència.

Als experts i expertes, Carme, Àngels, Joan Carles, Anna, Isidre, Maria, Antoni i Montse, les vostres aportacions han estat molt importants per la validació i la millora del programa. Gràcies, també, pel temps que hi heu dedicat desinteressadament.

A l’equip de la biblioteca de la Universitat de Vic. Ramon, gràcies per ajudar-me sempre que ho he necessitat. Montserrat, gràcies per la feina que fas.

A tota la gent del Santa Creu, us estic molt agraïda per tot allò que he après al vostre costat. Carme, quina sort de poder sentir el teu suport, la teva ajuda i les teves paraules. No me’ls has escatimat mai, tampoc en els teus moments difícils. T’ho agraeixo de tot cor. Teia, gràcies per les teves orientacions, m’han estat molt útils. Bet, com m’has ajudat amb el tractament de textos i de dades. Sàpigues que he après molt i que la teva col·laboració ha estat molt important per analitzar una gran quantitat d’informació. La teva eficàcia m’admira. Gràcies per estar sempre disponible.

A les “nenes” (i nens) del Nadal. Quin equip tan potent. No sabeu com he après de les nostres reflexions, de les discussions, de les desavinences... en fi, de tot el que compartim. Una part important d'aquesta tesi és vostra. Montse, Imma, Eva, Helena, Judit, gràcies pel cop de mà en els moments inicials de la recerca. Mireia i Belén, gràcies per les vostres aportacions en l'àmbit social. Cristina, has de saber que la teva professionalitat en l'entrevista de grup ha contribuït a la qualitat de la recerca. Aquest teu entusiasme encomandís és fantàstic, gràcies. Maira, la teva capacitat d'anàlisi i la teva justícia, han estat claus per comprovar que el que havia escrit reflectia el què volia dir. Gràcies pel teu temps.

Als qui heu estat darrera la càmera, Carme i Valentí, us he d'agrair la vostra constància i dedicació desinteressada. Més d'un any filmant sessions és esmerçar-hi molt de temps. Sabeu que una part important d'aquesta recerca es basa en l'observació de tot el què passa a les sessions i per tant, sense vosaltres hagués estat impossible fer-la d'aquesta manera. Us estic molt i molt agraïda.

Ara va un agraïment molt especial, el dedicat a totes les persones grans que han participat activament en la recerca i a les seves famílies. En primer lloc, per voler formar part d'aquest projecte i, en segon, per totes les estones que hem compartit i encara compartim. No sabeu com m'agrada treballar amb vosaltres, per a mi és un privilegi. Gràcies, gràcies, gràcies. Vull deixar palès del meu record envers les persones que no han pogut arribar fins el final, elles també hi van ser.

Finalment, als qui heu patit més de prop tot el procés de recerca, no puc fer altra cosa que agrair-vos la vostra infinita paciència. Josep M, gràcies per l'estimació, per ser-hi i per les teves bromes, també quan no les entenc. Si no hi són les trobo a faltar. Clara, com m'agrada escoltar el teu criteri. Marc, els teus silencis i la teva discreció em fan companyia. Quin luxe tenir al costat tres persones amb un cor tan gran, us mereixeu un monument. Us estimo.

RESUM

Paraules clau: Vellesa, activitat física, dependència, avaluació responent, observació.

L'objectiu d'aquesta recerca és definir i avaluar el programa "*Vellesa, Activitat Física i Dependència*" (VAFiD) adreçat a persones grans que es troben en situació de dependència que viuen en residències o bé en altres centres d'atenció.

Diversitat d'estudis previs han destacat la importància de l'activitat física, també en edats molt avançades, per la seva contribució a la millora d'aspectes relacionats amb la salut i amb la qualitat de vida.

Els objectius específics de la recerca són: determinar quines característiques ha de tenir un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència i quina relació s'estableix entre el procés de treball i els beneficis que n'obtenen. Més específicament, es proposa comprovar fins quin punt participar en el programa contribueix a: la participació activa, la satisfacció personal, la prevenció i la salut, la competència funcional i la competència social dels participants.

Per respondre a aquestes qüestions s'ha definit detalladament el programa i s'ha avaluat prenent com a referència l'*avaluació responent* de Stake, combinant mètodes qualitius i quantitius. El programa s'ha sotmès a un judici d'experts i s'ha implementat en un grup de persones grans d'una residència i centre de dia, des del maig de 2010 al setembre de 2011. L'avaluació comprèn dues dimensions d'anàlisi: la sessió i la persona gran. S'ha fet a partir d'un instrument construït *ad hoc* per a l'observació sistemàtica de les sessions filmades durant la implementació i d'instruments diversos que s'han complementat entre ells.

Els resultats d'aquesta recerca ens indiquen que el programa és coherent i que contribueix a la participació activa de les persones grans; que n'estan satisfetes; que l'entenen com una font de salut i benestar; que no els aporta gaires millores funcionals (predomina la davallada per sobre del manteniment i/o la millora); que la competència social està mediatitzada pel procés de treball i que els propis participants situen la seva percepció de millores en els aspectes físics, els emocionals i els relacionals, però amb poca intensitat.

Aquests resultats ens suggereixen que el VAFiD és un programa de qualitat per implementar en grups de persones grans en situació de dependència.

RESUMEN

Palabras clave: Vejez, actividad física, dependencia, evaluación respondiente, observación

El objetivo de esta investigación es definir y evaluar el programa “*Vejez, Actividad Física y Dependencia*” (VAFiD) para personas mayores en situación de dependencia que viven en residencias u otros centros de atención.

Diversos estudios previos han destacado la importancia de la actividad física, también en edades muy avanzadas, por su contribución a la mejora de aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida.

Los objetivos específicos de esta investigación son: establecer que características debe tener un programa de actividad física para personas mayores en situación de dependencia y qué relación existe entre el proceso de trabajo y los beneficios que obtienen con la participación en él. Más concretamente, se propone comprobar hasta qué punto, participar en el programa contribuye a: la participación activa, la satisfacción personal, la prevención y salud, la competencia funcional y la competencia social de los participantes.

Para responder a estas cuestiones se ha definido detalladamente el programa y se ha evaluado utilizando como referencia la *evaluación respondiente* de Stake y combinando métodos cualitativos y cuantitativos. El programa se ha sometido a un juicio de expertos y se ha implementado en un grupo de personas mayores de una residencia y un centro de día, desde mayo de 2010 a septiembre de 2011. La evaluación tiene dos dimensiones de análisis: sesión y persona mayor. Se ha realizado a partir de un instrumento construido *ad hoc* para la observación sistemática de las sesiones filmadas durante la implementación y de instrumentos diversos que se han complementado entre ellos.

Los resultados de esta investigación nos indican que el programa es coherente y que contribuye a la participación activa de las personas mayores; que éstas están satisfechas con el programa; que lo comprenden como una fuente de salud y bienestar; que no les aporta muchas mejoras funcionales, predominan el declive por encima de la mejoría; que la competencia funcional está mediatizada por el proceso de trabajo y que los propios participantes sitúan su percepción de mejora de los aspectos físicos, emocionales y relacionales, pero con poca intensidad.

Estos resultados nos sugieren que el VAFiD es un programa de calidad para implementar en grupos de personas mayores en situación de dependencia.

ABSTRACT

Key words: Elderly, physical activity, dependence, responsive evaluation, observation.

The objective of the research is to define and assess the program “Aging, Physical Activity and Dependence” (VAFiD in catalan acronyms) addressed to dependent elderly who live in nursing homes or use other geriatric services.

Several previous studies have emphasized the importance of the physical activity even in very advanced ages, for its contribution to improve health and quality of life matters.

The specific objectives of this research are: to establish what features should have a physical activity program aimed at elderly dependent, identify the relationship between the working process and the benefits obtained, and check how participating in the VAFiD program contributes to an active participation, personal satisfaction, prevention and health, functional competence and social competence of the participants .

To answer these questions the program has been carefully defined and has been assessed taking as reference of *responsive evaluation* from Stake and by combining quantitative and qualitative methods. The program has been underwent to a judgment of an expert committee and has been implemented in a group of elderly dependent living in a nursing home or attending a geriatric day care center from May 2010 to September 2011. The assessment includes two dimensions of analysis, session (séance) and old person. It has been carried out by using an *ad hoc* assessment instrument created in order to make a systematic observation of video-recorded working sessions, and several instruments that complemented each other.

The main results of this research shows that the VADiF Program is consistent and contributes to the active participation of elderly dependent, satisfies them and is understood as a source of health and wellness. At the same time, the program doesn't provide significant functional improvements because functional decline is most powerful. The social competence is influenced by the working process, and the participants refer self-perception of improvements in physical, emotional and relational matters, but in low intensity.

Taking these results into account we consider that VADiF is a quality program to implement in groups of elderly dependent.

INTRODUCCIÓ

Envellir és quelcom inherent a la vida, un procés particular de cadascú i un fet social rellevant per a la humanitat. Cada vegada vivim més anys perquè les condicions generals de l'entorn en què vivim ens permeten sobreviure a un major nombre de situacions que fa només unes quantes dècades. Tots aquests anys que ens regala l'evolució ens permeten aprendre i adquirir coneixements sobre nosaltres mateixos. Sense aquests anys no seria possible investigar sobre les conseqüències socials, polítiques, educatives, mèdiques... de l'envelliment del planeta, de les societats i de les persones en particular. La tesi que presento¹ a continuació vol contribuir a una part d'aquest coneixement. Tracta sobre l'activitat física i les persones grans que necessiten alguna mena d'ajuda o suport per desenvolupar-se i, també, vol ser una eina per contribuir a la millora de les condicions de vida d'aquestes persones.

El meu interès per l'activitat física i les persones grans ve de lluny, de fet, ha estat la meua activitat professional des de fa més de trenta anys. Els primers van estar dedicats a dinamitzar grups de persones grans plenament autònomes, els últims vint han estat dedicats a treballar amb grups de persones grans que no es poden valdre per elles mateixes, que estan malaltes o que, per alguna raó, tenen deficiències en el seu funcionament físic i/o cognitiu. Aquesta experiència m'ha donat l'oportunitat d'anar teixint, de mica en mica, una manera de treballar i de configurar un programa útil per a la seva posada en pràctica en grups d'aquestes característiques.

Sobre la manera de treballar he après, en una combinació entre referents –teòrics i pràctics- i l'experiència, que el nucli i el punt de referència per a l'acció ha de ser la persona gran i que el programa és només una eina. Un eina important i útil però, al cap a i la fi, només una eina.

Quant al programa, a mida que han anat passant els anys, he sentit la necessitat i l'interès de posar fonaments científics a tota aquesta experiència pràctica. És per això que fa uns deu anys, decideixo posar-me la fita del doctorat perquè m'ajudi avançar en la línia de la sistematització, la fonamentació i l'avaluació del programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència. La primera fase d'aquest procés culmina amb la presentació del treball de recerca per a l'obtenció del Diploma d'Estudis Avançats, en el qual fonamento i defineixo el programa "*Vellesa, Activitat Física i Dependència*" (VFiD). La segona fase és la presentació d'aquesta tesi, en la qual, a més de la fonamentació i la descripció detallada del programa, l'avaluo a partir de la seva implementació, durant un any, en un grup de persones grans de la residència i el centre de dia *El Nadal*, de Vic.

¹ És només en aquest punt que parlo en primera persona del singular. En la resta de la tesi faig servir la primera persona del plural per considerar que ha estat possible gràcies a la participació –directa o indirecta- de moltes persones a les quals els dec el meu reconeixement. Vull destacar, però, que amb aquesta acció no eludeixo la responsabilitat del què he escrit en aquesta recerca, que és exclusivament meua.

Un altre motiu que m'ha mogut a portar a terme aquesta recerca és la possibilitat d'aportar un programa i una manera de fer que siguin útils tant per als professionals que, des dels les institucions d'atenció a les persones grans, posen en pràctica cada dia programes d'activitat física en grup, com per a les persones grans que hi participen.

I. OBJECTE D'ESTUDI DE LA RECERCA

Tal com es desprèn del que acabo de dir, amb aquesta recerca he volgut avaluar la qualitat i l'eficàcia d'un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència. I ho he fet després de definir-lo i implementar-lo durant el període d'un any.

L'avaluació del programa VAFiD s'ha fet tant de la part teòrica com de la part empírica. La part teòrica ha tingut un doble procés avaluator: el que sorgeix a partir de la presentació del treball de recerca del DEA, i el realitzat en aquesta tesi a través d'un judici d'experts. La part empírica s'ha avaluat compaginant eines i mètodes qualitius i quantitius, prenent com a referència el model de Stake (1975), que fa de guia i marc general en la recollida de dades –una bona part de la qual es basa en la metodologia observacional-, però hi he incorporat també la idea de disseny de la recerca pròpia dels estudis de baixa intervenció. Aquest doble marc de referència ordena el procés i ajuda a focalitzar l'atenció en la dimensió temporal del programa relacionada amb la resposta de les persones grans que participen en el projecte.

A banda de definir amb detall el programa, he volgut implementar-lo per tal de veure fins a quin punt es complien els seus objectius generals, si es duia a la pràctica tal com s'indica en els seus plantejaments. Per això aquesta recerca té dues dimensions d'anàlisi: la persona gran –que fa referència al compliment dels objectius generals- i la sessió –que fa referència a alguns dels elements que conformen la implementació del programa-.

Per a l'estudi de dimensió de la persona gran m'he centrat en els cinc grans àmbits en els qual pretén incidir el VAFiD: participació activa, satisfacció personal, prevenció i salut, competència funcional i competència social, tot això complementat amb la percepció de millora dels propis participants. Per fer aquesta anàlisi he triangulat a partir de diverses eines (entrevistes, observació sistemàtica, diari de camp...).

En l'estudi de la dimensió d'anàlisi de la sessió he pres com a referència els següents aspectes del desenvolupament del programa: l'ús de la música i del material, les formes d'organització del grup i els continguts desenvolupats, complementat amb l'estudi de l'ús del temps durant les sessions i algunes variables relacionades amb la globalitat de la sessió.

En definitiva, la tesi avalua un programa d'activitat física desenvolupat en un grup de persones grans, vol esdevenir una eina més per millorar les condicions de vida de les persones grans que necessiten alguna mena d'ajuda o suport per desenvolupar-se, i pretén ser una guia útil per als professionals que treballen en aquest àmbit.

II. JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA

Atès que la present recerca relaciona la vellesa, la situació de dependència i l'activitat física, vejam quin és l'estat de la qüestió.

L'**envelliment** de les persones ha estat i és un tema que històricament ha interessat i preocupat a científics, pensadors i al conjunt de la població en general. És per això que se n'ha parlat molt, s'ha escrit, estudiat i opinat àmpliament sobre aquest procés, que es manifesta en tots els éssers vius. Des del primer llibre teòric sobre la vellesa (Marc Tuli Ciceró: *Cato Maior. De Senectute*, datat al segle I abans de Crist) fins a l'actualitat, hi ha hagut diferents maneres d'entendre la vellesa, diferents teories que han intentat explicar-la i comprendre el seu procés. Però encara actualment, malgrat que és possible identificar fàcilment senyals d'envelliment (cabells blancs, arrugues, menys rapidesa en el caminar...), no es pot dir que s'hagin pogut quantificar sistemàticament i científica tots aquests senyals de manera que puguem mesurar la nostra edat biològica (Kirkwood, 2000). Com tampoc no és possible –i al meu entendre tampoc desitjable– fer una única “radiografia” que expliqui i defineixi la realitat psicosocial dels vells. De moment hom està d'acord en què l'envelliment és un procés natural que està lligat al cicle de la vida, global (afecta la persona en la seva unitat), i diferencial (no tothom envelleix igual), i per tant, aquests hauran de ser punts de referència.

També és veritat que l'estudi científic de tot allò relacionat amb la vellesa està en fase de creixement i és necessari no només per comprendre el procés d'envelliment sinó també, per “*poder desenvolupar polítiques d'actuació i posar-les en pràctica*” (Departament de les Nacions Unides sobre l'Envelliment., Associació Internacional de Gerontologia., 2002).

Si a aquest concepte global d'envelliment hi associem el de **dependència**, trobem un altre gran àmbit d'interès emergent. Amb l'augment de l'esperança de vida hi ha un major nombre de persones molt grans amb necessitats d'atenció social i/o sanitària i amb nivells diversos de dependència. És per aquesta raó que hi ha una necessitat d'avançar en el coneixement d'aquesta relació envelliment/situació de dependència.

Pel que fa a l'**activitat física**, per ara –més endavant hauré de filar més prim– podem considerar que “exercici físic”, “gimnàstica”, “moviment”, “psicomotricitat” i “activitat física”, encara que diferents en els seus plantejaments i significats, fan referència a una mateixa idea, que és el treball amb el moviment del propi cos. També, quan parlo de programes d'activitat física per a persones grans, em refereixo a aquells que es desenvolupen en grup, amb certa periodicitat i amb finalitats estimulatives, de manteniment de capacitats, activadores, de sociabilització, d'ocupació del temps. Contràriament, no faig referència a programes de moviment que suposen un tractament individual i únic amb finalitats rehabilitadores.

És molt habitual trobar referències sobre la importància del manteniment d'un cert nivell d'activitat física durant la vellesa, i també llistats dels seus beneficis i estudis que analitzen i demostren els seus efectes sobre la força, la funció del sistema cardiovascular, l'equilibri

(Requena Sánchez-Garrido, 2002), o sobre aspectes més generals, com ara el benestar de la persona gran (Soler Vila, 2003). Tot això, si es parla de la vellesa en general i sobretot pensant en persones grans autònomes i/o amb poques dificultats per valer-se per elles mateixes. Si posem l'atenció en les persones que depenen –en major o menor grau– d'altres per poder desenvolupar-se, les investigacions i la literatura de referència parlen, o bé de temes mèdics encaminats a tractaments rehabilitadors, o bé fan breus comentaris sobre la conveniència de mantenir aquell nivell d'activitat física de què parlava més amunt.

En la tasca de revisió bibliogràfica inicial he observat que també hi ha alguns treballs que comencen a destacar l'aspecte educatiu d'algunes intervencions adreçades a persones grans, com ara programes i plans d'actuació que inclouen algunes referències a l'activitat física (Martínez de Miguel López, 2003; Bermejo García, 2010).

Aquest conjunt d'informacions em diuen que l'àmbit d'estudi en què s'ubica aquesta recerca té interès per dues raons. La primera perquè vol contribuir a la sistematització dels programes d'activitat física adreçats a aquest tipus de persones grans, i la segona, per la voluntat d'avaluar el seu impacte però amb una mirada global, no centrada en un aspecte concret de la persona ni del programa.

III. ESTRUCTURA GENERAL DE LA TESI

La tesi es divideix en tres parts. La primera, formada pels tres primers capítols, és una aproximació al marc teòric que constitueix la base i la referència del programa que s'avalua en aquesta tesi. Es parla del procés d'envelliment des d'una perspectiva integral de la persona i s'analitza com es relacionen els conceptes de salut i malaltia amb la vellesa. A continuació es caracteritza la situació de dependència analitzant les seves contradiccions, les deficiències que contribueixen a la situació de dependència, la manera com afecta a les persones grans que la pateixen i com és i on es dona l'atenció a aquestes persones. Finalment s'emmarquen els programes d'activitat física i es fa un recorregut per l'estat de la qüestió sobre l'activitat física en persones en situació de dependència.

La segona part (Capítols IV i V) descriu les referents per al programa objecte d'avaluació i detalla amb precisió tots els components del VAFiD: participants, finalitats i objectius, continguts, recursos, organització del treball, condicions per a la seva implementació i avaluació.

A la tercera part (Capítols VI, VII, VIII i IX) després de fonamentar i exposar el disseny de la recerca, el procés seguit per a l'anàlisi i el control de qualitat de les dades, es fa l'avaluació del programa. A partir de la descripció de la implementació, on s'exposen totes les dades recollides amb les seves corresponents anàlisis, es valoren la qualitat i l'eficàcia del programa atenent a les coherències teòrica, lògica, i entre planificació i implementació. Finalment s'exposen les conclusions, les limitacions i les línies de futur de la recerca.

PRIMERA PART

MARC TEÒRIC: L'ENVELLIMENT, LA
SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I
L'ACTIVITAT FÍSICA

CAPÍTOL I: L'ENVELLIMENT

1 FER-SE GRAN: UN PROCÉS INDIVIDUAL I COL·LECTIU

El fenomen de l'envelliment va lligat al cicle de la vida. No hi ha dubte que el procés que conformen els fets de néixer, créixer, desenvolupar-se i morir és inherent a la vida. L'envelliment s'inscriu en aquest recorregut pel cicle vital i constitueix un procés transformador que inclou els aspectes biològics, psicològics i socials de la persona. És en aquests tres àmbits principals que s'han desenvolupat diverses teories que tenen la intenció d'ajudar-nos a comprendre aquest procés d'envelliment i a conèixer-ne les seves característiques principals però, fins l'actualitat, no n'hi ha cap que permeti delimitar-ne clarament les causes d'origen biològic (Ruiz Torres, 2001). De la mateixa manera, des de les teories psicològiques, no és possible atribuir patrons de comportament o trets de personalitat exclusius a les persones grans. Ni tampoc, des de les teories sociològiques, justificar determinades formes de comportament social pel fet d'estar immers en un procés d'envelliment.

Aquest és un procés complex en el qual intervenen factors intrínsecs –els relacionats amb els mecanismes de regulació i funcionament d'òrgans i sistemes– i factors extrínsecs –les influències que provenen del medi–. Ambdós tipus de factors conflueixen en un únic punt: la persona. Aquesta relació complexa fa que envellir no sigui igual per a tothom.

El fet de fer-se gran té significacions diferents segons si una persona envelleix en un marc cultural o un altre, segons l'època que li toca viure, segons si està sola o acompanyada, sana o malalta. Cap d'aquestes circumstàncies i situacions expliquen l'envelliment però totes condicionen maneres particulars de percebre, d'entendre, de valorar i de considerar l'envelliment. Tal com diu Muchinik (1998: 318) hi ha moltes velleses possibles.

Per a uns, fer-se gran és l'oportunitat per deslliurar-se d'obligacions i fer allò que no havien pogut fer anteriorment per manca de temps o de poder adquisitiu... Per a altres, suposa experimentar un seguit de pèrdues difícils de pair. Per a un adolescent, fer-se gran és tota una experiència i envellir quelcom que està molt lluny. Per a alguns avis i àvies és l'ocasió per gaudir de la vitalitat que transmeten els néts, per a altres és una feina a què no es pot dir mai "no". Per a aquelles persones que han dedicat tota una vida al treball, jubilar-se pot ser un buit difícil d'omplir. Per als qui han perdut la parella i/o la família, envellir pot ser sinònim de soledat o una nova oportunitat per viure la vida d'una manera diferent. Hi ha tantes percepcions i maneres de viure el propi procés d'envelliment com persones. Per tant, això ens indica que envellir és més, molt més, que un fenomen que es mesura per l'edat cronològica, o per les capacitats i la funcionalitat dels nostres òrgans i sistemes, o pels signes d'envelliment externs plenament visibles i identificables (cabells blancs, arrugues...).

Per altra banda, és un fenomen que ens afecta col·lectivament perquè, a nivell demogràfic, estem experimentant una dinàmica que no té precedents en la història de la humanitat, i perquè, a nivell social, té repercussions en tots els seus àmbits i, alhora, és producte del seu procés evolutiu. Que el nostre planeta experimenti un creixement important de la població de persones més grans i que n'augmenti, també, la proporció en relació a la població de joves, és el resultat d'avenços en el coneixement, de canvis polítics i econòmics, d'aspectes culturals, en definitiva: producte de l'evolució de la mateixa societat. Per a l'estudi de l'envelliment –des de la perspectiva demogràfica– i segons Pérez (2002), la clau del procés està en l'augment de la longevitat –aquest autor parla de la “democratització de la supervivència fins a la vellesa” i de “maduresa de masses” –. Si es tenen pocs fills és perquè es té la seguretat que els pocs que es tenen duraran molts anys, que duraran majoritàriament fins al final de seva edat reproductiva. Tot i que aquesta “maduresa de masses” no és present als països més pobres, on la supervivència massiva encara no ha arribat a totes les edats –per les condicions de vida, el HIV/SIDA i altres malalties, conflictes bèl·lics– *“a nivell mundial, la població de persones d'edat augmenta a raó d'un 2% per any, considerablement més ràpidament que la població total”*². Així, sembla que l'envelliment del planeta està assegurat.

Que aquesta circumstància no sigui una catàstrofe i representi una oportunitat, només depèn de la manera com tots siguem capaços d'entendre i gestionar aquest procés natural (forma part del cicle vital), diferencial (cadascú envellaix d'una manera diferent) i global (envellim en la nostra unitat bio/psico/social).

En la nostra societat occidental sembla que envellir és un problema, és un fenomen que ens condueix cap a una situació insostenible. En els textos, escrits, imatges i missatges que fan referència a l'envelliment –tant els divulgatius com els científics– es fa difícil trobar expressions que neguen l'envelliment exaltant la joventut, o bé en parlen en clau de problema: com ho farem quan la generació del *baby boom* arribi a l'edat de jubilació i les generacions en edat de treballar no siguin prou nombroses per finançar les necessitats de protecció social que hi haurà?; com ho farem si hi ha tantes persones grans que arriben a edats tan avançades?; què serà de nosaltres si no tenim fills que ens puguin atendre? Aquestes són algunes de les preocupacions del nostre entorn. Però també ens ho podríem mirar des d'una altra perspectiva: els avis conserven prou vitalitat i disponibilitat per cuidar els néts mentre els seus pares són a treballar, o per tenir cura dels “molt vells”; les noves generacions de persones grans tenen més formació, una bona salut i prou poder adquisitiu per accedir a serveis, activitats i fer aportacions al conjunt de la societat.

L'envelliment de les persones i de la societat en general és un aspecte important que cal prendre en consideració per la repercussió que té en les nostres vides i en la nostra societat. Suposa, també, un repte individual i col·lectiu que passa per superar estereotips, concepcions negatives i problemàtiques entorn a la vellesa. Una mirada més positiva i sobretot més compromesa, ens ajudaria a pensar, sentir i viure d'una manera diferent aquest envelliment col·lectiu i individual.

Ens agrada destacar el component individual del fet de fer-se gran perquè la individualitat és el punt de partida de les actituds, de les concepcions i de les accions. Difícilment es pot

² POPULATION DIVISION, DESA, UNITED NATIONS. World Population Ageing 1950-2050. Resumen Ejecutivo. Pàg. xlvii. Consultat el 27/6/11. disponible a: <www.un.org/esa/population/publications/publications.htm>

veure o escoltar quelcom de positiu en una persona vella si el meu propi envelliment em desagrada i el sento com un esdeveniment desastrós que s'està apropiant del meu cos i de les meves capacitats. De la mateixa manera, difícilment es poden estudiar, planificar i desenvolupar programes de recerca, polítiques d'actuació, programes d'atenció o sessions d'activitat física que siguin coherents, adequades i respectuoses amb les persones grans.

Amb el benentès que la individualitat és el punt de partida, la seva relació amb l'entorn n'és la continuació. Som éssers de relació i comunicació, éssers dialògics (Boff i Domínguez García, 2001), que necessitem del contacte amb l'entorn per desenvolupar-nos i créixer. La societat que ens envolta és alhora el nostre mirall, la que ens parla de nosaltres mateixos i el nostre reflex, la que s'alimenta i creix de les nostres aportacions. Quan qui s'emmiralla en la nostra societat és una persona vella, succeeix que el missatge que retorna és un recordatori de les pèrdues, de les dificultats i dels canvis tan importants i nous que s'estan experimentant perquè les aportacions dels vells puguin ser útils.

D'aquesta manera, fer-se gran en la societat actual requereix una dosi d'autoestima i de voluntat força importants. Sortosament, cada vegada hi ha més persones que arriben a velles disposades a fer-se sentir, a fer valdre els seus interessos i a vetllar per les seves necessitats.

1.1 LA PERSONA GRAN: UNA UNITAT BIO/PSICO/SOCIAL

Per analitzar el procés d'envelliment, les seves implicacions i les possibles accions, és imprescindible situar la perspectiva des de la que es desenvolupa l'estudi. La mirada parteix d'una concepció integral de la persona, entenent que els aspectes biològics, els psicològics i emocionals i els socials estan relacionats els uns amb els altres. A l'hora d'analitzar-los és útil observar parcialment cada un d'aquests aspectes –l'especialització permet avançar en el coneixement de les parts– però, acte seguit, cal integrar aquests coneixements en el tot, en la persona com a unitat. Es tracta, també, d'una relació dialògica entre les parts i el tot. En aquest sentit, Edgar Morin acull les paraules de Pascal en què recorda que *el tot és més que la suma de les parts*, però continua la frase dient:

Afegim-hi que el tot és igualment menys que la suma de les parts, algunes qualitats de les quals s'inhibeixen en l'organització del conjunt (Morin i Comellas, 2001: 119).

És doncs una visió holística, que vol comprendre “les relacions i les dependències recíproques i essencials que hi ha en tots els fenòmens, siguin físics, biològics, psicològics, socials o mediambientals” (Cuadrat, 1997), lligada a una idea de complexitat que contempla, també, la bidireccionalitat de les relacions entre les parts i el tot, entre el tot i les parts:

La perspectiva holística no consisteix en la suma de tots els punts de vista (que sempre són la vista d'un punt), sinó en la capacitat de veure la transversalitat, és a dir, la capacitat de detectar les inter-retro-relacions del tot amb el tot (...). Res no existeix en juxtaposició o desvinculat del tot. Les parts estan en el tot, i el tot, com en un holograma, es reflexa en cada part. (Boff i Domínguez García, 2001: 86)

Retornant al tema de l'envelliment, es fàcil identificar aquesta relació dialògica entre els aspectes més parcials de la persona, alhora que configura una realitat complexa.

Si una persona pateix, posem per cas, una disminució de la força a les cames que li dificulta el fet de caminar, és fàcil que tendeixi a caminar menys, també a reduir el seu cercle d'acció, les seves relacions, de manera que pot ser que tingui menys oportunitats per expressar-se, per comunicar-se amb l'entorn i les altres persones, alimentant, d'aquesta manera, un sentiment de solitud, una passivitat o un sentiment d'inutilitat.

Malgrat que aquest és un supòsit portat a un extrem d'una manera molt simple, vol il·lustrar la connexió indiscutible entre un aspecte biològic (pèrdua de força muscular), aspectes socials (disminució de la relació amb l'entorn) i aspectes psicològics (sentiment d'inutilitat). Davant d'aquesta situació la pregunta clau seria: si es resol el problema de la força a les cames, es resoldran els aspectes relacionals i també la passivitat o el sentiment d'inutilitat? Seguint la idea de l'hograma la resolució del conflicte no és tant lineal i, probablement, calgui prendre en consideració el conjunt de la situació per posar-hi llum. Una circumstància aparentment senzilla reverteix a un nivell d'anàlisi més complex basat en les múltiples interaccions entre diversos factors que estan inscrits tant en la pròpia persona que pateix la disminució (causes i característiques del problema, la seva personalitat), com en l'entorn (situació familiar, ubicació geogràfica, situació econòmica...). Per tant, per conèixer, valorar i entendre la situació, tan importants són les parts, els aspectes concrets, com el tot.

1.2 COM ENVELLIM I PER QUÈ?

Els estudis sobre l'envelliment han generat diverses teories però, fins ara, només poden explicar com s'envelleix, no el per què. Podem dir que, a mida que ens anem fent grans, experimentem un seguit de canvis que poden ser més o menys comuns a l'ésser humà, però encara desconeixem els mecanismes que ens hi porten. Biològicament, és possible observar que el nostre cos és diferent, psicològicament i emocional ens mouen motius i preocupacions diferents, resollem els conflictes de manera diferent que quan érem més joves, la nostra manera d'estar en relació amb els altres també canvia, el nostre rol es modifica amb les circumstàncies que ens envolten en cada moment i a mida que van passant els anys, fem activitats i coses noves...

En el transcurs de la història, l'envelliment humà ha estat i és un centre d'interès important. Sempre hem estat interessats en saber el per què d'aquest procés que s'experimenta progressivament a mida que passen els anys. La ciència, des de diferents vessants, ha procurat buscar evidències que permetin adquirir coneixement sobre aquest fenomen.

1.2.1 EL VESSANT BIOLÒGIC

En l'estudi de l'envelliment des del punt de vista biològic, hi ha diverses teories que intenten explicar els mecanismes que succeeixen en l'organisme al llarg de la vida, sobretot per conèixer quin o quins són els desencadenants d'aquest procés. Podem considerar dos grans grups de teories:

Les que argumenten que l'envelliment està condicionat per una programació preestablerta. Des d'aquesta perspectiva les persones, des del moment que naixem tenim programat, en els nostres gens, el propi procés d'envelliment. És per això que les investigacions estan en la línia d'intervenir sobre els gens per tal de modificar-lo. Aquesta és una concepció basada en la idea que l'envelliment és degut a factors intrínsecs. Les teories d'aquest grup posen la seva atenció a la cèl·lula, (Miquel, 2006) en fa una revisió i una anàlisi exhaustives. Entre les teories cel·lulars hi ha la dels telòmers i telomerassa, la de l'apoptosi, les endocrines i immunològiques.

Les que entenen que l'envelliment es produeix perquè hi ha un procés de desgast, que es va acumulant amb el pas del temps de manera que els sistemes perden l'equilibri natural i la capacitat de regeneració. Dins d'aquest grup s'hi poden considerar la teoria de l'error catastròfic, la del "*soma precedero*" i la dels radicals lliures. Segons Ruiz (2001: 29) "les teories anomenades del desgast són complementàries entre elles en l'explicació de processos regressius que condueixen al definitiu esfondrament de l'organisme".

S'ha de dir que hi ha una gran diversitat de teories que es complementen entre elles aportant i acollint principis i idees les unes a les altres, essent aquesta classificació en dos grans grups, un recurs per sintetitzar les idees principals entorn al fenomen de l'envelliment.

1.2.2 ELS ASPECTES PSICOSOCIALS

Des de les disciplines de la psicologia i la sociologia s'han fet diverses aproximacions³ a la millor manera d'envellir i a com s'envelleix. Les principals teories són:

- a. Teoria de l'activitat (formulada per Harvighurst). Els seguidors d'aquesta teoria parteixen de la idea que la persona només és feliç i està satisfeta quan es manté activa, quan produeix algun rendiment i és útil a d'altres persones (Lehr i Guera Miralles, 1980).
- b. Teoria de la desvinculació o "Disengagement theory" (formulada per Cumming i Henry). Aquesta teoria defensa la idea que l'envelliment comporta una disminució de la interacció de la persona gran amb l'entorn social que l'envolta. És un procés d'aïllament gradual que tant pot ser que parteixi del propi vell com de la societat. Aquest distanciament progressiu és satisfactori per ambdues parts (la persona gran i la societat). (Bazo, 1990).
- c. Teoria de la continuïtat d' Atchley. Està formulada sobre la idea que en el procés d'envelliment es desenvolupa una "gran estratègia adaptativa" que es basa en la història individual de les preferències d'una persona i en les seves expectatives passades (Atcheley citat per Risteen Hasseelkus, 1998a a: 737). D'aquesta manera, l'adaptació i l'estil de vida de la persona gran responen a una continuïtat dels que s'ha anat construint durant tota la vida.

³ Hi ha alguns autors que consideren que, malgrat és habitual en els textos, no és del tot correcte utilitzar la denominació de "teoria" per a aquests plantejaments. En aquest sentit Barenys (1991: 22) diu: "(...)alguns dels enfocaments de la sociologia i la psicologia social al procés d'envelliment són bastant trivials i decebedors. Amb dificultat es podrien qualificar de teories encara que apareixen sota aquest epígraf en els llibres i articles de gerontologia social. No constitueixen un cos de proposicions, ni tan sols mitjanament articulat, sobre el què és envellir en la nostra societat industrial. (...) s'hauria de dir que les <<teories>> que reclamen de la sociologia o de la psicologia social són només abordatges descriptius, caracteritzacions parcials de la vellesa".

- d. Teoria del desenvolupament o les etapes de la personalitat i del desenvolupament de l'ego, d'Erikson. Aquest autor fa una aportació a l'estudi del procés d'envelliment descrivint les etapes del desenvolupament de la personalitat en tot el cicle vital i assignant a cada una d'elles una actitud dicotòmica útil per afrontar les crisis de cada etapa. A la vellesa li correspon la integritat del jo vs la desesperança.
- e. Enfocament del cicle vital. Des de l'àmbit de la psicologia evolutiva, hi ha diversos autors que han desenvolupat la idea que l'envelliment no s'ha de lligar únicament a un procés exclusivament involutiu. Segons explica Villar (2005) amb les aportacions d'Erikson, autors com Baltes, Thomae, Scahine o Nesselroade han desenvolupat i treballat a partir de diversos principis de l'enfocament del cicle vital. Els tres bàsics i fonamentals són:

Visió complexa del desenvolupament. Cal entendre'l com un procés que dura tota la vida i que sempre –també a la vellesa– inclou guanys i pèrdues. És acceptat que la distribució entre uns i altres és diferent en cada etapa del cicle. A aquesta idea inicial s'afegeix la d'entendre que el desenvolupament pot incloure tant un procés de creixement (adquirir nivells més elevats de funcionament), com un de manteniment (sostenir el nivell de funcionament) o un de regulació de la pèrdua (reorganització del funcionament a nivells més baixos).

El marc cultural i la història juguen el seu paper en el dibuix de la trajectòria evolutiva de cadascú.

La capacitat d'adaptació de la persona forma part del procés de desenvolupament i, de manera més o menys volguda, cadascú va construir la seva trajectòria evolutiva mitjançant tres processos adaptatius: la selecció, l'optimització i la compensació dels recursos disponibles per anar avançant en el transcurs de la vida. Això vol dir que la persona té un cert marge per poder fer canvis, té plasticitat, també en la vellesa. Cal tenir en compte, però, que aquesta plasticitat és possible dins el marge de les capacitats que conserva la persona.

- f. Els vells com a subcultura, de Rose. Aquesta teoria es basa en el principi que les persones grans formen un grup social apart (Mishara i Riedel, 1985: 68), amb el supòsit que les persones tendeixen a ajuntar-se per grups d'edat. Això els permet mantenir la seva identitat, compartir experiències o situacions semblants o tenir capacitat per fer reivindicacions com a col·lectiu.

Sigui com sigui, és evident que el fenomen de l'envelliment és complex i per estudiar-lo ens calen referents diversos, de diverses disciplines, i una visió àmplia. A banda que les teories ens puguin ajudar a comprendre i construir una mirada concreta sobre l'envelliment, al nostre entendre, hi ha un aspecte que és molt important: la percepció que cadascú té de la seva pròpia evolució i situació. És aquesta percepció la que condiciona una part important de les nostres actuacions, una part del com envellim.

2 LA SALUT I LA MALALTIA

És corrent que aquests dos mots apareguin associats al terme vellesa. Entre altres aspectes, perquè actualment està força estesa la idea que la vellesa està directament relacionada amb el nivell de salut. I efectivament ho està, però aquesta relació no és pas diferent a la d'altres etapes de la vida. De fet, la preocupació i el interès per la salut es fan

paleses en el transcurs de tota la vida ja que és un aspecte que condiciona el desenvolupament, l'activitat i l'afectivitat de les persones. Si, a més d'això, ampliem la mirada al conjunt de la societat actual, podrem observar com tot allò que té relació directa o indirecta amb la salut (productes, serveis, professionals, estudis...) constitueix un gran centre d'interès.

Actualment, el concepte de salut, a més de fer referència al benestar físic, mental i social, també inclou la capacitat de la persona per vetllar, de manera activa, pel manteniment d'aquest estat de benestar.

La vellesa es relaciona no només amb el concepte general de salut sinó que, més concretament, es lliga amb el de malaltia. Aquesta relació és tan habitual com falsa i respon a una imatge social de la vellesa que es construeix sobre estereotips (les persones velles són totes semblants, estan malaltes, són fràgils i depenen d'altres persones, estan socialment aïllades, deprimides...) i que no tenen una correspondència amb la realitat (Losada Baltar, 2004).

Aquesta relació vellesa/malaltia té conseqüències importants tant per a l'autopercepció de les persones grans, com pel tracte que reben del seu entorn. És una relació que fa que a tota aquella persona que està envellint se li apliqui la condició de malalta. I, en certa manera, també a la inversa: quan una persona adulta o gran pateix una malaltia també se li atribueix part del seu origen al procés d'envelliment. D'aquesta manera és fàcil de medicalitzar, en excés, un procés que és absolutament natural i que no necessàriament ha d'incloure trets patològics.

Feta aquesta apreciació, que és importantíssima per situar el fet de fer-se gran en el seu punt just, es fa imprescindible –sobretot per a aquesta recerca– prendre en consideració un tema que podria semblar contradictori amb la idea desenvolupada anteriorment: les probabilitats d'emmalaltir i d'experimentar un increment de la discapacitat, augmenten amb l'edat. Vegem algunes referències d'altres autors sobre aquest aspecte:

El grau de discapacitat augmenta amb l'edat i les persones de 85 anys o més tenen una probabilitat de quatre a sis vegades major d'estar discapacitades que les persones de 65 a 74 anys, i de necessitar ajuda en les activitats diàries (Risteen Hasseelkus, 1998b b: 738).

La vellesa no és una malaltia en si mateixa, però la probabilitat d'emmalaltir durant la vellesa i que la malaltia origini conseqüències negatives en l'organisme és molt més gran que en altres etapes de la vida. (Moragas Moragas, 1991: 57).

Moltes persones desenvolupen discapacitats en èpoques tardanes de la vida relacionades amb el deteriorament de l'envelliment (per exemple artritis) o per l'aparició d'una malaltia crònica que es podria haver previngut en els seus inicis (càncer de pulmó, diabetis i malaltia vascular perifèrica) o una malaltia degenerativa (per exemple, demència). La probabilitat d'experimentar greus discapacitats cognitives i físiques augmenta de manera espectacular en edats molt avançades. (OMS, 2002: 91).

També és veritat que una part substancial de les persones grans pateix, en algun grau, problemes de salut i experimenta alguns canvis deguts a l'envelliment normal. (Montorio Cerrato y Carrobles, 1999: 18).

Les estadístiques reafirmen aquesta circumstància. La prevalença de malalties i de dependència en la població és més alta a mida que augmenta l'edat, tal com es pot observar en la figura 1.

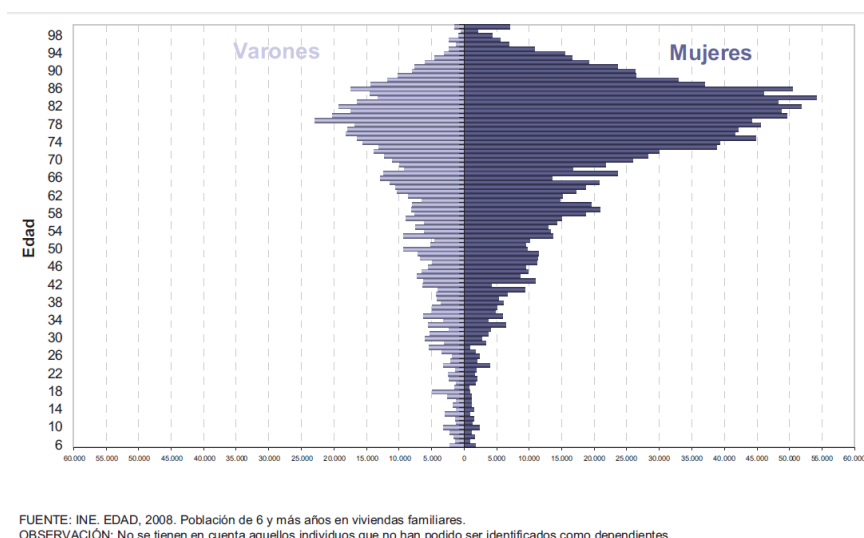


Figura 1. Piràmide de població en situació de dependència

Font: (Abellán García, Esparza Catalán y Pérez Díaz, 2011)

En l'àmbit de la salut es pot parlar d'*envelliment normal* i d'*envelliment patològic* per distingir el que respon a un procés natural, del que és conseqüència de factors ambientals que afecten la salut de la persona. Però, arribats a aquest punt, la dificultat està en delimitar fins on arriba la "normalitat" dels canvis que es manifesten a mida que passen els anys i quan comença la situació patològica. Entre d'altres raons perquè:

"Salut i malaltia queden qualificades per una circumstància històrica, geogràfica, cultural i social, i és difícil definir què constitueix una vellesa normal des del punt de vista físic, ja que el que per a uns constitueix una malaltia i una limitació, per a d'altres suposa només una molèstia que no impedeix desenvolupar els mateixos rols que en la vida adulta. Amb el pas dels anys, l'estructura física de la persona experimenta decreixences en la seva capacitat funcional, disminucions en la velocitat de reacció i en la seva capacitat d'enfrontar-se als estímuls externs, però aquesta reducció general dels ritmes orgànics no suposa ineptitud per a la majoria de les funcions de la maduresa". (Moragas Moragas, 1991: 55).

Davant d'aquesta dificultat per delimitar un procés que, efectivament, és multidimensional i molt complex, és apropiat enfocar el tema de la salut i la vellesa des de la perspectiva de les conseqüències i les repercussions que té sobre la persona, el seu desenvolupament i la seva interacció amb l'entorn.

2.1 CONDICIONANTS DE LA SALUT

El nivell de salut de la població no està condicionat únicament per factors biològics (factors genètics, gènere...) sinó que també hi intervenen factors ambientals (geografia, nivells de contaminació...), socials (educació, recolzament social, cultura...) i econòmics (nivell d'ocupació, recursos disponibles...). Malgrat cap d'aquests aspectes n'és un

determinant exclusiu, tots tenen el seu paper en l'assoliment d'un *envelliment actiu*⁴ i, per tant, també en la salut de les persones. L'OMS parla dels següents determinants:

Taula 1: Determinants de la salut

a.	Determinants transversals:
	– la cultura.
	– el gènere.
b.	Determinants relacionats amb els sistemes sanitari i de serveis socials:
	– Promoció de la salut i prevenció de malalties.
	– Serveis curatius.
	– Assistència de llarga durada.
	– Serveis de salut mental.
c.	Determinants conductuals:
	– Tabaquisme.
	– Activitat física.
	– Alimentació sana.
	– Salut bucal.
	– Alcohol.
	– Els medicaments.
	– Acompliment terapèutic.
d.	Determinants relacionats amb els factors personals:
	– Biologia i genètica.
	– Factors psicològics
e.	Determinants relacionats amb l'entorn físic:
	– Entorns físics.
	– La seguretat de l'habitatge.
	– Les caigudes.
	– Aigua neta, aire pur i aliments sans.
f.	Determinants relacionats amb l'entorn social:
	– El recolzament social.
	– Violència i abús.
	– Educació i alfabetització.
g.	Determinants econòmics:
	– Els ingressos.
	– La protecció social.
	– El treball.

Font: (OMS, 2002)

D'aquesta llista se'n desprèn la idea que la salut –com l'envelliment– és una qüestió individual i col·lectiva. Una qüestió que requereix compromisos individuals i compromisos col·lectius. En aquest sentit, tothom està d'acord en que el primer i el més important dels compromisos a adquirir és el de la prevenció.

2.2 LA PREVENCIÓ UN FACTOR CLAU

Una de les claus de la prevenció està precisament en l'edat. És important que l'aprenentatge i la integració d'hàbits i estils de vida saludables s'estableixin durant la infància i la joventut. D'aquesta manera, és més fàcil que es mantinguin fins a la vellesa. De totes maneres, sigui des de la infància o des de la vellesa, sempre és possible millorar o fer petits canvis en la direcció d'un estil de vida més saludable i de l'autocura.

⁴ L'OMS defineix aquest concepte de la següent manera: “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (OMS, 2002: 79)

Hi ha diversos estudis que aporten proves convincentes de la relació positiva entre hàbits saludables i longevitat. Una mostra n'és un estudi longitudinal, realitzat sobre 9.000 persones, en què es constata que el manteniment regular de tres conductes saludables senzilles (no fumar, fer exercici i control del pes) es poden associar a la longevitat (Montorio Cerrato i Carrobes, 1999).

Els principals eixos de la prevenció es centren en hàbits relacionats amb:

- a. L'alimentació: tant pel que fa a l'equilibri en els nutrients, com a la quantitat (desnutrició/sobrepès).
- b. L'exercici físic: el manteniment d'una vida activa –en contraposició a la sedentària– contribueix a reduir el risc de malalties i a mantenir la capacitat funcional, al mateix temps que té repercussions positives en la salut mental i social.
- c. El consum de substàncies tòxiques: el tabac, els medicaments mal administrats o l'alcohol –entre d'altres– són substàncies que afecten negativament i de manera significativa en la salut de les persones.

Per tal de consolidar aquests hàbits saludables no només són necessàries predisposició i voluntat personals, sinó que també cal una acció comunitària. Cal que la societat i les polítiques que s'hi desenvolupen facilitin i promocionin l'adopció d'aquest estil de vida saludable durant tot el cicle vital i tant si es parteix d'un estat de salut satisfactori com no. Perquè tant si s'està sa com si es pateix una malaltia, els hàbits saludables no només poden contribuir que la malaltia no empitjori, sinó també a la seva millora.

2.3 LA MALALTIA

En el nostre entorn, el tipus de malalties més freqüents entre les persones grans són les cròniques i es solen caracteritzar per:

- a. Ser de llarga durada
- b. No tenir una causa coneguda
- c. Ser progressives
- d. Conduir a canvis irreversibles
- e. Necessitar d'un tractament simptomàtic (no curatiu) dirigit al control i a la rehabilitació. (Risteen Hasseelkus, 1998b)

Malgrat que les malalties agudes són menys freqüents en les persones grans que en les joves, tenen una repercussió molt més debilitant en les primeres que en les segones. Generalment, la persona jove tarda menys a recuperar-se d'una situació aguda i sovint les repercussions en els aspectes bio-psico-socials de la persona i el seu entorn són més lleus (per exemple els llargs períodes de repòs al llit que moltes vegades requereix la convalescència d'una malaltia aguda, tenen una incidència molt diferent segons si s'és més jove o més gran).

Una de les conseqüències més importants de patir una malaltia –crònica o aguda– durant la vellesa, és la de la dependència temporal o establerta que generen en la persona. Aquesta circumstància suposa, d'una banda, afrontar la situació i de l'altra, haver de rebre cures.

2.4 L'AFRONTAMENT DE LA MALALTIA

Per descomptat que la manera d'afrontar una situació com la de la malaltia depèn de factors relacionats amb la personalitat de cadascú, però aspectes com la intensitat i la gravetat de la malaltia, la forma en què apareix o la seva durada, també influeixen en la capacitat, en la predisposició de la persona per superar més o menys satisfactòriament i ràpida la situació.

És per aquestes raons que serà molt important pensar en un procés d'aprenentatge i anticipació d'estratègies per tal d'evitar l'augment d'incapacitat associada a la malaltia, i facilitar l'adaptació física i psicològica que requereix la situació de malaltia. D'aquesta manera la persona gran pot adquirir recursos individuals –transformats en accions concretes– per tal d'intentar controlar o reduir el impacte de la malaltia sobre la salut (Montorio Cerrato i Carrobbles, 1999).

Quan hi ha una situació de dependència vol dir que, en més o menys mesura, es fa necessari un sistema de cures que –a banda de l'autocura que també és possible–, es classifica de la següent manera:

- a. Cures informals. Són les que provenen de persones no professionals. Generalment les dispensen persones properes al cercle de relació de la persona gran (família, veïns, amics, coneguts). En tot el món, aquestes persones són les que proporcionen la major part de la cura a persones grans que ho necessiten (OMS., 2002). Però en el nostre entorn i en les últimes dècades, la família té serioses dificultats per seguir desenvolupant aquesta tasca que tradicionalment ha fet (Vizcaíno Martí, 2000).
- b. Cures professionals o formals. Son les que desenvolupen professionals especialitzats, ja sigui en el marc d'una institució o en el marc comunitari.

Ambdues modalitats no són excloents i, de fet, sembla que les estratègies de cura que les famílies adopten es basen en la combinació de les cures informals (proveïdes per la família) i de les formals (proveïdes per l'estat i el mercat) (Guinovart Garriga, 2011)

La capacitat per rebre i donar l'assistència necessària a la situació de dependència o de discapacitat influeix, també, en el nivell de salut (tant el percebut, com l'objectiu) de la persona gran.

CAPÍTOL II: LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

1 APRECIACIONS SOBRE LA DEPENDÈNCIA

1.1 JUSTIFICACIÓ INICIAL

Fer servir la paraula *dependència* relacionada amb les persones grans té un risc important: el de contribuir, una vegada més, a difondre una imatge negativa de les persones d'edat avançada, a estigmatitzar-les, a considerar-les objecte de les nostres intervencions. Massa sovint la paraula té representacions socials negatives quan es relaciona amb la vellesa (Ennuyer, 2003):

- a. S'associa a una càrrega, només a una càrrega, per a les famílies, els professionals i la societat.
- b. Es presenta com un atribut específic, ineludible i irreversible de les persones molt grans.
- c. S'associa la "incapacitat de fer" a la "incapacitat de ser".

Mirat des d'una perspectiva àmplia, tots estem lligats a d'altres persones, objectes o situacions en el transcórrer de les nostres vides, en depenem. Aquesta dependència pot tenir diferents dimensions (mental, física, emocional, imaginària...), pot tenir diferents funcions (control de l'entorn, optimització selectiva d'interessos...) i ser deguda a diferents causes (deficiències físiques, situació socio-familiar, hàbits...). A més, és un terme que amaga molts conceptes: pot ser una relació, pot ser un tret de la personalitat, pot ser un tipus de comportament. Té tantes accepcions que és difícil consensuar una definició clara i concreta .

Conscients d'aquesta circumstància i de les seves limitacions, en aquesta tesi farem servir la paraula *dependència* tenint en compte que:

- a. Comporta sempre una relació/diàleg que és bidireccional. Tota dependència és, en realitat, interdependència (Martínez Rodríguez, 2010).
- b. No està associada a l'edat. El que genera una necessitat d'ajuda no és l'edat de les persones, sinó la seva situació, les seves característiques o les seves circumstàncies.
- c. La necessitat d'ajuda –per a poques o moltes activitats- no comporta una anul·lació de la persona.
- d. La majoria de les vegades només fa referència a la necessitat d'ajuda per desenvolupar-se en algun àmbit de la vida diària.

- e. No és una situació estàtica, és canviant. En el transcurs del temps i degut tant a factors intrínsecs com extrínsecs, pot canviar en la seva dimensió i en el seu grau.

I acollint la perspectiva de Querejeta que la defineix de la següent manera:

La situació en què una persona amb discapacitat, necessiti ajuda, tècnica o personal, per a la realització (o per millorar el rendiment funcional) d'una determinada activitat (Querejeta González, 2004:18).

Hem optat per fer servir la paraula *dependència* i no una altra per dues raons:

1. Entenem que el nostre és un “granet de sorra” cap a la seva correcta utilització.
2. L'objecte de la tesi no és conceptualitzar el terme, ni inventar-ne un de nou.

1.2 LA DEPENDÈNCIA

El concepte de dependència està relacionat amb les condicions de salut, amb les característiques personals i amb les condicions ambientals en què ens desenvolupem les persones. Així, tant la presència d'una malaltia, com la dificultat per adaptar-se o resoldre una situació difícil, o les característiques de l'entorn en què viu la persona, condicionen i influeixen en el seu grau de dependència per poder realitzar una o diverses activitats. És per això que es tracta d'una situació que cal estudiar –com el procés d'envelliment– des d'una concepció integral de la persona i en relació al seu entorn.

La presència de malaltia, de discapacitat o el mateix envelliment, efectivament, poden influir en les característiques i en el grau de dependència, però no en són els únics responsables.

L'envelliment no fa dependents a les persones, sinó les malalties i les lesions que pateixen (Alonso Trujillo, 2004: 790).

Les condicions de l'entorn físic en què es desenvolupa la persona, el tipus de cura que rebi, la freqüència o la forma –per posar alguns exemples–, són aspectes que poden fer que la persona tingui més o menys necessitat d'ajut. Si entenem la dependència com un terme que explica que la persona necessita de l'ajut d'una altra (això comporta una interacció a tenir molt present), d'un objecte o d'una situació per poder realitzar una activitat concreta, podrem observar que tots –en més o menys grau i en algun moment de les nostres vides– som dependents de persones, d'objectes o de situacions. És per això que tant la dependència com la discapacitat s'han d'entendre des d'una perspectiva universal, perquè totes les persones tenim alguna limitació per fer alguna activitat i, en certes situacions, totes les persones també som dependents (Querejeta González, 2004).

Per tal de ser respectuosos amb les persones, també és important entendre la dependència com una situació:

- a. Adscrita a activitats concretes (per sortir al carrer, per dutxar-se).
- b. Que pot canviar en funció de diferents situacions i circumstàncies personals o de l'entorn. No és una condició a la qual necessàriament s'accedeixi de per vida.

D'aquesta manera s'eviten actituds estigmatitzadores que podrien contribuir a generar expectatives desajustades sobre les persones que, per diverses raons, depenen de tercers per desenvolupar-se en una o més activitats.

El concepte de dependència està relacionat amb el de discapacitat (Querejeta González, 2004). Ambdós termes estan directament relacionats perquè la dependència (la relacionada amb les condicions de salut alterades, no l'econòmica, política o religiosa...) sempre és conseqüència d'un grau sever de discapacitat. Per tant, es pot dir que la "discapacitat és un atribut inseparable de la dependència". Però al mateix temps, "poden existir diferents graus de discapacitat sense que hi hagi dependència". D'aquesta manera, la dependència seria una concreció de la discapacitat constituïda per dos elements:

1. La limitació de la persona per realitzar una o més activitats.
2. La interacció amb l'entorn relacionada amb la necessitat d'ajuda (d'elements tècnics o de persones).

Així, el mateix autor, resumeix aquesta idea amb la següent fórmula:

Dependència = limitació en l'activitat + ajuda
--

Sobre el concepte de dependència cal destacar, també, que no és exactament el contrari del terme "autonomia". Segons M. Le Gall i JL Ruet citats per Querejeta (2004: 35), la dependència està relacionada amb la necessitat d'ajuda d'una altra persona i és un fet observable lligat a comportaments potencialment mesurables. En canvi l'autonomia es relaciona amb la capacitat per administrar i gestionar la dependència, essent d'una dimensió totalment individual, més subjectiva i vinculada amb la capacitat i la voluntat de decidir, d'escollir sobre les circumstàncies o les situacions que afecten al desenvolupament personal.

Com que són dos termes que se situen en plans diferents, no és adequat pensar en l'autonomia com a absència de dependència, ni a la inversa. Una persona pot necessitar ajuda per caminar (dependència d'una persona per caminar) i alhora pot tenir capacitat per decidir on vol anar, quan hi vol anar i per què (autonomia per governar-se). Contràriament, es pot donar la circumstància d'una persona que pot caminar lliurement sense ajut de ningú (independència per caminar) però no es capaç d'orientar-se o de saber on ha d'anar, ni per què (sense autonomia per governar-se).

Les dues paraules no són antònims i, per tant, no es potencien ni s'exclouen l'una a l'altra, la no capacitat per governar-se a si mateix/a (la manca d'autonomia) genera dependència d'una altra persona, posem per exemple el cas dels nens petits o de les persones amb demència.

Atenent a les capacitats personals Lourdes Bermejo, citada per (Martínez Rodríguez, 2010), proposa fer servir dos eixos bàsics que, al nostre entendre, són aclaridors:

1. Autonomia moral / heteronomia moral: sobre la capacitat de prendre les pròpies decisions i assumir el control d'ella vida.
2. Independència funcional / dependència funcional: capacitat de desenvolupament independent, sense necessitat d'ajuda d'altres persones, en les activitats de la vida diària.

Sovint es posa de manifest la dificultat que suposa unificar criteris en la utilització de la terminologia. L'Organització Mundial de la Salut elabora i revisa periòdicament classificacions internacionals relacionades amb l'àmbit de la salut. Els objectius són els de proporcionar bases per a l'estudi i el coneixement, unificar criteris, facilitar la codificació i la comparació –a nivell mundial– de totes les dades que fan referència a la salut. Les que són vigents en l'actualitat són:

- a. Classificació Internacional de Malalties, Desena revisió (CIE-10). Fa referència als estats de salut (malalties, trastorns...) i és una classificació d'aquests estats de salut que parteix de les causes (etiologia) de les malalties.
- b. Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF). Fa referència a la funcionalitat i a la discapacitat associades a les condicions de salut.

Ambdues classificacions són complementàries, perquè la primera proporciona un ordre sobre les malalties i altres estats de salut i la segona associa el funcionament i la discapacitat a aquests estats de salut.

De la CIF (aprovada l'any 2001) destaca la concepció global de la discapacitat que es centra en la interacció de la persona amb l'entorn. D'aquesta manera, no s'associa la discapacitat únicament ni a la malaltia, ni a les possibilitats de la persona per realitzar determinades accions, sinó que es tenen en compte, també, les condicions de l'entorn en què es desenvolupa i la relació que la persona hi estableix. Així, la discapacitat s'entén com un terme "paraigües" que acull la perspectiva corporal, la individual i la social (Querejeta González, 2004).

Per a aquest estudi prendrem de referència les definicions que apareixen a la CIF i que es resumeixen en la taula 2.

Entendrem aquests termes en la mesura que es relacionen o es poden relacionar amb la vellesa i la dependència els quals, junt amb l'activitat física, són els puntals de la recerca.

Tal com ja hem exposat anteriorment, el terme de dependència és ampli i pot tenir diverses implicacions. És difícil delimitar quan es pot considerar que una persona es troba en situació de dependència i en quin grau. En els diferents estudis es pren com a referència la presència de discapacitat per realitzar una o més activitats de la vida diària (AVD). Aquestes activitats es divideixen en dos grups:

1. Les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), que estan relacionades amb la cura personal (menjar, beure, vestir-se, rentar-se...).
2. Les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), que són més complexes i que estan relacionades amb les destreses per viure en la comunitat, tenir cura d'altres persones i de la casa. (Hopkins, Smith, Allinder, i Koury, 1998) com per exemple anar a comprar, fer gestions fora de casa, cuinar, fer la neteja de la casa.

Taula 2. Definicions de referència

<p>Activitat: És la realització d'una tasca o d'una acció per part d'una persona. Representa la perspectiva de l'individu respecte del funcionament.</p> <p>Benestar: És un terme general que engloba tot l'univers de dominis de la vida humana, incloent els aspectes físics, mentals i socials que componen el que es considera com tenir una "bona vida". Els dominis de salut són un subgrup (veure, parlar, recordar...) dins dels dominis que componen tot l'univers de la vida humana (educació, treball, Ambient...).</p> <p>Capacitat: Indica el màxim nivell possible de funcionament que pot assolir una persona en un determinat moment. La capacitat es mesura en un context /entorn uniforme i normalitzat, i per això, reflexa l'habilitat de l'individu ajustada en funció de l'ambient.</p> <p>Condicció de salut: És un terme genèric que inclou malaltia (aguda o crònica), trastorn, traumatisme i lesió. Una condició de salut pot incloure altres circumstàncies com embaràs, envelliment, estrès, anomalies congènites o predisposicions genètiques. Les condicions de salut es codifiquen utilitzant el CIE-10.</p> <p>Deficiència: És l'anormalitat o pèrdua d'una estructura corporal o d'una funció fisiològica. Les funcions fisiològiques inclouen les funcions mentals.</p> <p>Discapacitat: És un terme genèric que inclou dèficits, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Indica els aspectes negatius de la interacció entre l'individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals).</p> <p>Estructures corporals: Són les parts anatòmiques o estructurals del cos com òrgans o membres, i els seus components classificats en relació amb els sistemes corporals.</p> <p>Execució/Realització: És el que les persones fan en el seu ambient/entorn real i, d'aquesta manera, comporta l'aspecte de la participació de la persona en situacions vitals.</p> <p>Facilitadors: Són tots aquells factors de l'entorn de la persona que, quan hi són presents o absents, milloren el funcionament i redueixen la discapacitat. Entre ells s'hi inclouen aspectes com que l'ambient físic sigui accessible, la disponibilitat de la tecnologia assistencial adequada, les actituds positives de la població respecte de la discapacitat, i també els serveis, sistemes i polítiques que intentin augmentar la participació de les persones amb una condició de salut en totes les àrees de la vida. També l'absència d'un factor pot ser facilitador, per exemple absència d'actituds negatives entre la població.</p> <p>Factors Contextuals: Són els factors que constitueixen, conjuntament, el context complet de la vida d'un individu. Els factors contextuals tenen dos components: Factors ambientals i factors personals.</p> <p>Funcionament: És un terme genèric que inclou funcions corporals, estructures corporals, activitats i participació. Indica els aspectes positius de la interacció d'un individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals).</p> <p>Funcions corporals: Són les funcions fisiològiques dels sistemes corporals, incloent les funcions psicològiques. Amb "cos" ens referim a l'organisme humà com un tot, i per tant s'inclou la ment en la definició. Per això, les funcions mentals (o psicològiques) estan incloses dins les funcions corporals.</p> <p>Limitació en l'activitat: Són les dificultats que un individu pot tenir per realitzar activitats. Una limitació en l'activitat inclou des d'una desviació lleu fins una de greu en termes de quantitat o qualitat, en la realització de l'activitat, comparant-la amb la manera, extensió o intensitat en que s'espera que la realitzaria una persona sense aquesta condició de salut.</p> <p>Participació: És la implicació de la persona en una situació vital. Representa la perspectiva de la societat respecte del funcionament.</p> <p>Restriccions en la participació: Són els problemes que pot experimentar un individu per implicar-se en situacions vitals. La presència d'una restricció en la participació ve determinada per la comparació de la participació d'aquesta persona amb la participació que s'espera d'una persona sense discapacitat en aquella cultura o societat</p> <p>Font: (OMS., 2001)</p>
--

Patir discapacitat per realitzar alguna d'aquestes activitats no significa necessàriament que una persona es pugui considerar en situació de dependència. En canvi, la presència de dependència sí que està associada al fet de patir alguna discapacitat en les AVD. D'aquesta manera, es pot dir que dependència i discapacitat estan relacionades però no són equivalents (Fundació Institut Català de l'Envel·liment i Edat y Vida, 2004).

Lligats al terme de dependència hi ha tres conceptes que estan relacionats entre ells, que són diferents i que segurament trobarem en parlar del tipus de persones a què fa referència aquest estudi. Els tres termes són:

1. Discapacitat. Ja definida anteriorment com un terme genèric que inclou dèficits, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Indica els aspectes negatius de la interacció entre l'individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals) (OMS., 2001).
2. Comorbilitat. Que es defineix com la presència de dues o més malalties diagnosticades en una mateixa persona. (Abizanda, Romero, i Luengo, 2005). Aquesta situació s'associa a una alta utilització i despesa de l'assistència mèdica (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004).
3. Fragilitat. Fa referència a un estat d'alta vulnerabilitat. És un estat en què s'experimenta un decreixement de reserves fisiològiques i desregulació de diversos sistemes fisiològics, que es tradueixen en la dificultat per mantenir l'homeòstasi. (Fried et al., 2004).

Aquests tres conceptes es superposen i es dona el cas que hi ha persones que en pateixen dos o tots tres alhora. Els mateixos autors també expliquen que la comorbilitat i la fragilitat prediuen la discapacitat. Això vol dir que també poden ser causa de dependència.

2 LA DEPENDÈNCIA DURANT LA VELLESA

Els estudis que incorporen dades sobre la dependència coincideixen a constatar que:

- a. Hi ha una clara relació entre la prevalença de situacions de discapacitat i l'edat. A partir dels 50 anys hi ha un increment notable del nombre de persones que manifesten patir alguna discapacitat.
- b. Entre les persones més grans de 65 anys, les dones són les que, en comparació als homes, tenen més discapacitats, mentre que en edats inferiors la relació és inversa, hi ha més homes que dones.
- c. La gran part de les persones grans amb alguna discapacitat en les AVD viuen en un entorn domiciliari.
- d. Les persones grans que viuen en un entorn residencial acostumen a presentar un elevat grau de discapacitat (diverses AVD) i dependència.
- e. Qui proporciona les cures necessàries a les persones grans amb alguna discapacitat per a les AVD i/o dependència, és majoritàriament la família.
- f. Totes les activitats que requereixen sortir de casa i les relacionades amb la neteja i el manteniment de la llar són les més freqüents en el llistat de discapacitats.
- g. Les causes més freqüents de discapacitat són les deficiències osteoarticulars i les sensorials (vista i oïda).

A banda de les dades estadístiques que ens serveixen per veure, en termes numèrics, quin és l'estat de la qüestió, cal pensar en tots aquells processos que estan lligats a la situació de dependència. Conceptualment, i moltes vegades pràcticament, es defineix un procés que porta a la dependència i que s'explicita mitjançant l'expressió "cascada de la dependència"

–utilitzat en el Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència de la Generalitat de Catalunya (2002: 22)– que segueix els següents passos:

- 1.. S'inicia per l'aparició d'un DÈFICIT (pèrdua d'una part del cos o funció), habitualment com a conseqüència d'una malaltia o d'un accident.
- 2n. Aquest dèficit comporta una LIMITACIÓ EN L'ACTIVITAT (discapacitat⁵).
- 3r. La no compensació d'aquesta discapacitat mitjançant l'adaptació de l'entorn provoca una RESTRICCIÓ EN LA PARTICIPACIÓ (minusvalidesa⁶) que és el que es relaciona amb la DEPENDÈNCIA de l'ajut d'altres per realitzar les activitats de la vida quotidiana. (Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 2002: 22)

Aquest procés també es manifesta en la realitat –no és només teòric– i és il·lustratiu de la dimensió global del fenomen. El primer nivell de la cascada –el dèficit– es situa en el pla corporal, el segon –limitació en l'activitat– en el pla individual o personal i el tercer –restricció en la participació– en el social, comunitari o de relació amb l'entorn. És per aquesta raó que també hem de considerar les situacions de dependència des d'una perspectiva holística, des de la confluència, en una mateixa situació, d'aspectes bio-psico-socials que es poden analitzar per separat, però que cal valorar i intentar comprendre en el seu conjunt, i a partir de les relacions de complexitat que es puguin establir entre ells. Així doncs, és apropiat dir que la dependència està lligada a una disminució de la funcionalitat de la persona –entesa igual que el terme “funcionament” descrit per l'OMS a la CIF–.

En els següents punts analitzarem aquestes característiques generals de la situació de dependència entre les persones grans.

2.1 PREVALENCIA DE LA DEPENDÈNCIA

Segons les dades de la “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008)”⁷, poc més del 30% de les persones grans van declarar patir alguna discapacitat, d'aquestes el 62,9% es troben en situació de dependència (Abellan, 2011). D'aquestes persones grans amb discapacitat, el 24,1% són homes i el 34,9% són dones. Que hi hagi més discapacitat entre les dones que entre els homes és una situació característica entre les persones més grans de 65 anys, perquè a les edats inferiors és a la inversa, hi ha més discapacitat entre els homes que entre les dones.

Continuant amb la referència de l'edat i tenint en compte que cada vegada hi ha més persones que arriben a edats molt avançades⁸, també s'ha de destacar que a partir dels 80

⁵ A la CIF el terme “limitació en l'activitat” substitueix el de “discapacitat” utilitzat per l'OMS en la Classificació Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de l'any 1980.

⁶ A la CIF el terme “restricció en la participació” substitueix el de “minusvalidesa” utilitzat per l'OMS en la Classificació Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de l'any 1980.

⁷ És una enquesta feta per el INE en col·laboració amb el Ministeri de Sanitat i Política Social i organitzacions del sector de la discapacitat. El treball de camp per recollir dades es va fer entre el 2007 i el 2008. La macro-enquesta té dues parts: una adreçada a persones que viuen a la seva llar i una altra a persones que resideixen en centres d'atenció per a persones amb discapacitats. S'ha recollit informació a 96.000 llars de tot l'estat espanyol i enquantant al voltant d'11.000 persones residents en centres d'atenció.

⁸ Tant les dades estadístiques reals, com les projeccions de població indiquen un elevat increment de persones grans de més de 80 anys. Segons el Informe 2008 sobre Las Personas Mayores en España (IMSERSO, 2009), en

anys, una de cada dues persones es troba en situació de dependència (Abellán García y Esparza Catalán, 2009).

Seguint l'anàlisi d'aquests mateixos autors, si ens fixem en altres indicadors com el nivell d'instrucció o la situació socioeconòmica podem veure com també hi ha una clara relació entre aquests i la prevalença de la discapacitat. A un nivell educatiu inferior li corresponen percentatges superiors de persones amb discapacitats i el mateix passa amb les persones que tenen pocs recursos econòmics. Aquesta situació ens retorna la mirada cap a la relació entre gènere i situació de dependència. Històricament i en les generacions que actualment tenen més de 70 anys, han estat les dones les que han tingut menys oportunitats per accedir a nivells d'instrucció superiors. Moltes van haver d'anar a treballar de molt joves i/o dedicar-se a la família fruit, també, de factors socioculturals. El conjunt ha contribuït a limitar les oportunitats per accedir a llocs de treball més ben remunerats, cosa que ha tingut repercussions en tot el cicle vital.

Que el percentatge de persones en situació de dependència sigui més alt entre les dones hi conflueixen diversos factors (Esparza Catalán, Abellán García, y CSIC, 2008):

- a. Major nombre de dones que homes en aquestes edats,
- b. Factors socioeconòmics (ingressos, forma de convivència, nivell educatiu), major mortalitat dels homes (si els problemes que els causen la mort no fossin mortals serien discapacitants)
- c. Biaix en l'enquesta (EDAD 2008): molts homes diuen que no tenen problemes per a les activitats de la vida domèstica (cuinar, netejar, comprar...) quan les fan poques vegades o mai.

Per altra banda, la discapacitat arriba abans en les dones i, com que tenen una esperança de vida més llarga, sembla que els espera un temps més llarg de viure en situació de dependència. Cal destacar però, que no és el fet de ser dona el què justifica una prevalença més elevada de dependència. Segons (Pérez-Ortíz, 2003) es tracta de la confluència, en les dones, d'un seguit de característiques que constitueixen un cert risc per a la dependència (l'edat, l'estat civil, els ingressos i el nivell d'estudis). Una altra consideració a tenir en compte sobre aquest tema és el fet que les dones valoren la seva dependència de manera diferent als homes. Històricament i cultural, les dones han desenvolupat tasques relacionades amb la cura de la casa o la cura d'altres persones de la família (fills, néts, persones amb dependència) –les AIVD– aleshores, és possible que les dones intentin realitzar aquestes activitats el màxim de temps possible malgrat ho facin amb molta dificultat. De la mateixa manera, quan es fa palesa la discapacitat per desenvolupar alguna d'aquestes tasques, és més “preocupant” i menys “comprensible” quan qui la manifesta és una dona. Que un home que no s'ha fet mai en la vida el menjar tingui dificultats per fer-se'l, sembla comprensible, mentre que per a una dona no ho és tant. Un estudi fet per Tomás, C i altres, citat per (Pérez-Ortíz, 2003), realitzat a Saragossa,

“mostra una prevalença més alta entre els homes que entre les dones i una diferenciació clara en les activitats per a les que són dependents els uns i les

el període 2003-2007, el increment de població més gran de 65 anys ha estat del 4,9%, però el de les persones octogenàries ha estat del 21,1% i sembla que aquesta és una tendència que es mantindrà en les properes dècades.

altres: les dones no poden realitzar per elles mateixes les activitats que es desenvolupen fora de l'àmbit domèstic (especialment les que tenen relació amb la gestió dels diners i amb la utilització de mitjans de transport), mentre que la dependència dels homes es refereix, sobre tot, a les que es realitzen al interior de la llar (sobretot, la preparació de menjar, el rentar roba i la neteja de la casa). Aquestes activitats estan estretament relacionades amb les corresponents a les funcions masculina i femenina, de manera que el què succeeix en la vellesa és continuació del què es feia en etapes anteriors de la vida". (Tomás, Zunzunegui, Moreno, i Germán, 2003: 308-309).

Podem considerar que la dependència per a les AIVD té un clar component de gènere, mentre que la dependència de les dones en aquest tipus d'activitats està clarament lligada al seu estat de salut, cosa que no passa amb els homes (Tomás et al., 2003).

Segons les estimacions realitzades per (Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso, Aguilar, y Lázaro, 2004) sembla que la tendència és com segueix:

- a. Es confirma la prevalença de la dependència entre les dones.
- b. La probabilitat de patir dependència és més gran entre les persones d'un nivell d'instrucció baix.
- c. Hi ha alguns canvis en la distribució de la dependència entre les persones grans: disminueix el nombre de persones amb dependència entre les edats més joves, i augmenta entre les més grans de 85 anys.
- d. Això vol dir que les persones grans gaudeixen de més anys sense dependència i que les que necessiten més ajut i atencions són les dones amb nivells d'instrucció baixos i molt grans.

2.2 ON VIUEN LES PERSONES GRANS AMB DEPENDÈNCIA I QUI EN TÉ CURA?

Les persones grans que es troben en situació de dependència –que necessiten ajuda per a alguna activitat de la vida diària- viuen a casa o en un entorn residencial. Les atencions que reben provenen principalment de la família, tot i que cada vegada més es tendeix a combinar-les amb altres serveis o prestacions formals (centre de dia, telealarma, prestació econòmica).

Les persones que accedeixen a un entorn residencial solen ser les més grans i les que tenen un grau de dependència més alt. A l'estat espanyol el nombre de persones grans que viuen a les residències passa de l'1,2% en el grup d'edat de 75 a 84 anys al 4,2% dels que tenen més de 85 anys. El desig de les pròpies persones grans, la normativa (Lei d'Autonomia Personal i Atenció a les situacions de Dependència –LAPAD) i el paradigma actual d'atenció intenten que la persona gran es mantingui el màxim de temps possible en el propi domicili (IMSERSO, 2012). Això fa que, en moltes ocasions, l'accés a la residència sigui l'últim recurs; que es produeixi quan la família té dificultats importants per poder proveir les atencions –sovint intenses i complexes- que necessita la persona gran.

Segons les dades recollides en l'estudi realitzat per la Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB, 2004, el 93% de les persones més grans de 65 anys amb discapacitat per a realitzar alguna AVD, viu a casa i el 6'8% que resta viu en un entorn residencial⁹.

Si mirem l'índex de cobertura residencial (IC)¹⁰ observem que en els darrers anys s'ha incrementat, tant a l'estat espanyol com a Catalunya.

Taula 3. Índex de cobertura residencial

	Dades 2003 ¹¹	Dades 2010 ¹²
Catalunya	4,1%	4,7%
Espanya	3,5%	4,2%

Cada vegada més s'associa el viure en una residència amb la necessitat de rebre ajuda personal (Esparza Catalán, 2011). Tenir més edat i ser dona augmenta la probabilitat de rebre serveis a domicili i de viure en una residència.

Qui forneix les cures necessàries a les persones amb dependència, i atesa la gran proporció de persones que continuen vivint en entorns domiciliaris, és la família. Les cures informals constitueixen la font principal quantitativament més important de la provisió d'atenció a les persones grans amb discapacitats.

Les famílies subministren cures personals al 76,8% de les persones grans amb discapacitat en les AVD. D'aquestes mateixes persones, prop de la meitat de les que reben cures d'un sol vetllador principal, ho fan durant més de 40 hores setmanals. Això dona compte de la gran dependència que és atesa mitjançant cures informals (Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB, 2004).

Si observem qui és qui proporciona aquestes ajudes (figura 2), veiem que majoritàriament són dones (cònjuge o filla) que estan entre els 45 i 69 anys. Quan són els homes els qui cuiden, les edats es situen entre els 70 i els 79 anys (IMSERSO, 2012).

Malgrat que en les últimes dècades s'estan experimentant canvis en aquesta situació (accés de la dona al treball, diferents models familiars, mobilitat geogràfica, posició social de les dones...) i que sembla que disminueix lleugerament la seva capacitat per proporcionar cures informals als familiars, aquest model encara continua essent el principal puntal de l'atenció a les persones amb dependència.

Les dades dels últims informes sobre les persones grans a l'estat espanyol elaborat per l'IMSERSO confirmen que, ara per ara, la situació és molt semblant. La majoria de persones grans que necessiten ajuda per desenvolupar-se en les activitats de la vida diària, viuen a casa dels fills i els cuida una dona (filla). De les persones grans que viuen amb els fills, pràcticament el 66% tenen alguna discapacitat (37% lleu, 13,9% moderada, 15% greu) i en moltes ocasions és a partir del reagrupament familiar que els progenitors necessiten

⁹ Cal remarcar que aquestes dades corresponen a l'any 2003, deu anys més tard aquests percentatges poden haver variat per tres raons: increment de població de persones més grans de 80 anys, progressiva aplicació de la LAPAD, increment del nombre de places residencials. En les dades més recents (EDAD 2008) no hi figuren en els mateixos termes.

¹⁰ Índex de cobertura residencial és la relació proporcional que existeix entre el nombre de places a residències i la població de persones grans.

¹¹ (Fundació Institut Català de l'Envel·liment i Edat y Vida, 2004)

¹² (IMSERSO, 2012)

alguna mena de cura. Les proporcions s'inverteixen quan la convivència amb els fills a la pròpia casa. Paral·lelament, la mitjana d'edat de les persones que viuen a casa dels fills és de 82,3 anys, mentre que la mitjana dels que conviuen a la seva pròpia casa és de 8 anys menys. Aquest fenomen sembla ser degut a que, per una banda, els fills marxen tard de casa i, per l'altra, hi ha un retorn a casa dels descendents quan el progenitor –ja més gran- envidua o té necessitat d'ajuda. Nogensmenys, sembla que cada vegada és més freqüent –i es preveu que continuï així– la convivència a la pròpia casa d'una persona gran amb treballadores de la llar, sovint provinents d'altres països. El desig de continuar vivint a casa encara que es necessiti ajuda, el canvi en les estructures familiars, la major esperança de vida i el fenomen migratori són factors que, combinats, podrien explicar aquesta tendència (IMSERSO, 2009), (IMSERSO, 2012).

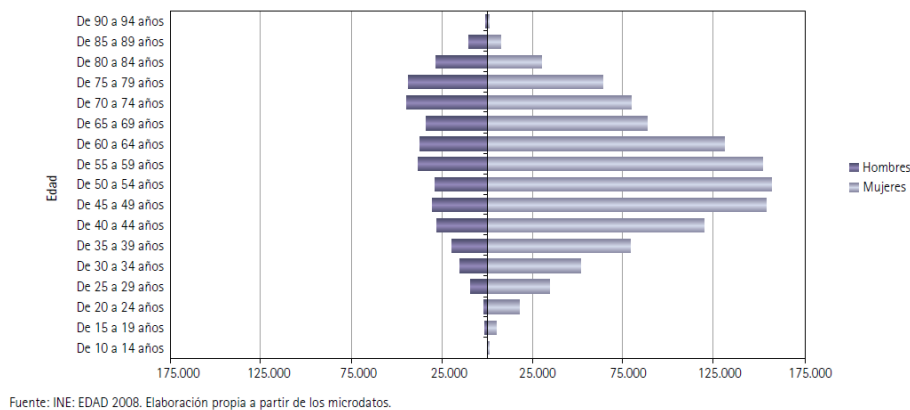


Figura 2. Piràmide de població cuidadora principal de la població espanyola en situació de dependència.

Font: (IMSERSO, 2012).

A aquestes raons sociològiques cal afegir-hi els condicionants normatius de la LAPAD. La Llei –que es comença a aplicar l'1 de gener del 2007– en el seus plantejaments teòrics, aposta per atendre el desig de les persones en situació de dependència que no és altre que el de mantenir-se a casa i per alleugerir la responsabilitat de la família en la cura. Per aquestes raons, la norma estableix un catàleg que inclou serveis (atenció a domicili, telealarma, residència, centre de dia, assistent personal...) i prestacions econòmiques que, combinats, han de permetre atenuar la càrrega de les famílies i satisfer els desitjos de la persona amb necessitat d'atenció. Segons l'estudi de Rimbau (2011), fet després de més de tres anys de la seva aplicació, sembla que la nova normativa ha generat relativament poc ús de serveis diferents als que cada comunitat autònoma ja tenia en les seves carteres (ajuda a domicili, teleassistència...), una alta demanda de prestacions econòmiques als cuidadors no professionals –els familiars– i ha reforçat la institucionalització de la cura en centres residencials. De manera que l'impacte de la llei genera dubtes i contradiccions respecte dels seus plantejaments inicials: la cura a les persones en situació de dependència continua estant centrada en la família; les prestacions econòmiques als cuidadors contribueixen a visualitzar el seu paper, però no són garantia d'una millor atenció i d'increment de la qualitat de vida de la persona gran perquè, en època de crisi, hi ha certa preocupació pel destí de la prestació econòmica; i la gran demanda de places en centres residencials fa pensar que no s'atén el desig de les persones en situació de dependència de continuar vivint a casa.

2.3 TIPUS DE DISCAPACITATS I CAUSES DE DEPENDÈNCIA

Segons les dades de l'enquesta EDAD 2008–igual que en l'anterior enquesta de referència EDDDES 99¹³- les discapacitats més freqüents que declaren les persones entrevistades són les de mobilitat (caminar, seure, aixecar-se...) (22%), les de la vida domèstica (comprar, cuinar, rentar roba...) (19%) i les de la cura personal (dutxar-se, vestir-se, menjar, anar al lavabo...) (18%) per aquest ordre (Esparza Catalán et al., 2008). És important tenir en compte aquesta última dada perquè les discapacitats per tenir cura de si mateix generen un alt grau de dependència.

L'enquesta EDAD 2008 contempla els següents tipus de discapacitats:

Taula 4. Tipus de discapacitats de la EDAD 2008

Tipus de discapacitats
Veure
Escoltar
Comunicar-se
Aprendre, aplicar coneixements i desenvolupar tasques
Mobilitat
Autocura
Vida domèstica
Interaccions i relacions personals

Font: Elaboració pròpia a partir de IMSERSO 2009

Les deficiències més comunes que acompanyen les discapacitats per a realitzar AVD són les sensorials (vista i oïda) i les osteoarticulars (cap, columna vertebral i extremitats) . Aquests dos grans grups de deficiències en el funcionament poden generar un alt grau de dependència ja que dificulten tant la mobilitat de la persona (dins i fora de casa), com la realització de tasques de tipus domèstic, o de la cura personal (Alustiza Galarza y Pérez Díaz, 2005).

Pel què fa al procés d'entrada en discapacitat de les persones grans, és de tipus progressiu –entre les persones joves és més corrent a partir d'un procés més sobtat– i el seu origen es situa principalment en les deficiències osteoarticulars. La trajectòria més habitual en direcció a la discapacitat s'origina en una malaltia que dona lloc a un seguit de deficiències que, al seu torn, causen una limitació en l'activitat i/o restricció en la participació. L'itinerari que ja descrivia el "Informe 2004. Las personas mayores en España" (IMSERSO, 2005) és força il·lustratiu. S'inicia a la maduresa i a mida que s'avança en l'edat es van modificant l'ordre d'importància de les malalties que inicien el procés, així com les limitacions –cada vegada més importants– que comporten les diferents deficiències. La trajectòria més habitual és la que es mostra en la figura 3.

¹³ Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y estado de Salud, 1999. És una macro-enquesta realitzada a 220.000 persones de l'estat espanyol, durant el segon trimestre de 1999, residents a casa seva. No es recullen dades de persones que en aquell moment estan institucionalitzades.

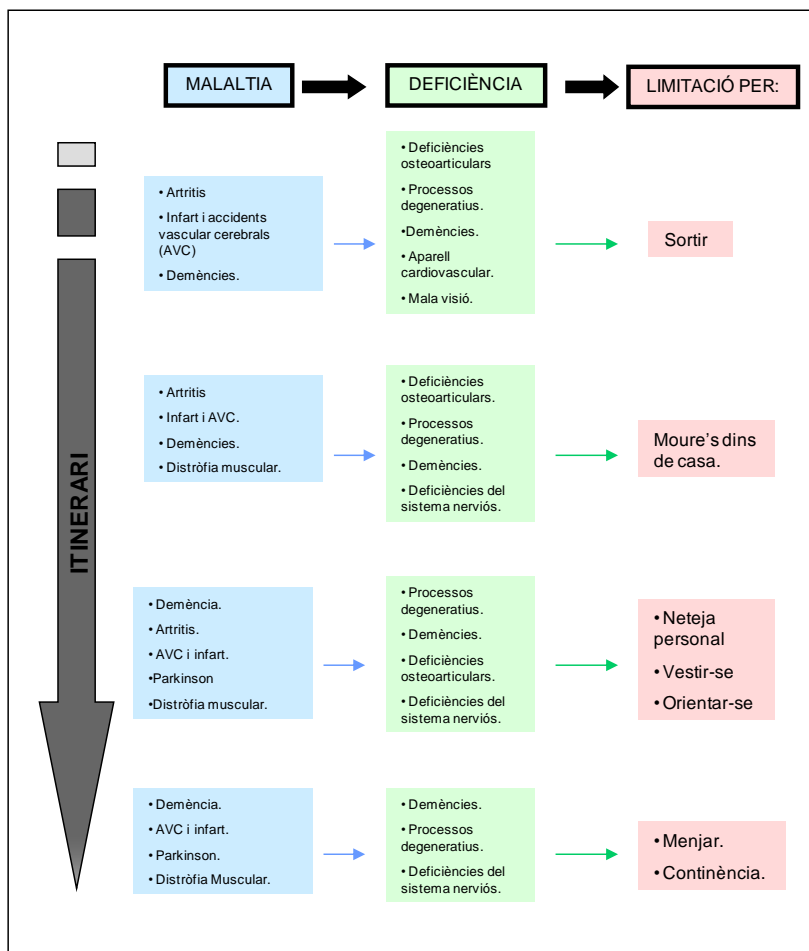


Figura 3. Itinerari cap a la dependència.
 Font adaptada de (IMSERO, 2005: 807)

L'aspecte més significatiu d'aquest itinerari és que progressivament van guanyant posicions les demències, al mateix temps que es va incrementant –també amb l'edat– la major dependència per a activitats primordials com són les que tenen per objectiu satisfer les necessitats bàsiques de la persona.

Amb tot, sigui el tipus de dependència que sigui, no podem dir que una persona es troba en una situació de dependència degut a l'edat que té. Els processos que fan que la persona gran necessiti de les atencions d'altres estan lligats o bé a una malaltia o bé a un accident que ha generat una deficiència que, al seu torn, pot fer que la persona pateixi una limitació en l'activitat i/o una restricció en la participació. Aquests dos últims aspectes condicionats, també, per factors ambientals i/o personals.

3 ANÀLISI DE LES DEFICIÈNCIES QUE CONTRIBUEIXEN A LA DEPENDÈNCIA

Partint de la premissa que la situació de dependència és una de les característiques principals i definitòries de les persones a qui fa referència aquest estudi, analitzarem la situació de dependència:

- a. Partint de l'anàlisi de les deficiències que contribueixen a desenvolupar els processos de discapacitat més freqüents entre les persones grans.
- b. Posant atenció a aquelles deficiències i discapacitats que puguin tenir una relació més directa amb el desenvolupament de programes d'activitat física.

La selecció de deficiències que farem seguint aquests dos criteris anteriors, l'ordenarem segons l'esquema que proposa l'OMS mitjançant la CIF (OMS., 2001).

Tal com apuntàvem més amunt, les deficiències sensorials i les osteoarticulars són les més corrents i les que generen situacions de dependència amb més freqüència. Les demències, els processos degeneratius i les deficiències del sistema nerviós també formen part de la cascada de la dependència. És per aquesta raó que descriurem les característiques generals d'aquestes deficiències, amb l'objectiu d'emmarcar el perfil de les persones participants en el programa d'activitat física dirigit a les persones grans en situació de dependència. Els aspectes seleccionats són els de la taula 5.

Taula 5. Deficiències seleccionades per aquest estudi

a.	Deficiències sensorials:
	○ De la visió
	○ De l'audició
b.	Deficiències neuromuscoloesquelètiques i relacionades amb el moviment:
	○ De la mobilitat i l'estabilitat de les articulacions i els ossos
	○ De la força, el to i la resistència musculars
	○ Altres components del moviment
c.	Deficiències mentals:
	○ Globals
	▪ L'orientació
	▪ La demència
	○ Específiques
	▪ De l'atenció
	▪ De la memòria
	▪ Cognitives superiors
	▪ Del llenguatge
	▪ De l'encadenament de moviments complexos
	▪ De les experiències del jo, de la imatge corporal i del temps
d.	Deficiències del sistema cardiovascular
e.	Deficiències del sistema respiratori

Elaboració pròpia

3.1 DEFICIÈNCIES SENSORIALS

La correcta recepció de cadascun dels estímuls de l'entorn és imprescindible per poder-s'hi desenvolupar i respondre-hi adequadament. Les deficiències sensorials –sobretot en la vista i l'oïda– són corrents entre les persones grans i són responsables de les limitacions en les activitats que requereixen de la interacció amb l'entorn, els altres o els objectes.

3.1.1 LA VISIÓ

Hi ha un nombre important de persones grans en situació de dependència que pateixen limitacions i restriccions en la participació, degudes, segurament entre d'altres, a les seves deficiències en la visió.

Ja sigui pel procés d'envelliment normal, ja sigui a causa d'una malaltia, diversos canvis estructurals o processos patològics en l'òrgan de la visió, poden generar les següents conseqüències:

- a. Disminució de l'agudesesa visual de manera que la visió no és tan precisa i la capacitat de discriminar detalls disminueix, amb la qual cosa la percepció dels objectes tendeix a ser més global i menys clara. Per aquesta raó és important treballar en espais ben enllumenats.
- b. Disminució de la capacitat de reacció de l'ull als estímuls lluminosos. Els reflexos, canvis d'il·luminació sobtats, solen ésser molestos per a aquestes persones.
- c. Els canvis en el cristal·lí fan que també disminueixi la capacitat per a enfocar distàncies curtes i distingir els colors (les persones grans solen distingir millor els colors calents –vermells, taronges, grocs– que els freds –blaus, verds–). La creació d'un entorn de treball amb colors contrastats (per exemple en la utilització i la manipulació d'objectes propis de la sessió d'activitat física) i dimensions adequades, serà fonamental per facilitar la independència (Vega Vega y Bueno Martínez, 1996) de la persona.
- d. Disminució del camp visual de manera que l'angle de visió sense moure el cap es redueix. És per això que hi ha dificultats per percebre els estímuls que provenen dels extrems d'aquest camp de visió, per exemple, veure una persona que s'apropa pel costat o haver de manipular (agafar o deixar) un objecte que està situat en un lateral.
- e. Processos patològics com les cataractes, la degeneració macular o el glaucoma també són força corrents entre les persones grans. Tenen conseqüències importants ja que poden afectar de manera considerable la visió (disminució de l'agudesesa visual, del camp de visió i/o ceguesa).

Patir deficiències en la visió pot tenir conseqüències importants en el desenvolupament de la persona, perquè genera inseguretat i aïllament. Una mala visió pot propiciar caigudes, contusions i interferències amb la comunicació i amb la interacció social, sobretot si van associades a deficiències de l'audició. "Els senyals visuals poden representar el 50% dels elements que necessiten els vells amb problemes d'audició per comprendre el discurs" (Vega Vega y Bueno Martínez, 1996: 118).

Aquestes característiques relacionades amb les deficiències visuals que poden patir les persones grans que participin en el programa d'activitat física, condicionaran tant la intervenció de la persona que dirigeixi la sessió, com les respostes i l'acceptació dels propis participants. Tenir-les en compte i fer una intervenció que estigui d'acord amb les particularitats de cadascú contribuirà a la coherència i a l'adequació del programa.

3.1.2 L'AUDICIÓ

Segons dades de l'EDDES 99, més del 17% de les persones de 65 i més anys que pateixen discapacitats, són degudes a deficiències de l'oïda (Alustiza Galarza y Pérez Díaz, 2005). El deteriorament de l'audició és progressiu amb l'edat i afecta de manera especialment important les relacions i l'adaptació a l'entorn perquè gran part de la informació que ens arriba de l'ambient és de caràcter sonor, sobretot en el nostre entorn cultural. Aquesta

pèrdua progressiva de l'audició lligada a l'edat s'anomena presbiacúsia. Les principals característiques de les alteracions auditives durant la vellesa són les següents:

- a. Dificultat per percebre sons de freqüències altes, sons aguts. Tenint en compte que una tercera part dels sons del discurs són de freqüència alta (Vega Vega y Bueno Martínez, 1996) és comprensible que algunes vegades les persones que pateixen presbiacúsia no ens entenguin, encara que ens escoltin. S'ha de tenir present que moltes vegades aquestes persones també pateixen una hipersensibilitat als sons (algiacúsia) que fa que els resultin molestos els crits. És per aquesta raó que és millor parlar clar, amb bona vocalització i de cara, que parlar cridant.
- b. Dificultat en la discriminació de sons, de manera que en un ambient sonor no resulta fàcil distingir entre diferents sons que s'emeten al mateix temps. És per aquesta raó que la "contaminació" sonora és un inconvenient per a la correcta comprensió dels missatges que dona la persona que condueix la sessió d'activitat física. Un clar exemple de contaminació sonora seria el fet de donar una consigna al grup al mateix temps que sona una música o que dues persones del grup parlin baixet.
- c. Disminució de la capacitat de percepció dels tons més baixos a totes les freqüències.
- d. L'aparició d'un brunzit continuat a l'oïda que és molest.

Està clar que patir una deficiència en l'audició és una situació que dificulta en gran mesura la comunicació amb els altres. La conversa, el parlar –i en conseqüència escoltar i ser escoltats– amb les persones que ens envolten constitueix una eina molt important per desenvolupar-nos en el dia a dia. És per això que afecta tant als aspectes socials –aïllament, disminució dels contactes– com als aspectes emocionals –inseguretat, desconfiança–, sense deixar de banda l'aspecte més "pràctic" i immediat de l'audició que és la comprensió del missatge, que sovint pot portar a confusions i situacions no desitjades, la resolució de les quals estarà en funció de cada circumstància i dels patrons d'afrontament de tots els que hi estiguin implicats.

En el desenvolupament de sessions d'activitat física en grups on hi hagin persones amb dèficits auditius importants serà fonamental mesurar i aplicar adequadament les consignes i les expressions verbals per tal de garantir que arriben a la persona i que són compreses. Per això també tindran un paper important la comunicació gestual i la proxèmia. Aquesta serà una condició imprescindible a fi d'assegurar la integració –en contrapartida a l'aïllament– en el grup i en l'activitat.

Si a la deficiència auditiva hi afegim la visual, la comunicació es fa encara més difícil i les possibilitats d'una relació fluïda són menors. Davant la pèrdua d'un canal de comunicació, és possible buscar compensacions mitjançant els que queden –considerant també que les capacitats cognitives estan conservades–. Sense canal visual podem procurar arribar mitjançant l'auditiu i a la inversa, ajudant-nos amb el gest o amb el contacte corporal i, en definitiva, amb una actitud de predisposició i confiança en la comunicació i en la persona. Si la persona amb qui interactuem és sorda i cega ens resten pocs recursos per a una bona comunicació, només el del canal tàctil.

D'altra banda, també cal tenir en compte la incidència que tenen tant les deficiències del sistema vestibular de l'oïda interna, com del visual en l'equilibri. Ambdues generen dificultats per mantenir o recuperar l'equilibri (estàtic i dinàmic), de manera que el risc de caiguda és elevat.

Les deficiències sensorials esdevindran molt importants a l'hora de desenvolupar el programa VAFiD per tractar-se d'una proposta que es realitza en grup i en què la comunicació i la relació entre les persones hi juguen un paper molt important.

3.2 LES DEFICIÈNCIES NEURO-MUSCULO-ESQUELÈTIQUES I RELACIONADES AMB EL MOVIMENT

Per a aquest estudi, aquest grup de deficiències ens interessa especialment. Tractant-se d'una intervenció en què el treball corporal és l'eina principal, és clar que qualsevol alteració en el funcionament de totes aquelles estructures i funcions relacionades amb el moviment, ha de ser contemplada per tal de preveure i conèixer les possibilitats i limitacions de la persona que les pateix. Les característiques que es desprenguin de la situació particular de cada persona influiran en tots els aspectes relacionats amb el desenvolupament del programa d'activitat física (continguts, estratègies, activitats, ...). D'altra banda, és el tipus de deficiència més important pel nombre de persones grans a qui afecta. Segons les dades presentades per l'IMSERSO, *"la meitat de les persones grans declara problemes osteomusculars que, a més, són els principals causants del major nombre de discapacitats"* (IMSERSO, 2009: 76).

Seguint la classificació (CIF) que fa l'OMS, dins d'aquest apartat hi considerarem les funcions:

1. Dels ossos i de les articulacions: mobilitat i estabilitat
2. Les musculars: força, to i resistència
3. Relacionades amb el moviment:
4. Actitud postural i equilibri
5. Coordinació de moviments
6. Moviments involuntaris
7. La marxa

3.2.1 OSSOS I ARTICULACIONS

Les deficiències en ossos i articulacions constitueixen el segon grup en importància entre les deficiències que pateixen les persones grans a més, augmenten clarament a mida que s'avança en edat.

En el procés d'envelliment hi ha dos processos que tenen molt a veure amb les deficiències d'aquesta estructura d'ossos i articulacions que és l'esquelet:

1. La disminució i la major fragilitat de la massa òssia
2. El desgast de les articulacions

La major fragilitat dels ossos fa que el risc de fractura sigui força elevat, essent els ossos que suporten més pes (fèmur, maluc i vèrtebres) o els més sensibles a contusions per accidents o caigudes (canell i costelles), els que més sovint es fracturen les persones grans.

Les articulacions, que són les encarregades d'unir els ossos entre ells per tal de facilitar-ne el moviment, tendeixen a experimentar un desgast del cartílag que recobreix les superfícies articulars de manera que el fregament entre elles pot produir dolor i una limitació de moviment. Les propietats lubricants del líquid sinovial que hi ha dins la càpsula articular disminueixen i també és habitual la formació de fixacions òssies i calcificacions a la zona de l'articulació. Les malalties relacionades amb el sistema osteoarticular més corrents durant la maduresa i la vellesa i que contribueixen a la situació de dependència són l'osteoporosi, l'artrosi i l'artritis, així com d'altres problemes de la columna vertebral (ciàtica, hèrnia discal, aixafaments vertebrals...). Les conseqüències d'aquestes situacions es poden resumir com segueix:

- a. Disminució de la mobilitat articular, bé sigui per dolor, bé per una limitació mecànica o bé per deficiències musculars, comportant compressió i rigidesa articulars. Aquests aspectes són importants i cal tenir-los en compte en el programa d'activitat física, tant en els aspectes de continguts a desenvolupar en el programa –perquè mantenir la mobilitat de les articulacions facilita la participació de la persona en les seves activitats de la vida diària– com en els metodològics –evitant proposar moviments bruscos i compressius, així com manipulacions també brusques–.
- b. Tendència a la immobilitat o al desús de les articulacions. En aquest sentit el programa d'activitat física pot fer una bona aportació: la mobilització de les articulacions de manera periòdica, constant i intencionada per tal de contrarestar aquesta tendència.
- c. Fragilitat òssia amb un major risc de fractures. Aquest fet pot tenir conseqüències molt importants per a la persona que, per exemple, ha sofert una caiguda i s'ha fracturat un os. La situació sol anar associada a intervencions quirúrgiques i períodes llargs d'hospitalització, a més de comportar un procés lent en la consolidació de la fractura i la recuperació del nivell funcional previ a l'accident.

En general, les deficiències osteoarticulars de membres superiors comporten limitacions en les activitats domèstiques i en la manipulació d'objectes, mentre que les de membres inferiors poden limitar els desplaçaments i les activitats extradomiciliàries, i les de la columna vertebral ambdós tipus d'activitats. Tot això es tradueix en una clara tendència al sedentarisme, en una reducció important del camp d'acció de la persona, de les relacions socials, i de la independència per satisfer les pròpies necessitats.

3.2.2 MÚSCULS

Les deficiències musculars i tendinoses estan en estreta relació amb les anteriors, ja que els músculs constitueixen la força que mou les palanques formades pels ossos i les articulacions. D'aquesta manera, si els músculs no tenen força ni elasticitat per fer moure els segments corporals, les articulacions i els ossos se'n ressenteixen i a la inversa. Els músculs també compleixen les funcions de mantenir el cos en una posició equilibrada i la de protecció mantenint o fent de coixí a parts més sensibles. És per això que podem

relacionar les deficiències musculars amb aquestes tres funcions bàsiques: moure, equilibrar i protegir.

El procés d'envelliment a nivell muscular es caracteritza per un progressiu declivi del to, de la força i de la resistència musculars, que poden fer que els moviments de la persona siguin més lents, menys precisos, més inestables i amb menys capacitat de ser mantinguts durant un període llarg de temps (fatiga). En una situació causada per un accident o per una malaltia, aquestes característiques poden ser agreujades fins al punt que la persona tingui limitades les seves possibilitats de fer diverses activitats:

- a. Una alteració (hipertonia, hipotonia o espasticitat muscular) en el to muscular –el que mantenen els músculs quan estan en repòs– pot comportar dificultats tant en el manteniment d'una postura estable i equilibrada en la posició de drets o asseguts, com una excessiva rigidesa que dificulti el moviment natural i harmònic dels segments corporals així com la seva correcta alineació.
- b. La pèrdua de força i d'elasticitat muscular, sigui localitzada en una zona concreta del cos o bé generalitzada, dificulta la realització de moviments més precisos com agafar, deixar, empènyer, estirar, prémer o més globals com caminar.
- c. De la mateixa manera, la fatiga muscular repercuteix en el manteniment d'aquests moviments durant un període de temps (el que cal per poder realitzar una activitat) més o menys llarg, essent necessari que la persona hagi de fer pauses.

Les deficiències en els ossos, les articulacions i els músculs es relacionen les unes amb les altres. Per posar un exemple: una persona té dolor en mobilitzar una espatlla, això fa que la mogui menys, que els músculs que la mobilitzen perdin força i que l'articulació perdi mobilitat i –com el peix que es mossega la cua– hi haurà un progressiu deteriorament de tot l'engranatge osteoarticular i muscular que limitarà, en primer lloc, la funcionalitat de l'espalla i, en segon lloc i més significativament, les possibilitats de realitzar activitats i participar.

3.2.3 ALTRES COMPONENTS DEL MOVIMENT

Anant més enllà dels aspectes mecànics del moviment, ens trobem amb què, a banda de les funcions que exerceixen les estructures corporals que li fan de suport (ossos, articulacions i músculs), la producció, l'eficàcia i l'harmonia d'aquest moviment són més complexes i enriquides per factors com la *postura*, l'*equilibri* o la *coordinació*.

Amb el procés d'envelliment, arran d'una malaltia, d'un accident o d'un procés degeneratiu, les persones grans que pateixen deficiències en les funcions relacionades amb el moviment, com són el manteniment de la postura, l'equilibri, la coordinació o la marxa, responen a les següents característiques:

- a. Tendència a perdre l'alineació considerada normal dels diferents segments i blocs corporals (cap, tòrax, maluc i extremitats) de manera que la posició del centre de gravetat del cos es modifica. Això té tres repercussions importants: la primera és la disminució de la talla, la segona és la presència de dolors articulars i musculars, i la tercera, l'augment del risc de caigudes.

- b. Inestabilitat en la marxa i/o patrons de marxa que es caracteritzen per una tendència a fer passes curtes, lentes, amb una ampliació de la base de recolzament i major rigidesa en les articulacions del turmell, del genoll i del maluc. Si a aquesta tendència general s'hi associa un altre procés patològic (fractura, amputació, fixació articular, vertigen...) o deformació, es pot donar el cas de persones amb patrons de marxa irregulars, asimètrics o molt inestables. Per a la participació en programes d'activitat física, aquest és un dels aspectes més importants a tenir en compte, ja que cal buscar l'equilibri entre el benefici que pot comportar el fet de mantenir la capacitat de caminar i la seguretat de la persona, sense menystenir cap dels dos aspectes.
- c. La coordinació de moviments durant la vellesa també tendeix a ser més lenta i menys precisa. El sistema nerviós hi té una paper cabdal. Qualsevol dels moviments que realitzem en la vida diària requereix d'un procés de coordinació, tant si es tracta d'un moviment senzill i precís (obrir la mà, cordar un botó) com un de més complex i global (ballar); en ambdós casos uns músculs s'han de contraure, mentre els altres es relaxen. Ho han de fer, també, en el moment adequat i amb la mínima despesa d'energia necessària. De la manera com totes aquestes accions es coordinin en sortirà un moviment més o menys harmònic, més o menys precís.
- d. Es poden produir moviments involuntaris (tics, tremolors, moviments coreics...) que, segons la seva intensitat, poden dificultar des de les accions i les activitats més analítiques, fins a les més globals.

Totes aquestes deficiències cal relacionar-les també amb els processos neurològics implicats en el moviment. La velocitat de transmissió d'impulsos nerviosos, les capacitats perceptives i processadores de la informació provinent de músculs i articulacions, faran que la persona gran pugui prendre consciència del seu propi cos, i presenti una resposta a l'estímul més lenta o més ràpida. Cal tenir en compte que, excepte en processos degeneratius molt avançats o en lesions del tot irreversibles, tant la velocitat de resposta a l'estímul com la percepció i el control del propi cos poden millorar amb la pràctica i l'entrenament.

En el conjunt de deficiències neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment, cal destacar de forma especial l'alta incidència de caigudes i els seus efectes, que en general hi ha entre les persones grans. Segons un estudi fet sobre 448 persones grans de Mataró que viuen a la comunitat, en el període d'un any el 32,1% van caure com a mínim una vegada, i de totes les caigudes, (203) el 21,7% van necessitar atencions mèdiques. (Salvà, Bolibar, Pera, & Arias, 2004).

A banda del tema de les caigudes –que és un aspecte concret però molt important per les seves conseqüències– i des d'una perspectiva més global, aquest tipus de deficiències afectaran principalment:

- a. Al camp d'acció de la persona, perquè limiten les seves possibilitats de desplaçar-se i moure's.
- b. Al desenvolupament de tasques d'autocura.
- c. I a les que requereixen manipulació d'objectes.

És del tot comprensible que aquest gran grup de deficiències siguin les responsables de la majoria de les situacions de dependència que pateixen algunes persones grans. Tot això, considerant que el grau de dependència no només depèn dels factors explicats en aquest punt, sinó que els aspectes ambientals i personals també hi juguen un paper molt important. El nivell de dependència per moure's a dins de casa o per accedir a serveis que pot suposar una alteració de la marxa, són ben diferents per a una persona que viu en una casa de pagès (amb terres irregulars i escales) o per a una altra que viu en una casa de planta baixa, moderna i situada al bell mig del poble.

3.3 DEFICIÈNCIES RELACIONADES AMB LES FUNCIONS MENTALS

Les funcions mentals regeixen la nostra forma d'actuar, la nostra capacitat per intervenir, ésser inclosos i adaptar-nos a l'entorn. Gràcies a elles podem parlar, pensar, moure'ns, estimar, estar alerta, escriure, tenir cura de nosaltres mateixos, recordar, aprendre, fer judicis, decidir, orientar-nos... La disminució o l'alteració d'aquest tipus de capacitats implica, també, un camí cap a un procés de dependència. Seguint amb les dades de l'EDDES 99 (Alustiza Galarza y Pérez Díaz, 2005), de totes les persones que pateixen deficiències mentals, el 25'8% són persones de 65 anys i més, i és en aquest percentatge on destaquen especialment les demències que són pràcticament exclusives d'aquest grup d'edat.

Aquest grup de deficiències també té interès pel que fa a aquest estudi perquè entre les persones "receptores" i participants en el programa VAFiD que proposarem en el següent capítol, és freqüent que n'hi hagi amb dèficits més o menys importants en aquest terreny, i sobretot amb demència. És per això que caldrà preveure i tenir en compte formes de comunicació, respostes, estratègies i propostes adequades per poder treballar amb elles.

Seguint l'esquema que proposa l'OMS mitjançant la CIF, en les funcions mentals podem distingir entre les globals (la consciència, l'energia i el impuls) i les específiques (la memòria, el llenguatge i el càlcul) (OMS, 2001).

3.3.1 FUNCIONS MENTALS GLOBALES

Dintre d'aquest bloc s'inclouen, entre d'altres, les funcions d'orientació, intel·lectuals, les psicosocials, del temperament i la personalitat, i de l'energia i el impuls.

Les deficiències que afecten les funcions relacionades amb els aspectes psicosocials estarien relacionades amb la capacitat i l'habilitat de la persona per establir interacció social. Les del temperament i la personalitat, amb les formes de comportament i resposta a les situacions que presenta la vida, i les de l'energia i el impuls es refereixen als mecanismes que empenyen la persona a vetllar pels seus interessos i necessitats (motivació, vigor, energia). La dificultat per establir relacions socials, trastorns de personalitat que no permeten comportaments (desconfiança, inhibició, preocupació, inseguretat, curiositat...) competents per a la resposta a diferents situacions, o per mantenir una actitud de "lluïta" per aconseguir allò que hom vol, impliquen una manera determinada de respondre a propostes com la que proposem en aquest estudi. És força habitual que les persones grans institucionalitzades i amb dependència per a diverses activitats, es mostrin apàtiques i sense interès per aquelles coses que els envolten, de manera que serà necessari utilitzar estratègies (aspecte metodològic) que ens permetin

apropar-nos a la persona –sempre amb respecte i preservant la seva dignitat– i veure si és possible despertar el seu interès o col·laboració.

3.3.1.1 L'orientació

Les deficiències relacionades amb la capacitat d'orientació, que permeten situar-nos en relació a un temps, un espai i a la persona (un mateix i als altres), poden comportar limitacions importants per a la realització de les activitats que ens són habituals. Saber si som al matí o a la tarda ens és fonamental per a realitzar les activitats pròpies d'aquestes hores; conèixer i reconèixer els carrers del nostre poble ens és fonamental per poder gaudir dels serveis que ens ofereix (anar a comprar, visitar una amistat) i conèixer la nostra identitat i la de les persones que ens envolten ens és imprescindible per al creixement i el desenvolupament personal. És per això que les persones que pateixen desorientació es poden sentir desconcertades, angoixades o intranquil·les i la nostra intervenció ha d'estar en la línia de reorientar (informar del lloc on es troba, de l'hora que és, de què fem, qui som...) i tranquil·litzar per donar seguretat a la persona. Aquest tipus de deficiències formen part dels trastorns que apareixen en la demència.

3.3.1.2 La demència

De les deficiències de tipus intel·lectual que proposa la CIF i que inclouen totes les funcions cognitives, escollim la demència perquè és una síndrome que afecta una gran part del tipus de persones a qui fa referència d'aquest estudi.

Les causes (l'etiologia) de la demència poden ser molt diverses i tenir el seu origen en diferents tipus de malalties (la més freqüent és la malaltia d'Alzheimer) i les persones que les pateixen poden presentar símptomes molt diversos. En qualsevol cas, una persona amb demència experimenta un seguit de canvis que es caracteritzen per:

un empobriment generalment progressiu de les capacitats mentals, que va afectant de manera gradual la memòria, el llenguatge, i la capacitat de reconèixer i actuar, i que arriba fins i tot a alterar les capacitats més bàsiques de l'individu, com ara vestir-se, controlar les deposicions o caminar. El pacient va perdent la independència, no pot desenvolupar una vida autònoma i finalment requereix ajuda constant i supervisió d'altres persones. (Peña-Casanova, 1999ba: 9)

Una altra de les característiques de la demència és que, en la majoria dels casos, és d'instauració progressiva i segueix un procés evolutiu en què cada vegada hi ha més deficiències i, per tant, menys capacitats i més dependència per desenvolupar-se. Un dels aspectes més importants a tenir en compte a l'hora de plantejar una intervenció adreçada a aquest tipus de persones, és el fet de fer propostes que siguin adequades a l'estadi evolutiu de la malaltia, procurant no demanar més –ni menys– del què la persona és capaç de fer.

En un procés de demència hi ha alteracions de tipus:

- a. Cognitiu: memòria, orientació, llenguatge, capacitat de planificació, gestualitat...

- b. Funcional: activitats bàsiques de la vida diària (AVD) i activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).
- c. Psicològic i afectiu: depressió, labilitat emocional, eufòria...
- d. Del comportament: canvis d'humor, apatia, alteracions en el son, deambulació erràtica, conductes inapropiades...

Aquests àmbits no es deterioren necessàriament al mateix temps ni es manifesten de la mateixa manera en totes les persones. Això vol dir que per a les intervencions sobre aquest grup de persones caldrà:

- a. Personalitzar.
- b. Ajustar les expectatives a les característiques i a la situació de la persona. Sabent que “els problemes de comportament són una expressió directa del procés degeneratiu”. (Teri, Montorio, y Izal, 2000:187).
- c. Promoure la rutina.
- d. No demanar ni més ni menys del què pot fer, segons les possibilitats de la persona.
- e. Evitar situacions que puguin causar frustració, enuig o posar en evidència davant d'altres persones.
- f. Oferir un tracte apropiat a l'edat.

3.3.2 *FUNCIONS MENTALS ESPECÍFIQUES*

En aquest bloc s'inclouen, entre d'altres, aspectes com l'atenció, la memòria, el pensament, funcions cognitives superiors –també anomenades funcions executives–, llenguatge, càlcul, emocions, moviments complexos, imatge corporal, funcions del temps.

Igual que en el punt anterior, ens centrarem en aquelles funcions que considerem més significatives tant pel tipus de tipus de proposta que fem en aquest estudi, com per la revisió bibliogràfica que hem fet sobre el tema. Tot això en el benentès que totes les funcions mentals s'inclouen en una unitat que és la persona i essent totes elles necessàries i importants per al desenvolupament personal.

3.3.2.1 **L'atenció**

L'atenció ens fa de suport i permet el processament de la informació que ens arriba per després elaborar-la. Segons Vega i Bueno (1996) podem considerar quatre tipus d'atenció:

- a. Sostinguda: que ens permet mantenir l'atenció en una tasca o en una situació. Està relacionada amb la vigilància.
- b. Selectiva: que ens permet seleccionar els aspectes importants de tot un conjunt.
- c. Canvi d'atenció (o alternant): que ens permet canviar el focus d'atenció alternativament entre diverses fonts d'informació.
- d. Dividida: que ens permet fer més d'una cosa alhora.

Amb el procés d'envelliment normal, sembla que només hi ha modificacions importants en alguns aspectes parcials dels diferents tipus d'atenció. Tal com diuen els mateixos autors, es pot considerar que, en general, les persones grans només necessiten la preparació adequada per poder resoldre satisfactòriament les tasques d'atenció. Ara bé, si hi ha

deficiències en l'atenció –com és el cas de les persones amb demència– per a la intervenció serà important:

- a. Reduir la durada de la tasca proposada.
- b. Proposar una sola tasca o, si n'hi ha més d'una, que sigui molt senzilla i coneguda per la persona.
- c. Simplificar i abreujar les tasques, les propostes o les consignes conservant només les coses més importants.
- d. Evitar la presència d'estímul que puguin fer canviar el focus d'atenció de manera innecessària.

3.3.2.2 La memòria

La memòria ens permet recollir i identificar les nostres experiències per poder-les utilitzar en totes les situacions de la nostra vida. És un procés cognitiu complex en què intervenen diferents components i diferents àrees del cervell –òrgan que acull aquesta capacitat–. El procés de la memòria consta de tres fases: 1) la recepció i el registre de la informació, 2) l'emmagatzematge d'aquesta informació que requereix ser codificada i consolidada i 3) la seva recuperació per tal de ser utilitzada. En funció de factors com què, quan, com o bé on es produeixen les diferents fases de la memòria, se'n distingeixen diferents tipus:

- a. Memòria sensorial: que estaria en la primera fase del procés. És el punt d'entrada –per la porta dels sentits– de la informació. És un tipus de memòria de molt curta durada, que està molt lligada a l'atenció i és fàcil d'oblidar. (Moreno i Tarradellas, 2004).
- b. Memòria a curt termini: emmagatzema la informació per un període molt curt de temps (entre 15 i 30 segons). Per exemple el temps de retenir un número de telèfon i marcar-lo.

La memòria de treball (o operativa, o *working memory*) està inclosa en la memòria a curt termini i fa referència a *“la capacitat de mantenir temporalment la informació en la ment i manipular-la mentre es duen a terme tasques mentals”* (Peña-Casanova, 1999ba: 33) de manera que està més relacionada amb el processament que amb l'emmagatzematge.

- c. Memòria a llarg termini (o permanent): que s'encarrega de guardar informació durant llargs períodes de temps per ser recuperada més endavant. És la que acull els nostres records, el coneixement del món o els aprenentatges. Es subdivideix en memòria episòdica, semàntica i procedimental. Les dues primeres són de memòria explícita –basada en el record conscient i intencionat d'experiències prèvies– i l'última, una forma de memòria implícita, inconscient o no intencionada (Kolb, 2006).

Memòria episòdica: acull els records d'esdeveniments relacionats amb un context espai-temporal (l'aniversari d'un conegut, la participació en una festa...).

Memòria semàntica: acull els coneixements que hem adquirit al llarg de la vida i està molt relacionada amb el llenguatge (com utilitzar una cullera, conèixer les paraules, saber que el gos és un animal...).

Memòria procedimental: responsable d'aquells aprenentatges que s'adquireixen de manera no conscient, de les habilitats apreses, com per exemple, anar en bicicleta, tocar un instrument musical o conduir (Peña-Casanova, 1999ba).

Tal com es pot deduir d'aquesta exposició, les deficiències relacionades amb la memòria poden arribar a afectar de manera considerable el nivell de independència de la persona. En general, i en el procés d'envelliment normal, el tipus de memòria que està més preservada és la de llarg termini. En les demències pot estar afectat qualsevol dels diferents tipus, en funció de les zones cerebrals més lesionades i de l'estadi evolutiu de la malaltia.

A banda dels aspectes que ja hem esmentat en els punts anteriors, per a la intervenció i la planificació d'activitats per a grups de persones amb dèficits de memòria, caldrà tenir en compte la importància d'una vivència positiva, agradable i gratificant del present. Quan no és possible accedir a la informació que ha arribat fa uns minuts, dies, mesos o anys, només queda el present per sentir-se viu i competent.

3.3.2.3 Les funcions cognitives superiors o executives

Aquestes funcions són les que ens permeten fer conductes complexes encaminades a una finalitat, com per exemple prendre decisions, planificar, organitzar, conèixer-nos a nosaltres mateixos, resoldre problemes, abstreure, canviar estratègies o fer judicis. De fet són les que diferencien els humans de la resta dels éssers vius.

“Els lòbuls frontals realitzen les funcions més avançades i complexes del cervell, les anomenades funcions executives. Estan lligades a la intencionalitat, al propòsit i a la presa de decisions complexes. Només en els humans assoleixen un desenvolupament significatiu; presumiblement, són les que ens fan humans”. (Goldberg, 2002: 20)

“(...) el còrtex prefrontal representa en els éssers humans aproximadament el 30% de l'escorça cerebral, essent la regió cerebral amb un desenvolupament filogenètic i ontogenètic més recent (...) i l'estructura que millor revela la nostra especificitat enfront d'altres éssers vius. Des d'un punt de vista funcional es pot afirmar que en aquesta regió cerebral hi ha les funcions cognitives més complexes, per la qual cosa se li adjudica un paper essencial en activitats tan importants com la creativitat, l'execució d'activitats complexes, el desenvolupament de les operacions formals del pensament, la conducta social, la presa de decisions i el judici ètic i moral. Els tipus d'alteracions que tant en la clínica com en la investigació s'atribueixen a lesions del lòbul frontal inclouen una interacció d'alteracions emocionals i de la conducta (apatia, desinhibició, resposta afectiva, indiferència, etc.) i problemes cognitius, entre els que destaquen els anomenats dèficits executius”. (Muñoz Céspedes y Tirapu Ustárrroz, 2001: 133)

La deficiència en aquestes funcions afecta de manera considerable l'autonomia¹⁴ de la persona i és la raó per la qual es troba en una situació de dependència per a adoptar decisions que afecten a la seva pròpia vida. És també el cas de persones amb demència en estadis moderats i avançats.

Per a la intervenció adreçada a persones que es trobin en aquesta situació serà necessari acompanyar –i potser conduir– de manera molt directa les seves decisions, activitats o

¹⁴ Entenem aquesta paraula, tal com explica molt bé Querejeta (2004), no com a antònim de dependència, sinó com la facultat de governar-se a si mateix, d'autodeterminació de la pròpia vida.

accions utilitzant mètodes que tendeixin a la directivitat però, això sí, i en la mesura del que sigui possible, preservant i reforçant sempre el punt d'autonomia que encara conservi.

3.3.2.4 El llenguatge

Les funcions mentals relacionades amb el llenguatge ens permeten rebre, reconèixer i utilitzar els signes i els símbols que tenen un significat i que utilitzem per a la comunicació (orals, escrits o gestuals). Les deficiències en aquest aspecte poden afectar tant a la recepció del missatge, com a la producció significativa o a la capacitat d'establir interaccions mitjançant el llenguatge. Això es tradueix en una dificultat de la persona per entendre els missatges que li arriben i/o expressar-se (explicar, demanar, mostrar...). Aquest tipus de deficiències es pot donar en la demència o en altres malalties amb lesions cerebrals.

En la intervenció amb persones amb deficiències en el llenguatge haurem de vetllar especialment:

- a. Per a l'emissió dels missatges (orals, escrits o gestuals) en la forma o formes més adequades a cada situació.
- b. Per a la correcta interpretació de missatges que puguin ser incomplets, erronis o desestructurats.

3.3.2.5 Les emocions

El funcionament de la ment inclou, també, la regulació de les emocions i la seva expressió d'acord amb les situacions i el propi sentiment o afecte. La deficiència en aquest àmbit pot comportar l'expressió inadequada a la situació (plor, riure...) o la "no expressió" de sentiments com la por, l'odi, l'amor, la joia, la pena...

Així doncs, per a la intervenció i en aquestes circumstàncies, també caldrà fer una tasca d'interpretació, de contenció, d'ajuda o d'estimulació –segons les necessitats de la persona i la seva situació-. En aquest sentit, volem remarcar de manera especial que en el treball en grup, aquestes són deficiències –no les úniques- que poden generar situacions conflictives, impactants o indignes tan per a la persona que les pateix, com per a la resta del grup. Això vol dir que és important saber conduir la situació de manera adequada per al grup i per a totes les persones que el constitueixen.

3.3.2.6 Els moviments complexos

La funció mental que ens permet realitzar moviments complexos i voluntaris que requereixen l'encadenament de diferents accions ens és útil per fer la majoria dels moviments que tenen una intenció. És el cas de les accions necessàries per vestir-nos, per retallar, per llençar o rebre...

Aquesta deficiència pot fer que la persona que participa en el programa d'activitat física manifesti dificultats per manipular objectes, realitzar seqüències de moviments o que faci moviments mal dirigits o descoordinats. És per això que caldrà tendir a simplificar i/o acompanyar aquells moviments que representin una dificultat massa gran.

3.3.2.7 Imatge corporal

Les funcions mentals que ens permeten tenir una representació i consciència del nostre propi cos, ens són fonamentals per poder-lo moure i utilitzar-lo en la direcció, forma i circumstàncies adequades. Gràcies a aquestes funcions podem saber on i com tenim situades les diferents parts del cos. Patir deficiències en aquesta funció pot fer que els moviments esdevinguin imprecisos, que la persona no sigui prou conscient de la seva actitud postural o que es faci una representació del propi cos desajustada a la realitat.

3.3.2.8 Funcions del temps

En aquest apartat s'inclouen aquelles deficiències relatives a la percepció de la longitud i el pas del temps. És per això que aquestes funcions estan relacionades amb la percepció dels ritmes i la integració de conceptes com lent/ràpid, curt/llarg, simultaneïtat/successió. La deficiència en aquest aspecte comporta una dificultat en el desenvolupament d'accions relacionades amb aquests conceptes.

Per al desenvolupament del programa VAFiD, que exposarem en el capítol V, aquest és un aspecte important, perquè la utilització de música i elements rítmics és força habitual. I això respon a dos criteris:

1. Plantejament teòric del programa sobre els aspectes a treballar durant el seu desenvolupament.
2. Recurs estratègic. La música i els elements rítmics són una bona eina per a la dinamització, l'estimulació i la motivació.

En el conjunt de deficiències específiques relacionades amb les funcions mentals, hi ha diversos termes que fan referència a algunes de les alteracions adquirides per lesió cerebral que hem descrit en aquest punt però que és difícil situar en un punt concret de la classificació que hem utilitzat com a referència. És per aquesta raó que els descrivim a continuació –seguint les definicions que fa Peña-Casanova, (1999ba)- perquè parlen de deficiències que poden crear dependència i perquè també ens seran útils en les properes pàgines de l'estudi:

- a. Agnòsia: Alteració adquirida del reconeixement visual, auditiu o tàctil dels objectes. Això vol dir no ser capaç (tot i percebent l'estímul i estant familiaritzat amb l'objecte) d'extreure el significat de la percepció. Exemple: La persona és capaç de veure la cullera però no sap que és una cullera.
- b. Afàsia: Es una alteració del llenguatge i es caracteritza per trastorns de l'expressió i de la comprensió del llenguatge. Exemple: La persona té dificultat per trobar la paraula que necessita o es capaç d'escoltar una ordre però no la comprèn.
- c. Alèxia: Es l'alteració de la capacitat de llegir en una persona que anteriorment dominava bé la lectura.
- d. Agrafia: Es l'alteració de la capacitat d'escriure en una persona que anteriorment dominava bé l'escriptura.
- e. Apràxia: Es l'alteració de la capacitat d'executar gestos (actes motors amb intenció) com per exemple els de la comunicació (Exemple:saludar), de

manipulació (Exemple: agafar, deixar), de tipus seqüencial (Exemple: dibuixar, menjar, vestir-se).

3.3.3 NIVELLS COGNITIUS DESCRITS PER CLAUDIA K. ALLEN

Arribats a aquest punt, abans de continuar amb altres deficiències i per concloure el tema de les relacionades amb les funcions mentals, és interessant tenir en compte el *marc de referència de la discapacitat cognitiva* elaborat per Claudia K. Allen, en l'àmbit de la teràpia ocupacional. Levy (1998) explica que Allen, després de vint anys d'observació i d'investigacions, va establir aquest marc de referència per tal de facilitar la comprensió i l'elaboració de les estratègies d'intervenció dirigides a persones amb discapacitats cognitives. També explica que és un model que parteix d'un seguit d'idees generals, d'entre les quals n'hi ha tres que, al nostre entendre, són interessants per a aquest estudi:

- a. La cognició condiciona tots els comportaments, això vol dir que sempre que les persones que participin en el programa VAFiD pateixin un deteriorament cognitiu –més o menys important- caldrà fer adaptacions i tenir en compte que, a vegades, la funcionalitat física i la cognitiva s'influeixen però no es corresponen.
- b. El processament de la informació inclou tres passos que són els que cal avaluar per saber si una persona pot desenvolupar una activitat. Aquests tres passos són:
 1. Recepció dels senyals sensorials que poden venir de la part interna (propioceptiu) o externa (senyals tàctils, visuals...) de la persona, que són les que poden arribar a cridar-li l'atenció.
 2. La interpretació dels senyals mitjançant associacions sensomotors, que donarà lloc a l'últim pas que és el de l'acció.
 3. Les accions motores, producte dels dos passos anteriors i que es tradueixen en la realització de les activitats. Les accions motores poden ser espontànies i imitades. Aquest és l'aspecte que haurem de tenir més present per al VAFiD.
- c. En les malalties on es produeix un deteriorament progressiu i irreversible (per exemple les demències), la pèrdua de capacitats cognitives generalment segueix una seqüència previsible i inversa a l'evolució ontogenètica. Malgrat l'autora no ho expressa amb aquesta paraula, es correspondria al concepte de retrogènesi explicat per Da Fonseca (1987).

El model que proposa Allen descriu sis nivells cognitius amb les següents característiques (Levy, 1998):

- a. Nivell cognitiu 1: **Reflex**. L'atenció es dirigeix a senyals interns i no respon a estímuls externs. Les accions motores pràcticament estan limitades als reflexos. Molt poques possibilitats d'intervenció.
- b. Nivell cognitiu 2: **Moviment**. L'atenció es dirigeix a senyals propioceptius provinents de moviments familiars i destinats a reduir dolor o incomoditat. És possible que la persona tingui capacitat per imitar accions motores de grans moviments corporals de manera aproximada i repetitiva. Moviments familiars i senzills.
- c. Nivell cognitiu 3: **Accions repetitives**. L'atenció es dirigeix a senyals tàctils i a objectes familiars. Les accions motores es basen en la relació entre l'acció d'un sol pas i els seus efectes. Normalment són accions repetitives.

- d. **Nivell cognitiu 4: Producte final.** L'atenció es dirigeix a senyals tàctils i visuals. Les accions motores poden ser de dos o tres passos, han de ser familiars i es pot establir una relació més directa causa-efecte entre un senyal i allò que la persona espera. Tasques que condueixin a un producte final clar (Exemple: dansa). Això permet treballar i assolir objectius familiars mitjançant activitats senzilles, concretes i amb poques possibilitats d'error. És difícil que la persona sigui capaç de retenir ordres i indicacions fora del context, que pugui planificar en el futur o que transfereixi aprenentatges a d'altres situacions.
- e. **Nivell cognitiu 5: Variacions.** L'atenció es pot dirigir a dos o més objectes i, a nivell d'accions motores, la persona és capaç d'explorar, de resoldre problemes senzills, de buscar diferents respostes i seguir un procés de quatre o cinc passos.
- f. **Nivell cognitiu 6: Pensament abstracte.** En aquest nivell no hi ha discapacitat cognitiva. Criden l'atenció els senyals abstractes i simbòlics. La persona és capaç de planificar i elaborar respostes complexes. Els aprenentatges es poden transferir a d'altres situacions.

3.4 DEFICIÈNCIES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Les deficiències relacionades amb les funcions dels sistema cardiovascular constitueixen, també, una part important del conjunt de deficiències que afecten les persones grans. Segons les dades de l'EDDES 99 (Alustiza Galarza y Pérez Díaz, 2005) de totes les persones que pateixen deficiències cardiovasculars, el 66,7 % són persones de 65 anys i més. Això significa que es tracta d'un grup de deficiències amb una incidència important entre les persones grans.

Ja sigui per canvis produïts pel procés d'envelliment normal o pels efectes d'una malaltia, podem valorar la funció d'aquest sistema a dos nivells: el cor i els vasos sanguinis.

3.4.1 EL COR

La seva funció consisteix en bombejar la sang en la quantitat i pressió necessàries per satisfer les necessitats del cos en les activitats que estigui realitzant en cada moment. El múscul cardíac és de contracció involuntària i amb les seves contraccions constants i rítmiques impulsa la sang oxigenada o arterial per les artèries cap als capil·lars –on es produeix el intercanvi de gasos, nutrients i altres productes de degradació del metabolisme- i rep la sang carbonada o venosa per enviar-la al circuit pulmonar, on hi ha un nou intercanvi de gasos per reiniciar de nou el cicle complet.

La quantitat de sang que sigui capaç d'impulsar el múscul cardíac (volum sistòlic) i la freqüència i el ritme amb què ho faci determinen la seva eficàcia. Amb el procés d'envelliment normal hi ha una tendència a la disminució de la massa muscular, a modificacions en el ritme cardíac i a una disminució de la quantitat de sang expulsada per minut (VMC).

D'altra banda, aquest múscul cardíac necessita del seu propi sistema d'irrigació sanguínia (vasos coronaris) per tal de poder realitzar la seva funció. És en aquest sistema on

majoritàriament es manifesten les patologies del cor ¹⁵ que són les responsables de la disminució de la seva eficàcia. Pot ser que aquests vasos coronaris tinguin un estrenyiment (isquèmia), una obstrucció parcial i temporal (angina de pit), o una obstrucció total i perllongada (infart de miocardi) que lesionen part del múscul cardíac. Aquestes lesions tradueixen en una disminució –més o menys important en funció de la gravetat de la lesió- de la capacitat de resistència a l'esforç i en un augment de la fatiga.

La participació de persones que pateixin aquestes patologies en programes d'activitat física està condicionada al consell mèdic i a les característiques del propi programa pel que fa a la intensitat de l'esforç físic que requereix.

3.4.2 *ELS VASOS SANGUINIS*

Les venes i les artèries són les encarregades de conduir la sang i tots els nutrients que transporta fins a tots els racons del cos. Les deficiències a aquest nivell son conseqüència del procés d'envelliment i, sobre tot de processos patològics.

Les artèries, que des del cor s'encarreguen d'irrigar tots els òrgans i sistemes, amb l'edat tendeixen a:

- a. Adherir, a la seva part interna, substàncies en forma de placa que dificulten el pas de la sang.
- b. Tornar-se més rígides, amb menys elasticitat degut a l'acumulació de calci.

L'agreujament i l'evolució d'ambdues característiques condueixen a l'aterosclerosi en el primer cas, i a l'arteriosclerosi en el segon. Juntament amb la tendència de les persones grans a tenir una major densitat sanguínia, aquestes característiques són les responsables de la hipertensió arterial i de malalties que tenen repercussions –i poden deixar seqüeles importants- sobre les capacitats de la persona. Les adherències (bé perquè es van acumulant en un punt concret o bé perquè es desprenen i circulen pel corrent sanguini) poden arribar a obstruir les artèries, arterioles o capil·lars, deixant sense irrigació els teixits corresponents. També poden ser el desencadenant d'una ruptura del conducte arterial produint una hemorràgia. Quan l'obstrucció o la lesió és a la cama, es parla d'embòlia; al pulmó, d'embòlia pulmonar, i al cervell, d'accident vascular cerebral (AVC), que pot comportar hemiplegia i altres lesions neurològiques importants.

Referent a aquest aspecte, la majoria d'autors remarquen la importància de mantenir hàbits de vida saludables com la pràctica d'exercici físic, una dieta equilibrada i la reducció de l'estrès, com a eines preventives i de tractament (Cano et al., 2004).

Les venes, que s'encarreguen de conduir la sang de retorn cap al cor, amb l'envelliment també tendeixen a perdre part de les característiques que faciliten aquest retorn sanguini que ha de vèncer la força de la gravetat.

Un sistema de vàlvules internes de les venes que eviten que la sang torni enrere i el massatge que fan els músculs durant el moviment constitueixen els principals mecanismes

¹⁵ La malaltia cardíaca coronària és la principal causa de mort i la més freqüent en un gran nombre de països de la Unió Europea. També té una clara relació amb l'edat avançada, on hi ha una major prevalença (Cano, De Teresa, i Capdevila, 2004).

que faciliten la circulació venosa. El sedentarisme, la incompetència de les vàlvules i l'obstrucció venosa en nivells importants condueixen a la insuficiència venosa –també influenciada per factors hormonals i ambientals– que es sol caracteritzar per la formació de varices, edemes i/o úlceres (Boné Salat, 2004). La zona habitualment més afectada per aquestes deficiències són les extremitats inferiors, on hi pot haver dolor i/o sensació de pesadesa.

Participar en un programa d'activitat física és una bona manera de contrarestar aquesta situació, però durant el desenvolupament del programa serà important:

- a. Evitar els cops i les contusions.
- b. Tenir en compte que la deambulació pot ser pesada.

El conjunt de deficiències que afecten el sistema cardiovascular poden afectar principalment a la capacitat de resistència a l'esforç, aspecte que limita pràcticament totes les activitats que requereixen moviment i despesa energètica. Per tant, per a la posada en pràctica del programa d'activitat física, un dels aspectes més importants a considerar, planificar i controlar serà el nivell d'intensitat de les propostes concretes i del conjunt de la sessió.

3.5 DEFICIÈNCIES DEL SISTEMA RESPIRATORI

Les deficiències del sistema respiratori també són força freqüents entre les persones grans. Segons les dades extretes de l'EDDES 99 (Alustiza Galarza y Pérez Díaz, 2005) el 67'1% de les persones que pateixen aquest tipus de deficiències, són persones de 65 anys i més.

La funció del sistema respiratori consisteix a facilitar l'adquisició d'oxigen de l'exterior i l'expulsió del diòxid de carboni generat en els processos metabòlics del cos, tot això mitjançant un ritme constant i alternatiu entre la inspiració i l'expiració. En aquest procés hi estan implicades les vies respiratòries, els pulmons i la caixa toràcica.

Pel que fa a les vies respiratòries, la característica més corrent entre les persones grans és la tendència al ressecament de les mucoses que les recobreixen, de manera que es perd capacitat per humidificar i escalfar l'aire que ve de l'exterior.

Els pulmons tendeixen a perdre elasticitat amb l'edat, cosa que disminueix l'eficàcia en la seva tasca d'intercanvi gasós. Però aquesta pèrdua d'elasticitat també està influenciada per la forma de la caixa toràcica i la força dels músculs respiratoris.

Aquest conjunt de factors contribueix a una disminució de la capacitat vital (màxima quantitat d'aire que pot ser espirada després d'una inspiració forçada), del volum de reserva inspiratòria (aire suplementari que penetrarà en una inspiració forçada després d'una de normal), del volum de reserva espiratori (aire que s'extreu en una espiració forçada després d'una de normal) i augmenta el volum residual (aire que queda als pulmons després d'una espiració màxima) (Fortuño Godes, 2004). És per aquesta última raó que durant la realització d'exercici físic serà més important "practicar" i reforçar –en el cicle respiratori– l'expiració que la inspiració. Totes aquestes característiques es poden

resumir en una conseqüència: disminució de la capacitat de proporcionar oxigen a la sang i eliminar el diòxid de carboni o insuficiència respiratòria.

Si les deficiències en aquestes funcions són més importants a causa d'un procés patològic, com per exemple una infecció (bronquitis), una distensió i obstrucció alveolar (emfisema) o una acumulació excessiva de plasma als pulmons (edema pulmonar) –que és conseqüència d'una insuficiència cardíaca– es pot arribar a desaconsellar la participació de la persona gran en el programa d'activitat física, perquè sol comportar una dificultat respiratòria (dispnea) quan es fa alguna mena d'esforç.

Igual que en el cas de les deficiències càrdio-vasculars, l'aspecte més important a considerar en el desenvolupament de les sessions d'activitat física serà la intensitat de treball.

Taula 6. Categories d'activitats principals de la vida

a.	Aprentatge i aplicació del coneixement: <ul style="list-style-type: none"> • Experiències sensorials intencionades • Aprentatge bàsic • Aplicació del coneixement
b.	Tasques i comandes generals (fer tasques simples, diverses, dur rutines...)
c.	Comunicació: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicació- recepció • Comunicació- producció de missatges • Conversa i utilització d'aparells i tècniques de comunicació
d.	Mobilitat: <ul style="list-style-type: none"> • Canviar i mantenir la posició del cos • Portar, moure i usar objectes • Caminar i desplaçar-se • Desplaçar-se utilitzant transport.
e.	Cura personal (Rentar-se, vestir-se, menjar,..)
f.	Vida domèstica: <ul style="list-style-type: none"> • Adquisició del que és necessari • Tasques de la llar • Tenir cura de les pertinences i ajudar els altres
g.	Interaccions i relacions interpersonals: <ul style="list-style-type: none"> • Interaccions interpersonals generals • Interaccions interpersonals particulars
h.	Àrees principals de la vida: <ul style="list-style-type: none"> • Educació • Treball i ocupació • Vida econòmica
i.	Vida comunitària, social i cívica (Oci, religió i espiritualitat, drets humans...)

Font: (OMS, 2001)

Com que l'edat no és el que crea dependència, sinó les deficiències conseqüència de malalties, accidents o processos degeneratius, podem concloure que totes les deficiències que hem descrit en aquest punt –també tenint en compte factors ambientals i personals– poden contribuir a generar dependència en alguna de les nou categories d'activitats principals de la vida que estableix l'OMS a la CIF (Vegeu taula 5: 68). En revisar la llista, és fàcil reconèixer les limitacions en l'activitat o les restriccions en la participació que han anat sorgint durant el desenvolupament d'aquest punt de l'estudi.

4 FACTORS PSICOSOCIALS DE LA DEPENDÈNCIA

Fins ara hem descrit les deficiències que poden generar un procés de dependència, hem vist la freqüència amb què afecten les persones grans, n'hem apuntat les característiques principals i hem parlat de les conseqüències més immediates que poden comportar. Però més enllà de les dades que ens serveixen de referència per situar el tema des d'un punt de vista estadístic, i de la definició dels aspectes que poden contribuir a crear dependència, es fa necessària una reflexió sobre altres implicacions que té una situació de dependència. Ens referim a les conseqüències més intangibles, menys "mesurables", més íntimes i personals que afecten tant a la persona en situació de dependència com a les persones i institucions del seu voltant.

El procés que genera una instauració més o menys permanent de la dependència d'altres persones, els sentiments, les conductes o les vivències que es poden desprendre d'aquesta situació, tenen un pes important en les respostes de tots els agents que, més directament o indirecta, hi estan implicats.

Queda lluny de la nostra intenció –i de les nostres possibilitats- l'estudiar amb profunditat els processos psicològics i de comportament que acompanyen la situació de dependència. Però sí que considerem necessari fer una aproximació a aquells aspectes que hi tenen a veure, que apareixen a la literatura referida al tema de la dependència i que també s'han fet palesos en la nostra experiència professional.

Entenem que és una reflexió que ha de ser present en el procés d'elaboració d'un programa d'atenció dirigit a persones grans amb dependència, perquè són aspectes que, amb tota seguretat influeixen en la forma d'acollir, gestionar, viure o valorar l'atenció que rep la mateixa persona gran.

4.1 LA RELACIÓ EN LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Si partim de la idea que a la dependència hi va lligada una relació entre la persona que té necessitat d'ajut i la que li proporciona, entre la persona i el seu entorn, aquí tenim un altre camp d'anàlisi fonamental que ens permetrà completar l'estudi del fenomen. En aquesta relació hi ha diversos factors que també interaccionen entre ells i que donen lloc a descriure diferents tipus de conducta dependent. Segons Verdugo i Gutiérrez-Bermejo, (2000) hi ha dos paradigmes teòrics per explicar aquesta relació entre l'entorn i la persona que mostra una conducta dependent. Són els següents:

- a. *La inutilitat apresada*. Aquesta expressió ve a significar que quan la persona – independentment de si és vella o no- observa i experimenta, de manera sistemàtica, que la seva actuació no genera una resposta de l'entorn, tendeix a no actuar, a estar menys motivada, a experimentar dèficits cognitius i emocionals. La manca de control i d'influència sobre l'entorn en què hom es desenvolupa, alimenta tots aquests dèficits. Es tracta d'una espiral que condueix a la dependència. És allò que "quant menys fas, menys ganes tens de fer". De fet, en la realitat diària de les institucions que acullen persones grans, és veritat que com més actiu i participatiu és l'ambient, més freqüent és la participació activa de les persones que hi ha –i això fa referència tant als vells com als professionals-.

- b. *La dependència apresada*. Aquest paradigma parteix de la idea que efectivament, la poca capacitat d'influir en l'entorn genera una conducta dependent, però aquesta conducta suposa alhora una pèrdua i un guany. La pèrdua és la que suposa deixar de fer una cosa que es podria fer i, per tant, necessitar l'ajut d'una altra persona. I el guany és el fet d'aconseguir contacte i atenció d'altres persones. És una manera de preservar aquest ésser social que som tots.

4.2 TIPUS DE DEPENDÈNCIA

Respecte a aquest mateix paradigma, Baltes –citad per Risteen, (1998a)- va descriure tres tipus de dependència:

1. *Dependència per veritable incompetència física i/o mental*. Aquesta és la dependència conseqüència d'una limitació de la persona per a realitzar alguna activitat.
2. *Dependència per una optimització selectiva*. En aquest cas la persona gran es mostra dependent en un aspecte de la seva vida diària, mentre que es reserva energia per poder ser independent en altres activitats que li són prioritàries. Aquest tipus de dependència respondria a una estratègia adaptativa al procés d'envelliment.
3. *Dependència per estereotipificació social i subestimació de la competència*. Aquest tercer tipus de dependència és una resposta als estereotips socials que hi ha entorn de la vellesa. Un dels més habituals és considerar que és normal que les persones grans siguin dependents d'altres persones, fràgils i malaltes (Losada Baltar, 2004). Està demostrat que les expectatives –d'altres persones o d'un entorn social determinat– que es situen sobre una persona, alimenten la conducta esperada. Així, la persona gran tendeix a adoptar-la encara que en realitat no es correspongui ni amb la seva intenció, ni amb les seves necessitats. Aquesta situació condueix a dos tipus de comportaments: la persona gran mostra una conducta dependent i la persona vetlladora li proporciona més ajuda de la que li és necessària.

Al nostre entendre, el segon dels paradigmes permet una anàlisi més completa, real i plural de la situació de dependència. De fet, la diversitat de persones, de situacions, de personalitats i d'entorns genera també diversitat de respostes davant la situació de dependència. Els tres tipus de conducta dependent que proposa Baltes permeten recollir aquesta diversitat, que es pot traduir en diferents maneres d'actuar davant d'una situació de dependència:

1. La dependència per veritable incompetència física i/o mental és la que es correspondria amb les limitacions descrites en el punt anterior, arran de patir una o més deficiències. Quan la persona pateix una limitació en l'activitat o una restricció en la participació pot optar per renunciar a aquestes activitats o compensar les pèrdues mitjançant estratègies per poder-les mantenir. Això vol dir que l'actitud davant d'un programa d'intervenció (en el nostre cas el d'activitat física) ens podem trobar amb persones que participin només en aquelles activitats per a les quals no tinguin limitació i que es mantinguin passives o al marge en les que sí que en tenen. O bé amb persones que malgrat tenir limitacions, participen activament en totes les activitats buscant estratègies compensatòries per a aquelles en les quals estan limitades. Malgrat aquí no desenvoluparem la idea –correspondrà fer-ho en el capítol dedicat al

programa- hem de dir que en aquest aspecte hi té un paper molt important l'actitud i la destresa metodològica del professional que fa la intervenció.

2. La dependència per optimització selectiva està del tot lligada als interessos, les necessitats i la voluntat de la persona. D'aquesta manera, davant la impossibilitat o la limitació per a realitzar una o més activitats, la persona escull allò que més li interessa i desestima aquelles que considera menys importants o significatives per a ella, amb l'objectiu de reservar-se energia i/o temps per a allò que de veritat és del seu interès. D'aquí ve que tant ens podem trobar persones amb un alt nivell de dependència i limitacions molt importants, però amb bona disposició per participar en el programa d'activitat física perquè forma part dels seus interessos, com persones en la situació contrària, amb moltes possibilitats però poc interès. Per descomptat que la resposta professional davant l'opció personal que cadascú triï, ha de partir sempre del respecte.
3. La dependència per estereotipificació i subestimació de la competència està directament lligada al fet social, a les expectatives que es posin en les persones grans amb situació de dependència. Per una banda, els valors de la nostra societat van en direcció contrària a la dependència i, per tant, el fet de necessitar ajuda comporta una càrrega negativa important. Això suposa creure poc –o gens- en les possibilitats que encara es tenen i un “aliment” massa bo per a un autoconcepte negatiu que no acompanya gens la recerca d'estratègies adaptatives a la situació de dependència.

Altrament, en els entorns d'atenció (a casa, a la residència, a l'hospital...) ens podem trobar dues situacions al voltant de les persones grans amb dependència: una, que es proporcioni més ajuda de la necessària i, l'altra, que la persona gran utilitzi la conducta dependent per controlar l'ambient, per controlar els contactes socials amb la persona vetlladora (Verdugo i Gutiérrez-Bermejo, 2000).

La resposta a aquest tipus de dependència sol ser una actitud passiva amb tendència a l'aïllament i a la no participació.

En definitiva, la situació de dependència també té un component psicosocial que cal tenir present a l'hora de proposar programes d'atenció i que ens pot ajudar a comprendre actituds i respostes.

5 L'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS

Entenent que l'atenció a les persones grans en situació de dependència inclou una gran diversitat de temes relacionats, en aquest estudi ens centrarem en els tipus de centres que els ofereixen serveis, els seus models d'atenció i l'acció dels professionals que hi treballen per atendre les seves necessitats.

La descripció d'aquests tres elements ens permetrà emmarcar les característiques de l'entorn en què es solen desenvolupar els programes d'activitat física per a persones grans amb dependència.

5.1 CENTRES D'ATENCIÓ

En el nostre entorn, a Catalunya, quan una persona gran necessita atenció especialitzada de tipus social o sanitari, pot ser que utilitzi i que sigui acollida de forma permanent o transitòria, en diferents tipus de centres. La normativa de la Generalitat de Catalunya els defineix i en fixa les pautes de funcionament tal com segueix:

Residències¹⁶: són centres que acullen a persones grans de manera permanent o transitòria. Són institucions de tipus social i ofereixen atenció global a les persones que hi resideixen. Quan aquestes persones necessiten atencions mèdiques s'adrecen al sistema sanitari de la comunitat.

Existeixen dos tipus de residències:

Les “Llar residència”, que atenen persones amb un grau d'autonomia suficient per realitzar per elles mateixes les activitats de la vida diària (AVD).

Les residències assistides, que atenen persones grans amb dependència per a les activitats de la vida diària (AVD), que necessiten atenció i supervisió constants i/o que la seva situació sociofamiliar requereix la substitució de la llar.

Segons aquesta mateixa normativa, totes les residències han de disposar d'un programa d'activitats encaminat a complir –entre d'altres– les funcions de manteniment físic i cognitiu de les persones que hi resideixen. Així doncs, tant per raons relacionades amb la normativa vigent com per raons de qualitat i coherència de l'atenció a les persones grans amb dependència, els programes d'activitat física que presentarem en aquest estudi són del tot pertinents.

Centres de dia¹⁷: són centres que ofereixen un servei d'acolliment diürn per a persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i que complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar. Les persones que utilitzen el servei de centre de dia, viuen a la seva pròpia llar i reben suport durant una part de la jornada. D'aquesta manera, es facilita el manteniment de la persona gran en situació de dependència en el seu entorn sociofamiliar al mateix temps que disposa d'un entorn compensatori a la llar.

Aquests centres han de vetllar també pel manteniment de l'autonomia personal i social de les persones que acullen, així com per la seva dinamització i suport individual.

Centres sociosanitaris¹⁸: són centres que ofereixen atenció geriàtrica especialitzada i que atenen les necessitats sanitàries i socials de les persones grans malaltes o que, independentment de la seva edat, pateixen malalties cròniques, invalidants, deteriorament cognitiu o que necessiten cures o tractaments continuats.

¹⁶ Decret 284/1996., de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Modificat pel Decret 176/2000 de 15 de maig.

¹⁷ DECRET 182/2003, de 22 de juliol, de regulació dels serveis d'acolliment diürn de centres de dia per a gent gran. (Pàg. 15843). DOGC núm 3840 - 5/8/2003. Departament de Benestar i Família.

¹⁸ Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització. DOGC núm 3597. Departament de Sanitat i Seguretat Social

En els centres sociosanitaris hi ha diferents unitats d'atenció (llarga durada, convalsència, cures pal·liatives, unitat de dia)¹⁹ que permeten organitzar l'atenció i atendre les persones d'acord amb les diferents situacions de malaltia i socials.

Es pot dir que l'atenció que s'ofereix en aquest tipus de centres és molt especialitzada i, per tant, tenen prioritats totes aquelles accions que, de manera específica, contribueixen a la rehabilitació integral, a l'estabilització clínica, al confort i a la qualitat de vida. Ara bé, les intervencions de caràcter més global (programa d'activitat física, activitats de lleure, tallers d'estimulació cognitiva...), en són un bon complement, i permeten que la persona pugui fer un procés d'adaptació a la seva situació, en una dinàmica més propera a la vida normalitzada fora de la institució.

L'atenció a les persones grans amb dependències també inclou altres modalitats i serveis prou importants i significatius com per exemple la cura informal que ofereixen les famílies o els serveis d'atenció a domicili –entre d'altres–. Per a aquest estudi tenim en compte aquests tres tipus de centres (residències, centres de dia i centres sociosanitaris) perquè el programa que presentarem més endavant està pensat per ser aplicat de forma organitzada i en grup. Així doncs, per participar en programes d'activitat física d'aquestes característiques és pràcticament imprescindible que les persones grans amb un baix nivell d'autonomia o amb discapacitats (físiques, socials o cognitives) estiguin “reunides” en algun tipus d'institució. En aquests tres tipus de centres és on hi ha persones grans d'aquestes característiques.

5.2 MODELS D'ATENCIÓ

Els models d'atenció dels diferents tipus de centres estan condicionats –en les seves línies generals– pel que dicta la normativa vigent, per les línies directrius de cada centre i, en última instància, per l'acció dels diferents professionals en el dia a dia de la seva activitat laboral.

Per poder explicar els models d'atenció, entenem que hi ha dos aspectes fonamentals que ens poden ajudar a visualitzar la seva essència:

- a. El protagonisme i la implicació de la persona atesa en la presa de decisions.
- b. La concepció de la persona com a unitat bio-psico-social.

Partir d'unes idees o d'unes altres configura una determinada manera d'organitzar els serveis, d'atendre les necessitats de les persones i prioritza uns aspectes sobre d'altres.

Santos (2005) explica –des del punt de vista jurídic– que els valors de l'atenció i l'assistència a les persones en situació de dependència han anat canviant en el transcurs dels últims anys i en defineix tres models:

- a. Model Tutela de família. L'atenció i la protecció a les persones necessitades ha estat centrada durant segles en l'entorn familiar; és en la família on la persona ha de trobar la cura i el suport.

¹⁹ Aquestes unitats dins dels centres sociosanitaris actualment estan en un procés de transformació pel que fa al tipus d'activitat assistencial que s'hi realitza i a l'organització general.

- b. Model Tutela d'autoritat. Amb la modificació del Codi Civil de l'any 1983 es va “encarregar” a l'Administració de Justícia que vetllés i controlés les funcions de cura que continuava exercint la pròpia família.
- c. Model La autotutela. En vistes a les dificultats que té el model anterior per fer correctament aquesta funció de “supervisió” de la cura i atenció a les persones que ho necessiten, sembla que en els últims anys esta naixent un nou model. Comencen a existir recursos i eines perquè la persona pugui decidir –prèviament a la discapacitat– sobre com vol ser atesa o sobre qui ha de ser el seu tutor en cas d'incapacitat. És una manera d'anticipar-se, de planificar el propi futur, centrant la decisió en la persona interessada i no tant en la família o en l'autoritat del Poder Judicial.

Per tant, podem dir que l'evolució de les lleis té tendència a donar el protagonisme a qui rep l'atenció. Una mostra n'és el consentiment informat que habitualment signen les persones que ingressen en una residència o els malalts que han de rebre un tractament. Amb aquesta acció donen el seu vist-i-plau a l'actuació dels professionals. Es tracta d'aquest dret a decidir sobre les coses que incumbeixen directament a cadascú, es tracta de l'exercici de la llibertat personal. Ara bé, tal com diu Victòria Camps (2005), la burocratització i la formulació sistemàtica d'aquesta acció tan lloable –informar perquè la persona pugui decidir- pot esdevenir perversa pel fet de reduir el dret del pacient a decidir o expressar-se a la simple signatura d'un document. Per convertir el que podria ser una relació-acció compartida, en una relació contractual que no garanteixi tant la decisió de la persona atesa, com la impunitat jurídica de qui dona l'atenció. És per aquesta raó que cal valorar els models d'atenció no només des dels seus propòsits sinó també en la seva aplicació.

Si ens ho mirem des del punt de vista organitzatiu i de provisió de serveis d'atenció sociosanitària per part de les diferents administracions, també ens trobem amb tres models (Mayán, 2005). Tres maneres d'organitzar els serveis sanitaris i socials de formes diverses, amb l'objectiu d'atendre les necessitats de la població:

- a. *Model de coordinació sanitària.* Preveu que els serveis sanitaris i els socials es complementin i es coordinin per tal d'atendre les necessitats de les persones grans, però sense crear nous recursos. Una forma d'aplicar aquest model és la que s'anomena “de gestió de casos” que vetlla per la coordinació entre els diferents serveis que han d'oferir atenció a la persona gran, mitjançant la figura del “gestor de casos”.
- b. *Model sectoritzat.* Segons aquest model l'atenció està liderada per un dels dos sectors –el social o el sanitari–, creant plans d'actuació específics per a cada col·lectiu.
- c. *Model d'integració.* Preveu la integració del sector social i el sanitari –creant l'espai sociosanitari– amb la intenció d'oferir una atenció global a les necessitats específiques que té aquest conjunt de persones.

Encara que el model adoptat en el nostre entorn és l'últim, en la pràctica aquests tres models es combinen entre ells prenent elements els uns dels altres. A Catalunya, l'origen del model actual cal buscar-lo en el programa *Vida als anys* que va néixer fa més de quinze

anys. La seva aportació més important ha estat la de possibilitar i fomentar formes de treball –en l'àmbit sociosanitari– basades en dinàmiques d'intervenció global.

El segon element dels models d'atenció –el centrat en la concepció de la persona– no parteix de l'aspecte ètic de l'atenció com l'anterior, sinó que té el seu origen en la interpretació filosòfica del concepte de persona.

Segons si es parteix de la idea que la persona és una unitat bio-psico-social o de la del dualisme cartesiana, en el qual cos i ment són dues entitats separades, la cura i l'atenció – sanitària o social– a les persones amb dependència pren en una direcció o una altra.

La primera té en compte les necessitats de la persona en totes les seves dimensions interrelacionant-les. És per aquesta raó que, des de la perspectiva sanitària, es parteix de la idea que l'atenció a la persona gran amb discapacitats i malalties:

- a. És complexa.
- b. Ha de comptar amb la implicació de la pròpia persona gran i la de la seva família.
- c. Ha d'atendre, a més de la curació i la supervivència, el confort i la qualitat de vida, que també són molt importants.
- d. No només atén els aspectes mèdics, sinó que també atén els aspectes socials i emocionals de la persona i la situació en què viu.

Aquest és un model integrador, multidimensional o biopsicosocial (Mascaró, Selva, y Espauella, 2005).

Els mateixos autors també parlen del model clàssic d'atenció. És un model que es basa en la relació metge-pacient i que centra els seus objectius en el diagnòstic, la prevenció i el tractament de la malaltia. Es tracta d'un model amb una base acadèmica sòlida, però amb dificultats per atendre la vessant més humana de la situació.

Al nostre entendre, el model d'atenció a les persones grans en situació de dependència es situa entre ambdós patrons. La normativa i els plantejaments generals dels centres tenen en compte aquesta perspectiva multidimensional de l'atenció i, efectivament, preveuen una intervenció en tots els àmbits de la persona, que es materialitza mitjançant la creació i l'acció d'equips multidisciplinaris que han d'actuar de forma coordinada per a l'atenció directa a les persones. Al mateix temps i en la dinàmica del dia a dia, hi ha accions que es fonamenten en el criteri unidisciplinari, ja sigui per raons de solidesa científica o bé per raons de concepció compartimentada de la persona i de la pròpia atenció.

En la següent taula es resumeixen les característiques principals dels centres d'atenció que són referència per a aquest estudi i el seu model d'atenció, que descriu la normativa vigent.

Taula 7. Característiques generals dels diferents tipus de centres

	Model d'atenció	Tipus de Servei	Estada	Tipus d'usuaris més freqüents
Residència	Integral	Social Especialitzat	Permanent o Transitòria	Persones grans amb necessitats d'atenció social i/o cert grau de dependència
Centre de dia	Integral	Social Especialitzat	Diürna	Persones grans amb necessitats d'atenció social i/o cert grau de dependència
Centre Sociosanitari	Integral	Sanitari i social Especialitzat	Transitòria	Persones grans malaltes

Elaboració pròpia.

5.3 L'ACCIÓ DELS PROFESSIONALS DE L'ATENCIÓ

L'acció dels diferents professionals que intervenen en algun punt del procés d'atenció a les persones grans en situació de dependència és l'últim graó del model d'atenció, el més proper a la persona gran, i el que acaba essent més significatiu per a ella.

Les professions relacionades amb l'atenció a aquest sector de la població són molt variades, totes hi aporten els seus coneixements però cadascuna amb la seva empremta particular. La conjunció de totes aquestes aportacions en un sol objectiu –la persona atesa– constitueix el nucli i el punt més important de l'atenció. Si aquesta conjunció és ordenada, cohesionada i coordinada, podem dir que “dibuixa” un nucli fort i consistent, alhora que divers i personalitzat. És com si es tractés d'un *mandala* on cada part és imprescindible per al conjunt, alhora que cadascuna conserva la seva identitat.

Totes les professions que conformen aquest dibuix de l'atenció desenvolupen un seguit de funcions i tasques que els són pròpies i/o són encomanades en cadascun dels àmbits on s'exerceixen. Més enllà de les competències que els puguin ser assignades des del marc teòric i normatiu, la pràctica del dia a dia també està condicionada per les qualitats i les habilitats personals de cada professional.

Si bé és veritat que hi ha tantes maneres d'actuar com professionals, podem diferenciar tres models que, en certa manera, estan lligats a diferents tipus de professions. Mañós, (2005) els defineix de la següent manera:

- a. *Model tecnocràtic.* Proper a la geriatria. Sol ser utilitzat per les professions de tipus terapèutic com per exemple la medicina, la psicologia, la fisioteràpia, la teràpia ocupacional... La seqüència de treball és: observació del problema, diagnòstic, i aplicació del tractament adequat al diagnòstic.
- b. *Model assistencial.* Proper a la gerontologia. Es correspon amb les professions que ofereixen prestacions assistencials que pretenen donar suport a les necessitats bàsiques de les persones i/o gestionar els recursos que permeten donar aquest suport. La seqüència de treball és: objectivació de la realitat, diagnòstic de necessitats, i assignació de recursos i accions específiques per tal d'atendre aquestes necessitats.

- c. *Model participatiu*. Proper a la gerontagogia²⁰. És utilitzat en professions que treballen mitjançant mètodes poc directius, que intenten generar i facilitar el compromís de la persona atesa. Professions com ara treball social o educació social desenvolupen la seva acció també després de l'observació de la realitat i del consegüent diagnòstic. Però aquesta acció es basa en la creació –per part del professional- de situacions que permetin la presa de decisions –per part de la persona gran-, que tinguin un component educatiu i que contribueixin al seu desenvolupament personal.

Al nostre entendre, aquests models emmarquen uns trets generals que són útils per agrupar diferents línies d'acció, però difícilment generalitzables a tots els professionals i professions. Sigui com sigui, l'acció de cada professional és una combinació de les seves concepcions respecte de la persona gran i la seva professió, amb les seves habilitats i responsabilitat professional. En aquest sentit, Martínez (2010: 18-21) –fent una adaptació del que havia fet anteriorment (Rodríguez Rodríguez y Fundación Alternativas, 2006)- descriu un seguit de principis i criteris d'intervenció que s'haurien de tenir en compte en qualsevol recurs gerontològic. Ens semblen una molt bona referència per al desenvolupament del VAFiD de manera que els resumim a continuació, també adaptant-los a la nostra proposta:

Principis de competència i autonomia
Les persones grans tenen capacitats, independentment del recolzament que necessitin, per desenvolupar actuacions competents.
Les persones grans tenen dret a mantenir el control de la seva vida i, per tant, a actuar amb llibertat.
Criteri de diversitat
<ul style="list-style-type: none"> • La programació ha de ser diversificada i flexible. • Les metodologies de treball han de permetre que les persones grans puguin expressar les seves preferències i escollir.
Criteri de promoció i visibilitat de les capacitats
<ul style="list-style-type: none"> • El professional ha de prendre consciència de la necessitat de promocionar comportaments autònoms, evitant tuteles innecessàries. • Cal visualitzar i difondre una visió no estereotipada de les persones grans lliure de concepcions negatives únicament centrades en la malaltia, el deteriorament...

Principi de participació
La persona gran, com a individu, té dret a estar present en la presa de decisions que afectin al desenvolupament de la seva vida.
Les persones grans, com a grup social, s'han de tenir en compte com a capital humà que contribueix activament al desenvolupament de la societat.
Criteri de promoció del empowerment
<ul style="list-style-type: none"> • Cal treballar des d'estratègies de desenvolupament del empowerment tant en grup com individualment • Cal impulsar una política participativa creant els sistemes que la facin possible • Cal garantir la participació de les persones tant en la fase de disseny com en la d'acceptació
Criteri de interdisciplinarietat
<ul style="list-style-type: none"> • El procés d'intervenció s'ha de concebre des del concepte de treball en equip interdisciplinari

²⁰ Aquest terme es fa servir per referir-se a l'educació de les persones grans. Hi ha autors que fan servir conceptes com: "gerontologia educativa", "gerontogogia", "gerontopedagogia", "geragogia". Per a aprofundir sobre aquesta terminologia es pot consultar Sáez (2005) i Bermejo (2004).

Principi d'integralitat
La persona gran és un ésser multidimensional en el que interactuen aspectes biològics, psicològics i socials
<p>Criteria de globalitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'atenció que s'ofereixi ha de satisfer el conjunt de necessitats de la persona • El concepte de globalitat ha de presidir tot el procés d'intervenció, entenent-lo com un sistema on interactuen diversos agents del procés: persona gran, professionals, família, ambient i context comunitari
Principi d'individualitat
Totes les persones grans són iguals quant als seus drets de ciutadania, però cada una és única i diferent
<p>Criteria d'atenció personalitzada i flexibilitat</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervenció ha de ser personalitzada, donant resposta a les diverses necessitats, i també en el moment que canvien • L'atenció i el pla individualitzat ha de tenir en compte l'estil de vida de la persona, respectant les seves preferències socioculturals • Els programes sempre han de ser flexibles
Principi d'integració social
Les persones grans són membres actius de la comunitat i ciutadans amb drets. Per això, han de tenir accés i la possibilitat de gaudir dels bens socials i culturals, igual com la resta de la població.
<p>Criteria d'obertura i integració comunitària</p> <ul style="list-style-type: none"> • Els programes han de possibilitar l'obertura cap a la comunitat i a la inversa • Cal potenciar experiències i enfocaments intergeneracionals que afavoreixin una visió realista, ajustada i positiva dels diferents grups d'edat per avançar cap a una societat inclusiva.
Principis d'independència i benestar
Inclús quan les persones grans en situació de fragilitat o dependència, presentin graus importants d'afectació i discapacitat, tenen dret a rebre recolzaments que millorin la seva situació, minimitzin la seva dependència i millorin el seu benestar subjectiu.
<p>Criteria de prevenció i rehabilitació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cal impulsar actuacions de promoció de la salut i prevenció de la dependència mitjançant la informació i formació de les persones grans i de les seves famílies • Cal oferir intervencions rehabilitadores donant pautes que afavoreixin la independència • Abandonar creences errònies que valoren com a ineficaces les accions adreçades a persones greument afectades. I proposar-se l'adaptació constant dels objectius de treball, tenint sempre com a referència la qualitat de vida de la persona.
Principi de dignitat
Les persones grans tenen dret al respecte a la diferència i a la seva pròpia dignitat, sigui quin sigui l'estat en que es trobin quant a la seva capacitat funcional.
<p>Criteria d'incorporació de valors ètics en l'atenció professional</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ètica professional ha d'estar sempre present en tot el procés d'intervenció. Protegint la intimitat, tenint cura de la imatge personal, respectant el dret a la diferència i a desenvolupar el seu projecte de vida. Evitant actituds sobreprotectores i actuacions infantilitzadores de les persones adultes.

Per dur a la pràctica els programes d'activitat física per a persones grans amb dependència (VAFiD) serà molt important tenir en compte aquests principis i criteris, així com desenvolupar l'acció des d'un plantejament participatiu, de cooperació i basat en el diàleg entre professional i persona gran.

CAPÍTOL III: L'ACTIVITAT FÍSICA

1 L'ACTIVITAT FÍSICA

Aquest és el quart dels elements que prenem en consideració per elaborar el marc teòric de la recerca. Fins ara hem fet una descripció i una anàlisi dels aspectes que són el punt de partida per a la implementació del programa que descriurem en el capítol V. Entenem que les persones, la seva situació i el marc on es desenvolupen han d'estar en el primer lloc tant en el procés de reflexió, com en el de construcció. El segon lloc –per raons de coherència, no per desmerèixer la disciplina– el té l'eina que ha de servir per assolir els objectius que es proposin: l'activitat física, la motricitat.

El moviment constitueix l'eina bàsica de què disposem els éssers vius per adaptar-nos, conèixer i utilitzar el medi que ens envolta. Aquesta relació entre el medi i nosaltres contribueix a que progressivament siguem més persones, ens educa i ens permet desenvolupar-nos. És una relació formadora facilitada per la nostra possibilitat de moviment que, per altra banda, cal considerar més enllà de l'aspecte mecànic, perquè té una significació, una intencionalitat i un component humanístic particulars de l'ésser humà. Les possibilitats de la pedagogia de la motricitat estan precisament en la plasticitat i en el component social del moviment humà (Vázquez Gómez, 2001), tant per les possibilitats que té d'esser educat, com per la seva estreta i inseparable relació amb la dimensió bio-psico-social de la persona.

“El moviment és, de fet, l'“accés” al nostre món i al nostre entorn, un tipus de “mediació” a través de la qual ens posem en relació amb aquest món, i alhora és una percepció d'aquell entorn, mitjançant el qual el vivim, l'experimentem i el coneixem. Formar quelcom, expressar quelcom, comunicar quelcom, agafar quelcom, moure's cap algun lloc o retirar-se'n: tot això són petits exemples d'aquest doble i canviant paper del moviment humà. (Ommo Grupe, 2001: 7)

En el transcurs de la història, l'estudi del vessant educatiu de la motricitat s'ha fonamentat en tres concepcions diferents del cos humà que Vázquez (2001) resumeix de la següent manera:

- a. *Cos màquina.* Dóna lloc al paradigma biomotriu del moviment humà que l'entén com un producte de les estructures biològiques i es centra en la recerca del desenvolupament de la condició biològica i el rendiment físic. Les pràctiques fonamentades en aquesta concepció del cos són diverses (diferents modalitats d'esport, la gimnàstica...).
- b. *Cos psicósomàtic.* Parteix de la idea que cal processar i elaborar, a nivell intern, totes les dades que arriben des de fora. Per al desenvolupament de la persona és fonamental la

relació entre el jo i el medi. El paradigma resultant d'aquesta concepció del cos és el paradigma psicomotriu i acull pràctiques que donen una importància capital als factors psicomotors (coordinació, equilibri, lateralitat...)

- c. *Cos expressiu*. Entès com un sistema de comunicació de la persona. El paradigma expressiu posa especial èmfasi en la dimensió comunicativa del moviment i per això hi han tingut cabuda pràctiques relacionades amb l'expressió corporal (dansa, teatre...).

Si analitzem aquestes diferents concepcions del cos en relació al concepte holístic i complex de persona, podem veure com cadascuna té el seu punt d'encert però cap no s'hi pot associar de forma exclusiva. La praxeologia motriu –model teòric presentat per P. Parlebàs– s'endevina com el nou paradigma que aporta una noció integradora. Valora els aspectes individuals, els relacionals i els expressius de la motricitat englobats en un únic concepte, que és el de *conducta motriu*. Aquest concepte va més lluny de la idea de moviment –fàcilment associable a la idea de màquina- i s'apropa més a la idea “d'ésser que es mou”. Tal com explica Solà a la seva tesi doctoral:

La noció de conducta motriu té en compte de manera simultània i unitària les diverses dimensions de la personalitat humana, la cognitiva, l'afectiva, la relacional i la decisional, que es manifesten en la realització de qualsevol acte motor (...) (Solà Santesmas, 2004: 87).

Aquest és el punt de partida del programa d'activitat física “*Vellesa, Activitat Física i Dependència*” (VAFiD), és des d'aquesta concepció del cos i de la motricitat que cal analitzar i comprendre la nostra proposta.

1.1 APRECIACIONS TERMINOLÒGIQUES

A banda de l'objecte d'estudi, també és necessari fer algunes apreciacions terminològiques. En el terreny del moviment i de l'educació física se sol parlar d'activitat física i d'exercici físic. Ambdós termes tenen en comú el moviment, però es diferencien en la intencionalitat:

- a. S'entén que l'**activitat física** és qualsevol moviment del cos produït per la musculatura esquelètica i que suposa una despesa energètica. D'aquesta manera, tots els moviments que realitzem per desenvolupar-nos en la vida diària són activitat física.
- b. Podríem dir que l'**exercici físic** és una modalitat d'activitat física perquè es tracta de l'activitat física que és planificada, estructurada i repetitiva, i que es fa de forma intencionada amb l'objectiu de millorar o de mantenir la forma física. Així doncs, sota aquest terme podem considerar totes les pràctiques físiques (fer gimnàstica, caminar, nedar, practicar un esport...) que es fan amb aquesta intenció.

Definits aquests dos termes diferenciats pel matís de la intencionalitat, hem de dir que en el nom del programa que presentem en aquest estudi utilitzem i ens referim a l'**activitat física** perquè d'entre tots dos és el terme més ampli. Malgrat el que proposarem és un programa estructurat i pensat per ser desenvolupat de forma continuada i amb la intenció d'incidir, entre d'altres aspectes, en la forma física de les persones que hi han de participar, entenem que és millor aquest nom perquè:

1. És més proper i coherent amb el plantejament global i holístic del qual parteix el programa. Dóna cabuda als aspectes bio-psico-socials de la persona.
2. El programa es basa en el moviment amb significat per a la persona, és la motricitat que té una transcendència formativa, que contribueix al desenvolupament de la persona que sent, pensa, actua, es relaciona i es mou amb aquesta finalitat (Delgado y Trigo, 2000). No es basa ni persegueix únicament una millora o manteniment de la forma física.

Partint d'aquesta línia de pensament, puntualitzat l'aspecte terminològic i situats en aquest últim graó del marc teòric, ha arribat el moment de combinar els diferents aspectes implicats en la proposta del programa VAFiD: la vellesa, la dependència, l'atenció a aquestes persones i l'activitat física.

1.2 EL PAPER DE L'ACTIVITAT FÍSICA DURANT LA VELLESA

Que l'activitat i l'exercici físics tenen efectes positius per a la salut de les persones que els practiquen és àmpliament acceptat, de la mateixa manera que la inactivitat física i el sedentarisme són factors de risc per al manteniment d'un nivell de salut òptim. Aquesta premissa és vàlida per a totes les edats, inclosa la vellesa.

Estudis de diversos àmbits i autors especialitzats han parlat llargament sobre la importància de mantenir un cert nivell d'activitat física durant tota la vida com a factor fonamental cara a preservar la salut i la qualitat de vida. També estan documentats els beneficis de l'exercici físic en les persones grans. A partir d'una extensa revisió bibliogràfica, Soler (2003) parla d'estudis i autors que han contribuït a evidenciar els efectes positius de l'activitat i l'exercici físic en la salut biològica, en el comportament motor, en la salut psicològica i en la socialització de les persones grans sanes, tot i que encara hi ha evidències no demostrades científicament. Segons aquesta mateixa autora hi ha més estudis i investigacions que s'han interessat en l'anàlisi dels efectes d'una pràctica continuada sobre les diferents dimensions dels aspectes biològics (sistemes muscular i esquelètic, cardiovascular i respiratori, nerviós, immunològic, obesitat, diabetis, son), que no pas sobre la salut psicològica (depressió, ansietat, estrès, autoimatge, autoeficiència i autoestima, benestar i funcionament cognitiu) i, menys encara, sobre processos de socialització.

La pràctica regular d'exercici físic produeix efectes positius sobre la salut bio-psico-social de les persones d'edat avançada. A grans trets es resumeixen en la taula 8.

Malgrat encara són necessàries investigacions més extenses –en la mostra i en el temps– que aportin dades concloents sobre els efectes de l'exercici físic en les persones grans (Conn, Minor, Burks, Rantz, & Pomeroy, 2003), és acceptat que el manteniment d'un estil de vida actiu –en contraposició a un estil de vida passiu i sedentari– s'associa a un major nivell de salut i de qualitat de vida.

Taula 8. Efectes de l'activitat i l'exercici físics en les persones grans

SOBRE:	EFFECTES:
SISTEMA CARDIOVASCULAR I RESPIRATORI.	Millor rendiment cardíac
	Augment de la capacitat de resistència a l'esforç
	Millora de la circulació sanguínia
	Disminució del risc de patir patologies càrdio-vasculars
	Disminució del nivell de triglicèrids, colesterol i lipoproteïnes de baixa intensitat
	Millora del VO ₂ màxim
	Millora de la funció respiratòria
SISTEMA OSSI I MUSCULAR	Manteniment de la mobilitat articular
	Millora de la força i la potència musculars
	Prevenició de l'artrosi i els dolors articulars
	Millora del control postural
	Control de la disminució de la massa muscular (sarcopènia)
	Millora de la mineralització de l'os i fixació del calci
	Millora de la flexibilitat
SISTEMA NERVIÓS	Millora de les funcions cerebrals
	Millora de la capacitat d'aprenentatge
	Millora de la memòria
MOTRICITAT	Millora de la velocitat de reacció
	Millora de les habilitats i les capacitats de coordinació de moviments
	Millora de les capacitats perceptives (espai, temps, propi cos)
	Millora en la precisió dels moviments
ÀMBIT PSICOLÒGIC I COGNITIU	Millora de l'autoconcepte i l'autoestima
	Disminució de la incidència de depressió i ansietat
	Millora de l'estat d'ànim
	Millora de l'afectivitat
	Increment dels nivells d'energia
	Afaveix l'aparició d'estats emocionals positius
	Alimenta la sensació de competència
	Afaveix el relaxament
	Millora del benestar percebut
	Millora de les funcions cognitives (memòria, temps de reacció, raonament, atenció...)
ÀMBIT SOCIAL I DE RELACIÓ	Facilita la relació amb l'entorn
	Millora de la disponibilitat per interactuar socialment, contribuint a l'augment del cercle de relació
	Contribueix a estructurar la rutina
	Facilita el manteniment de les relacions personals satisfactòries
	Millor integració en la vida col·lectiva
	Facilita l'adopció d'un rol actiu en la família, l'entorn proper i la societat

Font: Elaboració pròpia a partir de Baur y Egeler, (2001); De Febrer y Soler, (1996); Delgado y Tercedor, (2002); García, (1995); Meléndez, (2000); Pont, (1994); Pont, (2004ba); Soler, (2003); Garcia Molina, Carbonell Baeza, y Delgado Fernández, (2010).

Els efectes concrets i beneficiosos que aporta l'activitat física es tradueixen en canvis i millores més generals, que incideixen en el dia a dia de la persona. Ens agrada destacar especialment aquest aspecte de la vida quotidiana perquè entenem que és allò realment significatiu per a les persones. Si la millora de la força suposa una major capacitat per sortir de casa, allò significatiu per a la persona és precisament aquesta possibilitat que té de desenvolupar-se. De la mateixa manera que si aquesta circumstància fa possible l'ampliació del cercle de relacions i la possibilitat d'expressió i comunicació amb els altres,

allò important per a la persona serà justament aquesta vivència, no la millora de la força, encara que sigui un dels factors que la fan possible.

D'una manera o d'una altra, l'activitat física continuada i regular contribueix al fet que les persones grans:

- a. Tinguin més facilitat per realitzar les activitats de la vida diària (AVD)
- b. Tinguin menys risc de patir caigudes
- c. Disposin de millor competència motora
- d. Previnguin l'aparició de noves malalties
- e. Es sentin més satisfetes amb elles mateixes
- f. Preservin el seu àmbit de relació

Aquests aspectes són importants per al desenvolupament i pel creixement com a persones. Així, la motricitat esdevé una eina fonamental, molt útil per contribuir a preservar la competència de la persona gran i la seva qualitat de vida.

1.3 EL PROGRAMA D'ACTIVITAT FÍSICA COM A EINA

Ja hem vist com promoure l'activitat física entre les persones grans és encertat i aporta beneficis tant per a les persones com per al conjunt de la societat. Ara bé, no n'hi ha prou només amb la promoció, cal també una aplicació apropiada dels programes. Perquè això es compleixi cal un procés de planificació, programació, aplicació i avaluació coherent i adequat. Però, en l'origen, hi ha d'haver una manera d'entendre l'activitat física i aquesta manera és la següent: l'activitat física és una eina, un recurs que ens permet incidir en diferents aspectes, és una eina que utilitzem amb intencionalitat. Al nostre entendre, aquest punt de partida fa més coherent el programa, perquè la referència principal és la persona, no l'eina que utilitzem.

L'activitat física ens proporciona una gran diversitat de recursos, cosa que la fa molt apropiada per ser aplicada en diverses situacions, persones, entorns i modalitats. En aquest àmbit hi ha infinitat de recursos pràctics i tècniques basades en el moviment. Es pot treballar a partir d'exercicis gimnàstics, activitats lúdiques, esports, jocs, gimnàstica suau, relaxament, expressió corporal, activitats rítmiques, ball, danses populars, activitats a la natura, tècniques d'origen oriental (*Tai Chi, Qui Gong...*), aeròbic, activitats aquàtiques... Tots aquests recursos poden ser aplicats amb diferents metodologies, amb diferents objectius i practicats per persones de diferents capacitats, interessos i necessitats.

Una vegada sabem que disposem d'un recurs molt ric en possibilitats, allò més important és utilitzar-lo correctament i d'acord amb els objectius, les persones i la situació a què dirigim la nostra intervenció; en el nostre cas, les persones grans en situació de dependència. Al nostre entendre, **què** es proposa és important, però **com** encara ho és més. És per això que compartim plenament la frase de Baur y Egeler, (2001:23): *El programa adequat no és el que respon a la pregunta "què?", sinó a "com?" i "per a qui?"*.

D'altra banda, aquesta riquesa de recursos, al mateix temps que aporta diversitat, proximitat i més similitud amb les situacions canviants de la vida real –en contraposició a les "situacions de laboratori"–, suposa un punt de dispersió, de dificultat per a la concreció

dels programes i les accions que s'hi desenvolupen. És per aquesta raó que la investigació hi té plantejat un repte important. Tal com es diu en algunes revisions d'estudis que es fan en aquest àmbit, quan es parla de programa d'exercicis cal fer un esforç per delimitar les intervencions (Carter, Kannus, & Khan, 2001) (Rydwik, Frändin, & Akner, 2004), per explicar i definir què i com es portarà a terme, cosa que no sempre es fa o bé només es dóna una informació limitada (Conn et al., 2003).

2 L'ACTIVITAT FÍSICA PER A PERSONES GRANS AMB DEPENDÈNCIA: ESTAT DE LA QÜESTIÓ

Promoure l'activitat física entre les persones grans que necessiten l'ajuda d'altres persones per realitzar una o més activitats necessàries per al seu desenvolupament personal, sembla coherent, sobretot després de tot el que hem exposat fins ara.

Si tenim en compte que, en moltes ocasions, aquestes persones solen ser molt grans, amb malalties cròniques, i que viuen –temporal o permanentment- en una institució²¹, és fàcil, lícit i necessari preguntar-se sobre la importància, els objectius o el sentit d'un programa d'intervenció basat en el moviment. En certa manera podria resultar paradoxal voler desenvolupar un programa que, en principi, ha de servir per millorar –la capacitat funcional, o la cognitiva, o...– en un grup de persones que estan immerses en un procés involutiu. És com si es tractés d'anar contra allò que és natural i que no es pot invertir. També es podria interpretar com una negació, un “fer els ulls clucs” davant d'aquesta mateixa situació.

Certament, la proposta que es fa en aquest estudi ni vol anar contracorrent, ni deixar de banda una realitat que és palpable. Contràriament, vol fer palesa la necessitat d'una visió i d'una intervenció positives i efectives, respectuosa amb la situació de les persones amb dependència. Tot i que es puguin patir problemes importants de mobilitat, dèficits cognitius, malalties, o una situació social empobrida, és i ha de ser possible gaudir i poder obtenir benefici dels avantatges de l'exercici físic i del contacte amb altres individus. Perquè el què compta és la persona en la seva essència, amb les seves possibilitats, les seves preferències, la seva història o les seves debilitats, igual que en qualsevol altra edat, situació social, econòmica, de salut...

Per a aquestes persones –igual que per a la resta de la població- la participació sistemàtica en programes d'activitat física també és recomanable (Evans, 1999); (Lazowski et al., 1999); (Spiriduso & Cronin, 2001); (Frizzell, 1991); (Durante y Hernando, 1994). Això no és res més que pensar i actuar en termes comprensius, que creguin en les possibilitats –no només en les mancances- i en els drets d'aquestes persones.

Tal com ja hem esmentat anteriorment, l'activitat física inclou una diversitat molt àmplia de recursos i activitats que sempre es poden adaptar a les possibilitats de les persones a qui van dirigides. Aquesta és la clau de la proposta que, associada a una actitud i una acció

²¹ Observi's que, amb aquesta mirada, es destaquen característiques que molt sovint –massa sovint- van lligats a valors negatius cap a la persona gran.

comprehensives, és del tot pertinent. Així ho mostra el creixent interès per estudiar els efectes, les conseqüències i les implicacions de l'activitat física en les persones molt grans.

Per tal de veure i comprovar l'existència d'estudis interessats en l'activitat física adreçada a persones grans en situació de dependència, hem fet una recerca bibliogràfica en diverses bases de dades (Cochrane Library Plus, Cuidatge, Cuiden, Eric, Medline, Portal Mayores, Psychology i Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Science Direct, Scopus, ISI Web of Science, Tesis Doctorals en Xarxa i Teseo) i en altres fonts com són bibliografies de llibres, articles, o sumaris de revistes especialitzades. L'objectiu de la cerca ha estat la identificació de les línies de treball i interès principals relacionades amb l'activitat física i les persones en situació de dependència.

El procés en la selecció de les referències ha estat sempre el mateix. El títol, el resum i l'autor o autors principals han estat el primer nivell de selecció. Quan en aquestes dades hi hem trobat idees relacionades directament o indirecta amb el tema que ens ocupa, hem anat perfilant tenint en compte criteris que ens han indicat que el tipus de persones a qui fan referència, les intervencions i/o el marc en què es desenvolupen, són semblants o poden ser aplicables a les d'aquest estudi.

En un primer moment ens hem pogut adonar que és un tema molt recurrent quan fa referència a l'activitat física entre les persones grans en general. Si ens centrem en persones grans amb malalties o problemes de salut concrets (diabetis, malalties cardiovasculars i respiratòries, Alzheimer, artropaties...) també hi ha força referències al paper que hi té l'activitat física, entre d'altres factors. Pel què fa al lloc on viuen, en aquesta cerca hem vist que són més corrents els estudis sobre vells que viuen a la comunitat – encara que sovint fent referència a la seva situació de fragilitat – que els que viuen en residències o institucions encarregades de la cura de les persones grans.

D'aquesta situació se'n desprèn una primera observació, i és la dificultat que comporta definir i delimitar un col·lectiu molt heterogeni i amb una diversitat molt gran de situacions. És per això que els estudis delimiten les mostres en funció de criteris com: l'edat, el patir una malaltia concreta, el fet de practicar exercici físic o no, el marc en el qual es desenvolupen les persones (la comunitat o en una institució). Hem escollit aquells estudis que fan referència o bé a persones molt grans (>80a.), o bé a aquelles que viuen en una institució de cures per a persones grans, o que es defineixen com a fràgils i/o amb discapacitats o dependència per a les AVD. Hem de dir que també hem tingut en compte estudis que, tot i ser fets amb mostres de persones grans sanes, aporten informacions, idees i dades que he considerat que poden ser útils per aquest estudi.

Intentar esbrinar l'eficàcia de programes, les seves repercussions, el tipus de treball més adequat, forma part de la tasca de professionals i investigadors. De fet, els estudis científics que es fan busquen respostes a aquestes qüestions. Alguns mostren interès per determinar l'eficàcia, a diferents nivells, de programes d'aquests tipus aplicats en persones grans institucionalitzades, fràgils, amb discapacitats, amb comorbiditat, o en situació de dependència. També mostren un interès especial per la relació que s'estableix entre l'activitat física i l'entrenament amb aspectes com l'equilibri i la prevenció de les caigudes, les capacitats cognitives, la funcionalitat física, la nutrició, el son o el benestar emocional i la qualitat de vida.

Hi ha diversos estudis que, encara que no estan relacionats directament amb els programes d'activitat física, cal tenir presents: són els que es proposen determinar els factors que podrien predir, d'alguna manera, l'aparició de la discapacitat o la fragilitat. Aquests estudis solen comportar un doble interès:

- a. Per una banda, permeten conèixer els aspectes que són més significatius a l'hora de preveure una situació de dependència. Aquest és un coneixement d'una transcendència política i social molt important.
- b. Aquesta identificació de factors fa que sigui possible seleccionar aquells que són modificables –per exemple el nivell d'activitat física– i poder planificar una intervenció preventiva, estimulativa i de manteniment o rehabilitadora, segons la situació i les circumstàncies de cadascú.

Vegem a continuació els resultats que es reflecteixen en els documents consultats a partir de la recerca bibliogràfica feta²². Els hem agrupat en funció dels següents cinc punts d'interès:

- a. Efectes de l'activitat física en la capacitat funcional
- b. La relació entre les caigudes i l'activitat física
- c. La relació entre els aspectes cognitius i l'activitat física
- d. L'activitat física com a font de benestar i qualitat de vida
- e. El paper de l'activitat física en la prevenció de la dependència

2.1 EFECTES DE L'ACTIVITAT I L'EXERCICI FÍSIC EN LA CAPACITAT FUNCIONAL

La pràctica d'exercici físic i el manteniment d'un cert nivell d'activitat física té efectes positius en diferents aspectes que contribueixen a millorar la capacitat funcional de la persona. Cal destacar especialment els programes que es basen en caminar (Shin, 1999); (Schoenfelder, 2000); (Schoenfelder & Rubenstein, 2004); (Jansson & Söderlund, 2004); (McDermott et al., 2006); (Taylor et al., 2003); (Takeuchi, Hatano, & Yamasaki, 2011). Hi ha estudis que destaquen la importància de treballar la força per prevenir la sarcopenia i contribuir a la millora de la funcionalitat en persones amb fragilitat (Casas Herrero e Izquierdo, 2012). En aquesta mateixa línia, hi ha diversos estudis i revisions que afirmen que aquests efectes positius s'aconsegueixen mitjançant les intervencions/programes de multicomponents en que es treballen la força, la flexibilitat, la resistència... (Blankevoort et al., 2010); (Taguchi, Higaki, Inoue, Kimura, & Tanaka, 2010).

L'entrenament de la resistència aeròbica s'ha demostrat com a eina adequada per millorar factors com el consum d'oxigen (VO₂), la pressió sistòlica (Vaitkevicius et al., 2002) o l'**aptitud cardio-respiratòria**, factors que faciliten el desenvolupament funcional. També en les persones grans, els efectes d'un entrenament de moderada intensitat repercuteixen augmentant la capacitat de resistència a l'esforç i disminuint el temps de recuperació després de fer-lo (Vincent, Vincent, Braith, Bhatnagar, & Lowenthal, 2003), amb la qual cosa la persona pot realitzar activitats (passejar, fer el llit...) sense cansar-se en excés.

²² Feta al 2006 en motiu de l'elaboració del treball de recerca per a l'obtenció del DEA i actualitzada al 2012 en motiu de l'elaboració d'aquesta tesi.

Hi ha estudis que indiquen que l'activitat física té relació amb l'augment de la concentració de colesterol HDL, la pressió arterial i la funció cardíaca, amb el consegüent efecte càrdio-protector (Knight, Bermingham, & Mahajan, 1999); (Ueno & Moritani, 2003); (Mora, Lee, Buring, & Ridker, 2006), esdevenint un factor important per a la prevenció de l'aparició o l'empitjorament de malalties cardiovasculars.

Per altra banda, hi ha indicis de la relació entre la capacitat càrdio-respiratòria i la preservació de la funció cognitiva. Segons l'estudi longitudinal fet per Barnes, Yaffe, Satariano & Tager, (2003), les persones sanes, sense deteriorament cognitiu previ i amb una aptitud càrdio-respiratòria inferior a l'inici de l'estudi, sis anys més tard mostren un major declivi cognitiu que les que partien de valors més positius.

Diversos autors fan referència a les millores en la **funcionalitat global** de persones grans sedentàries, fràgils i/o institucionalitzades, indicant que aquest tipus de persones poden respondre positivament a un programa d'exercici. Les millores es perceben en aspectes com la mobilitat, la força, la capacitat per desenvolupar les AVD o la deambulació (Helbostad, Sletvold, & Moe-Nilssen, 2004); (Kalapotharakos, Michalopoulos, Strimpakos, Diamantopoulos, & Tokmakidis, 2006); (Barry & And Others, 1993); (Binder et al., 2002); (Baum, Jarjoura, Polen, Faur, & Rutecki, 2003); (Evans, 1999); (Lazowski et al., 1999); (Fiatarone et al., 1994); (Valenzuela, 2012).

També s'ha demostrat que la participació en un programa d'exercici pot incrementar de manera important l'activitat física en la vida diària de les persones grans (Fujita et al., 2003). Aquesta dada és interessant en el sentit que reforça el paper que pot tenir un programa d'activitat física en la transmissió a la vida diària dels hàbits d'exercici creats i reforçats mitjançant el treball en grup i organitzat.

2.2 UN TEMA ESPECIAL: LES CAIGUDES I L'ACTIVITAT FÍSICA

Aquest és un aspecte que representa un dels problemes més importants entre les persones grans. Les caigudes sovint comporten lesions greus per a la persona, generen dependència i inclús són causa de mort (Lázaro del Nogal, González Ramírez, y Palomo Iloro, 2005); (Moreno Martínez, Ruiz Hidalgo, Burdoy Joaquim, y Vázquez Mata, 2005). Un altre factor que condiciona de manera considerable l'activitat i la independència de les persones, és la por a caure (Pérez Jara et al., 2005); (Fletcher & Hirdes, 2004) que es tradueix en una pèrdua de confiança en si mateix, en aïllament social i, a vegades, en més caigudes (Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems, & Cambier, 2004). És per aquestes raons que les caigudes són motiu de preocupació tant per als propis vells, com per als professionals i els investigadors.

Una mostra d'això n'és la xarxa europea per a la prevenció de les caigudes finançada per la Comissió Europea i anomenada ProFaNe (Prevention of Falls Network Europe). Aquest grup va iniciar la seva activitat l'any 2003 i es proposa promoure pràctiques adequades en les intervencions que redueixen les caigudes, compartir i avançar en els coneixements relatius a les caigudes de les persones grans. A partir de quatre grups de treball "*aborden els diferents aspectes clau en les àrees de disseny d'assajos clínics, avaluació del risc en diferents contextos i avaluació de la por a les caigudes*" (Skelton, Salvà, i en nom del grup ProFaNe, 2005:65). Tot això per tal d'unificar esforços, criteris i avançar, tant a nivell

d'investigació com a nivell de pràctica assistencial, en tot allò que fa referència a la prevenció de les caigudes a tot Europa.

El fet de caure pot ser degut a factors ambientals (terra, escales, il·luminació...), a problemes mèdics (trastorn de l'equilibri i la marxa, cardiopatia, hipotensió ortostàtica, deficiències en els òrgans dels sentits...), o també al consum de diversos medicaments (polifarmàcia). A banda, poden ser accidentals i puntuals o bé un indicador d'altres problemes de salut, sobretot si es repeteixen.

La prevenció parteix de la modificació d'aquests factors potencialment responsables de les caigudes (Lauritzen, McNair, & Lund, 1993). És en aquest punt on l'activitat física té la seva part de responsabilitat perquè és un bon recurs per treballar i potenciar les capacitats lligades al manteniment d'una postura correcta, equilibrada i estable.

L'exercici no només té efectes positius a nivell de l'equilibri, la coordinació, la percepció del propi cos, la mobilitat articular o la força –que són imprescindibles per no caure- sinó que també té efectes que contraresten la pèrdua de massa òssia (osteopenia) lligada al procés d'envelliment i a la inactivitat, reduint d'aquesta manera el risc de fractura (Henderson, White, & Eisman, 1998); (Vincent y Braith, 2002); (Sartorio et al., 2001); (Villareal et al., 2003); (Rudman et al., 1994) i millorant el coneixement i la confiança en un mateix.

La relació entre l'activitat física i la reducció de les caigudes és encara dubtosa. Per una banda hi ha estudis que demostren que amb l'exercici –també els programes que es basen en caminar- es milloren factors com l'equilibri, la força o la mobilitat, incidint positivament i de forma general en la prevenció de caigudes (Lord et al., 2003); (Shimada, Uchiyama, & Kakurai, 2003); (Sihvonen, Sipilä, & Era, 2004); (Shin, 1999); (Hauer, Specht, Schuler, Bärtsch, & Oster, 2002); (Morgan, Virnig, Duque, Abdel-Moty, & Devito, 2004); (Schoenfelder, 2000); (Schoenfelder & Rubenstein, 2004); (Jansson & Söderlund, 2004); (Barnett, Smith, Lord, Williams, & Baumand, 2003). Per l'altra, algunes investigacions i revisions d'estudis suggereixen que encara no es pot assegurar que els programes d'exercici siguin efectius en aquest aspecte, i que calen més estudis, amb mostres més àmplies i que defineixin més clarament el tipus d'exercici i la intensitat de treball (Carter et al., 2001); (Vu, Weintraub, & Rubenstein, 2005); (Graafmans, Lips, Wijnhuizen, Pluijm, & Bouter, 2003).

El risc de caiguda també pot estar associat a les funcions cognitives, de manera que alguns estudis també s'han preocupat per estudiar l'efecte de l'activitat física en les funcions cognitives i en l'equilibri. Hernández, Coelho, Gobbi, & Stella (2010) conclouen que l'activitat física és un recurs no farmacològic que aporta beneficis en les funcions cognitives, l'equilibri i, per tant, en la reducció del risc de caiguda de les persones grans amb DTA (Demència Tipus Alzheimer). Tot i així, si les persones que participen en un programa d'activitat física tenen un diagnòstic de demència recent mantenen millor les seves capacitats de marxa i equilibri, que les que el tenen de fa més temps i que les que es troben en un estadi més avançat de la malaltia, que experimenten una davallada (López García, 2012).

Finalment també cal destacar els estudis que s'han fet per veure si la pràctica del *Tai Chi* hi té una incidència directa. Sembla que la pràctica d'aquesta tècnica d'origen oriental

millora l'equilibri, però també hi ha contradiccions sobre la seva efectivitat en la reducció de les caigudes. Però sí que coincideixen els autors en que calen més estudis que unifiquin mesures, tipus de participants i modalitat de *Tai Chi* que es practica, per tal de poder treure conclusions més consistents (Wolf et al., 2003); (Wu, 2002); (Lavery & Studenski, 2003).

2.3 LA RELACIÓ ENTRE L'ACTIVITAT FÍSICA I ELS ASPECTES COGNITIVUS

La relació entre aquests dos factors es pot mirar des de dues vessants diferents. Per una banda s'observa que el fet de realitzar una pràctica continuada –pot ser més específica o més global- reporta beneficis a la funció cognitiva. Per l'altra, també es pot considerar, observar i avaluar la resposta de les persones amb dèficits cognitius a les propostes d'activitat i exercici físics, i els efectes que tenen en el seu comportament. En aquest punt, les millores i els beneficis obtinguts són semblants –per no dir iguals- als esmentats en els punts anteriors.

Retornant a la primera perspectiva, hi ha diversos estudis i autors que reforcen la idea que portar una vida físicament activa i el fet de mantenir una pràctica regular d'exercici beneficien en la funció cognitiva i d'aquesta, les funcions executives, que són les que milloren d'una manera més clara (Scherder et al., 2005); (Barnes et al., 2003). Mitjançant una intervenció de grup basada en el treball de la memòria a través del moviment, també s'observen millores en els aspectes cognitius de les persones que hi participen (Pont Geis, 2004a).

De la mateixa manera, sembla que la pràctica regular s'associa i contribueix:

- a. A un retard en el inici de la demència (Larson et al., 2006); (Simons, Simons, McCallum, i Friedlander, 2006).
- b. A l'alentiment en la progressió de símptomes que hi estan relacionats (Stevens i Killeen, 2006)
- c. Al millor manteniment de la funció cognitiva en les persones amb demència tipus Alzheimer (DTA) (Olazarán et al., 2004).

I s'identifica com un factor protector del declivi cognitiu i la demència en les persones grans (Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson, i Rockwood, 2001).

Si posem l'atenció en els efectes de l'activitat física en les persones amb deteriorament cognitiu, també s'observen millores a diferents nivells:

- a. Conducta: perquè, conjuntament amb altres mesures, contribueixen a disminuir o prevenir problemes (Landi, Russo, & Bernabei, 2004); (Wenisch et al., 2005).
- b. Funcionalitat física: ja que també milloren aspectes com la forma i la funció físiques o la mobilitat (Jirovec, 1991); (Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004); (Teri et al., 2003).
- c. En ambdós aspectes al mateix temps (Rolland et al., 2007).

Tot i així, la majoria dels autors també coincideixen a dir que calen més estudis per poder ressaltar amb més contundència els efectes positius de l'activitat física en les capacitats

cognitives de les persones grans, tant per les que les mantenen preservades, com per les que no.

2.4 L'ACTIVITAT FÍSICA COM A FONT DE BENESTAR I QUALITAT DE VIDA

Sovint també es parla del benestar que proporciona la pràctica d'activitat física. De fet, qualsevol de nosaltres ho percep després d'haver fet una pràctica intencionada i en la justa mesura. Es tracta d'un benestar que sembla més lligat a aspectes psicològics, però aquesta és una sensació que pot variar en funció de les persones, de la situació personal o de les condicions de pràctica. Cal veure, a més, la relació que es pugui establir entre variables com l'edat i les condicions de salut.

En la revisió bibliogràfica feta hem trobat pocs documents que parlin d'aquesta relació, i encara menys, quan es tracta de persones com les que fa referència aquest estudi. Tot i això cal tenir en compte informacions que aporten alguns estudis.

Hi ha qui ha trobat que les persones que participen en programes d'exercici experimenten millores en la **salut relacionada amb la qualitat de vida** (Fortuño Godes, 2008) i millores a nivell de salut mental (Helbostad et al., 2004). D'altres diuen de que la participació regular en programes d'activitat física contribueix a mantenir una bona qualitat de vida entre els que viuen a la comunitat, més que entre els que viuen a la residència. Inversament, factors com l'obesitat, el baix pes, els dèficits cognitius i la manca d'activitat física regular són predictors de mala qualitat de vida (Borowiak & Kostka, 2004).

S'ha trobat una relació positiva entre l'exercici físic i els **síntomes depressius** (Blake, Mo, Malik, & Thomas, 2009) que, per altra banda, són molt corrents entre les persones grans amb discapacitats. El fet de participar en un programa d'exercici físic millora l'estat d'ànim de les persones grans fràgils, entre altres coses, perquè també incrementa el seu contacte social. Contràriament, un estat depressiu junt amb una pobre funció física, genera un afebliment de la salut física i psicològica de les persones grans (Timonen, Rantanen, Timonen, & Sulkava, 2002). En canvi, en un estudi fet sobre un programa multicomponents adreçat a persones grans institucionalitzades i desenvolupat durant un curt període de temps, s'han vist millores en la qualitat de vida, però no en la depressió (Justine & Hamid, 2010).

S'ha demostrat que la pràctica regular d'activitat física per part de persones grans sedentàries però amb bona mobilitat pot induir canvis positius en el seu **estat d'ànim** i, al mateix temps, es veu que hi ha una relació positiva entre el major benestar psicològic i el gaudi de l'activitat que es fa (De Gracia y Marcó, 2000). També –mirat a la inversa– participar en un programa d'activitat física contribueix a que la persona es percebi més capacitada per dominar amb èxit certes activitats o mantenir estable una percepció positiva de si mateixa (Ciairano, Liubicich, & Rabaglietti, 2010); (Piedras Jorge, Melendez Mora, y Tomas Miguel, 2010); (Sordo Freire, Agrasar Cruz, y Camiña Fernández, 2007). Això vol dir que, en el plantejament de qualsevol programa, és fonamental vetllar per totes aquelles qüestions que contribueixin a crear un clima distès, alegre i comprensiu, que no està pas renyit amb el treball coherent i ben fet.

També Echeverría (1999) arriba a la conclusió que el fet de participar en un programa d'educació física beneficia d'una manera determinant el desenvolupament de l'autoimatge i l'autoestima en les persones grans.

Hi ha estudis que no han trobat una correlació prou significativa entre la participació en programes d'activitat física i el benestar psicològic (Chin A Paw, M J M., de Jong, Schouten, van Staveren, & Kok, 2002). D'altres sí que l'han trobat però és més evident entre les persones grans sanes que entre les fràgils (Windle, Hughes, Linck, Russell, & Woods, 2010). Però sembla que els estudis sobre persones grans no han establert una relació clara entre les motivacions, els graus de satisfacció i l'estat d'ànim relacionat amb la pràctica (De Gracia y Marcó, 2000).

D'aquesta manera, es posa en evidència que hi ha una necessitat d'ampliar coneixements sobre aquests temes (Antonio et al., 2012). Sobretot per la importància que tenen en les persones grans que, per causa de malalties, discapacitats o altres situacions desavantajoses, tendeixen a sentir-se poc capaces i competents tant a nivell físic, com psicològic i social.

Al nostre entendre, la importància d'experimentar benestar psicològic relacionat amb l'activitat física està en la modificació o el manteniment de conductes i en els sentiments positius, sobre si mateix, que pot facilitar, repercutint, també, en la qualitat de vida.

Així, un major o menor benestar pot contribuir que es produeixin canvis en:

- a. El nivell d'activitat física i l'activació en la vida diària
- b. L'adherència a programes d'activitat física
- c. L'autoimatge i l'autoestima
- d. La percepció d'autoeficàcia
- e. L'estat d'ànim

2.5 EL VALOR DE L'ACTIVITAT FÍSICA PER A LA PREDICCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA

El nivell d'activitat física de les persones grans és un dels indicadors que poden ajudar a preveure l'aparició de la dependència o, en la lectura inversa, portar una vida físicament molt activa contribueix a retardar l'aparició de la dependència i incrementar la longevitat.

El progressiu envelliment de la població, especialment en les franges de les persones molt grans (>80 anys), ha contribuït que, en les últimes dècades, s'hagi fet palès el creixent interès –d'investigadors, professionals i polítics– per determinar quins són els factors que ens poden ajudar a preveure l'aparició de situacions de dependència. Això és d'una importància vital per poder planificar, organitzar, prevenir, coordinar, conèixer i aplicar accions encaminades a la sensibilització, l'atenció i la cura de les persones que en un futur podrien entrar en el camí de la dependència o que ja hi són actualment.

Diversos autors han elaborat estudis que els han permès associar una baixa aptitud física i una major fragilitat a nivells alts de mala percepció de salut, major aïllament social i més malalties, de manera que la fragilitat i l'aptitud física formen un continu i prediuen la supervivència (Rockwood et al., 2004). Igualment, l'activitat física –entre d'altres– és

predictora de menys limitacions en les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i de més longevitat (Kahana et al., 2002); (Landi et al., 2004) essent, també, una pràctica directament relacionada amb el manteniment de la vida independent, inclús en persones amb malaltia crònica (Spiriduso & Cronin, 2001).

Aquestes dades contribueixen a justificar la necessitat d'implementar programes d'activitat física entre la població en general i també entre les persones més grans fràgils, amb discapacitats i/o en situació de dependència, perquè el baix nivell d'activitat física és un factor predictor de dependència que és modificable (Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes, & Anderson, 2002).

A títol de conclusió, sobre la recerca bibliogràfica feta sobre el tema de l'activitat física per a persones en situació de dependència, podem dir que:

- a. La majoria d'informacions fan referència als efectes de l'activitat o l'exercici físics en aspectes biològics concrets i molt específics.
- b. Molts treballs són quantitativs i amb mostres petites.
- c. Els programes d'intervenció sovint són de curta durada (no superiors a un any) i estan definits en termes generals.
- d. Defineixen la població de la mostra a partir de variables molt diverses entre els diferents estudis (amb fragilitat, sedentària, amb demència, segons el lloc de residència...) però alhora molt específiques i seleccionades.
- e. N'hi ha pocs de longitudinals.
- f. Fan referència a les repercussions de l'activitat física sobre aspectes físics en la majoria d'ocasions, sobre aspectes psicològics en algunes ocasions i sobre aspectes socials en molt poques ocasions.
- g. No es fa esment de la unitat bio-psico-social de la persona gran.

Per tant hem pogut constatar que, en l'àmbit de l'activitat física de persones grans en situació de dependència, hi ha diversos reptes d'investigació susceptibles de ser plantejats.

SEGONA PART

EL PROGRAMA “VELLESA, ACTIVITAT
FÍSICA I DEPENDÈNCIA” (VAFID)

CAPÍTOL IV: PLANIFICACIÓ DEL PROGRAMA (MODEL TEÒRIC)

En aquest capítol presentem el programa objecte d'avaluació en aquesta tesi. S'expliquen amb detall i es justifiquen els diversos aspectes que el conformen. Començant pels seus referents, definim el perfil de les persones a qui va adreçat, el plantejament del programa, els seus continguts, els recursos i les activitats que es faran servir, com s'organitza el treball, les condicions per a la implementació i, finalment, els efectes que s'esperen obtenir amb la implementació del programa.

Seguint l'esquema de l'avaluació responent de Stake (Stake, 1967) ens situem en el model teòric:

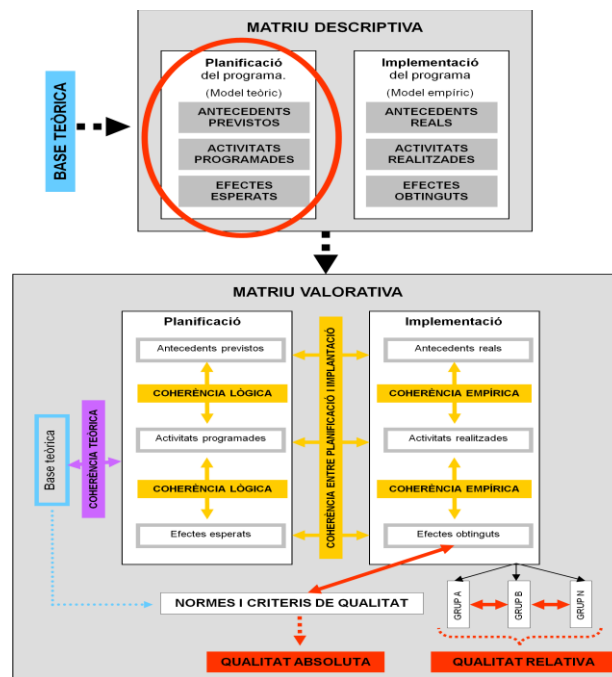


Figura 4. Esquema d'avaluació responent de Stake (1967)
 Adaptat d'Arnal, Latorre y del Rincón (1992) i Pujolàs Maset (2002).

1 REFERENTS DEL PROGRAMA

Tot i que en la primera part s'han estudiat àmpliament els quatre pilars d'aquest estudi (envelliment, dependència, atenció a les persones grans i activitat física), abans de definir el programa volem destacar i reunir en aquest punt conceptes, idees, altres programes i plans d'acció que són una referència i constitueixen la base sobre la qual es construeix el programa "*Vellesa, activitat física i dependència*" (VAFiD).

La combinació de l'estudi de tots aquests elements amb l'experiència personal en aquest àmbit, és el que ha de donar com a resultat el plantejament del programa d'activitat física.

Alguns d'aquests referents ja han estat exposats i ara els relacionarem amb el programa, d'altres els analitzarem de nou per poder establir, també, aquesta relació. Els punts que desenvoluparem a continuació són referents que es situen a diferents nivells, uns d'àmbit més general i de conceptes relacionats amb la vellesa, d'altres relacionats amb plantejaments d'altres programes d'activitat física per a gent gran, d'altres amb formes d'entendre i planificar el treball corporal i, finalment, la meua experiència professional.

1.1 ENFOCAMENT DEL CICLE VITAL

En el plantejament que es fa des de la psicologia evolutiva sobre la vellesa –explicat en el punt 1.2.2 del capítol I- hi ha diversos punts de connexió amb l'elaboració d'un programa d'activitat física adreçat a persones amb dependència. Entenem que aquest plantejament és perfectament coherent amb el tipus de proposta que es fa en aquest estudi.

En primer lloc, el fet de considerar les conductes que persegueixen la millora, el manteniment i la regulació de la pèrdua com a integrants del propi procés evolutiu, lliga plenament amb les finalitats del programa d'activitat física:

- a. Per una banda es busca la millora dels aspectes que en puguin ser susceptibles, sobretot la d'aquells que poden haver esdevingut menys funcionals degut al desús.
- b. També forma part dels plantejaments del programa, la contribució al manteniment de les capacitats mitjançant l'estimulació i l'activació per tal de preservar, tant com sigui possible, la qualitat de vida en els nivells actuals.
- c. Cas de pèrdues –com sovint passa amb les persones en situació de dependència- contribuir a donar elements i recursos que ajudin a adaptar-se a la nova situació.

Així, el programa d'activitat física per a persones amb dependència (VAFiD) té diversos punts de connexió amb aquest plantejament del cicle vital (Vegeu la figura 5). A més, si entenem el programa com una acció educativa –també mirada des d'una perspectiva complexa- podem considerar tres dimensions del procés d'aprenentatge. En diferents proporcions i en funció de les característiques de cadascú, les persones que participen en el programa poden:

- a. *Aprendre* en el sentit d'adquirir algunes habilitats, hàbits,..
- b. *Reaprendre*. *Recuperar algunes capacitats, habilitats o hàbits que havien perdut per causa del desús, d'una malaltia o d'una altra situació problemàtica.*

c. *Aprendre a desaprendre (Mañós Balanzó, 1996). Aprendre a saber conviure i buscar noves maneres de respondre i de relacionar-se amb les situacions de pèrdua, elaborant un procés d'adaptació equilibrat i d'acord amb la pròpia realitat.*

Contemplar aquestes tres dimensions de l'aprenentatge té una importància especial quan pensem en la intervenció en persones amb dependència. Ens dona l'oportunitat de planificar-la i desenvolupar-la en funció de les característiques, les capacitats i les necessitats de la persona. Cal creure en les possibilitats dels qui, malgrat vells, institucionalitzats i amb discapacitats i/o dependència per a –moltes o poques- activitats, participen en el programa.

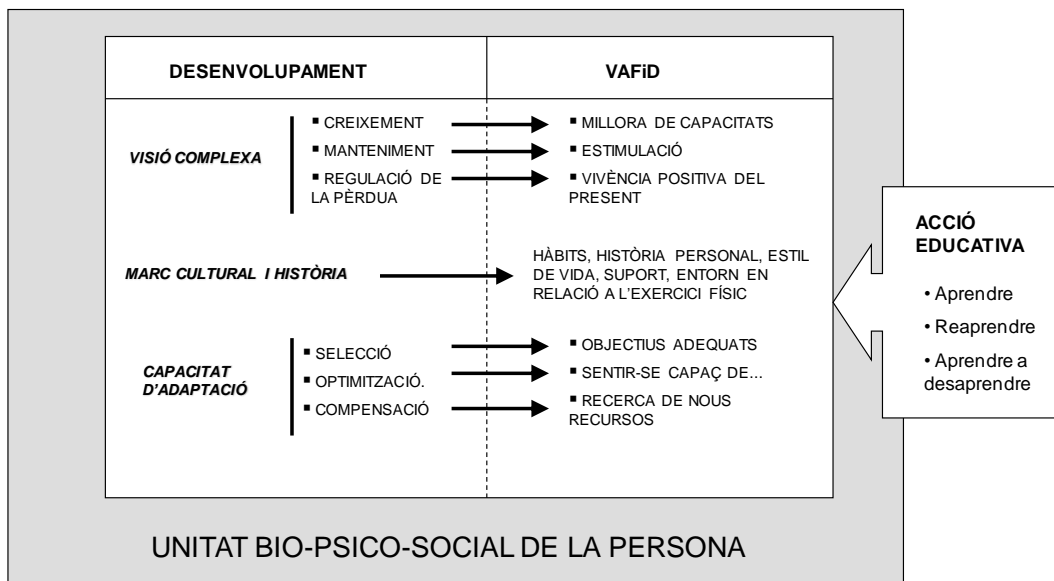


Figura 5. L'enfocament del cicle vital i el programa VAFiD
(Elaboració pròpia)

1.2 LA RETROGÈNESI PSICOMOTORA

El concepte de retrogènesi està lligat al procés evolutiu de la persona. Da Fonseca et al. (1987) argumenten que l'envelliment comporta una progressiva desorganització neurològica que es produeix en el sentit invers a com s'ha anat organitzant des del naixement. Es tracta d'una organització que va avançant d'allò més senzill a allò més complex, de reflex a automàtic, i d'automàtic a voluntari i planificat (l'autor l'anomena *organització vertical ascendent*). En el procés de retrogènesi –durant les últimes etapes de la vida- se segueix el mateix camí però en sentit invers (*desorganització vertical descendent*): l'inici del procés de desorganització comença per les conductes més complexes i va cap a les més senzilles, de les voluntàries a les automàtiques i d'aquestes a les reflexes.

L'evolució humana conté una reorganització des del naixement fins a la mort, des del nen a l'adult, i des de l'adult a l'ancià. En cada fase hi ha quelcom de maduratiu idèntic a la seqüència de les estacions: primavera (nen); estiu (jove); tardor (adult) i hivern (ancià). Naixem i renaixem moltes vegades, seguint sempre una dinàmica organitzativa del propi cervell on hi ha migracions, proliferacions, morts i interconnexions selectives de cèl·lules,

que regularitzen i remodelen permanentment els mecanismes existents, no destruint, per tant, les estructures antigues, sinó contràriament, desenvolupant-se en estructures completament noves, per la qual cosa algunes característiques del desenvolupament precoç poden reaparèixer en adults amb lesions cerebrals (Da Fonseca et al., 1987: 71).

Quan parlem de persones grans i/o molt grans, aquesta idea de retrogènesi ens pot ajudar a entendre el seu procés evolutiu. Si bé es veritat que no tothom envelleix de la mateixa manera, ni en el mateix entorn, ni en les mateixes circumstàncies, ni tan sols la retrogènesi de les funcions succeeix al mateix temps en tots els òrgans i sistemes, és un concepte que constitueix una guia, un camí orientatiu que ens ajuda a estudiar i comprendre una mica millor l'evolució i els comportaments de les persones grans.

Tot aquest procés evolutiu està dirigit pel cervell i es manifesta a través del cos i el seu moviment i, al mateix temps, en depèn. D'aquesta manera, el comportament motor de la persona esdevé un aspecte essencial per a poder comprendre l'evolució, el procés de formació i adaptació constant que tots experimentem en el transcurs de la nostra vida, cosa que també és fonamental per poder planificar qualsevol intervenció i, encara més, en el àmbit de l'activitat física.

La idea de retrogènesi psicomotora, la relacionada amb el comportament motor, està construïda sobre el model d'organització cerebral de Luria (1988), el qual defineix tres unitats funcionals que regulen, entre d'altres, l'organització psicomotora. Da Fonseca (1987; 1998) relaciona les tres unitats funcionals amb diferents factors psicomotors de la següent manera:

UNITAT FUNCIONAL LÚRIA	FACTORS PSICOMOTORS
Primera unitat: REGULACIÓ TÒNICA D'ALERTA I DELS ESTATS MENTALS.	- TONICITAT (T) - EQUILIBRAMENT (E)
Segona unitat: RECEPCIÓ, ANÀLISI I EMMAGATZAMATGE DE LA INFORMACIÓ.	- LATERALITZACIÓ (L) - NOCIÓ DEL COS (NC) - ESTRUCTURACIÓ ESPAI-TEMPS (EET)
Tercera unitat: PROGRAMACIÓ, REGULACIÓ I VERIFICACIÓ DE L'ACTIVITAT.	- PRAXI GLOBAL (PG) - PRAXI FINA (PF)

Així, tal com en el desenvolupament de les tres unitats funcionals segueix una línia que va d'allò més reflex (primera unitat) a allò més elaborat (tercera unitat), a nivell psicomotor passaria el mateix, el procés de formació s'inicia en la tonicitat i acaba en les praxis. La retrogènesi psicomotora de les últimes etapes de la vida segueix un camí invers, en el qual es deterioren primer les conductes psicomotores més complexes (les praxis) i l'últim que es perd és la tonicitat (Vegeu la figura 6).

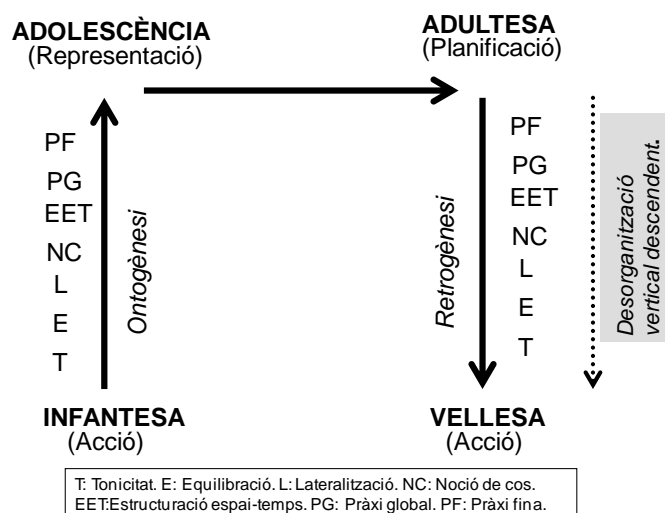


Figura 6. De l'ontogènesi a la retrogènesi
Adaptada de Da Fonseca et al. (1987: 72)

També és important tenir en compte que aquesta seqüència evolutiva no es produeix de manera inconnexa entre uns i altres aspectes. Ben al contrari, les tres unitats funcionals desenvolupen les seves funcions precisament a partir de la seva interconnexió. Això vol dir que també cal considerar els factors psicomotors de manera relacionada entre ells.

A l'hora de planificar la intervenció en persones grans amb dependència, aquesta *desorganització vertical descendent* serà un punt de referència i una guia a tenir present. Ens ajudarà a tenir una orientació en el moment de pensar i ordenar el tipus de treball a fer amb el grup, per tal de ser coherents amb el moment evolutiu i la situació de la persona. Si bé és veritat que, atenent les característiques i objectius del programa, cal treballar tots els aspectes que intervenen en aquest procés, no és menys cert que – independentment dels aspectes que es treballin – és imprescindible demanar a cada persona aquelles respostes que pot donar. Seria poc coherent –i poc ètic– demanar-li allò que no pot fer.

Aquesta seqüència evolutiva ens diu, en primer lloc, quins són els aspectes més complexes del comportament psicomotor i, per tant, quins són els que més fàcilment presentaran un funcionament imprecís en les persones grans. En segon lloc, ens diu quins són els aspectes que hem de treballar sempre, perquè són els últims que es perden. En la planificació dels continguts del VAFiD caldrà que hi figuri –en l'àmbit de les capacitats psicomotrius i perceptives– el treball de tots aquests aspectes (tonicitat, equilibri, lateralitat, noció del cos, estructuració de l'espai i el temps, praxi global i praxi fina).

Tot i la guia que representa l'aportació de Da Fonseca, cal fer una consideració important sobre el desenvolupament del programa VAFiD: les característiques individuals, la situació que viu cadascú, els efectes de malalties o discapacitats en les persones grans, poden modificar aquesta seqüència.

1.3 EL MODEL DE CLAUDIA K. ALLEN

Atès que les persones a qui va dirigit el programa solen ser molt grans i en un percentatge important pateixen algun tipus de deficiència cognitiva, la classificació dels diferents

nivells cognitius que fa aquesta autora és molt útil per al programa. La relació que s'estableix entre aquest model –exposat en el punt 3.3.3 del capítol II- i el programa d'activitat física que presentem en aquest estudi, es centra en l'aplicació del programa i sempre que hi participin persones amb discapacitats cognitives.

Seguint els sis nivells cognitius que descriu, el VAFiD es podria aplicar a partir del nivell 2-3 fins al 6, tenint en compte les següents premisses:

- a. **Nivell 2: Moviment.** La intervenció en persones que es trobin en aquest nivell cognitiu està limitada a la seva capacitat d'imitar accions simples i repetitives. De la mateixa manera, la seva relació amb l'entorn és limitada. És per això que, cas de poder participar en un programa d'aquest tipus, els grups han de ser molt reduïts (3-4 persones) i les propostes que s'hi facin siguin molt globals, familiars i dirigides mitjançant un model a imitar. Sabent que el resultat serà una resposta imprecisa i que possiblement sigui necessari que qui dirigeix la sessió guiï o iniciï el moviment mitjançant el contacte corporal. Per tant, **les possibilitats d'intervenció són molt limitades** des d'aquest plantejament, encara que no impossibles si es complissin condicions molt especials (grup reduït, sessions de curta durada i diàries, espai aïllat d'altres estímuls, dos professionals) que –la veritat sigui dita- són poc habituals en els centres d'atenció a aquest tipus de persones. A més, en aquest nivell cognitiu, si la persona té una capacitat funcional molt reduïda (molt poca mobilitat) no serà possible intervenir mitjançant un programa d'aquest tipus.
- b. **Nivell 3: Accions repetitives.** Les persones que es troben en aquest nivell cognitiu tenen més capacitat per poder imitar accions senzilles (d'un sol pas) i relacionar l'efecte d'aquestes accions sobre l'entorn, sempre i quan aquests efectes es puguin preveure fàcilment (per exemple, llençar una pilota per tombar unes bitlles). També és imprescindible que les propostes que es facin siguin globals, familiars i repetitives. La utilització i la **manipulació de material divers** és un bon recurs a utilitzar en aquesta fase perquè la funció tàctil té un paper important en el reconeixement dels estímuls i ajuda a fer palesa la relació entre l'acció i els seus efectes. La manera de presentar i dirigir les propostes que es facin durant les sessions d'activitat física ha de permetre la imitació, ha de donar oportunitats per poder desenvolupar-se segons els propis impulsos i ha de garantir el respecte de les accions que pugui realitzar la persona gran de manera espontània (sigui amb més o menys intencionalitat), per tal de reforçar les respostes coherents a les accions.
- c. **Nivell 4: Producte final.** En aquest nivell la relació causa-efecte és més clara i la persona pot realitzar accions més complexes (de dos o tres passos) i amb certa intencionalitat, però només compta allò que és clarament visible (si no es veu, no existeix). Així, és possible plantejar propostes que busquin objectius que es puguin reconèixer fàcilment (per exemple els llançaments de precisió: tombar una bitlla, encertar dins un recipient) i permetin elaborar les respostes immediates (per exemple llençar tres pilotes per tombar tres bitlles, una amb cada pilota). Totes aquelles propostes que tinguin un producte final clar (per exemple, una dansa senzilla) esdevindran molt adequades per estimular capacitats, protegir la dignitat personal i potenciar el sentiment de competència (el sentir-se capaç de...). És per això que cal reforçar i donar oportunitats a les persones grans per desenvolupar-se de manera

autònoma en aquelles coses que els són familiars, i esperar que puguin elaborar respostes adequades en un context conegut i molt clar. D'aquí ve una de les idees principals que regeixen el VAFiD: és molt important proporcionar una **vivència positiva del present**, ja que és possible que el que succeeixi fora del context del programa o en un futur, formi part d'una altra realitat on ja no compti el d'abans.

- d. **Nivell 5: Variacions.** En aquest nivell cognitiu la persona és capaç d'establir relacions entre diferents situacions i/o objectes, pot planificar situacions senzilles i fer un procés d'investigació i resolució de problemes. Així, les propostes que es puguin fer durant les sessions ja són més complexes, poden incentivar la recerca de solucions a situacions senzilles però desconegudes i han de reforçar les possibilitats exploratòries i creatives de la persona (continuant amb l'exemple de les bitlles: podem buscar diferents maneres de llençar la pilota per tombar la bitlla?). Serà molt interessant proposar **diversitat de situacions** per facilitar precisament aquesta capacitat exploratòria. Les instruccions han de ser clares i senzilles, però poden demanar més d'una acció al mateix temps. Les dificultats cognitives d'aquest nivell es manifesten en propostes que requereixin un nivell d'abstracció alt o un component simbòlic complex.
- e. **Nivell 6: Pensament abstracte.** Aquest és el nivell en què es considera que no hi ha cap discapacitat cognitiva. En aquest cas la persona és capaç de comprendre, raonar, elaborar respostes i estratègies, planificar, expressar, aprendre i **transferir els aprenentatges** a situacions diferents de les pròpies de la sessió d'activitat física.

És possible que en el programa VAFiD hi participin persones sense deteriorament cognitiu, però que es trobin en una situació de dependència per altres motius. En aquest cas, a l'hora de desenvolupar el programa, és fonamental saber **diferenciar les seves possibilitats funcionals de les cognitives** i tenir en compte que la persona té capacitat per resoldre una situació, decidir o escollir, encara que funcionalment tingui limitacions importants (per exemple, que no pugui caminar).

Així, les característiques d'aquest model ens orienten sobre com es poden adaptar les diferents propostes que es realitzen durant el desenvolupament de les sessions. També dóna pistes per poder adequar el nivell de dificultat o d'exigència a cadascuna de les persones del grup. Una mateixa activitat o proposta es pot plantejar de diferents maneres al mateix temps, fent possible la personalització, aspecte que és molt important perquè els grups sempre són heterogenis.

1.4 ALTRES PROGRAMES D'ACTIVITAT FÍSICA PER A PERSONES GRANS

El programa VAFiD es situa en la línia d'un seguit de propostes que s'han anat construint durant els últims trenta anys. Són propostes que:

- a. Van dirigides a persones grans autònomes.
- b. Destaquen la importància i la necessitat del moviment, també quan hom es fa gran.
- c. Procuren fomentar l'adopció d'hàbits saludables.
- d. Parteixen d'un plantejament recreatiu en què l'aspecte relacional i de sociabilització tenen un paper important.
- e. Reforcen les idees d'ocupació i de participació activa de les persones grans.

La primera experiència de desenvolupament d'aquest tipus de programes per a persones grans s'inicia a Catalunya l'any 1978 de la mà de SAFIVE (Societat per a les Activitats Físiques dels Vells) (Soler Vila, 2003) i, de mica en mica, l'oferta es va consolidant, primer a Barcelona (Burriel Paloma i Carrera Blancafort, 1986) i posteriorment a la resta de Catalunya i a l'estat espanyol. Des dels inicis fins l'actualitat els programes han anat creixent –tant en nombre, com en diversitat i maduresa- i s'han anat fent cada vegada més habituals en casals de gent gran, instal·lacions esportives, gimnasos, entitats i centres d'atenció a les persones grans. L'expansió i la diversificació han anat acompanyades de cursos de formació²³, publicació d'articles, llibres i de la realització d'algunes investigacions que constitueixen la base del VAFiD. A continuació fem una breu referència de les obres publicades i les investigacions que considero que han estat claus per a la formació d'aquesta base:

Obres bàsiques. Com a obres bàsiques que descriuen els fonaments dels programes d'activitats físiques per a persones grans autònomes a partir de les característiques generals d'aquest col·lectiu, hi ha les següents obres: (Belleró, 1983; Coutier, Camus, y Sarkar, 1990; de Febrer de los Ríos, A. y Soler Vila, 1996; García Arroyo, 1995; Katz de Armoza, 1988; Pont Geis y Altimir Losada, 1994; Rey Cao et al., 2008). Són treballs que han contribuït a establir les línies directrius dels programes, fonamentalment per la descripció que fan del col·lectiu a qui van dirigits, per l'establiment dels objectius generals, per les orientacions metodològiques que presenten per a l'aplicació del programa, i acompanyant-ho sempre amb exemples de recursos pràctics útils per a les sessions.

Investigacions fetes en el nostre entorn i sobre grups de persones grans autònomes els quals s'ha aplicat aquest model de programa. Faig referència a dues tesis doctorals que han ajudat a demostrar l'eficàcia dels programes.

- a. Soler (2003), a banda d'un ampli marc teòric i la definició de les característiques del programa (PIPSMA)²⁴ –que compartim i utilitzem amb les pertinents adaptacions al tipus de persones a qui va dirigit el VAFiD-, fa un exhaustiu estudi d'avaluació de les dimensions físico-motora, afectivo-relacional i cognitiva dels participants en el programa, que caldrà tenir present per a l'elaboració de la tesi. Demostra que aquest tipus d'intervencions són eficaces i contribueixen a una millora generalitzada del benestar de les persones grans sanes i autònomes.
- b. La segona tesi és elaborada per Pont (2004b) i es centra en l'estudi dels efectes que sobre la memòria té un programa d'activitat física ("Motricitat i Memòria") que incorpora, de manera significativa i intencionada, el treball cognitiu. En aquest estudi l'autora fa una aportació important –que caldrà tenir en compte per al programa VAFiD- en definir un seguit d'estratègies útils per treballar aspectes cognitius relacionats amb la memòria. Proposa utilitzar les següents estratègies:

Associacions. Serien tots aquells exercicis i activitats on calgui associar un o més moviments a un objecte, música, color, so...

²³ Els principals referents de la formació en aquest model a Catalunya, han estat les entitats SAFIVE, Esport-3 i, a nivell universitari, l'INEFC.

²⁴ Programa de Intervención Psico-Socio-Motriz para Ancianos.

Seqüenciacions. Fan referència a totes aquelles propostes que requereixen elaborar i fer una seqüència formada per diversos moviments.

Activitats senso-motrius. Serien totes aquelles propostes que es realitzen després de, a partir de, o relacionades amb la identificació d'estímuls sensorials (olor, color, textura, so).

Repeticions. Són propostes on cal repetir, de manera sistemàtica i ordenada, un o més moviments de manera immediata o després de passat un temps.

Representacions i descripcions corporals. Totes les propostes que exigeixin representar accions o idees, teatralitzar, gesticular, descripció corporal d'una anècdota, d'un poema.

Atenció i observació. Situacions que demanin la vigilància i la concentració necessàries per tal de poder percebre tant bé com sigui possible els estímuls, les situacions, des de tots els sentits, posant en joc, també, la capacitat de discriminació entre diferents estímuls o davant d'estímuls canviants.

Activitats verbals. Llenguatge i sons. Fa referència a les activitats que, amb el moviment, utilitzen el joc de la paraula i del so. Això és coordinar, associar o utilitzar les paraules –tant fonèticament com semàntica– als els moviments corporals.

Relaxacions. Són les propostes que contribueixen a disminuir el to muscular i l'estrès psicològic o emocional per després poder respondre més eficaçment a diferents situacions.

Visualitzacions. La utilització de propostes que demanen la creació d'imatges visuals (visualitzar un espai conegut, una fotografia...) incideixen positivament en la imaginació i la memòria.

Percepció espai-temps. Són totes aquelles propostes que requereixen la identificació, la localització i la utilització de l'espai en què es desenvolupa el moviment, així com el temps en què es produeix. Apreciar les dimensions dels objectes, les trajectòries o seguir un ritme en són exemples.

En el programa VAFiD, aquestes estratègies són una orientació per poder abordar el treball de la memòria. Serà necessari aplicar-les d'acord amb les capacitats cognitives de les persones que participin en el programa i caldrà relacionar-les amb les indicacions dels nivells cognitius d'Allen descrits anteriorment.

1.5 EL RITME DE LES ESTACIONS

Una de les qüestions que entenem que té una certa influència en el plantejament del VAFiD és la que fa referència als ritmes associats a la majoria dels fenòmens i situacions de la vida. De fet, la comprensió dels esdeveniments va lligada a la comprensió de les múltiples interaccions que s'estableixen entre els éssers vius i el medi en el qual es desenvolupen. Aquesta interacció i la pròpia existència estan lligades a un ritme cíclic, com el del dia i la nit o com el de les estacions de l'any.

Moltes de les pràctiques corporals d'origen oriental estan lligades a la idea de l'existència d'una circulació energètica (semblant a la circulació sanguínia) lligada als òrgans, als elements, a les emocions, als colors, als sentits i a les hores de llum solar a què estem exposats (les estacions de l'any). Segons aquests principis, de la lliure circulació energètica

en depenen, la salut i el benestar de la persona, acompanyats –està clar- d'un determinat estil de vida.

Si bé és veritat que en el nostre entorn i en la nostra cultura hi ha una “praxi” diferent a l'oriental, hi ha algunes idees i pràctiques corporals (*Ioga, Tai Chi, Qui Gong*) que estan prenent força a casa nostra. Són pràctiques que es basen en la respiració, en la consciència corporal i que utilitzen moviments lents i suaus, elements tots ells molt apropiats per a les persones grans.

En aquesta línia d'adaptació de la filosofia oriental a la cultura i societat occidentals, creiem que el mètode “Cos i Consciència” desenvolupat per Georges Courchinoux²⁵ n'és una mostra molt coherent i amb alguns elements que el fan aplicable al tipus de programa que proposem. Es tracta d'un mètode que parteix, també, de la concepció global de la persona i que, mitjançant la correcta utilització i la combinació de diverses tècniques –no només orientals- pretén incidir en:

- a. El coneixement d'un mateix
- b. El control i l'ajustament postural
- c. La reharmonització energètica
- d. Les emocions

El mètode es centra en l'organització de la tasca a fer d'acord amb el ritme del les estacions de l'any, establint una línia de treball general per a cadascuna d'elles. És un ritme que –seguint els principis de la medicina tradicional xinesa- està relacionat amb els diferents òrgans, els colors, la circulació energètica, els sabors, les emocions...

Seguint la documentació²⁶ dels cursos de formació d'aquest professor, i fent un resum dels aspectes més rellevants per al programa VAFiD, el treball a desenvolupar s'organitzaria tenint en compte les característiques de cada estació (vegeu la taula 9).

D'aquesta manera, a l'hora de fer una distribució temporal del treball a realitzar amb el grup, es poden tenir presents aquestes característiques i a la **primavera**, donar més importància al treball muscular, a l'equilibri dinàmic, a la comunicació i relació amb els altres. A l'**estiu** es farà un treball més expressiu, amb un component de coordinació i ritme important, donant importància al tacte, a les propostes lúdiques i al contacte corporal amb els altres. A la **tardor**, el ritme disminueix i el treball es centra en recuperar l'equilibri i l'estabilitat després de l'activitat de l'estiu i ressalten el treball progressiu cap a la interiorització, el treball respiratori, de relaxació i l'estabilitat de la postura. Finalment, a l'**hivern** es fa un treball de més recolliment cap l'interior, donant importància a l'equilibri estàtic, a l'escolta, a la correcció i a la consolidació de la pròpia postura, a la musculatura més profunda, a l'estimulació del sentit de l'oïda.

²⁵ És fisioterapeuta, massatgista, sofròleg, expert en teràpies manuals, reeducació postural, osteopatia i en medicina tradicional xinesa. Des de l'any 1986 ha elaborat el mètode “Cos i Consciència” que ha anat transmetent arreu mitjançant la realització de cursos de formació.

²⁶ No està publicada.

Taula 9. Característiques generals del ritme de les estacions segons el mètode "Cos i consciència"

PRIMAVERA		ESTIU	
Obertura cap als altres. Exteriorització.		Llibertat de moviment, expressió i de pensament	
Sentit	Vista	Sentit	Tacte
Color	Verd	Color	Vermell
Element	Fusta	Element	Foc
Aspecte emocional	Comunicació, reactivitat	Aspecte emocional	Alegria, despreocupació, impulsivitat
Entitat corporal	Ulls, músculs perifèrics	Entitat corporal	Sistema capil·lar. Sistema Nerviós Central
Meridians	Fetge i vesícula biliar	Meridians	Cor i intestí prim
Objectius	Obrir, exterioritzar	Objectius	Facilitar el pas de l'energia cap a la perifèria
	Eliminar toxines		Administrar l'energia
	Treball muscular		Alliberar les expressions
	Consciència		Ritmes i coordinació
Equilibri dinàmic			
TARDOR		HIVERN	
Organització, reflexió, interiorització, assimilació		Concentració, rigor, mètode	
Sentit	Olfacte	Sentit	Oïda
Color	Blanc	Color	Negre
Element	Metall	Element	Aigua
Aspecte emocional	Tristesa, malenconia	Aspecte emocional	Dubte, por
Entitat corporal	Òrgans, activitat pulmonar	Entitat corporal	Os, orella, eix (columna vertebral)
Meridians	Pulmons i intestí gros	Meridians	Ronyó i bufeta
Objectius	Recentrar	Objectius	Reforçar, consolidar
	Interioritzar		Corregir, ajustar
	Arrelament		Eliminar tensions i despeses inútils
	Desenvolupar la implicació personal, la responsabilitat, l'autonomia		Concentrar, integrar

Font: Elaboració pròpia a partir de Courchinoux (2002).

Al nostre entendre, aquestes característiques, encara que molt generals i que no responen a l'aplicació completa del mètode, són una bona guia per organitzar el treball amb molt de sentit comú. És corrent que les persones adoptem una tendència al recolliment en les èpoques de més fred i de menys hores solars (tardor i hivern) i actituds o activitats més expressives, actives i dirigides cap a l'exterior durant la primavera i l'estiu. El mateix passa si traslладem aquest ritme de les estacions al de les etapes de la vida. Quantes vegades no s'ha associat la primavera amb la infantesa, l'estiu amb l'adolescència, la tardor amb l'adulesa i el hivern amb la vellesa?

1.6 MODEL D'ATENCIÓ PERSONALITZADA

En l'àmbit de l'atenció a les persones, la manera com es planifiqui i es proporcioni aquesta atenció és clau per als seus resultats i per la coherència amb els plantejaments teòrics.

Ja hem dit que el punt de referència ha de ser sempre la persona gran. És per aquesta raó que la planificació centrada en la persona (Martínez Rodríguez, 2010) ha de ser un referent per el VAFiD. Aquesta metodologia es fonamenta en la idea que cal vetllar per l'autodeterminació de la persona i que cal visualitzar, en primer lloc, les seves capacitats (no les seves deficiències).

Venim d'un model d'atenció que ha procurat conèixer amb detall quines són les limitacions de la persona per tal de poder-hi intervenir des del coneixement i l'experiència

professional. El nou paradigma emergent dóna prioritat a les capacitats que la persona encara conserva i, sense renegar de l'experiència i el coneixement de la professió, prioritza el dret a decidir de la persona atesa. Per descomptat que, quan les capacitats de la persona han minvat de forma significativa, caldrà procurar per l'exercici de l'autodeterminació de forma indirecta, però sempre en base a la seva pròpia història, les seves capacitats i els seus desitjos.

Segons la mateixa autora, aquesta manera d'actuar en el procés d'atenció, aquesta metodologia, parteix de la base que:

- a. Cadascú és diferent i, per tant, cal personalitzar el procés d'intervenció
- b. La persona és el centre de la planificació i es parteix de les seves capacitats i les seves preferències
- c. Els lligams de la persona gran amb la xarxa social més propera (família, amics) són essencials per al seu projecte vital
- d. L'acció és flexible i s'ha d'adaptar a l'evolució i a les circumstàncies de la vida de la persona gran

Però l'atenció personalitzada no només vol dir individualitzar els programes i les propostes que s'hi fan, també requereix una manera d'actuar per part del professional. És en aquest punt on entra en joc el concepte –i sobretot el procediment- de *bones pràctiques*²⁷. La concepció integral de la persona, la visualització de les seves capacitats, la planificació d'acord amb les seves preferències, no tenen cap valor si no es reflecteixen en la praxi del dia a dia. La interacció entre el professional i la persona gran és l'espai i el moment clau d'aquesta praxi, també en la relació amb les famílies –pel programa d'activitat física no tant freqüent com en altres processos d'atenció- i en els aspectes metodològics de les intervencions tècniques. Totes les actuacions professionals estan plenes de “moments” que han d'estar emmarcats per la bona pràctica i que es basen en quatre principis (Martínez Rodríguez, 2010):

1. Promoció de l'autonomia. Suposa donar possibilitats a la persona per decidir, per gestionar el curs i les accions –grans o petites- de la seva vida.
2. Recerca del benestar emocional. Suposa respectar, despertar i/o preservar la manera com es sent cadascú –subjectivament- amb si mateix i amb l'entorn.
3. Respecte de la dignitat de la persona sigui quina sigui la seva situació.
4. Foment de la participació. Vol dir fer possible que la persona gran pugui tenir informació, opinar, expressar-se i actuar amb llibertat.

Aquests principis transferits al desenvolupament del VAFiD, han de contribuir a fer-lo més coherent i, sobretot, millor per a les persones que hi participin. Per nosaltres, la manera com s'acabi duent a la pràctica cada una de les sessions del programa, i les interaccions

²⁷ Bermejo (2010:36) defineix les bones pràctiques com “un conjunt d'accions que introdueixen millores en les relacions, els processos i les activitats; que estan orientades a produir resultats positius sobre la qualitat de vida (satisfacció i el benestar personal i emocional) de les persones en situació de dependència i/o discapacitat”. Bermejo García, L (2010). *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. (disponible a: http://www.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.fe57bf7c5fd38046e44f5310bb30a0a0/?vgnextoid=c_a8518ff6ae58210VgnVCM10000097030a0aRCDivgnnextchannel=ab579a4192e4f010VgnVCM100000b0030a0aRCRDii18n.http.lang=es) [consulta: 11/5/2010]

que s'estableixin en el seu si, són tant importants com la seva planificació i adequació. Per això entenem que el plantejament de les *bones pràctiques* ha de ser un altre dels referents del VAFiD.

2 IMPORTÀNCIA I NECESSITAT D'ELABORAR UN PROGRAMA

El desenvolupament de sessions d'activitat física per a persones grans amb dependència no és una novetat. De fet, hi ha molts centres (residències, centres de dia, centres sociosanitaris, hospitals de dia) que acullen persones grans, on s'hi fa –de manera habitual- activitat física²⁸ en grup. Es un àmbit d'intervenció que té més experiència pràctica i “hores de vol” que no pas sistematització i fonamentació. Elaborar una planificació i un pla d'acció, permet tenir una orientació respecte de la “ruta” més adequada i també la més coherent amb el model i els objectius que ens proposem aconseguir mitjançant el programa, però cal entendre-la com una “hipòtesi d'intervenció” (Zabala, 1995: 201). També garanteix un procés de reflexió que és imprescindible per fer-la de manera conscient, en lloc de posar el “pilot automàtic” que, encara que ens aconduiria per tot el procés, no ens permetria de modificar-la en cas de necessitat (adaptació del programa a situacions o respostes no previstes).

Les persones que hi treballem, sovint hem pogut constatar que el reconeixement de la importància d'aquest tipus de programes per part d'altres professionals, familiars o nosaltres mateixos, es limita als beneficis físics i funcionals que aporta la realització d'exercici físic continuat i correctament aplicat, i poques vegades es fa extensiu a altres aspectes també importants dels programes (estimulació, comunicació, ocupació...). Al nostre entendre, això és una conseqüència d'aquesta manca de fonamentació i sistematització, a banda d'una concepció mecanicista de l'exercici físic.

Aquest aspecte també ha quedat palès amb la revisió bibliogràfica feta: moltes de les investigacions que es fan es centren en l'eficàcia dels programes a nivell funcional.

D'acord amb l'anàlisi feta fins ara, el programa ha de respondre a una concepció global de la persona, a l'ensem que ha de tendir a la personalització per tal de respondre a les característiques individuals i a la situació particular de cadascuna de les persones grans que hi participin. Entenem que aquests dos criteris bàsics han d'estar presents en qualsevol programa, però hi ha altres factors que també condicionen la seva elaboració.

El plantejament del programa i la seva planificació estan supeditats per diversos factors, uns directament relacionats amb qui planifica i d'altres relacionats amb el context en què s'ha d'aplicar. Siedentop (1998) parla de cinc factors que influeixen en la planificació d'un programa. Quan descriu aquests factors pensa sobretot en els programes d'educació física que es desenvolupen a les escoles.

Entenem que els cinc punts són plenament aplicables a la planificació del programa VAFiD, i per això ens permetem relacionar-los amb la proposta d'aquest estudi, però adaptant l'enunciat i –lògicament- conservant les idees i l'essència dels continguts de cadascun.

²⁸ A vegades també es parla de gimnàstica o psicomotricitat.

Així, seguint les indicacions d'aquest autor, els factors que influeixen i condicionen el programa que desenvoluparem en aquest capítol són:

- a. *La concepció personal de l'activitat física.* Això és concretar la pròpia manera d'entendre l'eina principal de treball. Tal com hem exposat en el punt 2 del capítol III, partim de la noció de conducta motriu com a noció integradora de tot allò relacionat amb la motricitat, atenent, al mateix temps, el vessant individual, relacional i expressiu del moviment.

Paral·lelament, entenem que l'activitat física és una eina que ens serveix per assolir els objectius que ens proposem, no com una finalitat en ella mateixa. A més és útil per incidir en factors molt variats (funcionalitat, autoconcepte, comunicació, expressió) a partir dels quals haurem d'escollir i decidir en la planificació. No és el mateix planificar amb la idea d'una activitat física exclusivament centrada en aconseguir millores funcionals, que planificar per buscar la vivència i l'experimentació amb el propi cos.

De manera complementària, considerem que, a banda de la concepció de l'activitat física, l'experiència i els coneixements sobre l'activitat física i la vellesa també juguen un paper important en l'elaboració de la planificació. Aquests aspectes donen, sempre que s'utilitzin en benefici del programa, una major adequació a la realitat.

- b. *El tipus d'institució.* El programa està parcialment condicionat pel tipus d'institució on es vulgui desenvolupar (residència, centre de dia, centre sociosanitari). Per posar un exemple, és diferent el tipus de planificació que es pot fer en una residència en què les persones que hi participen constitueixen un grup força estable perquè la rotació de persones és més aviat poca, que la dinàmica d'un grup d'un centre sociosanitari en què els/les participants en el grup van canviant, de manera que el grup és menys estable.

Per altra banda, com que cada d'institució atén persones diferents, encara que tinguin en comú la dependència, i ofereix serveis diferents, el programa també pot estar condicionat per aquests aspectes. Així es possible que en un entorn residencial prengui importància l'aspecte relacional, mentre que en un entorn sociosanitari es doni més importància a l'aspecte funcional. De totes maneres, en aquest punt, ens agrada fer notar que si bé és veritat que tots aquests factors "institucionals" condicionen d'alguna manera el programa, el que de veritat cal tenir present són les persones que hi participen –aspecte que ja tractarem més endavant– independentment d'allà on es trobin ubicades. És bo mirar-se les persones en funció d'elles mateixes, no en funció d'allà on viuen.

- c. *El model d'atenció.* Un model que es basi en l'atenció integral (exposat en el punt 5 del capítol II) a les persones podrà acollir un programa fonamentat en els mateixos principis. Però tan important és acollir-se al model d'atenció general que determina la normativa –per exemple, preveient l'existència d'equips multidisciplinaris– com la materialització d'aquest model d'atenció que en pugui fer cada institució, la qual cosa es concreta amb els programes i l'organització de cada centre. És diferent planificar per a un centre que treballa sistemàticament, amb convicció i en equip, que fer-ho per a un centre que hi treballa esporàdicament o amb "menys intensitat".

- d. *El material i l'equip.* La disponibilitat de material i d'espai per desenvolupar el programa també són aspectes que el condicionen parcialment, tot i que les seves finalitats i objectius generals poden ser les mateixes. El que pot canviar són les possibilitats, la manera de treballar i de desenvolupar-lo. Efectivament, és diferent poder treballar en un espai tancat, ampli i adequat, que haver-ho de fer en un espai compartit amb altres activitats (circumstància que es dóna en molts dels centres perquè, en el seu moment, no es van projectar per acollir aquest tipus d'activitats) o bé que les seves dimensions no siguin adequades. És per això que és bo elaborar el programa de manera que es pugui dur a terme amb les condicions, les característiques i les disponibilitats pròpies del centre, cosa que n'augmentarà les possibilitats d'èxit.
- e. *Les característiques dels participants.* La situació i les característiques de les persones que participen en el programa són els principals determinants de la planificació del programa. Per al VAFiD hi ha una característica que és comuna a totes les persones que hi participen: la dependència, tot i que, la veritat, limitar la definició de les característiques dels participants a aquest mot és dir molt poc. Tal com ja hem exposat àmpliament en el capítol II, la dependència és el resultat de circumstàncies molt diverses (deficiències, malalties, entorn en què es viu...) i una situació que és canviant. Així, ens trobem amb un col·lectiu de persones molt heterogeni. Per aquesta raó, la planificació que puguem elaborar haurà de tenir en compte les deficiències que contribueixen a desenvolupar processos de discapacitat més freqüents entre les persones grans i, posteriorment, adaptar-la a la realitat de cada grup concret.

A banda, i tal com ja hem exposat en repetides ocasions, partim de la concepció global de l'ésser humà, cosa que condicionarà el programa en el sentit que caldrà treballar tenint en compte les dimensions biològica, psico-emocional i social sempre presents – simultàniament i unitària- en la conducta motriu de la persona.

La reflexió sobre tots aquests factors i la seva combinació és la base per a l'elaboració d'una planificació d'acord amb la realitat de l'entorn i del grup al qual s'ha d'aplicar, aspecte que ha de contribuir, també, a la seva coherència, èxit i reconeixement.

CAPÍTOL V: EL PROGRAMA VAFiD

1 LES PERSONES QUE PARTICIPEN EN EL PROGRAMA

Aquest programa va dirigit a persones grans amb dependència que viuen, assisteixen o estan ingressades en alguna institució dedicada a la seva cura i atenció (residències, centres de dia, centres sociosanitaris). En general són grups que s'han format en el si d'aquestes institucions, amb persones grans o molt grans.

Les característiques de les persones que hi participen són diverses i només és possible descriure-les amb precisió fent un perfil individual de cadascuna. Podem parlar de trets generals sobre la seva salut, la seva situació social i familiar o l'entorn on viu, que és el que hem fet fins ara. És per aquesta raó que aquí farem una puntualització sobre la constitució del grup en general i un breu recordatori sobre les deficiències/capacitats de les persones participants.

Per a la descripció de les característiques de les persones que participen en el programa i de les institucions que les acullen, prenem com a referència els continguts desenvolupats en els dos primers capítols d'aquesta tesi. Així doncs, els **antecedents previstos**²⁹ quant a les persones participants en aquest estudi i a la institució que les acull (una residència) són els que es defineixen en els esmentats capítols, i ara només en descriurem un perfil general.

1.1 L'HETEROGENEÏTAT DEL GRUP

Una de les principals característiques d'aquests grups és l'heterogeneïtat.

Heterogeneïtat que condiciona el desenvolupament del programa i es manifesta en dos àmbits diferents:

- a. **Característiques bio-psico-socials** que determinen les seves possibilitats i limitacions. Caldrà adaptar-hi el programa i les propostes procurant que siguin adequats i significatius per a totes les persones que formen el grup. Si les condicions organitzatives (espai, recursos humans, temps, tipus d'institució...) i el tipus de persones ho permeten, és útil homogeneïtzar³⁰ els grups a partir de característiques generals com:

²⁹ Vegeu el capítol VI dedicat a la metodologia de la recerca.

³⁰ Volem destacar i remarcar que el grau d'homogeneïtzació dels grups ha de tenir el punt just per poder treballar de manera adequada. De cap de les maneres l'agrupació de persones amb característiques semblants ha de ser una prioritat, ni l'heterogeneïtat un impediment per poder desenvolupar el programa. És per aquesta raó que sempre que fem referència a l'homogeneïtzació dels grups, ho farem considerant que es tracta d'una agrupació que parteix de criteris globals i flexibles.

1. Capacitat funcional per caminar o no, de manera que podem formar grups que poden fer activitats que comporten desplaçaments o bé grups on cal fer-ho tot asseguts.
2. Nivell de capacitats cognitives, diferenciant grups amb persones que les tenen conservades o amb un deteriorament lleu o moderat, i grups amb deteriorament cognitiu avançat.

Al nostre entendre, aquests dos aspectes tan generals són els únics que justifiquen una lleugera homogeneïtzació dels grups: per les possibilitats de treball, l'aplicació del programa i la seguretat de les persones que hi participen.

En el primer cas (a) poder plantejar activitats amb desplaçaments (sigui amb ajudes tècniques per a la marxa o sense) comporta unes possibilitats de treball més àmplies en aspectes com l'equilibri, la percepció de l'espai o la relació amb l'entorn que són interessants d'aprofitar i són capacitats importants de conservar el màxim de temps possible. Per als grups que estan formats per persones que no es poden desplaçar soles ja queda determinat que caldrà organitzar la sessió en funció d'aquesta característica. Aquests grups tenen l'avantatge que poden acollir persones del primer grup (les que poden caminar).

En el segon cas (b), el de les capacitats cognitives, cal tenir en compte que condicionen de manera important la participació en el programa. Per això no és convenient incloure persones amb deteriorament cognitiu avançat en un grup format per persones que encara conserven moderadament les seves capacitats cognitives.

- b. ***Interessos, necessitats i expectatives*** individuals sobre la participació en el programa. Cada persona del grup hi participa a partir d'un seguit de motivacions o circumstàncies que li són particulars. En un mateix grup hi conflueixen diferents nivells de predisposició i interès que, junt amb l'habilitat i la metodologia de l'educador/a, acaben configurant una dinàmica de grup característica. Aquí entren en joc els equilibris, els canvis, l'evolució i la interacció entre el que són els aspectes individuals i particulars de cadascú i els del conjunt del grup.

Sense voler generalitzar i en el benentès que cada situació i cada persona s'emmarquen al voltant d'interessos, de necessitats i d'expectatives diverses, es pot dir que hi ha persones amb diferents actituds en relació a la seva participació en el programa:

1. Que els agrada participar i ho fan amb interès.
2. Que d'entrada no volen participar en l'activitat, però que després d'un temps en descobreixen els aspectes constructius i la valoren positivament.
3. Que no els agrada ni el tipus de pràctica ni les situacions de grup. Al nostre entendre, quan aquesta actitud és producte d'una decisió conscient de la persona, d'una opció o d'una preferència, cal saber respectar el seu dret a la no participació.
4. Que posen en el programa d'activitat física unes expectatives que no es corresponen amb la realitat, com per exemple pensar que participant-hi resoldrà problemes funcionals que són irreversibles o que necessiten d'altres tractaments.

Siguin quines siguin les motivacions individuals, cal vetllar sempre per la **inclusió** de tothom en el programa, el **respecte de** la seva dignitat, la **participació activa** de tothom i l'**acceptació** de cadascú amb les seves particularitats.

L'homogeneïtzació dels grups només ha de respondre a criteris que afectin a la seguretat, a la participació satisfactòria i significativa de les persones grans en el programa. L'heterogeneïtat també és interessant i aporta un component educatiu molt important. Fa possible la relació i el contacte entre realitats diferents i, per tant, un aprenentatge i una pràctica més rica perquè dóna la possibilitat de comparar, de relacionar i d'aprendre formes d'adaptació i relació diferents a les pròpies.

1.2 DE LES CAPACITATS A LES DEFICIÈNCIES I A LA INVERSA

Visualitzar les capacitats de les persones grans que participen en el programa permet comprendre'n el seu abast i adequar les accions a cadascú, personalitzar. Les capacitats són allò que hem d'intentar conservar i les deficiències allò que hem de conèixer per poder fer més evidents les potencialitats. En aquest programa entenem que la relació entre capacitats i deficiències és un joc d'equilibris constant. És una balança que té en un plat les possibilitats i a l'altre les mancances: si un pesa més, l'altre esdevé més lleuger. És per això que cal comprendre la següent llista de deficiències que contribueixen a la dependència com una llista de deficiències i capacitats al mateix temps, perquè en la mesura que, per una banda, són mancances, per l'altra, són aptituds.

Taula 10. Perfil dels participants: deficiències/capacitats

Deficiències/capacitats sensorials:	
De la visió	
De l'audició	
Deficiències/capacitats neuromusculoesquelètiques i relacionades amb el moviment:	
De la mobilitat i l'estabilitat de les articulacions i els ossos	
De la força, el to i la resistència musculars	
Altres components del moviment	
Deficiències/capacitats mentals:	
Globals	L'orientació
	La demència
Específiques	De l'atenció
	De la memòria
	De les funcions cognitives superiors
	Del llenguatge
	De l'encadenament de moviments complexos
De les experiències del jo, de la imatge corporal i del temps.	
Deficiències/capacitats del sistema cardiovascular	
Deficiències/capacitats del sistema respiratori.	

Per definir el perfil de les persones participants en el programa VAFiD partim, primer, de les deficiències que contribueixen a desenvolupar els processos de discapacitat més freqüents entre les persones grans i, segon, posem atenció en aquelles que tenen una relació més directa amb el desenvolupament del programa d'activitat física. Ordenem la selecció de deficiències, tenint en compte aquests dos criteris, segons l'esquema que

proposa l'OMS mitjançant la CIF (Organización Mundial de la Salud i Organización Panamericana de la Salud, 2001)

Les deficiències sensorials i les osteoarticulars són les més corrents i les que generen situacions de dependència amb més freqüència. Les demències, els processos degeneratius i les mancances del sistema nerviós també formen part de la cascada de la dependència. Les principals deficiències/capacitats que tenim en compte a l'hora de definir el perfil del participant en el programa són les que figuren a la taula 10³¹.

1.3 PERFIL DE LES PERSONES A QUI VA ADREÇAT EL PROGRAMA

Tenint en compte les apreciacions fetes en els punts precedents i en el capítol II, el perfil de les persones a les quals va adreçat el programa compleix les següents característiques:

a) Aspectes generals:

Sexe: és indiferent, tot i que es preveu una major proporció de dones

Edat: més grans de 70 anys (encara que menys edat no exclou de la participació en el programa)

Situació familiar: Indiferent, caracteritzada per la diversitat de situacions familiars (nombre de fills, estat civil, origen...)

Vinculades a una institució d'atenció a les persones grans (residència, centre de dia, centre sòciosanitari)

Nivell d'estudis: Indiferent, tot i que sol ser bàsic o mitjà (explicat per aspectes generacionals)

b) Aspectes biomèdics:

Presència de dues o més malalties cròniques (pluripatologia)

Funcionalment es tracta de persones que poden desplaçar-se per elles mateixes (amb ajuts tècnics o no), amb capacitat per aixecar-se de la posició d'assegut/da i amb algunes limitacions a nivell de mobilitat articular, de força o de coordinació de moviments. Amb una capacitat mínima de resistència a l'esforç (poder caminar més de 50 metres i mobilitzar extremitats sense fatiga).

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius:

Realitats diverses en els aspectes psicològic i emocional no associades a conductes patològiques o que dificulten el contacte, la relació i la convivència amb els altres, en el marc d'una vida diària normalitzada.

³¹ Descrites en el capítol II, punt 3.

Entre la diversitat de capacitats cognitives possibles, les persones participants en el programa conserven, com a mínim, la capacitat de comprendre i respondre ordres senzilles (frases amb un sol verb).

d) Comunicació:

Persones amb capacitat per contactar amb l'entorn, expressar-se i per relacionar-se amb els altres, malgrat que puguin presentar limitacions sensorials (vista, oïda) o cognitives.

e) Aspectes socials:

Realitats diverses quant a relació social i contacte amb la família.

2 PLANTEJAMENT DEL PROGRAMA

La definició del programa en el seu conjunt i dels diferents aspectes que el componen ha de començar, necessàriament, per la descripció de les seves **intencions generals** i dels **objectius generals** que es planteja. Les primeres són la tria d'aquells aspectes que defineixen l'essència del programa i ambdós són el referent del procés de treball que s'anirà confegint a mida que es vagi desenvolupant. Dit d'una altra manera o mirat des d'una altra perspectiva, contribueixen a definir els efectes que esperem obtenir de la implementació del programa.

Les intencions generals (o finalitats) expressen la "filosofia" del programa, les raons de fons que el justifiquen. Són la base de la planificació a l'hora de preveure el treball que es farà i com s'organitzarà; del desenvolupament, a l'hora de proposar i dirigir les activitats durant la sessió; de l'avaluació, a l'hora de valorar i analitzar processos i resultats. Així, caldrà tenir-les presents sempre que es vulgui desenvolupar un programa com el VAFiD; l'adaptació a cada institució es farà en les fases més avançades de la planificació, en el moment de preveure la programació del treball a realitzar d'acord amb la realitat del centre i del grup.

Tenint en compte els referents per al programa VAFiD³² i partint de la base que es desenvolupa en una institució (residència, centre de dia, centre sòciosanitari), amb persones que han perdut part de la seva competència per desenvolupar-se de forma autònoma i, en general, amb poca predisposició al moviment, el programa es proposa:

- a. Influenciar positivament en el procés d'envelliment intentant preservar al màxim el nivell d'autonomia i les possibilitats que encara es conserven.
- b. Contrarestar les actituds passives i sedentàries.
- c. Incentivar el compromís personal en la cura de si mateix, quan les capacitats cognitives ho permetin.
- d. Contribuir al manteniment, l'activació i l'ús de les capacitats físiques i funcionals, les psicològiques, les cognitives i les de comunicació i relació.

³² Descrits en el punt 1 d'aquest capítol.

- e. Contribuir a la millora i/o manteniment de l'equilibri emocional, en un intent de contrarestar les pèrdues que es puguin haver experimentat durant el propi procés d'envelliment o per altres causes.
- f. Millorar i/o posar en joc la capacitat d'adaptació a noves situacions, potenciant la vivència i l'experimentació de situacions diverses i riques (tant en l'aspecte psicomotor com en el de relació, percepció i comunicació amb l'entorn).
- g. Potenciar el reconeixement positiu, l'acceptació i la revalorització de si mateix per tal de preservar i millorar la seguretat i l'autoestima.
- h. Facilitar i proporcionar oportunitats que permetin experimentar una vivència positiva del present.
- i. Contribuir a l'aprenentatge, ús i/o experimentació d'estratègies que ajudin a un major benestar i desenvolupament físic i psíquic, potenciant la sociabilitat i l'ocupació del temps de forma activa i gratificant.

És necessari remarcar, però, que cal entendre el programa, les seves intencions i les seves possibilitats des de la perspectiva més àmplia possible. L'espectre és molt gran i es pot adaptar a la majoria de les situacions, també a aquelles en què hi ha molta discapacitat. Algú amb moltes discapacitats també pot participar activament, o realitzar-se personalment, o gaudir... En tot programa és fonamental creure en les possibilitats dels individus –encara que siguin molt poques- i dimensionar adequadament les nostres intencions, tant les que són més generals, com les més concretes.

Tal com es pot observar en el plantejament de les finalitats –més endavant també es podrà observar en els objectius- aquest programa no té intencions rehabilitadores específiques i cal entendre els propòsits de millora en la mesura que la persona pugui experimentar-les pel fet de participar en un procés “d'entrenament” i/o ús continuat de funcions i capacitats que s'haguessin pogut perdre pel desús, i sempre dintre de les seves possibilitats. Hem de tenir en compte que el programa va dirigit a persones grans que, ens agradi o no, segueixen un procés involutiu en el qual podem incidir però no lluitar-hi en contra. La ciència i les accions desenvolupades pels professionals han pogut allargar la vida, però, ara per ara, la vellesa continua essent-ne l'última etapa. És per això que en el programa VAFiD sovint el manteniment és una millora.

Al nostre entendre, la intervenció des d'aquest àmbit i en aquest entorn, ha de servir per:

- **Construir, millorar o aprendre sobre allò que encara és modificable.**
- **Consolidar, mantenir, estimular o reaprendre sobre allò que es té però no s'utilitza.**
- **Adaptar, acceptar o “aprendre a desaprendre” allò que s'ha perdut.**

Tanmateix, les millores i el manteniment estan lligats a la continuïtat i a la constància en la participació en el programa. Contràriament, una participació esporàdica i discontinua o bé un programa limitat en el temps aporten beneficis momentanis, en el primer cas, o unes millores que es perdran després d'un temps d'haver finalitzat el programa, en el segon.

En un altre ordre de coses, però entre les intencions del programa, cal remarcar la seva dimensió de complementarietat amb altres intervencions especialitzades i/o individuals

que puguin desenvolupar les institucions (fisioteràpia, teràpia ocupacional, animació) i que formen part del pla d'atenció a la persona gran.

Els **objectius generals del programa** defineixen, per una banda, allò que es vol aconseguir amb l'aplicació del programa i, per l'altra, la direcció del treball que més endavant es concretarà en una manera d'organitzar els continguts i la forma de portar-los a terme durant el desenvolupament de les sessions. És allò que esperem que les persones que participen en el programa puguin arribar a ésser capaces de fer –si les seves capacitats els ho permeten- a partir de la implementació del VAFiD.

En el procés de concreció, la formulació i l'organització dels objectius generals del programa parteixen de la idea que hi ha cinc grans àmbits a considerar –adaptats de (Soler Vila, 2009)- que es justifiquen pel model de programa que proposem.

- a. **Participació activa.** Perquè busca el compromís personal i només és possible a partir de l'acció, del moviment actiu de la persona que hi participa.
- b. **Satisfacció personal.** Perquè és un programa que té com a nucli la realitat, les preferències, les capacitats i els interessos de la persona gran i vetlla per un ambient que potencia la comunicació i l'expressió lliures
- c. **Prevenició i salut.** Perquè es basa en el moviment com a font de salut.
- d. **Competència funcional.** Perquè l'activació i l'ús de capacitats ajuda al seu manteniment i per tant al desenvolupament en la vida diària.
- e. **Competència social.** Perquè es treballa en grup.

És per això que ens serveixen com a referència per formular els objectius generals (vegeu la taula 11) i per determinar que esperem obtenir del programa: els efectes esperats.

Tal com es pot observar, aquests objectius posen més atenció en el procés que en el producte. Els objectius centrats en el procés tracten sobre la manera com es fa una acció, mentre que els centrats en el producte fan referència al resultat d'una acció més que no pas a la manera com es porta a terme (Siedentop, 1998). La raó fonamental d'aquest tipus de formulació d'objectius per al programa VAFiD es recolza sobre la idea que, més que les millores i adquisicions que pugui comportar la participació en el programa –que també-, ens interessa el procés, l'experiència viscuda, el camí cap a la progressiva motivació, la construcció de l'aprenentatge i/o la rutina, perquè, en gran mesura, d'aquests processos en depenen la vivència del present, la satisfacció i el benestar personal.

Compartim plenament les idees de Pérez-Samaniego y Devís (2010) quan destaquen la importància de partir d'una concepció àmplia de la relació existent entre l'activitat física i la salut, la qual no passa necessàriament per la condició física. Alhora comporta posar èmfasi en el procés tenint en compte aspectes com la gratificació que pot proporcionar; l'adequació a les capacitats i necessitats de qui practica; l'autonomia per prendre decisions sobre la pròpia activitat; la seguretat i la visió crítica per superar desigualtats relacionades amb la pràctica d'exercici físic (sexisme, medicalització o consumisme).

“La práctica de actividad física no debería ser calificada de saludable si no produce placer a quien la practica (...). La actividad física debe adaptarse a las capacidades, posibilidades, necesidades y gustos de las personas, y no al contrario (...). Las personas y los grupos deben sentirse y ser capaces de tomar decisiones

acerca de su práctica (...). En la realización de la actividad física, los beneficios para la salud deben superar a los riesgos.” (Pérez-Samaniego y Devís Devís, 2010: 30-37)

Taula 11. Objectius generals del programa VAFiD

Participació activa.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar el nivell d'activitat física mitjançant la participació en el programa - Participar per iniciativa pròpia i/o amb convenciment en el programa - Respondre activament a les propostes que es fan durant les sessions - Fer aportacions i propostes durant les sessions
Satisfacció personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar amb llibertat durant les sessions (sentir-se lliure –i capaç– per provar, proposar, experimentar o no respondre) - Desenvolupar les capacitats d'expressió i comunicació - Elaborar respostes adequades a les seves possibilitats (Sap fins on pot arribar?) - Elaborar respostes adaptatives a les limitacions (És capaç de fer una cosa d'una altra manera?) - Gaudir de les situacions que es creen en el si del grup i durant el desenvolupament de les sessions - Acceptar les situacions lúdiques amb bon humor - Vivenciar positivament situacions diverses i canviants que es produeixen durant les sessions
Prevenició, salut.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la quantitat d'activitat física en la vida diària amb l'objectiu de tenir cura de la pròpia salut - Comprendre l'activitat física com a font de salut - Analitzar, reconèixer i observar les pròpies capacitats - Analitzar, reconèixer i observar les pròpies limitacions - Expressar, verbalment o gestual, opinions, sentiments, vivències
Competència funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - D'acord amb les seves característiques i situació, utilitzar i aplicar les seves: <ul style="list-style-type: none"> - capacitats biològiques bàsiques - capacitats psicomotrius - capacitats sòcio-afectives - capacitats cognitives
Competència social.	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar-se en la dinàmica del grup relacionant-se espontàniament amb els seus membres - Saber satisfer les pròpies capacitats de relació (amb si mateix, l'entorn, els altres i els objectes) de manera positiva - Resoldre problemes o situacions motrius individualment o col·lectiva - Cooperar, treballar, ajudar, compartir amb les altres persones del grup

Aquest plantejament delimita, amb més precisió, les intencions del programa, o els **efectes esperats**. En el benentès que el VAFiD pren sentit quan es tenen en compte tots els elements que el conformen i quan es contemplin les indicacions sobre la implementació que exposem en els següents punts, esperem que el programa tingui incidència (millora, manteniment o estimulació) sobre:

Taula 12. Efectes esperats

La participació activa de la persona gran, expressada a través de:	a. L'assistència continuada al programa b. Resposta activa durant les sessions (responent a les propostes i fent aportacions pròpies)
La satisfacció personal durant la participació en el programa, expressada a través de:	a. Una actitud tranquil·la i alegre durant les sessions b. L'expressió espontània d'opinions i valoracions positives sobre les activitats i el programa c. Les interaccions satisfactòries (no conflictives) amb les persones del grup d. Assistència continuada al programa
La comprensió de l'activitat física com a eina preventiva i font de salut , expressada a través de:	a. Raons per a participar en el programa que parlen de beneficis, sensacions agradables o l'adopció d'estratègies pròpies en relació a la pràctica. b. L'adopció de conductes actives, segures i adequades a les pròpies possibilitats durant el desenvolupament de les sessions.
La competència funcional de la persona gran, expressada a través de l'ús adequat i desenvolupament (millora, manteniment, estimulació) de capacitats bàsiques com:	a. Força b. Resistència c. Flexibilitat d. Agilitat e. Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) f. Moure's amb harmonia mínima per desenvolupar-se (mobilitat, equilibri, coordinació...)
La competència social de la persona gran, expressada a través de:	a. Les interaccions entre iguals freqüents i positives b. La capacitat de treball compartit amb altres persones del grup

Aquest és el punt de referència que ens serveix per:

- Determinar quins aspectes cal treballar (continguts) durant el desenvolupament del programa.
- Formular els objectius didàctics de cada unitat de treball que nosaltres organitzarem a partir de les estacions de l'any.
- Avaluar si els propòsits s'acompleixen, tot observant i valorant les respostes de les persones que hi participen.

3 DEFINICIÓ DELS CONTINGUTS DEL PROGRAMA

En el benentès que els aspectes a treballar o continguts són els mitjans que posem al servei dels objectius del programa (Blázquez Sánchez y Sebastiani Obrador, 2010), abans de confegir-lo, volem definir les "eines" que ens han d'ajudar a aconseguir els propòsits del VAFiD. La primera de les eines són els aspectes a treballar.

El fet que, en aquest punt, definim els continguts del programa d'una forma lineal, no vol dir que a l'hora de treballar amb un grup de persones grans també ho fem d'aquesta

manera. Per una banda, tots els aspectes estan relacionats entre ells i uns no es poden comprendre sense els altres i, per l'altra, el que ens interessa en el programa són les persones amb qui treballem i la seva integritat, no les seves capacitats o deficiències ateses parcialment. No té cap sentit treballar l'equilibri o la capacitat de relació d'una persona amb els altres de manera aïllada, com si fossin aspectes aliens a ella. Quan treballem amb el grup de persones grans, ho farem compaginant una mirada global amb les eines de treball concretes de manera que, les segones, ens serveixin per respondre globalment a la situació del grup i de les persones individualment.

Els continguts del programa els presentem organitzats en quatre àrees:

Taula 13. Continguts del programa VAFiD

Capacitats físic/motrius
Resistència a l'esforç
Força / tonificació
Mobilitat articular
Flexibilitat
Velocitat
Funció respiratòria
Capacitats perceptiu/motrius
Coordinació de moviments
Equilibri
Percepció del propi cos
Percepció de l'espai
Percepció del temps
Percepció sensorial
Capacitats socio/motrius
Relació/interacció amb si mateix/a
Relació/interacció amb els altres
Relació/interacció amb l'entorn
Capacitats cognitives
Concentració i atenció
Memòria
Llenguatge
Funcions executives

A continuació en definim les característiques principals, la importància que tenen per a les persones a qui va adreçat el programa, els aspectes a tenir en compte a l'hora de posar en joc cada un dels continguts i un exemple de les activitats que es poden fer servir.

3.1 RESISTÈNCIA A L'ESFORÇ

El treball sobre la capacitat de resistència a l'esforç és important en el sentit que és la que garanteix les possibilitats de mantenir un determinat nivell d'esforç físic durant un temps més o menys llarg. D'aquesta capacitat en depèn que la persona gran pugui fer activitats com caminar (si no té altres deficiències neuro-músculo-esquelètiques relacionades amb el moviment), o moure braços i cames sense fatigar-se en excés. És una capacitat que està lligada a les funcions cardiovascular i respiratòria i, per tant, caldrà posar especial atenció quan treballem amb persones grans que pateixin alguna deficiència sobre aquests

aspectes. La participació en el programa està condicionada al consell i a la supervisió mèdica.

Aquesta capacitat es treballa a partir d'activitats que impliquin la mobilització de grans grups musculars i diversos alhora, de manera continuada i mantinguda. Tal com explica Meléndez parlant sobre aquest tema *“és millor utilitzar les cames que els braços, o tot el cos en lloc de només els braços”* (Meléndez Ortega, 2000: 78). També són útils les activitats que comporten moviments cíclics i rítmics en què es repeteix una cadència, per exemple caminar.

Per altra banda, en el desenvolupament de les sessions és fonamental tenir en compte la intensitat de treball. En aquest aspecte cal:

- a. Treballar a intensitat moderada (que permeti parlar al mateix temps que es fa l'activitat)
- b. Donar prioritat a la durada i la continuïtat del treball, més que a la intensitat
- c. Evitar el cansament excessiu; per això cal posar atenció a l'aparició de senyals de fatiga (mareig, pal·lidesa, suor freda, aparença cianòtica a ungles i llavis...) durant i després de la pràctica
- d. Valorar i preveure tant la intensitat de les activitats proposades per al treball d'aquesta capacitat en concret, com la del conjunt de la sessió d'activitat física
- e. Adaptar l'exercici a les condicions ambientals. Treballar en un ambient molt calorós, fred o humit, pot comportar un excés de fatiga realitzant activitats que, en condicions normals, serien d'intensitat adequada
- f. Incrementar i disminuir progressivament la intensitat de treball, preveient períodes d'escalfament i de recuperació

Podem treballar la capacitat de resistència a l'esforç mitjançant:

- a. Activitats de caminar o mobilitzar cames, braços i cos (asseguts) de manera continuada. Amb petites pauses de recuperació o sense, en funció del ritme de treball i de les capacitats de la persona
- b. Activitats dinàmiques, simbòliques i formes jugades³³ –amb material o sense– que impliquin mobilització de grans grups musculars i/o varis alhora, de forma continuada i mantinguda
- c. Activitats rítmiques (dances, ball, coreografies)

3.2 FORÇA/TONIFICACIÓ

Exercir la força muscular adequada a cada situació és imprescindible per moure's de forma eficaç. Per això es requereix el manteniment d'un cert to muscular que ens és útil per a la postura (en parlarem més endavant) i per poder iniciar els moviments. També és necessari que els músculs tinguin la capacitat de contreure's i relaxar-se harmònicament per moure amb eficàcia els segments corporals, i que ho puguin fer durant un cert temps (to, força, resistència muscular i coordinació).

³³ Vegeu més endavant, en el punt 4.1.3, què s'entén per *formes jugades*.

En l'àmbit que ens ocupa, l'objectiu principal és mantenir aquestes capacitats i millorar-les quan han patit les conseqüències del desús. Tot i així, el treball de la força cal fer-lo de manera global i donant preferència a la força dinàmica (la que comporta escurçament/allargament del múscul, la que produeix un desplaçament dels segments corporals implicats) sobre la força estàtica (la que comporta un increment de la tensió muscular sense escurçament/allargament del múscul, la que no produeix desplaçament). Realitzar exercicis de força estàtica (isomètrics) podria comportar riscos a nivell cardiovascular (incrementen la freqüència cardíaca i la tensió arterial) i a nivell muscular (ruptura de fibres). Per altra banda sempre cal tenir presents les característiques osteoarticulars de les persones per tal de no aplicar càrregues que puguin lesionar o empitjorar les seves articulacions.

Així, en el treball de tonificació muscular en persones grans amb dependència s'ha de procurar:

- a. Garantir el manteniment adequat de la postura per tal d'evitar lesions i localitzar correctament el treball muscular.
- b. Alternar el treball de diferents grups musculars.
- c. Utilitzar càrregues lleugeres (força de gravetat, cintes elàstiques de poca resistència o pesos lleugers).
- d. Tendir a incrementar el nombre de repeticions, més que la resistència (la que pugui exercir una força contrària com la força de la gravetat, o bé una goma elàstica), o el pes.
- e. Reforçar l'actitud d'escolta i control de la postura i de sensacions musculars (tensió i relaxament).
- f. Evitar el manteniment d'apnees.
- g. Evitar els sobreesforços.
- h. Treballar respectant el ritme i el nivell de tolerància de cadascú.

Podem treballar la tonificació mitjançant: exercicis gimnàstics, activitats dinàmiques i simbòliques. Que impliquin la contracció muscular de diferents parts del cos contra el pes de la gravetat, un pes lleuger o bé una resistència lleugera. Individualment, per parelles, en petits grups, amb material o sense.

3.3 MOBILITAT ARTICULAR

Al nostre entendre, aquest és un aspecte fonamental a treballar amb el tipus de persones grans a qui fa referència aquest estudi. La tendència a la immobilitat és molt freqüent, moltes vegades s'accentua quan hi ha una discapacitat i/o l'existència de dolor (de qualsevol tipus). Les deficiències osteoarticulars comporten limitacions importants en activitats fonamentals per a la persona (domèstiques, cura personal, sortir de casa...) i serà molt important intentar mantenir la mobilitat de les articulacions. Sobretot als turmells, per la incidència que té en l'equilibri dinàmic (Rose, 2005), i a les mans, per la incidència que té en la manipulació.

El treball en aquest aspecte es centra en mantenir el balanç articular en totes les direccions i plans possibles, però al mateix temps haurà de procurar:

- a. Evitar moviments bruscs.
- b. Reforçar i buscar la màxima amplitud de moviment possible.
- c. Tenir presents totes les articulacions.
- d. Evitar la mobilització forçada i amb rebots.
- e. Prioritzar les mobilitzacions actives sobre les passives, perquè les primeres respecten les limitacions i proporcionen informació sobre les pròpies possibilitats i característiques. En el context del treball en grup i del programa VAFiD, només cal mobilitzar passivament una articulació de manera puntual i amb la finalitat d'orientar el moviment quan la persona té apràxia o deficiències en el control del moviment.
- f. Motivar i sensibilitzar les persones grans que participen en el programa sobre la necessitat de fer aquest tipus de treball diàriament, fora del context del VAFiD. És un tipus de treball fàcil de fer i de recordar
- g. Quan es treballa analíticament, ajudar a prendre consciència de la localització adequada del moviment.
- h. Tenir en compte que per a les persones amb apràxia, atàxia³⁴ i/o alteracions en l'esquema corporal, fer un moviment localitzat pot ser impossible o comportar una alta dificultat.

Podem treballar la mobilitat articular mitjançant:

- a. Exercicis de mobilitat articular localitzats a cada articulació i de forma individual (es pot acompanyar amb música).
- b. Activitats dinàmiques globals amb utilització de material i música (Ex: "fer ballar el mocador").
- c. Activitats dinàmiques globals en cooperació amb altres persones del grup (Ex: seguir el moviment de l'altra persona).
- d. Activitats simbòliques i expressives amb material i música –o sense– i de forma individual o en grups (Ex: dibuixar lletres, formes... a l'aire).

3.4 FLEXIBILITAT

Aquesta qualitat està molt lligada a la mobilitat articular, però també està condicionada per l'extensibilitat (capacitat d'allargar-se) i l'elasticitat (capacitat per retornar a la llargada inicial) dels músculs implicats en el moviment de les articulacions. Tant el procés natural d'envelliment, com la manca de moviment o el manteniment de postures estàtiques durant llargs períodes de temps (com per exemple seure) contribueixen a l'escurçament muscular i a la pèrdua d'elasticitat, cosa que limita la mobilitat.

És important tenir en compte que els músculs no treballen de forma aïllada (Germain, 2003), sinó que l'acció d'uns està relacionada amb la dels altres. Estan disposats en forma de cadenes musculars, d'aquí ve la importància de treballar l'estirament globalment (implicant diversos segments corporals i articulacions), tenint cura de la postura i de la respiració. Aquesta idea de globalitat en l'estirament i la flexibilització del cos es reflexa en el mètode desenvolupat per Philippe. E. Souchard anomenat Stretching Global Actiu (Souchard, 2005)(Souchard, 2006). Encara que, per les característiques dels participants, en el desenvolupament del programa que presentem no es pot aplicar plenament aquest

³⁴ "Trastorn de la motricitat vinculat a un defecte de coordinació dels músculs implicats en un moviment". (Toro Bueno i Zanco Resa, 1998) (Pàg. 320).

mètode, sí que són útils la idea i els principis generals que proposa: estirar globalment evitant compensacions, posar atenció al bloqueig de la respiració i la importància de la postura per fer un estirament eficaç.

El treball de flexibilitat es fa mitjançant l'estirament de diferents grups i cadenes musculars de forma global. Cal destacar la importància d'aquest tipus de treball tant per la millora i/o manteniment de la mobilitat que comporta, com per la possibilitat que dóna de treballar la consciència corporal mitjançant una actitud d'escolta del propi cos.

Per treballar la flexibilitat cal tenir en compte que:

- a. No és convenient fer estiraments bruscos, per evitar la ruptura de fibres musculars o lesions articulars. Cal evitar els estiraments balístics (balancejos, rebots) (Rose, 2005).
- b. És imprescindible mantenir una postura correcta i procurar evitar compensacions lligades a l'estirament.
- c. Cal mantenir l'estirament durant un temps (segons o minuts en funció del tipus d'estirament i de les capacitats), evitant sempre sobrecarregar les articulacions.
- d. Per a les persones amb poca mobilitat i deficiències osteoarticulars, és difícil mantenir i adoptar les posicions convencionals per realitzar estiraments. Habitualment haurem de treballar asseguts en una cadira o drets i recolzats a la paret.

La flexibilitat es pot treballar mitjançant:

- a. Estiraments.
- b. Activitats dinàmiques i formes jugades, amb material o sense, que incloguin estiraments i mobilitzacions globals.
- c. Activitats simbòliques i expressives amb material i música –o sense– i de forma individual o en grup, que incloguin estiraments i mobilitzacions globals.

3.5 VELOCITAT

La velocitat és una qualitat que està relacionada amb la resistència anaeròbica i amb les capacitats perceptivo-motrius. Quan parlem de velocitat podem pensar en la velocitat de desplaçament (capacitat per fer un recorregut de la manera més ràpida possible), en la velocitat gestual (capacitat per fer un gest de la manera més ràpida possible) o bé, en la velocitat de reacció (capacitat de respondre ràpidament a un estímul).

En el nostre cas, el treball de la velocitat gestual ha d'estar absolutament condicionada a la precisió i adequació del moviment que han de tenir clara prioritat sobre el component temporal. Un gest ràpid però imprecís pot comportar, per exemple, una lesió articular.

Pel què fa a la velocitat de desplaçament ha de ser la constatació d'una realitat (la velocitat de la marxa és un indicador que es fa servir per predir situacions de dependència) i, des del programa VAFiD, el motiu de treball està en els aspectes col·laterals que contribueixin a millorar o mantenir la seguretat de les persones grans en els seus desplaçaments, no en fer que aquests siguin més ràpids (que ho seran si la persona té capacitat i se sent segura). El component temporal del desplaçament és clarament un element de risc en les persones amb un equilibri compromès, o amb les capacitats perceptivo-motrius menys agudes. Una

vegada més cal donar prioritat a la precisió i a la coordinació dels moviments implicats en l'acció de caminar, sobre la velocitat.

La velocitat de reacció a estímuls diversos ens ajuda a adaptar-nos i conviure amb un entorn que constantment emet estímuls. Per poder respondre amb encert necessitem, en primer lloc, percebre els estímuls –cosa que comporta un cert nivell d'alerta- i, en segon lloc, tenir capacitat de resposta “selectiva” –en funció de les característiques de l'estímul. Des del programa d'activitat física ens interessen les dues besants (la perceptiva i la resposta) que es combinen per elaborar una resposta motriu idònia i ràpida, al mateix temps que segura.

El treball i l'estímul d'aquesta capacitat entre les persones grans en situació de dependència està condicionat, en primer lloc, per la necessitat de garantir la seguretat de la persona i evitar qualsevol situació de risc que es pugui produir pel factor rapidesa. Dit això, tot el que sigui exercitar la reacció motriu, la rapidesa, la freqüència i encadenament de moviments –d'acord amb les possibilitats individuals- serà útil.

Per treballar la velocitat caldrà:

- a. Garantir l'aprenentatge previ de l'acció motriu sense el component “temps”
- b. Evitar moviments i accions descontrolades o brusques
- c. Donar prioritat al control del moviment sobre la rapidesa
- d. Proporcionar un ambient de treball que faciliti la concentració i atenció
- e. Personalitzar les propostes d'acord amb les possibilitats –sobretot físiques i cognitives- de cadascú
- f. Evitar situacions competitives que puguin incitar a anar més enllà de les pròpies possibilitats

Per facilitar el treball d'aquesta capacitat ho podem fer mitjançant:

- a. Activitats que comportin una resposta ràpida a l'estímul (jocs, formes jugades...)
- b. Situacions de treball amb accions motrius ràpides i encadenades, sempre que prèviament s'hagin après en un clima de treball tranquil i sense posar atenció a la velocitat.
- c. Activitats –individuals o de grup- que facin servir la música i el material com a elements que contribueixin a objectivar o marcar la velocitat.

3.6 FUNCIO RESPIRATÒRIA

La funció respiratòria té un paper fonamental en el manteniment del benestar general de la persona. Les persones grans amb poca mobilitat i poc actives solen patir deficiències en aquesta funció, d'aquí ve la importància del manteniment de l'elasticitat dels pulmons, de la mobilitat de la caixa toràcica i de la força de la musculatura respiratòria que, són les que contribueixen a la correcta ventilació pulmonar.

Per a les persones que pateixen deficiències respiratòries també serà important –a més del consell mèdic- adequar la intensitat de l'exercici a les seves capacitats, evitar situacions que puguin comportar una dificultat important per a respirar (dispnea) i treballar en un ambient distès lliure de pressió o situacions que puguin crear angoixa.

El treball de la funció respiratòria es centra, principalment, en el reconeixement de:

- a. Les vies respiratòries (nas, boca)
- b. Les fases (inspiració, espiració, apnea)
- c. Les formes (abdominal, toràcica, clavicular)
- d. Els ritmes respiratoris (durada de les diferents fases)

L'experimentació i la presa de consciència de tots aquests factors contribueixen a la millora de la funció i, per tant, a la millora del benestar i del rendiment físic.

A l'hora de treballar específicament aquesta funció serà important procurar:

- a. Donar més importància a la fase de l'espiració que a la de la inspiració
- b. Mantenir una postura –en el nostre cas dempeus o asseguts en una cadira– que permeti l'expansió de la caixa toràcica
- c. Fer respiracions completes (abdominal, toràcica, clavicular) però de manera tranquil·la, suau i adequada a la intensitat de l'exercici
- d. Ajudar a prendre consciència de tots els components de la respiració per tal d'adquirir recursos que permetin utilitzar-la de manera més correcta i efectiva

Podem treballar la funció respiratòria mitjançant activitats que impliquin:

- a. Posar atenció a les vies, les fases, les formes i els ritmes respiratoris
- b. Experimentar i practicar sobre aquests quatre aspectes de la funció respiratòria. En aquest cas és molt útil –sobretot si es treballa amb persones amb deficiències respiratòries importants i/o amb deteriorament cognitiu– utilitzar recursos materials que els evidencin, com per exemple papers, globus, aigua, sensacions a la pròpia pell...
- c. Coordinar-la amb el moviment. La inspiració va lligada a moviments d'extensió o d'estirament i l'espiració a moviments de flexió o de relaxament

3.7 COORDINACIÓ DE MOVIMENTS

La coordinació és “la capacitat de regular de manera precisa la intervenció del propi cos a l'execució d'una acció justa i necessària segons la idea motriu prefixada” (Castañer Balcells y Camerino Foguet, 1991:90). És una capacitat complexa que sempre està present en qualsevol acció motriu i és la que dóna qualitat al moviment mitjançant la precisió, l'eficàcia, l'economia i l'harmonia (Castañer Balcells y Camerino Foguet, 1991). Està del tot relacionada amb altres capacitats com la noció del propi cos, les percepcions de l'espai i del temps, l'equilibri... A banda d'aquestes relacions, que depenen del funcionament del sistema nerviós, les capacitats dels sistemes muscular i osteoarticular també condicionen la coordinació de moviments.

Es tracta d'una capacitat que s'inscriu en la tercera unitat funcional de Luria, en l'àmbit de les praxis (global i fina). La unitat que regula les conductes psicomotores més complexes i la primera que es deteriora en el procés de retrogènesi³⁵. Hi ha dos tipus de coordinació: la

³⁵ El concepte de retrogènesi està lligat al procés evolutiu de la persona. (Da Fonseca et al., 1987) argumenten que l'envelliment comporta una progressiva desorganització neurològica que es produeix en el sentit invers al que com s'ha anat organitzant des del naixement. Es tracta d'una organització que va avançant de més senzill a allò més complex, de reflex a automàtic, i d'automàtic a voluntari i planificat (l'autor l'anomena *organització vertical ascendent*). En el procés de retrogènesi –durant les últimes etapes de la vida– se segueix el mateix camí

dinàmica general (desplaçaments i moviments globals) i l'específica (manipulacions més fines).

Una bona coordinació de moviments contribueix a desenvolupar-se de forma autònoma i sense despeses energètiques innecessàries, aspecte que és especialment útil per a les persones amb discapacitats.

Per treballar la coordinació cal tenir en compte que:

- a. És molt important adaptar la complexitat de les propostes a les capacitats reals de les persones. No demanar allò que la persona no és capaç de fer
- b. Essent una capacitat molt lligada a les capacitats cognitives (atenció, memòria...), pot arribar a esdevenir d'alta intensitat intel·lectual, aspecte que –com el treball físic– també comporta fatiga
- c. La progressió en la complexitat (de més fàcil a més difícil) i en el ritme de treball (donant el temps necessari a cadascú per poder elaborar la seva resposta) és del tot imprescindible, sobretot si les persones que participen pateixen deficiències cognitives
- d. Cal incentivar i reforçar el interès per provar, per experimentar una i altra vegada

Podem treballar la coordinació la mitjançant procediments com:

- a. Mobilització combinada de diferents segments corporals (mans, peus, braços, cames...) en relació de simultaneïtat, successió o alternança, amb totes les combinacions possibles entre segments i un costat i l'altre del cos (Ex: diferents maneres de caminar, coreografies tipus aeròbic...)
- b. Manipulació –amb diferents parts del cos– d'objectes de forma, color, mida, pes o textura diferents, en situacions diverses i variades (individualment, amb altres persones, forma jugada...). Aquesta manipulació pot comportar accions com: llançaments, recepcions, rodaments...

3.8 EQUILIBRI

L'equilibri està relacionat amb la capacitat de mantenir la postura (mantinguda pels músculs que actuen de manera constant contra l'acció de la gravetat) i de recuperar-la en cas de desestabilització. És una capacitat complexa i que està a la base de la construcció dels factors psicomotors.

L'equilibrament està íntimament relacionat amb l'esquema corporal, i la funció tònica que podem considerar-la com un teló de fons de l'equilibri, que alhora, ens donarà les bases per construir les nostres coordinacions i el domini de l'espai. En l'ésser humà, es manifesta per l'actitud de la bipedestació i es caracteritza perquè es realitza amb el mínim esforç voluntari.

Està assegurat pel complex joc de reflexos d'equilibrament, sorgits del conjunt d'informacions d'origen propioceptiu que constitueixen xarxes d'informació sobre

però en sentit invers (*desorganització vertical descendent*): el inici del procés de desorganització comença per les conductes més complexes i va cap a les més senzilles, de les voluntàries a les automàtiques i d'aquestes a les reflexes.

l'equilibri actual, al mateix temps que sobre les modificacions constants que es produeixen en el medi, en el qual posteriorment exercim aquest equilibri. (Aragunde Soutullo, 2000: 178).

La importància del manteniment de l'equilibri entre les persones més grans està en la seva relació amb les caigudes i les seves conseqüències. És per això que si desenvolupem el programa VAFiD en grups de persones que poden mantenir-se dempeus i desplaçar-se – amb ajudes tècniques o sense –, l'equilibri és un dels aspectes a treballar de manera continuada i constant. L'objectiu és mantenir les capacitats (sensorials, motores i cognitives) que contribueixen a conservar l'equilibri i a garantir la seguretat i la confiança en els desplaçaments i/o accions de la vida diària.

Es distingeix entre equilibri estàtic (manteniment de la postura en contra de la gravetat o d'altres forces externes) i el dinàmic (recuperació de la postura després d'un desequilibri generat per la projecció del centre de gravetat fora de la base de sustentació) i els podem treballar tant en bipedestació com en sedestació.

Sigui quina sigui la forma de treball i el tipus d'equilibri, factors com la base de sustentació (la superfície de recolzament), la posició del centre de gravetat del cos, la vista, la informació propioceptiva (sensacions plantars...) i l'activitat prèvia a l'equilibrament (Ex: caminar molt ràpid) condicionen les possibilitats i la dificultat de les situacions d'equilibri.

A l'hora de treballar-lo en persones grans amb dependència, cal tenir en compte que:

- a. La seguretat és primordial. Per això cal preveure totes les situacions de risc i fer propostes que garanteixin el control de totes les persones del grup. S'ha de tenir en compte que el tipus de persones a qui va dirigit aquest programa solen tenir un equilibri precari i un alt risc de caiguda. Per aquesta raó les situacions molt dinàmiques i motivants –que sovint fan perdre la concentració i l'atenció– tenen un component de risc important.
- b. L'atenció i l'actitud d'escolta són molt importants per treballar l'equilibri. Per això és útil facilitar l'experimentació controlada sobre les pròpies possibilitats i característiques, amb la finalitat d'ajudar a descobrir els propis límits.
- c. És interessant crear situacions canviant i variades –però controlades– que puguin assemblar-se a les de la vida diària (Ex: Caminar al costat d'altres persones i en diferents sentits com al carrer).

Es pot treballar l'equilibri, tant drets com asseguts, mitjançant activitats que comportin o requereixin:

- a. Canvis de pes.
- b. Modificació de l'alçada i de la projecció del centre de gravetat (diferents punts de recolzament, posicions estàtiques, evolucions dinàmiques, accions diverses al mateix temps que es manté una postura estàtica o dinàmica...).
- c. Modificacions en les dimensions de la base de sustentació (peus junts, separats, recolzament amb un peu...).
- d. Modificació de la informació sensorial implicada en l'equilibri: vista, tacte i propiocepció, sistema vestibular (manteniment de postures i mobilitzacions amb els ulls tancats, realitzar activitats sobre una base inestable...).

- e. Recuperació de la postura equilibrada després d'una situació dinàmica (aturar-se de cop després de caminar).

3.9 PERCEPCIÓ DEL PROPI COS

Tenir una bona percepció i representació del propi cos permet moure's i relacionar-se amb l'entorn de manera efectiva. Entorn de la idea de reconeixement corporal s'utilitzen diversos termes (*"noció corpòria", "esquema corporal", "imatge corporal", "consciència corporal"*) que expressen diferents punts de vista però que, per altra banda, volen anar més enllà de la noció física del cos tot considerant les emocions i les sensacions, els sentiments... (Da Fonseca, 1998: 192), en definitiva considerant, també, el component simbòlic de la percepció del cos.

La noció que les persones tenim del nostre cos és el resultat del conjunt de percepcions i informacions que provenen tant de l'interior com de l'exterior i, alhora, de les experiències i els aprenentatges adquirits. *"La noció de cos és l'alfabet i l'atles del cos (...). Com a mapa la noció de cos és indispensable per "navegar" en l'espai; com alfabet, és indispensable per comunicar i aprendre"*. (Da Fonseca, 1998: 193). És un concepte que fa referència a la idea que les persones ens construïm i som capaces de representar del nostre propi cos –estàtic o en moviment, de les parts o en el seu conjunt– a partir de les informacions internes i de la progressiva construcció que ens en fem a partir de la nostra relació amb l'entorn.

En l'àmbit que ens ocupa aquest és un aspecte important a treballar i a mantenir perquè constitueix la base per als moviments voluntaris i, per tant, de l'ús del propi cos. Tenir-ne una bona noció suposa conèixer, situar i localitzar els diferents segments i parts del cos, i percebre'n també la postura, tant en situacions estàtiques com en moviment. En aquesta percepció del propi cos hi tenen un paper important totes les informacions provinents del tacte, de la vista, dels músculs i de les articulacions (propiocepció), i les del sistema vestibular.

El desús, la immobilitat i les alteracions neurològiques (com és el cas de les demències) comporten la pèrdua de la noció corporal que caldrà treballar i estimular de manera continuada i constant, però tenint en compte que:

- a. És un tipus de treball que requereix un alt grau d'atenció i concentració, les quals poden representar un alt nivell d'intensitat de treball per a aquelles persones que presentin dificultats en aquestes capacitats
- b. Tot i que es tracta d'un treball individual (quan es fa de forma específica), el treball en grup és enriquidor perquè dóna possibilitats d'observar a l'altre, de comparar i, per tant, de conèixer-se millor un mateix
- c. És un aspecte que està implicat en totes les accions i activitats que es puguin desenvolupar durant una sessió d'activitat física
- d. Cal cultivar de manera sistemàtica i continuada una actitud d'escolta i d'observació sobre si mateix, que ajudarà a aquest reconeixement corporal. En aquest aspecte és bo procurar que la persona "escolti" el moviment però que no el miri, perquè d'aquesta manera la propioceptivitat no deixa d'assumir la seva funció (Da Fonseca, 1998), que és la d'informar al cervell sobre el moviment. Hi ha, però, una excepció, que és quan la

persona pateix alteracions importants en la propioceptivitat i la coordinació, llavors la vista és un element primordial per al reconeixement

Es pot treballar mitjançant activitats que facilitin aquest reconeixement i que impliquin:

- a. Posar atenció en les diferents parts del cos, mitjançant automassatge, massatge i/o contacte corporal amb altres persones, clapping, observació i mobilització
- b. Reconèixer l'eix corporal i diferenciar els dos costats del cos
- c. Reconèixer característiques físiques (forma, textura, mida...) i funcionals (possibles moviments, to muscular...) de les diferents parts i segments corporals, mitjançant reconeixements tàctil, visual o motriu
- d. Conèixer i identificar les diferents parts del cos pel seu nom
- e. Observar, reconèixer i modificar (si és possible i si cal) la pròpia actitud postural en situacions diverses (seure i mantenir-se dempeus, fent exercicis gimnàstics, manipulant objectes o mentre es realitzi qualsevol altra activitat durant la sessió) incentivant sempre la transferència d'aquesta actitud correcta a la vida diària

3.10 PERCEPCIÓ DE L'ESPAI

La capacitat de percebre l'espai en què ens desenvolupem les persones ens serveix per poder-nos moure i situar en l'espai i en relació amb els objectes que conté. La vista ens permet distingir, diferenciar i situar els elements de l'entorn que ens envolta de manera més ràpida que si ho hem de fer mitjançant el moviment (per exemple per raó d'una deficiència visual).

És una capacitat que ens permet orientar-nos en relació als objectes de l'entorn i també situar-los en relació a nosaltres mateixos. Ens permet interpretar plànols, identificar trajectòries, sentits i direccions (del nostre propi cos, d'objectes) i també està relacionada amb la lateralitat (conceptes com dalt/baix, sobre/sota, dreta/esquerra...). La percepció de l'espai ens ajuda a ordenar, a apreciar distàncies entre objectes o elements de l'entorn, longituds, volums o superfícies.

A més d'estar relacionada amb factors sensorials, neurològics i cognitius, està condicionada per la capacitat de la persona de moure's per l'espai on està immersa. Així, la rigidesa de les articulacions o les limitacions per poder caminar són aspectes que modifiquen la percepció i les possibilitats de vivència i d'interacció amb l'entorn. En el nostre cas, és habitual que les persones que participen en el programa tinguin un radi d'acció petit, que podem ampliar mitjançant els objectes. En aquest sentit, Joaquín Benito diu:

“També podem ampliar la nostra kinesfera³⁶ quan projectem el moviment lluny de nosaltres. Un exemple concret és el llançament d'un objecte. Aquest és un símbol de la nostra força i de la nostra potencialitat. Sense necessitat de l'objecte concret, els nostres moviments i gestos també poden ser projectats fora de nosaltres. La nostra força pot irradiar i ser també un símbol del nostre jo, una manera d'establir una comunicació, un contacte amb l'espai llunyà, un espai per donar i rebre.” (Benito Vallejo, 2001: 69).

³⁶ El mateix autor defineix aquest terme com: l'espai pròxim que envolta el nostre cos, en el que es poden moure els nostres braços, cames i columna, sense desplaçar-se.

Des del programa VAFiD podem treballar la percepció de l'espai però haurem de tenir en compte que:

- a. Les persones que tenen poca mobilitat s'han de servir d'objectes o d'altres persones per interaccionar amb l'espai
- b. Els dèficits visuals condicionen la percepció de l'entorn

És un aspecte que es pot treballar mitjançant la realització d'activitats amb desplaçaments –del propi cos, d'altres persones o d'objectes- en un espai. Les activitats poden incloure:

- a. Coneixement i vivència dels conceptes bàsics relacionats amb l'espai (dins, fora, dalt, baix, agrupació, dispersió, ample, estret...)
- b. Percepció, reconeixement i vivència de direccions, trajectòries, plans mitjançant les accions del propi cos (en la seva globalitat o en segments), d'objectes o d'altres persones. (Ex: dibuixar trajectòries a l'aire amb diferents parts del cos...)
- c. Orientació tenint com a punt de referència un mateix, altres o bé objectes externs (Ex: situar-se davant/darrera, a la dreta/esquerra d'una cadira. Situar-se de manera que una altra persona estigui al teu davant...)
- d. Reconeixement i reproducció (amb gestos o desplaçaments) de trajectòries i direccions dibuixades en un plànol, explicades verbalment o bé observades.

3.11 PERCEPCIÓ TEMPORAL

De la mateixa manera que el moviment del cos es realitza en un espai determinat, també succeeix en un temps. Un temps que comporta un ordre i una durada –components principals de l'organització temporal-. Les seves dimensions es transformen en funció de la nostra ocupació, edat, motivació i atenció en relació a aquesta ocupació... La percepció del temps està comandada pel cervell, que alhora necessita d'una complexa organització temporal, perquè treballa amb les experiències del passat, les adapta al present i anticipa el futur (Graña Menduïña, 2000).

La percepció temporal està estretament lligada al ritme i n'és el seu principal exponent. El ritme és present en tots els moviments i en tots els fenòmens de la naturalesa. *“El ritme expressa com transcorre l'acció –o el moviment- en el temps. Podríem dir també, la forma com s'ordena, organitza o estructura l'acció en el temps, tenint en compte la seva intensitat, durada i continuïtat”.* (Benito Vallejo, 2001: 64).

La percepció temporal està lligada a l'oïda i a la percepció dels moviments, però també als sentits de la vista i del tacte. S'inscriu en la segona unitat funcional de Luria –com la lateralitat, la noció de cos i la percepció espacial- encarregada de la recepció, l'anàlisi i emmagatzematge de la informació.

El treball a desenvolupar en el VAFiD sobre la percepció temporal inclou la contribució a l'orientació temporal (dia, mes, any, matí, tarda...) –sobretot amb persones amb demència- i tot tipus de ritmes (sonors, orgànics, del moviment) tenint en compte la seva presència en totes les accions. Procurarem treballar aspectes com:

- a. Conceptes bàsics (lent/ràpid, fort/flux...)
- b. Relacions en el temps (simultaneïtat, successió, alternança)

- c. Estructuració del temps (percepció, coneixement i reproducció d'estructures rítmiques)

Tots aquests aspectes els podem treballar mitjançant activitats que comportin:

- a. La identificació i/o reproducció d'estructures rítmiques mitjançant el moviment
- b. La utilització de recursos que incloguin l'observació i la identificació dels cicles que formen part de la nostra vida (dia/nit, matí/tarda, estacions de l'any...) per tal de contribuir a la orientació en el temps
- c. Observar i identificar ritmes propis (respiració, freqüència cardíaca, marxa...)
- d. Elaborar estructures rítmiques a partir del propi cos i del moviment, reforçant la creativitat individual i/o col·lectiva

En treballar amb persones amb dependència, haurem de tenir en compte que, per la seva intangibilitat, el treball quant al temps és un aspecte que comporta una certa dificultat –sobretot per a persones amb deficiències cognitives– però al mateix temps permet reforçar l'expressió innata que va lligada a la nostra gestualitat, malgrat es tingui poca mobilitat i/o dèficits cognitius.

3.12 PERCEPCIÓ SENSORIAL

Des del programa VAFiD, l'estimulació de les vies de recepció d'estímuls més directament relacionades amb el moviment –tacte, vista i oïda– té un paper important per dues raons:

- a. És la porta d'entrada de la informació que després cal processar per, a continuació, elaborar les respostes. Així doncs, és el primer pas a intentar garantir perquè l'arribada de la informació és imprescindible per poder ésser utilitzada. L'estimulació d'aquestes capacitats respon a l'objectiu de facilitar la comunicació, el contacte amb l'entorn, la pròpia capacitat de decidir, l'autonomia que encara es conservi, la dignitat
- b. Una de les característiques més habituals de les persones que participen en el programa són les deficiències sensorials. És per això que, per una banda, caldrà procurar mantenir-les en el nivell de cadascú i/o prioritzar les que es conservin per compensar la manca d'altres i, per altra, tenir en compte les deficiències a l'hora de comunicar-nos i valorar el contacte amb l'entorn i les respostes de la persona

En general, tant quan treballem específicament aquest aspecte, com quan ens comuniquem amb les persones que participen en el programa, caldrà tenir en compte que:

- a. La manca de precisió en les respostes motrius pot ser deguda a dèficits sensorials
- b. Patir deficiències sensorials contribueix a l'aïllament i a la inhibició de les persones, de manera que caldrà observar molt atentament aquestes conductes i procurar crear situacions que facilitin la participació activa de totes les persones del grup, garantint la inclusió de les que tenen deficiències sensorials
- c. Parlar clar, vocalitzar, situar-se correctament en relació a les persones o tocar –acompanyant, no imposant– són recursos necessaris per aconseguir comunicar-se amb el grup

Podem treballar la percepció sensorial mitjançant activitats que requereixin i comportin:

- a. L'estimulació del tacte (de diferents parts del cos) a través de la manipulació (colpir, amassar, llançar i rebre, acaronar, prémer...) d'objectes i del contacte amb el propi cos o el dels altres
- b. L'estimulació de la vista mitjançant l'observació global o concreta de situacions o objectes, el moviment dels ulls i l'exercitació de funcions de la vista (Ex: enfocar i desenfocar un objecte situat davant dels ulls)
- c. L'estimulació de l'oïda posant atenció en la discriminació i la interpretació d'ordres, de sons, de sorolls, per després poder respondre adequadament a la situació i/o propostes que es facin relacionades amb el moviment

3.13 RELACIÓ/INTERACCIÓ AMB SI MATEIXA

Molt relacionat amb l'actitud d'escolta que hem exposat anteriorment, aquest és un treball que es fa cultivant la capacitat de la persona per reconèixer les pròpies possibilitats, limitacions o característiques, respectant-les i reforçant actituds i sentiments positius cap a un mateix.

Aquest també és un aspecte que està present en totes les sessions, perquè sigui quina sigui l'activitat que s'estigui practicant, sempre cal que es faci en un ambient alegre, lliure, compromès, agradable i, sobretot, que ajudi a sentir-se capaç de moure's, de decidir... de manera equilibrada i d'acord amb la realitat individual.

Més que unes activitats adients per poder treballar aquest aspecte, hi ha una *manera* de fer i de proposar-les. Aquesta manera de fer s'inscriu en la relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i el grup, que s'ha de concentrar en obtenir una valoració positiva i creure en les possibilitats de les persones que, encara que siguin velles i tinguin alguna discapacitat, participen en el programa.

3.14 RELACIÓ/INTERACCIÓ AMB ELS ALTRES

En aquest aspecte es tracta de fomentar i facilitar el contacte amb les altres persones que sovint estan limitades per la discapacitat i la tendència a la passivitat i a l'aïllament. Com a éssers socials que som, la comunicació amb els altres constitueix una part important de la condició humana.

El treball relacional és important perquè facilita el sentit de pertinença al grup i la comunicació –en contrast amb la tendència a l'aïllament–, i per les possibilitats d'autoconeixement i revalorització personal que proporciona quan s'està al costat dels altres.

Les relacions interpersonals es treballen sempre de manera indirecta, ja que el programa es desenvolupa en grup, però hi ha moments en que es treballa de manera específica i intencionada.

És important destacar la importància de la manera com es distribueix el grup per la sala on es desenvolupa el programa. Tal com ja hem dit anteriorment, sovint les persones amb qui treballem tenen les possibilitats de moviment limitades, i això fa que el cercle d'acció també sigui reduït. És per aquesta raó que, des de la nostra mobilitat, hem de fer possible que aquest cercle s'eixampli al màxim possible i permeti la interacció directa amb altres

persones. La disposició i la distribució de les persones que participen en l'activitat és el primer aspecte que condiciona les seves possibilitats de relació. Formar un gran cercle és diferent de situar-se per parelles l'un davant de l'altre, i d'agrupar-se en petits grups, i de seure en fila l'un darrere l'altre. Totes aquestes són formacions que, treballant amb persones que no es puguin desplaçar per elles mateixes, faciliten diferents formes de relació entre elles i diferents possibilitats de treball. A l'hora de posar en pràctica el programa caldrà tenir molt present aquest aspecte "organitzatiu" del grup perquè, tal com ja ha quedat clar en el plantejament de les finalitats del programa, potenciar la sociabilitat ha de ser una constant en el seu desenvolupament.

El treball d'aquest aspecte es fa mitjançant la realització d'activitats diverses (jocs, exercicis...) per parelles, en petits grups o gran grup, de manera que sigui necessari cooperar, compartir, parlar, expressar, observar, decidir, triar... amb una altra o més persones.

3.15 RELACIÓ/INTERACCIÓ AMB L'ENTORN

Aquest aspecte fa referència a tot allò que comporti relació de la persona amb l'exterior, com pot ser observar, identificar o tocar l'estructura, els objectes o parts d'una sala o de qualsevol espai en què es desenvolupi la sessió.

Cara a les persones amb mobilitat limitada aquest és un aspecte fonamental per tal d'evitar la tendència a l'aïllament i/o la limitació del seu camp d'actuació. A vegades es dona el cas de persones que poques vegades surten a l'exterior o, encara més, poques vegades surten de la seva habitació de la residència. Aquesta circumstància fa que el seu cercle d'actuació sigui molt reduït i contribueix progressivament a la pèrdua de referències espacials i temporals. El programa d'activitat física –junt amb d'altres intervencions– pot i ha de procurar el manteniment d'una relació amb l'entorn el més àmplia i positiva possible –respectant sempre la voluntat i la decisió de la persona–.

El treball i l'estimulació d'aquest aspecte es fa mitjançant activitats que ajudin a ampliar aquest camp d'acció (Ex: Llençar un objecte contra la paret des d'una certa distància, assenyalar totes les coses que es vegin i que compleixin una característica determinada...).

També és bo intentar realitzar l'activitat física en diferents entorns, per tal d'ampliar l'àmbit d'acció de les persones que hi participen (sala, gimnàs, jardí).

En definitiva, totes aquelles activitats (moure's, observar, tocar...) que ajuden a conèixer l'entorn físic en què es desenvolupa la persona.

3.16 CONCENTRACIÓ I ATENCIÓ

Aquests conceptes es situen a la base de les capacitats cognitives, estan lligats a la recepció de la informació que posteriorment serà processada i farà possible l'elaboració de les respostes. Exercitar les capacitats d'atenció i concentració contribueix a mantenir l'autonomia de la persona.

El seu treball estarà lligat als diferents tipus d'atenció (sostinguda, dividida, selectiva i alternant). Cas que en el grup hi hagi persones amb dèficits d'atenció i concentració, caldrà:

- a. Simplificar les ordres o propostes, tot limitant-les als aspectes més importants.
- b. Reduir la durada de les tasques que “demanen” molt d'aquestes capacitats.
- c. Evitar que hi hagi estímuls que puguin distreure l'atenció. És important poder realitzar l'activitat en un espai tancat que permeti concentrar-se en el què s'està fent.

Són capacitats que en el programa VAFiD es treballen de manera global pel sol fet d'atendre les consignes i respondre a les diferents situacions que es donen i es creen durant el desenvolupament de la sessió. Tot i així, quan es fa un treball específic, es proposen activitats que impliquin:

- a. Donar resposta a consignes complexes (ordres amb més d'un verb) com podria ser realitzar una seqüència de moviments. (Ex: Agafar el tub amb la mà dreta, tocar-se el peu esquerre i donar-lo al company amb les dues mans).
- b. Discriminar i/o seleccionar i respondre segons diferents estímuls. (Ex. caminar quan sona la música, quan para aturar-se).
- c. Escoltar les sensacions provinents del propi cos. (Ex: en fer un estirament, escoltar allà on tiba).
- d. Reaccionar en funció de les respostes dels altres o de la situació. (Ex: picar de mans quan l'altra persona rebí la pilota).

3.17 MEMÒRIA

Igual que la majoria de les capacitats exposades fins ara, la memòria també està present en tots els actes de la nostra vida. Treballar-la i estimular-la a través del moviment és una bona manera de contribuir al seu manteniment –tal com ha quedat demostrat en la tesi doctoral de (Pont Geis, 2004b)–.

A l'hora de desenvolupar el treball de la memòria en les sessions d'activitat física caldrà tenir en compte que sempre cal demanar a cadascú d'acord amb les seves possibilitats. Essent una capacitat que no s'evidencia amb un moviment, com totes les capacitats cognitives, a vegades es fa difícil –o menys evident– saber fins on arriben la capacitat o la discapacitat en aquest aspecte. Per això caldrà informar-se, formar-se i observar molt atentament. Per descomptat que, en aquestes situacions, és imprescindible respectar i vetllar per la dignitat de la persona.

La memòria es treballa a partir de la majoria de les activitats que es desenvolupen durant la sessió, però de manera específica i a banda de les activitats esmentades en els dos punts anteriors, també es treballa amb propostes que comportin l'evocació d'informacions rebudes i percebudes anteriorment (Ex: Fer moviments i exercicis apresos en sessions anteriors. Representar una acció de la vida diària. Observar una situació, modificar-la i reconèixer els canvis que hi ha hagut. Escoltar una seqüència rítmica i després reproduir-la...).

3.18 LLENGUATGE

El llenguatge no només es limita a les expressions verbals i escrites sinó que també inclou el llenguatge gestual. De fet, el gest és un element de comunicació i d'expressió que transcendeix paraula. El llenguatge corporal també “parla” sobre nosaltres mateixos, dels que ens envolten i de l'entorn en què ens desenvolupem.

Facilitar l'expressió i la comunicació esdevé un aspecte fonamental per a les persones que tenen poques oportunitats i/o capacitats per poder compartir i expressar necessitats, interessos, opinions...

A l'hora de treballar el llenguatge caldrà tenir en compte que entre les persones grans amb discapacitats, moltes vegades:

- a. La capacitat d'expressió és limitada i cal aprendre a “llegir” paraules o gestos imprecisos, erronis o desestructurats
- b. Cal saber esperar –sovint més temps del que estem acostumats– l'emissió de la resposta d'una persona que, per la raó que sigui, la processa més lentament
- c. Caldrà ajudar o donar pistes, sense imposar, per a l'emissió del missatge

Aquest aspecte es treballa en les seves diferents dimensions mitjançant activitats de:

- a. Fluència verbal, incentivant sempre la capacitat de posar paraules a les pròpies sensacions o necessitats...
- b. Expressió oral i corporal, ja sigui representant o descrivint situacions, moviments o accions mitjançant la gestualitat o verbalment. (Ex: Representar una actitud d'alegria amb el gest, explicar al grup l'execució d'un exercici gimnàstic...).
- c. Comprensió de consignes, ordres o normes –donades mitjançant paraules, imatges, gestos, sons– per després aplicar i resoldre en una situació de grup o individual.
- d. Denominació, on calgui utilitzar les paraules adequades per explicar gestos, parlar d'accions, moviments, parts del cos...

3.19 FUNCIONS EXECUTIVES

Les funcions executives són les que ens permeten elaborar conductes complexes com organitzar, planificar, decidir... i, per tant, constitueixen el màxim exponent de la nostra autonomia, de la nostra capacitat per governar-nos.

Amb el VAFiD podem incidir àmpliament en aquestes capacitats mitjançant diverses activitats però hi té un paper primordial la manera com les proposem i apliquem, les estratègies pedagògiques que utilitzem durant les sessions. Val a dir que malgrat treballem amb persones que conservin poques capacitats de raonament abstracte, d'elaboració d'estratègies o de decisió, sempre podem trobar una esclatxa –encara que sigui molt estreta– que permeti escollir –que és una manera de decidir–.

Les funcions executives es treballen i s'estimulen a partir d'activitats que requereixin fer associacions, categories o seqüències i que, per tant, necessiten un procés d'elaboració cognitiva, essent les més significatives la presa de decisions i l'elaboració d'estratègies.

Les activitats que permeten incidir en aquest aspecte són:

- a. Realització d'associacions del moviment amb una música, amb números, paraules, accions, imatges, colors, estacions de l'any... (Ex: a la senyal de "1" fer l'acció "x", a la senyal de "2" fer l'acció "y").
- b. Activitats que comportin elaborar o reconèixer i/o actuar en funció de categories (Ex: Agrupar objectes per colors, formes, pes. Realitzar, pensar o inventar moviments de mans, cames, braços, cos i braços...).
- c. Realització i/o elaboració de seqüències de moviments que poden ser més curtes o més llargues, amb material o sense, o associades a una música (com una coreografia d'aeròbic o els passos d'una dansa popular).
- d. La presa de decisions o l'elaboració d'estratègies s'estimulen proposant activitats i situacions en les quals la persona o el grup hagi d'escollir, preveure les seves pròpies accions o resoldre problemes. (Ex: En grups de 4 persones, fer un treball de mobilitat articular en l'ordre i amb el material que vulguin. En parelles, com ho podem fer per passar-nos el mocador sense tocar-lo amb les mans?).

L'estimulació d'aquestes capacitats no només està lligada a activitats concretes sinó que també respon a qüestions metodològiques relacionades amb la manera impartir les sessions donant l'oportunitat de decidir –encara que sigui en aspectes molt petits– a les persones que hi participen.

4 ELS RECURSOS DISPONIBLES PER A DESENVOLUPAR ELS CONTINGUTS: LES ACTIVITATS, EL MATERIAL I LA MÚSICA

Una vegada definides les intencions del programa, els aspectes que hem de treballar per complir amb els nostres propòsits, cal veure quins són els recursos que podem fer servir des de l'àmbit de l'activitat física. Disposem de tècniques i d'activitats molt variades que podrem utilitzar en funció de diversos factors (característiques del grup, objectius, època de l'any...) i que es complementen amb la utilització de material i música com a elements que contribueixen de manera clau en l'estimulació, la motivació i en la riquesa de les propostes.

4.1 LES ACTIVITATS

Una de les característiques de l'àmbit de l'activitat física i el moviment és la riquesa de recursos disponibles per utilitzar en el desenvolupament dels programes a fi de poder avançar en la direcció que ens proposem.

Les propostes que poden formar part de la sessió d'activitat física són molt variades i inclouen diferents tipus d'activitats i tècniques. Per facilitar-ne la descripció les agruparem en les següents categories:

1. Activitats gimnàstiques

2. Activitats rítmiques
3. Activitats lúdiques
4. Activitats d'expressió
5. Activitats a l'aire lliure

4.1.1 ACTIVITATS GIMNÀSTIQUES

Entenem que les activitats gimnàstiques són les que inclouen pràctiques d'exercicis, de moviments o de seqüències de moviments –analítics o globals– de manera sistemàtica i/o repetitiva. En aquest àmbit podem distingir entre dues línies o dos tipus diferents d'activitats gimnàstiques, que responen a dues maneres d'entendre el treball corporal: la gimnàstica tradicional i les gimnàstiques suaus.

Gimnàstica tradicional: Es tracta d'un tipus de pràctica que es centra en el treball muscular, normalment mitjançant exercicis o pràctiques analítiques o segmentàries, encara que també n'inclou algunes de globals. Està lligada a les pràctiques esportives, a les d'entrenament de qualitats físiques, i a les pràctiques amb finalitats de manteniment i d'educació per a la salut.

És un tipus de treball que les persones grans –i les que no ho són tant– identifiquen fàcilment, ja que tradicionalment la pràctica d'exercici físic ha estat associada a l'esport i a la gimnàstica. Sovint, quan es parla de gimnàstica s'identifica clarament que es tracta de fer exercici físic. Aquesta és una via d'entrada i d'apropament –a vegades també d'allunyament– a les persones molt grans a qui proposem participar en un programa d'activitat física. Hem de tenir en compte que la primera de les condicions per motivar la participació és que hom identifiqui la proposta que se li fa.

En l'àmbit de les persones grans amb dependència, aquest tipus de pràctica ens interessa per poder incidir en aquells aspectes que puntualment podem treballar de manera analítica –com pot ser el cas de la mobilitat articular– o en aquells que són de tipus utilitari –relacionats amb activitats de la vida diària, com pentinar-se o posar-se les sabates– i de manteniment de qualitats físiques.

Per a totes les propostes d'aquest tipus que es puguin desenvolupar durant les sessions d'activitat física, caldrà tenir cura de:

- a. Realitzar els exercicis gimnàstics adoptant postures correctes, evitant situacions de sobrecàrrega i de compensació, que podrien ser perjudicials per a articulacions i músculs fràgils, dèbils o amb molta rigidesa.
- b. No perdre de vista l'objectiu principal de la intervenció des del VAFiD que és el de manteniment, estimulació i contribució als processos de rehabilitació –en cas que n'hi hagi–, però mai el de fer un tractament rehabilitador.
- c. Utilitzar recursos materials i organitzatius (treball en petits grups, per parelles...) per donar diversitat i riquesa al treball mitjançant exercicis gimnàstics. Però al mateix temps, cal controlar les situacions de risc o de sobrecàrrega que pugui generar la utilització de materials (per exemple pesos) o situacions atractives (treball en grup, competició...).

Gimnàstiques suaus: En aquest apartat podem incloure diverses modalitats i tècniques que es centren en la consciència corporal; en la relació i la connexió entre els diferents òrgans i sistemes; en la relació tensió/relaxament imprescindible per al moviment; en l'eficàcia, la llibertat i l'expressió del moviment amb el mínim esforç possible.

Els pioners en aquests tipus de pràctiques, segons explica Houareau (1986), són autors i artistes com Feldenkrais, Alexander, Mézières, Ehrenfried, Foster i Jaër, que van desenvolupar mètodes de treball corporal que són referents per a moltes de les pràctiques actuals. Salvats els matisos i les singularitats de cadascun d'aquests mètodes, tots ells es caracteritzen per:

- a. Contemplar la globalitat de la persona i del cos. Posen especial atenció en la connexió entre el cos i la ment, entre les diferents parts del sistema muscular (concepte de cadenes musculars)... en definitiva, tenint en compte que, en l'organisme humà, tot està relacionat i, per tant, tot es reflexa en el tot.
- b. Partir de la consciència per poder conèixer i actuar amb llibertat. Això és, partir de les sensacions internes, de l'escolta activa sobre si mateix, per poder moure i utilitzar el cos amb llibertat i eficàcia.
- c. Respectar el ritme, les característiques i les possibilitats individuals, treballant-hi precisament a favor i no en contra, o intentant dominar-les.
- d. Donar prioritat al paper de la tensió i el relaxament musculars per a la correcta alineació corporal i per a l'economia i l'harmonia del moviment.

A banda de la línia de treball més propera al nostre entorn –l'occidental– com és la iniciada pels autors esmentats més amunt, entenem que en aquest apartat també cal considerar les propostes, els mètodes i les tècniques mil·lenàries –lligades a un estil de vida– que tenen els seus orígens en les societats orientals. Ens referim a pràctiques com el *Tai Chi*, *Tao Inn (Do In)*, *Qui Gong (Chi Kung)*... Són pràctiques que, tenint aquestes mateixes característiques que acabem d'esmentar, fan aportacions en la línia de l'equilibració energètica, de la connexió entre el cos i la ment, de la consciència corporal, de l'harmonia del moviment i del nexa d'unió entre l'esser humà i la natura. Característiques que són prou interessants per poder ser aplicades i adaptades a la nostra realitat i a les nostres característiques.

Són pràctiques que, en els temps actuals i en la nostra societat, desperten un progressiu interès. Una mostra en són les diverses investigacions que, en les últimes dècades, es dediquen a estudiar la relació que hi ha entre la pràctica del *Tai Chi* per part les persones grans i la millora de l'equilibri o, dit d'una altra manera, la prevenció de les caigudes (Wu, 2002) (Maciaszek & Osinski, 2010).

Les característiques d'aquest tipus de recursos són del tot apropiades per treballar amb persones grans amb discapacitats, especialment perquè no són "agressives", respecten la individualitat i faciliten el coneixement i el reconeixement de si mateix/a, aspectes que són fonamentals per garantir l'èxit, la coherència i l'adequació del VAFiD.

Del conjunt de pràctiques englobades en les gimnàstiques dolces podrem extreure diferents tipus de propostes que ens seran útils per als nostres objectius (Pont Geis, 2004a):

- a. Exercicis de relaxament muscular segmentari: per ajudar a reduir la tensió de grups musculars concrets, per exemple, després d'un treball específic.
- b. Tècniques de relaxació: busquen un relaxament més global i, per ser aplicades en el si del VAFiD, es realitzen de manera superficial, no aplicades en tota la seva dimensió. En primer lloc perquè tant les característiques del programa (objectius, treball en grup, espai...), com les de les persones que hi participen (capacitats cognitives, funcionals...), no permeten dedicar el temps que seria necessari per aplicar de manera completa i correcta aquestes tècniques. En segon lloc, perquè la intervenció en aquest nivell es centra més en aconseguir un estat de calma després del treball, que un relaxament molt profund.
- c. Estiraments: de tipus global i el més naturals possible, respectant els límits particulars.
- d. Contacte, massatge i automassatge: són totes aquelles propostes que es basen el treball a partir de la pell. Són les pràctiques que es serveixen del massatge (fricció, copets, amassament...) o de les sensacions de pressió sobre el cos (pes, punts de contacte) per incidir en la consciència del propi cos i també en les relacions interpersonals –quan es fan de manera compartida amb altres persones–
- e. La respiració: escoltant-la, experimentant-la i adaptant-la als moviments.
- f. Moviments lents: producte de la combinació de postures i moviments que es fan lentament, d'acord amb la respiració i “escoltant” la seva evolució.

En el seu conjunt, l'aplicació de les gimnàstiques suaus en el programa VAFiD comporta:

- a. Fer propostes senzilles i de curta durada, de manera que no produeixen fatiga mental, sobretot a les persones que pateixen algun tipus de deteriorament cognitiu.
- b. Dirigir l'activitat definint clarament les propostes, donant pistes que facilitin la seva comprensió, però mai imposant.
- c. Procurar crear un ambient físic (llum, música...) i mental (predisposició, calma...) apropiats per a aquest tipus de pràctica.
- d. Respectar i fer respectar les vivències i les sensacions pròpies, evitant que les persones que participen en el programa adoptin models externs i reforçant l'adopció dels que els siguin propis.
- e. Incentivar la expressió verbal de l'experiència viscuda, un cop finalitzada.

4.1.2 ACTIVITATS RÍTMIQUES

En parlar de les activitats rítmiques fem referència a totes aquelles que es centren en el ritme. La majoria es realitzen a partir d'un suport musical extern, encara que també es poden fer treballs rítmics sense música (creació de ritmes sonors amb el propi cos, instruments musicals o objectes i la creació de seqüències de moviments, desplaçaments...) (Vallès i Padró López, 1990). Dintre el repertori de les activitats rítmiques podem incloure les danses, els balls de saló o altres formes de treball amb suport musical com poden ser formes dansades, activitats expressives o l'aeròbic.

En el seu conjunt, aquests tipus d'activitats constitueixen un recurs excel·lent per treballar aspectes de coordinació, la resistència càrdio-respiratoria, la percepció espai/temps o les capacitats de comunicació i expressió.

Per altra banda, cal tenir en compte que el ball (ball de festa major, danses populars lligades al folklore) és de les poques activitats expressives i de relació acceptades socialment i a les quals han tingut accés les generacions actuals de persones grans. És per això que són un tipus de pràctiques (les danses populars i el ball de saló) que formen part de la vivència col·lectiva i individual i de la memòria motriu de les persones que participen en el programa, i solen ser molt ben acceptades. A més, són un recurs molt adequat per estimular les reminiscències³⁷, i una manera de reforçar les habilitats motrius que encara es conserven en les persones amb demència.

Danses i balls populars: Les danses i balls populars estan lligades a la cultura dels pobles, formen part del seu patrimoni cultural i són l'expressió de les seves arrels. Van acompanyades de músiques o cançons i es solen ballar formant coreografies que inclouen desplaçaments diversos, seqüències de moviments, formacions grupals que evolucionen, passos i figures variades... en un ordre preestablert.

Per ser aplicades en el VAFiD, sovint han de ser adaptades ja que el ritme i les possibilitats de desplaçament de les persones que hi participen és diferent del que seria necessari per poder realitzar la coreografia original. Això, però, no és un inconvenient: és possible simplificar els passos, les evolucions i l'organització. En aquest procés d'adaptació cal considerar paral·lelament dues qüestions:

- a. Les possibilitats dels participants. En aquest aspecte caldrà valorar les seves condicions i la seguretat que mostren en els desplaçaments. Les capacitats perceptives (espacials i temporals) i les cognitives. Sigui com sigui, caldrà adaptar els balls o les danses de manera que incloguin desplaçaments més senzills (una sola direcció, un sentit, una trajectòria) i curts o que no comportin desplaçament (que es puguin fer des de la posició d'asseguts), que comportin seqüències de moviment, figures o passos senzills (balancejos, sèries d'un o dos moviments...), que permetin la repetició de frases musicals amb la mateixa estructura i coreografia.
- b. El manteniment de l'essència de la coreografia original. Tot i que en el VAFiD el ball o la dansa són un mitjà per incidir en els aspectes que ens proposem en el plantejament dels objectius, i no perseguim la perfecció en el desenvolupament del ball, sí que és interessant intentar mantenir –en la mesura de les possibilitats que ens permeti l'adaptació– els elements clau que en defineixen l'essència (Vallès i Padró López, 1990). Una cosa diferent seria que utilitzéssim la música d'una dansa o d'un ball per crear una coreografia inventada –pels propis participants o per nosaltres mateixos–, cosa que també és possible i ofereix moltes possibilitats de treball. Moltes de les músiques de danses i balls tenen estructures musicals molt marcades i que es repeteixen, cosa que permet fer treballs rítmics senzills i adaptats a les persones grans amb dependència.

De les danses i balls populars cal destacar una característica que és molt interessant per al VAFiD: requereixen d'un procés d'aprenentatge que s'acaba amb un producte final molt

³⁷ La reminiscència és el record sistemàtic de memòries antigues: recordar fets personals en tota la seva amplitud, sorolls, olors, imatges, emocions... La reminiscència és una manera d'activar el passat personal. Es tracta de centrar el record en els aspectes personals dels esdeveniments, més que en la perfecció del record i la correcta localització en el temps. L'objectiu final és estimular la pròpia identitat i l'autoestima de la persona. (Peña-Casanova, 1999b:95)

clar. Per poder ballar una dansa cal aprendre les evolucions, els moviments, cal saber coordinar-se, col·laborar i cooperar amb els companys encara que sigui molt simple i senzilla, encara que requereixi una bona dosi d'acompanyament. Però aquest procés és molt enriquidor i molt satisfactori quan culmina amb una dansa ballada. Permet reconèixer i identificar clarament el resultat d'un treball i d'un esforç fets en grup, cosa que dóna satisfacció i ajuda a construir aquell sentiment de competència, el sentir-se capaç de..., competent en...

Ball de saló: aquesta és una modalitat d'activitat rítmica que per a la majoria de les persones grans és coneguda. Lluny de buscar la correcció i la perfecció en els passos del vals, el txa-txa-txa o el tango, el programa pretén utilitzar aquest recurs com a eina que facilita:

- a. La motivació de les persones que participen en el programa
- b. El treball de la capacitat de resistència a l'esforç
- c. Les relacions interpersonals, l'expressió i la comunicació
- d. El record i el manteniment de la pròpia identitat
- e. El reforçament del component lúdic i la diversió

Sovint és un recurs útil durant la primera part de la sessió, perquè comporta una activació de caràcter global i facilita el contacte amb les altres persones del grup.

Altres activitats rítmiques: a banda de les propostes més definides i estructurades com són les dues anteriors, el treball rítmic pot tenir diverses modalitats. Les possibilitats van des del treball –amb suport musical– fet a partir de la **creació i l'expressió** –lliure o dirigida parcialment– de cadascú o del grup, buscant una resposta creativa a l'estímul musical, fins a les propostes més properes a l'**aeròbic**. En aquest cas, l'activitat no és tan lliure i parteix d'una successió de moviments entrelaçats que es realitzen de forma continuada i d'acord amb el ritme de la música. Habitualment es segueix una estructura o una coreografia predeterminada i totes les persones del grup treballen al mateix temps. És un tipus de pràctica que facilita especialment el treball cardiovascular, la coordinació, la flexibilitat i la resistència muscular. Quan es practica amb persones grans en situació de dependència, aquest és un tipus de treball que s'ha de nodrir de moviments, evolucions i coreografies molt senzilles, posant especial atenció en la intensitat del treball.

Dintre d'aquest grup també podem considerar les **activitats rítmiques sense suport musical**, que es centren en el seguiment, la identificació, la reproducció i l'elaboració de ritmes i d'estructures rítmiques mitjançant percussions amb instruments musicals, objectes i/o el propi cos. Aquests tipus de propostes poden incloure un component creatiu i expressiu important, però poden suposar un cert nivell de dificultat per a les persones amb discapacitats cognitives.

En el conjunt de les activitats rítmiques cal tenir en compte que les deficiències en l'audició condicionen les possibilitats de participar satisfactòriament en aquest tipus de pràctiques. Per això caldrà buscar estratègies que permetin compensar aquest dèficit mitjançant la utilització dels estímuls visual i tàctil.

4.1.3 ACTIVITATS LÚDIQUES

El component lúdic forma part de la vida, des del naixement fins a la mort. A totes les persones ens agrada gaudir del joc i d'activitats lúdiques que ens aporten diversió, relacions interpersonals, distracció, possibilitats d'expressar les nostres emocions... És cert, però, que no juguem sempre de la mateixa manera, ni amb els mateixos objectius, ni tan sols amb la mateixa predisposició. Si ens fixem en les etapes de la vida, veurem que el joc i les activitats lúdiques són diferents durant la infantesa, que en l'adulthood o la vellesa. Per això cal utilitzar i proposar aquest tipus d'activitats d'acord amb cada etapa. Els nens no poden jugar de la mateixa manera que els vells, ni a l'inrevés.

En aquest aspecte trobem especialment important destacar que la retrogènesi associada al procés d'envelliment i, a vegades també, al camí cap a la dependència, no justifica de cap manera l'associació de la vellesa amb la infantesa, ni la utilització inadequada de recursos com el joc o les formes jugades. Perdre capacitats i habilitats no és el mateix que perdre la pròpia història de vida, ni la dignitat com a persona.

El paper del joc i de les activitats lúdiques s'inscriu en el VAFiD com un recurs més que s'utilitza amb objectius educatius i que contribueix al gaudi durant la sessió d'activitat física. En el desenvolupament del programa es poden utilitzar dues formes d'activitats lúdiques: els jocs i les formes jugades.

Jocs: Dins els jocs hi hem de considerar tots aquells que tenen una estructura concreta i definida i tenir presents els seus valors d'improductivitat i expressivitat. Així, Huizinga – citat per (Soler Vila, 2003: 150)– defineix el joc com *una acció o ocupació lliure, que es desenvolupa dins uns límits temporals i espacials determinats, segons regles absolutament obligatòries, encara que deliberadament acceptades. És una acció que té la seva finalitat en ella mateixa i va acompanyada d'un sentiment de tensió i d'alegria i de la consciència de "ser d'una altra manera" que en la vida corrent.*

Així que la inclusió del joc en el programa VAFiD està condicionada –a banda dels objectius de treball– per les característiques de les persones que formen el grup. Si aquestes persones tenen capacitat per desplaçar-se per elles mateixes (caminant o en cadira de rodes) podrem plantejar jocs més dinàmics; si, contràriament, no es poden desplaçar, els jocs seran estàtics. Un altre condicionant és el cognitiu: per poder participar en un joc estructurat i amb normes és imprescindible ser capaç de comprendre'n l'objectiu, la dinàmica i les normes.

Igual que en les danses tradicionals, moltes vegades, i atenent les característiques dels participants, cal fer adaptacions dels jocs modificant-ne les normes, el terreny de joc, l'objecte o objectes que es puguin utilitzar o la finalitat.

Per a la correcta utilització d'aquest recurs dins el programa d'activitat física cal:

- a. Valorar l'estructura i les característiques del joc per determinar si s'adiu amb les capacitats dels participants i la situació del moment.
- b. Tenir en compte la predisposició i el moment evolutiu del conjunt del grup per a acollir el joc positivament.

- c. Preveure les situacions de risc (caigudes, contusions...) que pugui generar la dinàmica d'un grup molt animat pel joc.
- d. Garantir que tots els membres del grup, sense excepció, comprenen les normes, l'objectiu i el desenvolupament del joc.
- e. Vetllar per la inclusió de totes les persones del grup en la dinàmica del joc.

Formes jugades i activitats d'animació: Entenem que les formes jugades i les activitats d'animació són situacions amb component lúdic que estan menys definides i estructurades que els jocs. Moltes vegades no tenen normes i són tasques que es serveixen de material, de música o de formes d'organització que permeten afegir un vessant recreatiu i motivant al treball.

Per les característiques del col·lectiu a qui va dirigit el VAFiD, les formes jugades són més habituals i més útils que els jocs pròpiament dits. Són formes de treball més senzilles, simplificables i adaptables a les situacions que es creen en el desenvolupament de les sessions. Això permet atendre adequadament la diversitat i l'heterogeneïtat que habitualment caracteritza la composició dels grups de treball.

Aquest tipus de propostes –sobretot les activitats d'animació– solen ser dinàmiques i no busquen tant la realització de moviments molt concrets i localitzats, com el treball més global encaminat a facilitar la participació activa, les relacions interpersonals i la dinamització.

Tal com en el cas dels jocs, les formes jugades i les activitats d'animació, s'han de proposar de manera coherent i justificada, per tal de garantir que són ben acollides pel grup. Si això es compleix constitueixen un recurs molt bo per crear un bon ambient de grup, cohesió, benestar i alegria.

4.1.4 ACTIVITATS D'EXPRESSIONIÓ

L'expressió a partir del propi cos i del moviment rau en l'origen de les capacitats expressives de l'esser humà, una postura, una expressió de la cara o un gest, per més senzills que siguin, "diuen" coses. Incentivar i estimular aquesta capacitat, innata i apresada alhora, entre les persones que participen en el programa, és contribuir al manteniment de l'èsser social que som.

Aquest és un aspecte prioritari a procurar conservar quan les capacitats d'expressió, de relació i de comunicació estan limitades per la presència de discapacitats (siguin del tipus que siguin) o si la situació de dependència, contribueix a fer que la persona adopti actituds passives o d'aïllament.

Les activitats expressives ajuden al desenvolupament o a la materialització de la pròpia creativitat, de la imaginació i dels aspectes simbòlics del moviment, a la desinhibició i a l'espontaneïtat, en definitiva, a l'exteriorització de sentiments, idees...

L'expressió no verbal es serveix d'un seguit d'instruments bàsics de l'expressió corporal. Són els que ens ajudaran a determinar i organitzar el treball expressiu dins el programa. Segons (Mateu Serra, 2004) els més directament relacionats amb el moviment són:

- a. L'expressió facial
- b. El silenci
- c. La mirada
- d. El contacte físic
- e. Gestos, postures i actituds
- f. Distància social i posició corporal proxèmica

El joc, la combinació i l'experimentació amb tots aquests elements ens permetrà crear infinitat de situacions expressives assequibles a la majoria de les persones que participen en el programa.

Si bé aquest és un treball fàcilment aplicable en grups amb persones amb discapacitats perquè és adaptable a situacions de mobilitat reduïda i/o dèficits cognitius lleus o moderats, té la dificultat de topar amb creences, valors culturals i la inexperiència en l'expressió a través del cos. És per això que la proposta d'aquest tipus d'activitats ha d'estar lligada a la cohesió, al coneixement i a la confiança que hi hagi entre els membres del grup.

La utilització de les activitats expressives dins el VAFiD ha de partir de:

- a. El treball progressiu, introduint elements expressius més difícils o que poden generar reticències, de mica en mica i en funció de la resposta del grup.
- b. El respecte de les vivències personals (sentit del ridícul, tensió...), procurant evitar o minimitzar totes aquelles situacions que puguin resultar incòmodes per a les persones del grup.
- c. El respecte de les creences i als valors personals (contacte corporal entre homes i dones...).
- d. El sentit del humor i el respecte.

4.1.5 ACTIVITATS A L'AIRE LLIURE

Si bé sortir a l'aire lliure comporta una dificultat organitzativa i d'infraestructura important per a grups constituïts per persones en situació de dependència, ens agrada incloure aquest punt en l'apartat de recursos, perquè entenem que és fonamental per a la salut física i mental de les persones que, per raó de la seva condició, tenen poques oportunitats de sortir.

Per descomptat que, des del programa VAFiD, només podem utilitzar aquest tipus d'activitats si disposem d'un espai a l'aire lliure (jardí, terrassa...) que sigui adjacent o molt proper al lloc on realitzem l'activitat. Segons les característiques i les dimensions del grup, també és possible que necessitem l'ajuda d'altres persones.

El sol fet de tenir contacte directe amb l'aire i el sol comporta no només els beneficis de l'activació, el moviment i la prevenció de l'osteoporosi, sinó que també facilita l'orientació en l'espai (ampliació del camp d'acció), el temps (matí/tarda, fred/calor...) i el contacte amb l'entorn. Entenem que per a una persona que surt poques vegades –o mai– de la residència o del centre, aquest és un aspecte molt important, sobretot per la funció de reorientació envers la realitat i l'entorn que suposa.

Des del programa d'activitat física, les propostes en aquest tipus d'activitat probablement s'hauran de limitar a dues:

1. Sortir a l'aire lliure i desenvolupar una sessió d'activitat física semblant a les que es fan a la sala.
2. Sortir a passejar.

Per poder-les portar a terme cal:

- a. Disposar d'un espai proper.
- b. Que aquest espai:
 - c. Sigui prou ampli per acollir al grup.
 - d. No tingui barreres arquitectòniques.
 - e. Sigui reservat.
 - f. Sigui ombrívol (si es surt en època de calor).
 - g. Plantejar-les en moments en que la temperatura ambient sigui agradable.
 - h. Disposar d'ajuda complementària si el grup és nombrós.
 - i. Aprofitar l'ocasió per fer un treball que faciliti i reforci el contacte amb l'entorn.

Finalitzada la descripció dels diferents tipus d'activitats cal remarcar que siguin quines siguin les activitats que utilitzem en el programa VAFiD –i a banda de les particularitats de cadascuna– totes han de tenir les següents característiques:

- a. Segures: evitant les situacions de risc o que puguin ser compromeses per a alguna de les persones que participen en l'activitat.
- b. Adaptabilitat als participants, a la situació i a l'entorn: han d'estar d'acord amb les possibilitats i les limitacions de les persones grans, amb el moment de treball, amb l'espai i el grup amb qui treballem.
- c. Coherents amb els objectius i les intencions de treball: han de ser utilitzades amb finalitats concretes, amb una intenció educativa.
- d. Variades i dinàmiques: aquestes característiques donen riquesa al treball i fan possible una estimulació integral.
- e. Que facilitin la relació i la comunicació com a elements bàsics i fonamentals del programa.
- f. Progressives en la dificultat i la intensitat de treball: garantint el procés que va d'allò més fàcil a allò més difícil, d'allò més senzill a allò més complex, d'allò més suau a allò més intens.
- g. Que tinguin en compte la globalitat de la persona.
- h. Inclusives: que garanteixin la participació de tothom, no discriminin ningú i respectin les diferències.

Certament, aquestes són característiques que han de tenir totes les activitats i tasques que es plantegin en una sessió d'activitat física amb persones grans, però si les analitzem detingudament, ens donarem compte que aquestes característiques no depenen tant de la modalitat de l'activitat com de la manera com es proposen i es duen a la pràctica. Insistim en aquest aspecte –que desenvoluparem més endavant– perquè entenem que no és tan important el *què* es fa (l'activitat) com el *com* s'aplica (el mètode).

4.2 EL PAPER DEL MATERIAL I LA MÚSICA

Aquests dos elements són dos recursos molt útils en les sessions d'activitat física, i els podem introduir en la majoria de les activitats que conformen el programa. Contribueixen a donar diversitat i riquesa a les sessions, ajuden a crear determinats ambients i són elements motivadors i estimulants molt importants. Tot i les seves excel·lents propietats, no necessàriament han d'estar presents en totes les propostes, precisament són útils quan s'utilitzen en la justa mesura, en el moment adequat i amb la funció apropiada per a l'objectiu de treball. Ni la música ni el material no són un objectiu, sinó que són eines que ens faciliten la tasca de treballar cara a unes intencions.

En el treball amb persones molt grans i amb discapacitats, tant la música com el material prenen una significació especial, ja que ajuden molt en les tasques d'estimulació i de comunicació. Quan les capacitats físiques o cognitives són molt reduïdes, el contacte o manipulació d'un objecte i/o el so d'una música coneguda, són l'estímul que facilita l'emissió de respostes motrius.

Si considerem el material i la música entorn a la seva **funcionalitat** dins el programa VAFiD, hem de tenir en compte que podem utilitzar-los amb la intenció de:

- a. Estimular. La manipulació i la utilització de material i música comporta un primer nivell d'estimulació que és el dels sentits –la porta d'entrada de la informació–. Exercitar-los és contribuir a la conservació de les seves funcions. És el primer graó de tot el procés d'aprenentatge i d'experimentació que es produirà durant la sessió.
- b. Facilitar el moviment. El segon graó està en la resposta a l'estímul. El material i la música que puguem utilitzar durant la sessió sovint són els desencadenants i els vehicles de la resposta. Quan els recursos creatius i les possibilitats de moviment són limitats, la manipulació del material o la presència d'una música, ajuden a “fer sortir” el moviment. Disposar d'un objecte o d'una música que l'acompanyi o el dirigeixi és molt útil i dóna seguretat a la persona que té poca riquesa de moviments. Sobre aquest aspecte cal remarcar que per a les persones amb apràxia, les tasques que requereixen la manipulació o la utilització de material, en lloc de facilitar el moviment poden esdevenir una font d'estrès, si la proposta no s'adiu a les seves possibilitats.
- c. Motivar. Moltes vegades la utilització d'un material o d'una música –sigui per les seves característiques, per la manera d'utilitzar-los, pel seu simbolisme o perquè són nous per al grup– aporten un grau d'interès i motivació que facilita el treball, ajuda a crear un bon ambient de grup. Aquest seria el tercer graó del procés, el que estimula a continuar, a millorar, a repetir o a avançar en la resposta i el que dóna satisfacció.

Al nostre entendre, la **utilització** de material i de música en el programa VAFiD ha de tenir en compte quatre criteris generals:

- a. Ha d'estar al servei de les intencions de treball, no a la inversa. Cal que el material i la música siguin elements facilitadors del treball que ens proposem fer. Pensar primer en el material o en la música per després elaborar el pla de treball seria poc coherent amb els plantejaments d'aquest programa.
- b. Ha de ser variada en el conjunt del programa però no gaire nombrosa en les sessions. La disponibilitat de diferents tipus de músiques i de materials permet fer més atractiu

el programa i –el què és més important– propiciar la diversitat en les respostes motrius de les persones que participen en el programa. Al mateix temps, aquesta diversitat en la utilització d'aquests recursos ha de ser controlada i ha de permetre l'adaptació i l'experimentació. Això vol dir que en una sessió cal limitar la varietat per tal de poder respectar el ritme d'assimilació, d'experimentació de les persones grans.

- c. Ha d'aportar un punt de novetat i de sorpresa, però en just equilibri amb el material i la música ja coneguts. L'equilibri entre el què és nou i el què és conegut, permet fer una mena de joc entre la seguretat que dóna allò que coneixem (que reafirma i fa sentir competent) i la incertesa del que no (que permet experimentar, motiva i posa reptes).
- d. Ha de contribuir a l'orientació cap a la realitat. La utilització de materials i de músiques que estiguin d'acord amb la situació del moment (Ex: música de pluja el dia que plou a fora), amb esdeveniments significatius o de referència per a les persones del grup (Ex: Nadal, aniversaris...), amb les estacions de l'any, el dia o l'hora, contribueixen a consolidar l'orientació cap a la realitat tan important per a les persones que estan institucionalitzades.

4.2.1 *ESPECIFICITATS SOBRE EL MATERIAL*

En les sessions d'activitat física del programa VAFiD podem utilitzar una diversitat molt gran de material, només cal imaginació per poder donar cabuda a diversitat d'objectes que contribueixen, amb les seves característiques o la seva simbologia, a fer-les més creatives i variades.

Per ordenar i descriure els **tipus** de materials podem considerar tres grans grups:

1. Convencional. Es tracta del material que és propi de l'àmbit de l'activitat física i l'esport, hi està relacionat i que es sol utilitzar de forma habitual. Alguns exemples són les cordes, les pilotes, les piques, els cercols, els pesos lleugers, les gomes elàstiques...
2. Alternatiu. En aquest grup podem considerar els objectes que no han estat pensats per ser utilitzats en l'àmbit de l'activitat física i l'esport, però que són utilitzables durant les sessions i formen part de la vida diària. El seu interès pot estar centrat en les característiques físiques i/o en el seu valor simbòlic. Vegem alguns exemples de possibles materials alternatius: ampolles de plàstic, mocadors, canyes, daus, barrets, peces de vestir, paper de diari, flors...
3. Complementari. En aquest grup s'inclou el material que està relacionat amb la infraestructura, que sol ser gros i que ens serveix de suport. Ens referim a les cadires (imprescindibles en el VAFiD), barres de paret, miralls grans, espatlles

A banda del tipus de material a utilitzar, el que ens interessa especialment són les seves **característiques**, la funció que li podem donar i la seva utilització. En general, qualsevol tipus de material que utilitzem ha de complir les següents característiques:

- a. De fàcil manipulació i bona prensilitat. Hem de tenir en compte que en algunes ocasions ens trobarem amb persones amb poca mobilitat a les mans o d'altres problemes (poca sensibilitat, flacciditat...) que dificulten la manipulació o el fet d'agafar objectes. En aquests casos caldrà buscar les adaptacions (canviar el pes, la mida, complements per poder agafar-lo...) necessàries perquè la persona pugui utilitzar-lo

- b. Lleuger. Cal que fem servir objectes que no pesin massa per facilitar-ne el seu ús, però també s'ha de tenir en compte que, en determinades activitats –per exemple els llançaments i les recepcions– la utilització d'objectes que pesen molt poc –per exemple una bola de paper– comporta un nivell de dificultat alt
- c. De colors vius i contrastats. Tal com ja hem exposat anteriorment, les deficiències més corrents entre les persones grans amb dependència són les sensorials (vista i oïda). L'èxit en la manipulació i la utilització d'objectes durant la sessió d'activitat física depèn en gran mesura d'aquestes capacitats. Per això caldrà valorar com contrasta el color i la forma de l'objecte amb el fons (parets, terra) de l'espai en què estem treballant
- d. Divers en formes, colors, textures, mides i pesos. La diversitat en les característiques físiques del material facilita l'elaboració de respostes motrius variades i adaptades a l'entorn material. Constitueix, també, un “entrenament” per a la manipulació dels objectes de la vida diària

La utilització i la selecció del material durant les sessions del programa VAFiD ha de respondre als següents criteris:

- a. Adequar la utilització del material als aspectes que vulguem treballar, a les característiques dels qui l'han d'utilitzar i a l'espai en què treballem.
- b. Introduir el material en el moment adequat, procurant que no entorpeixi la dinàmica del grup ni de la sessió.
- c. No utilitzar molta diversitat de material en una mateixa sessió, excepte quan això sigui una condició per treballar un aspecte concret (per exemple l'estimulació del tacte).
- d. Procurar buscar totes les possibilitats de treball que aporta cada tipus de material i cadascun dels objectes que utilitzem.
- e. Preveure amb anticipació la disponibilitat de la quantitat de material necessari amb anticipació.
- f. Evitar una utilització descontrolada que pugui provocar situacions de risc (contusions, caigudes).

4.2.2 *ESPECIFICITATS SOBRE LA MÚSICA*

La utilització de la música en les sessions d'activitat física també és molt útil, contribueix en gran mesura a crear un ambient propici per al moviment.

La pràctica corporal amb música proporciona un veritable plaer, reforça el descobriment del cos i la seva relació amb els altres cossos i objectes de l'entorn, i ajuda a la persona gran a “vivenciar” el moviment. A més, és un llenguatge i una forma de comunicació i comprensió entre els éssers humans. (Pont Geis, 1996: 85)

Efectivament, el punt d'unió i connexió entre les persones que es crea a partir de la música és insubstituïble. Aquesta circumstància ens permet incidir –entre d'altres aspectes– en les capacitats de relació, comunicació i expressió de les persones grans.

En les sessions d'activitat física es poden utilitzar tot tipus de músiques, sempre que sigui de manera oportuna. Hi ha moltes variables que condicionen aquesta oportunitat i, sobretot, depèn del moment i de les característiques del grup. En general es pot dir que si

volem fer un treball més actiu necessitarem una música activa i, en canvi, si estem fent un treball de relaxament, la música haurà de ser lenta. Les músiques que són conegudes pel grup solen ser ben acollides, faciliten el moviment, l'expressió i el reforçament de la pròpia identitat, però les respostes poden estar més condicionades per fets personals i culturals. Les músiques noves permeten fer un treball centrat en el ritme i l'estructura musical més que en l'expressió "apresa", i poden aportar un punt més de llibertat.

Podem utilitzar la música de quatre maneres diferents (Padró López, 2004):

- a. Com a fons sonor: quan la música no guia el moviment, només l'acompanya i ajuda a crear un ambient propici per a la tasca que s'estigui fent (respiració, relaxament, activació..). Es tracta d'un suport a les propostes. Treballant amb persones grans amb discapacitats cal posar especial atenció en el fet que la música no "contamini" les consignes verbals que es puguin donar, per això és important aturar o abaixar el volum de la música quan es parla.
- b. Com a mitjà d'inspiració i generador d'emocions: és quan s'aprofiten les qualitats emotives i comunicatives de la música. Aquesta situació es dona sobretot quan es fan treballs expressius en els quals es valora i s'intenta facilitar la lliure expressió. Aquest tipus de treball requereix un grup experimentat i amb bona cohesió.
- c. Com a guia del moviment: en aquest cas utilitzem la música com a eina per educar el ritme i perquè al mateix temps ens dirigeixi. És el cas de les danses i els balls que tenen una tècnica estructurada (que nosaltres haurem d'adaptar, tal com hem explicat anteriorment), però també un component estètic i expressiu.
- d. Com a manteniment de l'activitat: aquí cal adaptar-se al tempo de la música com és el cas de propostes tipus aeròbic, on allò més important és seguir a la velocitat que marca la música, més que el seu component simbòlic. Treballant amb persones amb dependència és imprescindible utilitzar músiques molt marcades i a baixa velocitat.

5 ORGANITZACIÓ DEL TREBALL

Fins ara hem vist el plantejament del programa VAFiD, hem fet una descripció dels seus continguts i hem explicat quins són els recursos disponibles per poder treballar. Ha arribat el moment de prendre decisions sobre com organitzar la feina. Tot aquest plantejament necessita un ordre, una manera d'anar combinant tot el que tenim al nostre abast per aconseguir els efectes esperats que descrivíem al començament. És una organització que té dos nivells. El primer és la combinació dels objectius més específics amb els aspectes a treballar i les activitats a desenvolupar en el període d'un any. És la programació de referència per aplicar en el grup objecte d'estudi d'aquesta tesi. El segon nivell correspon a la manera d'estructurar, repartir i triar les tasques que hauran de constituir la sessió.

El que proposem a continuació és una programació pensada per ser desenvolupada de forma continuada, sense un principi ni un final. Les persones que hi participen no segueixen un règim de curs escolar, tampoc un període anual. Les persones grans s'incorporen i deixen el programa no per criteris temporals, ni per ritmes socialment establerts, ho fan per raons personals relacionades amb les seves preferències o la seva situació personal. És per això que ens cal una programació que ens serveixi de referència

per fer un treball ordenat i coherent però que es pugui iniciar en qualsevol punt. A més, cal que sigui prou flexible i adaptable per poder respondre adequadament a les constants situacions canviants del grup i de cada persona.

La nostra proposta per ordenar i dotar de fil conductor al programa pren com a referència el treball fet a partir del ritme de les estacions del mètode “*Cos i consciència*” (descriu en el punt 1.5 del capítol IV). Preveu quatre unitats de treball que es corresponen amb les estacions de l’any (tardor, hivern, primavera, estiu). Relaciona els objectius, els continguts i les activitats de manera que responguin a:

- a. Les premisses generals de cada una de les estacions definides pel mètode “*Cos i consciència*”
- b. Les particularitats del VAFiD atenent, per sobre de tot, a les característiques de les persones grans que hi participen i el seu plantejament general.

Cada unitat de treball dura tres mesos i preveu unes 20 sessions d’activitat física d’una hora de durada.

5.1 PROGRAMACIÓ DE REFERÈNCIA PER APLICAR EN EL GRUP OBJECTE D’ESTUDI

Aquesta programació correspon a la planificació d’un any natural, és una proposta que reflecteix –a títol de guia- l’accent que es posa a cada un dels àmbits generals de treball i a cada un dels aspectes a treballar. Les capacitats cognitives són les que estan menys contemplades (proporcionalment) perquè, a banda de no ser l’objecte principal de l’activitat física, les persones que participen en el programa que estudiem també ho fan en altres activitats especialment concentrades en aquest aspecte. Per a la resta de capacitats, es reparteix el treball a parts iguals entre les capacitats físico-motrius, les perceptivo-motrius i les socio-motrius.

Tenim especial interès a remarcar –una vegada més- que aquesta programació només serveix per ordenar el treball de manera global, indicant allà on cal posar l’accent. Ja és sabut que la motricitat porta incorporada, de manera indissociable i en una mateixa acció, tant les capacitats biològiques com les psicomotrius i perceptives, com les socio-afectives i les cognitives. A més, el que ha de regir la dinàmica de treball és l’evolució del grup. És en funció d’ell que cal anar avançant; d’aquí ve el paper de guia de la programació.

A continuació presentem cada unitat de treball amb:

- a. Una breu justificació teòrica, que emmarca els plantejaments generals
- b. Un llistat dels objectius d’aprenentatge, que són una concreció dels objectius més generals del programa
- c. Un llistat dels principals continguts que es procuraran desenvolupar durant la unitat
- d. La graella orientacions per a la distribució dels continguts, que inclou les idees principals de la unitat i una proposta quantitativa dels aspectes a treballar. La representació de cada un dels àmbits és igual per a tot l’any, el que canvia és la proposta de distribució dels aspectes concrets a desenvolupar.
- e. La graella orientacions per a la distribució del treball en el temps, que concreta com es reparteix el treball durant la unitat. Aquesta taula té la finalitat de guiar (també visualment) la feina a fer durant cada una de les sessions. És la referència per

preparar-les. Marca, amb dos nivells d'intensitat, on es posa accent a l'hora de planificar-les. El color més fort mostra els aspectes prioritaris a treballar (dos per sessió) i el més fluix els complementaris, que es poden tenir en compte en funció de l'evolució de la resposta del grup. La mateixa taula relaciona –a títol de “pistes”- la distribució del treball amb el tipus d'activitat, algunes estratègies, la manera d'organitzar el grup...

Aquesta planificació del VAFiD és la columna vertebral del programa però, sobretot, és una eina de treball flexible i adaptable a la dinàmica i a la resposta del grup.

5.1.1 UNITAT DE TREBALL: TARDOR

A la tardor el treball es centra en recuperar l'equilibri i l'estabilitat després de l'activitat de l'estiu. És un moment de treball progressiu cap a la interiorització, de treball respiratori, de relaxació i d'estabilitat de la postura. En aquest moment del cicle de les estacions predominen la calma i la quietud, al mateix temps que la responsabilitat i l'autonomia personal (Courchinoux, 2002); (Alomar Batle, Nogués Solán, Universitat de Barcelona, i Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya, 2007). Això vol dir que serà adequat centrar el treball en aquells aspectes que ens ajudin a posar l'atenció en el propi cos, en l'escolta activa de sensacions, actituds, possibilitats o limitacions.

El reconeixement i presa de consciència de si mateix/a, de les pròpies característiques i possibilitats, passa per treballar a partir de la primera dimensió (introjectiva) de la corporalitat (Castañer Balcells i Camerino i Foguet, 2006), la que comporta una identificació del propi cos a partir de la interacció amb un mateix. En el nostre cas aquesta és una dimensió que haurem de tenir en compte en un doble sentit: el del coneixement/reconeixement del propi cos i el de donar la magnitud adequada al procés d'interiorització evitant o no reforçant processos de replegament que puguin suposar un aïllament perjudicial per a la persona. En general, i partint d'una situació normalitzada haurem de centrar el treball en els aspectes que hi estan directament relacionats: la percepció del propi cos, la respiració i el relaxament i les funcions relacionades amb l'estabilitat.

Per altra banda, el treball fet a partir de la interiorització té un component cognitiu important. Posa en joc les funcions cognitives superiors o executives que són les que ens permeten prendre decisions, planificar, resoldre problemes o conèixer-nos a nosaltres mateixos (Muñoz Céspedes i Tirapu Ustárroz, 2001). Al mateix temps, perquè aquestes capacitats es puguin desenvolupar cal crear oportunitats a fi que la persona gran ho pugui fer, que pugui conèixer per després poder decidir. Tot i així, haurem de tenir en compte que, si hi ha persones amb deteriorament cognitiu, i depenent de les seves característiques, pot ser que la capacitat per fer un procés d'interiorització sigui limitat, també, per dèficit d'atenció i concentració; conseqüentment, haurem de demanar a cadascú només el que sigui capaç de fer i el que li vingui de gust de fer.

Objectius d'aprenentatge:

- a. Identificar formes de treball coherents (treball progressiu, d'acord amb l'estructura de la sessió, fer servir els dos hemicossos...)

- b. Escoltar i identificar sensacions corporals
- c. Identificar les característiques de la pròpia postura i la dels altres
- d. Comunicar-se amb els altres mitjançant el gest
- e. Identificar i dominar el cicle respiratori
- f. Desenvolupar habilitats d'estabilitat fent servir estratègies diverses (modificació de la base de sustentació, ubicació del centre de gravetat...)
- g. Actuar amb autonomia, compromís personal i responsabilitat sobre la pròpia pràctica.

Continguts principals:

- a. Coneixement dels elements clau per a l'equilibri
- b. Coneixement de les fases, vies i formes del cicle respiratori
- c. Elements clau de la postura correcta en diferents situacions (dret, assegut)
- d. La consciència del propi cos
- e. Treball de tots els components de l'equilibri
- f. Domini i control de la funció respiratòria
- g. Manteniment de la postura corporal correcta en diferents situacions
- h. Concentració en l'escolta de sensacions internes
- i. Identificació de l'esquema corporal, la imatge corporal i la consciència corporal
- j. Modificació de punts de recolzament mantenint l'equilibri (individualment i en grup)
- k. Pràctica de girs, balancejos i pivots
- l. Predisposició a la interiorització
- m. Actitud d'escolta
- n. Respecte de la concentració i l'atenció dels altres

Taula 14. Orientacions per a la distribució de continguts. Tardor

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS				
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE LA UNITAT: TARDOR (Octubre – Desembre).				
Organització, reflexió, interiorització, assimilació. - Tristesa melancolia (plorar). - Recentrar. - Interioritzar. - Arrelament. - Desenvolupar la implicació personal, la responsabilitat, l'autonomia. - Òrgans. - Activitat pulmonar.		- Comunicació no verbal. - Visualització. - Postures en tancament d'angle. - Reflexologia. - Respiració (bases i cúpules). - Detoxinació. - Reequilibració.		- Sentit: Olfacte. - Color: Blanc. - Element: Metall. - Meridians: Pulmó i intestí gros. - Època per passar de les activitats més expressives de l'estiu cap a les que condueixen cap a l'escolta a nivell intern i individual que vindran al hivern.
DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS Nombre de sessions unitat: 20 aproximadament				
ÀMBIT	GLOBAL	ESPECÍFIC	%	NÚM. REP.
CAPACITATS FÍSICO-MOTRIUS			23	9
	Cardio-respiratori	Capacitat resistència a l'esforc.		2
		Respiració	Vies	1
			Fases	2
			Formes	2
			Ritmes	1
	Ossi i Muscular	Velocitat		
		To muscular/força.		
	Mobilitat articular.*		1	
	Flexibilitat.			
CAPACITATS PERCEPTIVO-MOTRIUS			45	18
	Coordinació	Dinàmica general		1
		Específica.		
	Equilibri *	Estàtic		8
		Dinàmic		3
	Percepció propi cos*	Esquema corporal		2
		Actitud postural		2
	Percepció espai	Conceptes bàsics		
		Trajectòries i direccions		
	Percepció temporal	Orientació		
		Conceptes bàsics		
		Relacions en el temps (simultaneïtat i successió)		
		Estructuració temps (percepció, reproducció estructures rítmiques)		2
Capacitats sensorials	Vista			
	Oïda			
	Tacte			
CAPACITATS SOCIO-MOTRIUS			22	9
	Rel. amb un mateix	Acceptació i reconeixement pròpies possibilitats i limitacions		3
		Actitud d'escolta		4
	Rel. interpersonals *		(Comunicació no verbal)	2
Rel. amb entorn	Físic			
	Material			
CAPACITATS COGNITIVES			10	4
	Cap. concentració i atenció			
	Funcions executives *	Associacions, categories i seqüències		
		Preses de decisions, estratègies		3
	Memòria			1
	Llenguatge	Expressió		
Comprensió auditiva				
Fluència verbal				
Denominació.				
TOTAL			100	40

* Aspectes que cal tenir especialment presents sempre

Taula 15. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Tardor

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DEL TREBALL EN EL TEMPS																						
UNITAT DE TREBALL: HIVERN (<i>Gener - Març</i>)																						
NUMERO SESSIÓ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ASPECTES A TREBALLAR																						
C. FÍSICO-MOTRIUS	Cardio-respiratori	Cap. Resist esforç.																				
		Vies																				
		Fases																				
		Formes																				
		Ritmes																				
	Velocitat																					
Ossi i Muscular	Tonificació																					
	Mob articular..																					
	Flexibilitat.																					
C. PERCEPTIVO-MOTRIUS	Coordinació	Din. general																				
		Específica.																				
	Equilibri	Estàtic																				
		Dinàmic																				
	Percepció propi cos	Esquema corporal																				
		Actitud postural																				
	Percepció espai	Conceptes bàsics																				
		Trajec i direccions																				
		Orientació																				
	Percepció temporal	Conceptes bàsics																				
		Relacions temps																				
Estructuració temps																						
Capacitats sensorials	Vista																					
	Oïda																					
	Tacte																					
C. SOCIO-MOTRIUS	Rel. amb un mateix	Possib / limit																				
		Actitud d'escolta																				
	Rel. interpersonals																					
		Rel. amb entorn																				
C. CONITIVES	Cap. Concent. i atenció																					
	Funcions executives	Assoc, cat, seqües																				
		Presa decisions, estratègies																				
	Memòria Llenguatge	Expressió																				
		Compren. auditiva																				
Fluència verbal																						
Denominació.																						
Observacions	- Repetir o modificar sessions sempre que el grup ho necessiti																					
Organització grup	- Dispersió, individual, parelles (per ajudar-se en l'escolta individual)																					
Tipus activitats i recursos	- Gimnàstiques, activitats dinàmiques, activitats rítmiques globals (continuades). - Músiques lentes i amb continguts a diferenciar. - Tubs a l'esquena. - Tècniques de relaxament.																					
Espai	- Tancat sense estímuls per facilitar la concentració																					
Estratègies	- Explicar i practicar diferents tècniques mnèsiques (associació, visualització, repetició, història...) - Fer posar atenció a les activitats de més intensitat física - Reforçar l'escolta de signes de fatiga - Reforçar rutines																					

5.1.2 UNITAT DE TREBALL: HIVERN

L'hivern és un moment de treball a nivell intern, de recolliment cap a l'interior, donant importància a l'equilibri estàtic, a l'escolta, a la correcció i a la consolidació de la pròpia postura, a la musculatura més profunda. És una continuïtat del treball ja iniciat a la tardor. Es dóna prioritat a la concentració en un mateix per facilitar l'autoconeixement (possibilitats, limitacions, capacitats...), al rigor i al mètode a l'hora de treballar per tal de consolidar el treball fet anteriorment. També és un moment per eliminar tensions. El sentit predominant és el de l'oïda. (Courchinoux, 2002)

La consolidació de la feina iniciada a la tardor sobre la percepció del propi cos i l'estabilitat requereix una complexitat i dificultat progressives. Per tant, en aquesta estació l'evolució en el treball no es basarà tant en fer noves aportacions i noves propostes, com en millorar les que ja s'han practicat durant la tardor.

Tal com ja hem explicat, la mobilitat articular és un dels aspectes que cal treballar sempre –especialment en les persones a qui va adreçat aquest programa- però ara li donarem una importància cabdal perquè les articulacions estan més sensibles durant l'hivern (Alomar Batle et al., 2007).

Pel que fa al component cognitiu de l'estació anterior, s'hi afegeix el treball de la memòria.

Malgrat que l'hivern és un temps de recolliment (fred, menys hores de sol) i així es treballa segons els criteris del mètode "Cos i consciència", hem comprovat que aquesta és la millor època per treballar, també, la capacitat de resistència a l'esforç. Les persones grans que tenen poca reserva energètica, cardiovascular i respiratòria, són més competents –en aquest aspecte- durant les estacions de fred que en les de calor.

Objectius d'aprenentatge:

- a. Identificar i controlar la pròpia capacitat de resistència a l'esforç
- b. Concentrar-se en les accions motrius i en el propi cos
- c. Reconèixer i identificar les possibilitats de moviment de les articulacions
- d. Mantenir l'atenció auditiva
- e. Millorar i cultivar la consciència corporal
- f. Desenvolupar habilitats d'estabilitat

Continguts principals:

- a. Coneixement i identificació dels signes de fatiga i de les activitats que poden provocar-la
- b. Coneixement de diferents tècniques mnèsiques
- c. Exercitació de la capacitat de resistència a l'esforç
- d. Escolta i identificació de la resposta del sistema cardiorespiratori a l'esforç (pulsacions, respiració)
- e. Control de l'equilibri estàtic
- f. Discriminació i identificació de sons diversos
- g. Aplicació de la capacitat de memorització a diverses accions motrius
- h. Pràctica de la mobilització articular

- i. Identificació de segments i parts del cos (esquema corporal)
- j. Estimulació de la consciència corporal (esquema + imatge corporal)
- k. Modificació de punts de recolzament mantenint l'equilibri individualment
- l. Pràctica de girs, balancejos i pivots
- m. Predisposició a la concentració i l'atenció
- n. Acceptació i reconeixement dels propis límits
- o. Valoració de la pròpia identitat (física, cognitiva, emocional, social)
- p. Actitud d'escolta

Taula 16. Orientacions per a la distribució de continguts. Hivern

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS				
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE LA UNITAT: HIVERN (Gener – Març).				
Concentració, rigor, mètode. - Dubte, por. - Reforçar, consolidar. - Corregir, ajustar. - Eliminar tensions, despeses inútils. - Concentrar, integrar. - Os. - Orella. - Eix (Columna Vertebral)		- Cadenes musculars (sobretot posterior). - Musculatura estàtica. - Automassatge paravertebral. - Equilibri estàtic. - Alliberació articular. - Relaxament concentratiu. - Introspecció, escolta. - Memòria.		- Sentit: Oïda. - Color: Negre. - Element: Aigua. - Meridians: Ronyó i bufeta. - Prioritat al treball més intern, individual i d'escolta. Concentració.
DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS		Nombre de sessions unitat: 20 aproximadament		
ÀMBIT	GLOBAL	ESPECÍFIC	%	NÚM. REP.
CAPACITATS FÍSICO-MOTRIUS			23	9
	Cardio-respiratori	Capacitat resistència a l'esforc. Respiració		2
		Vies Fases Formes Ritmes		
		Velocitat		2
	Ossi i Muscular	To muscular/força. Mobilitat articular.* (Alliberació articular) Flexibilitat.		5
CAPACITATS PERCEPTIVO-MOTRIUS			45	18
	Coordinació	Dinàmica general Específica.		
	Equilibri *	Estàtic Dinàmic		5
	Percepció propi cos *	Esquema corporal Actitud postural		3 6
	Percepció espai	Conceptes bàsics Trajectòries i direccions Orientació		
	Percepció temporal	Conceptes bàsics Relacions en el temps (simultaneïtat i successió) Estructuració temps (percepció, reproducció estructures rítmiques)		
	Capacitats sensorials	Vista Oïda Tacte		4
CAPACITATS SOCIO-MOTRIUS			22	9
	Rel. amb un mateix	Acceptació i reconeixement pròpies possibilitats i limitacions Actitud d'escolta		4 5
	Rel. interpersonals *			
	Rel. amb entorn	Físic Material		
CAPACITATS COGNITIVES			10	4
	Cap. concentració i atenció			1
	Funcions executives *	Associacions, categories i seqüències Preses de decisions, estratègies		
	Memòria			2
	Llenguatge	Expressió Comprensió auditiva Fluència verbal Denominació.		1
TOTAL			100	40
* Aspectes que cal tenir especialment presents sempre				

Taula 17. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Hivern

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DEL TREBALL EN EL TEMPS																							
UNITAT DE TREBALL: HIVERN (<i>Gener - Març</i>)																							
NUMERO SESSIÓ			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ASPECTES A TREBALLAR																							
C. FÍSICO-MOTRIUS	Cardio-respiratori	Cap. Resist esforç.																					
		Vies																					
		Fases																					
	Ossi i Muscular	Formes																					
		Ritmes																					
		Velocitat																					
		Tonificació																					
Mob articular..																							
Flexibilitat.																							
C. PERCEPTIVO-MOTRIUS	Coordinació	Din. general																					
		Específica.																					
	Equilibri	Estàtic																					
		Dinàmic																					
	Percepció propi cos	Esquema corporal																					
		Actitud postural																					
	Percepció espai	Conceptes bàsics																					
		Trajec i direccions																					
		Orientació																					
	Percepció temporal	Conceptes bàsics																					
		Relacions temps																					
		Estructuració temps																					
Capacitats sensorials	Vista																						
	Oïda																						
	Tacte																						
C. SOCIO-MOTRIUS	Rel. amb un mateix	Possib / limit																					
		Actitud d'escolta																					
	Rel. interpersonals	Físic																					
		Material																					
C. CONIITIVES	Cap. Concent i atenció																						
	Funcions executives	Assoc, cat, seqües																					
		Presa decisions, estratègies																					
	Memòria Llenguatge	Expressió																					
		Compren. auditiva																					
Fluència verbal																							
Denominació.																							
Observacions	- Repetir o modificar sessions sempre que el grup ho necessiti																						
Organització grup	- Dispersió, individual, parelles (per ajudar-se en l'escolta individual)																						
Tipus activitats i recursos	- Gimnàstiques, activitats dinàmiques, activitats rítmiques globals (continuades). - Músiques lentes i amb continguts a diferenciar. - Tubs a l'esquena. - Tècniques de relaxament.																						
Espai	- Tancat sense estímuls per facilitar la concentració																						
Estratègies	- Explicar i practicar diferents tècniques mnèsiques (associació, visualització, repetició, història...) - Fer posar atenció a les activitats de més intensitat física - Reforçar l'escolta de signes de fatiga - Reforçar rutines																						

5.1.3 UNITAT DE TREBALL: PRIMAVERA

La primavera és una època de progressiva obertura als altres i a l'entorn. És un moment d'activitat compartida amb altres persones, de sortir a fora, de comunicació. També és un període de treball muscular i de progressiva d'activació. Continua el reforç de l'equilibri però passa de l'estàtic al dinàmic, el que comporta desplaçament. El sentit predominant durant la primavera és la vista. (Courchinoux, 2002)

L'obertura cap a l'entorn i a les persones requereix l'ús de les capacitats i les dimensions de la motricitat que hi contribueixen, les lligades al context on s'inscriu el cos: són les dimensions espacial i temporal.

La nova orientació de les tasques es complementa amb la continuïtat d'alguns aspectes ja treballats durant el hivern (per exemple el de percepció del propi cos, l'equilibri estàtic) que, de fet, contribuiran a l'evolució qualitativa i a l'enriquiment de la motricitat.

Atenent al plantejament sistèmic de la motricitat (Castañer Balcells i Camerino i Foguet, 2006), la combinació de la dimensió corporal (tardor i hivern), l'espacial i la temporal (primavera i estiu) de la motricitat, es suporten sobre les dues capacitats que són el "pal de paller" de les capacitats perceptuomotrius: la coordinació i l'equilibri. Per això, malgrat que sempre hi són presents, durant aquest període de l'any i després del treball fet durant les èpoques de més fred i menys llum solar, és adequat proposar un treball enfocat també a aquestes dues capacitats.

Objectius d'aprenentatge:

- a. Comunicar-se i relacionar-se amb els altres
- b. Treballar de forma cooperativa. Prendre decisions conjuntament amb els altres
- c. Respondre amb rapidesa a diferents estímuls
- d. Exercitar de manera conscient el sentit de la vista
- e. Reconèixer i identificar els propis nivells de força i l'acció muscular en diferents situacions (tensió/relaxament)
- f. Desplaçar-se amb seguretat al mateix temps que es fan altres accions
- g. Dominar la lateralitat
- h. Orientar-se en relació als altres i a si mateix/a

Continguts principals:

- a. Comprensió conceptes bàsics relacionats amb l'espai.
- b. Comprensió implicacions de la lateralitat
- c. Coordinació de moviments propis amb els d'altres persones
- d. Resposta ràpida a diferents tipus d'estímuls
- e. Control del to muscular en diferents situacions
- f. Identificació, reforçament i ús dels dos hemicossos (dret i esquerre)
- g. Execució d'accions motrius amb diferents tipus i nivells de força
- h. Pràctica de la gimnàstica ocular
- i. Control dels desplaçaments (reequilibris i coordinació simultània) fent diferents accions

- j. Identificació i reproducció de trajectòries i direccions
- k. Vivència de les situacions amb bon humor
- l. Recerca i experimentació en les relacions amb els altres

Taula 18. Orientacions per a la distribució de continguts. Primavera

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS				
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE LA UNITAT: PRIMAVERA (Abril - Juny).				
Obertura cap als altres. Exteriorització.		- Relació amb els altres. - Relació amb l'entorn (sortir a fora). - Velocitat de reacció. - Diferents tons musculars - Cintures (automassatge pilotes) - Moviments creuats. - Obertura cadena anterior. - Descàrregues emocionals. - Respiració xinesa. - Loga d'ulls.		- Sentit: Vista, - Color: Verd. - Element: Fusta. - Meridians: Fetge i vesícula biliar. - Època d'obertura cap a l'exterior, de treball de la coordinació general, de treball muscular.
- Comunicació. Reactivitat. (Cridar) - Obrir, exterioritzar. - Eliminar toxines. - Treball muscular. - Consciència equilibri dinàmic. - Ulls. - Músculs perifèrics.				
DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS			Nombre de sessions unitat: 20 aproximadament	
ÀMBIT	GLOBAL	ESPECÍFIC	%	NÚM. REP.
CAPACITATS FÍSICO-MOTRIUS			23	9
	Cardio-respiratori	Capacitat resistència a l'esforc. Respiració		
		Vies		
		Fases		
		Formes		
		Rítmes		
		Velocitat		3
	Ossi i Muscular	To muscular/força. (Control to) Mobilitat articular.* Flexibilitat		6
CAPACITATS PERCEPTIVO-MOTRIUS			45	18
	Coordinació	Dinàmica general		3
		Específica.		2
	Equilibri*	Estàtic		
		Dinàmic		3
	Percepció propi cos*	Esquema corporal		1
		Actitud postural		
	Percepció espai	Conceptes bàsics		2
		Trajectòries i direccions		2
		Orientació		
	Percepció temporal	Conceptes bàsics		
		Relacions en el temps (simultaneïtat i successió)		
		Estructuració temps (percepció, reproducció estructures rítmiques)		
	Capacitats sensorials	Vista		5
		Oïda		
		Tacte		
CAPACITATS SOCIO-MOTRIUS			22	9
	Rel. amb un mateix	Acceptació i reconeixement pròpies possibilitats i limitacions		
		Actitud d'escolta		
	Rel. interpersonals*			5
	Rel. amb entorn	Físic		2
		Material		2
CAPACITATS COGNITIVES			10	4
	Cap. concentració i atenció			2
	Funcions executives*	Associacions, categories i seqüències		
		Presa de decisions, estratègies		1
	Memòria			
	Llenguatge	Expressió		1
		Comprensió auditiva		
		Fluència verbal		
		Denominació.		
TOTAL			100	40
* Aspectes que cal tenir especialment presents sempre				

Taula 19. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Primavera

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DEL TREBALL EN EL TEMPS																							
UNITAT DE TREBALL: PRIMAVERA (Abril - Juny)																							
NUMERO SESSIÓ			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ASPECTES A TREBALLAR																							
C. FISCO-MOTRIUS	Cardio-respiratori	Cap. Resist esforç.																					
		Vies																					
		Fases																					
		Formes																					
		Ritmes																					
	Velocitat																						
Ossi i Muscular	Tonificació																						
	Mob articular.																						
	Flexibilitat.																						
C. PERCEPTIVO-MOTRIUS	Coordinació	Din. general																					
		Específica.																					
	Equilibri	Estàtic																					
		Dinàmic																					
	Percepció propi cos	Esquema corporal																					
		Actitud postural																					
	Percepció espai	Conceptes bàsics																					
		Trajec i direccions																					
		Orientació																					
	Percepció temporal	Conceptes bàsics																					
		Relacions temps																					
		Estructuració temps																					
Capacitats sensorials	Vista																						
	Oïda																						
	Tacte																						
C. SOCIO-MOTRIUS	Rel. amb un mateix	Possib / limit																					
	Rel. interpersonals	Actitud d'escolta																					
		Físic																					
	Rel. amb entorn	Material																					
C. CONITIVES	Cap. Concent. i atenció																						
	Funcions executives	Assoc. cat. seqües																					
		Pres. decisions, estratègies																					
	Memòria																						
	Llenguatge	Expressió																					
		Compren. auditiva																					
Fluència verbal																							
	Denominació.																						
Observacions			- Repetir o modificar sessions sempre que el grup ho necessiti																				
Organització grup			- Cercle i petits grups																				
Tipus activitats i recursos			<ul style="list-style-type: none"> - Lúdiques - A l'aire lliure - Moviments creuats, desplaçaments diversos i variats - Sortir a caminar a fora, observar entorn, buscar llocs nous... - Interpretació de plànols, dibuixos... - Moviments oculars 																				
Espai			- Interior i exterior																				
Estratègies			<ul style="list-style-type: none"> - Fer posar atenció a les diferències i similituds entre els dos hemicosos - Facilitar i incentivar el treball compartit - Facilitar la reflexió sobre la utilitat de l'orientació en la vida diària - Reforçar la comunicació entre iguals 																				

5.1.4 UNITAT DE TREBALL: ESTIU

L'estiu és l'època de la llibertat d'expressió, de moviment i de pensament. Per això el treball és més expressiu, amb un component important de coordinació i ritme, fent servir propostes lúdiques i de contacte corporal amb els altres. El sentit predominant durant l'estiu és el del tacte (Courchinoux, 2002).

La importància del component expressiu/comunicatiu d'aquest període de l'any estaria representat, sobretot, pel treball fet a partir del llenguatge (corporal i verbal), de la dimensió temporal de la motricitat, de l'amplitud de moviment i de la coordinació més especialitzada. Tot això tenint en compte que l'expressió corporal té dos elements fonamentals: el moviment i el pensament (Soler Vila, 2009), de manera que es compaginen les dimensions física, perceptiva, social i cognitiva. En el nostre cas, aquest component comunicatiu té una importància capital perquè moltes vegades la tendència a l'aïllament i a la manca de relació amb els altres són molt marcades. Val la pena aprofitar l'època de l'estiu per trencar o reorientar aquestes tendències .

La singularitat del moviment humà es basa en la seva intencionalitat. Els éssers humans ens movem en l'espai i el temps a més de projectar-nos cap als altres; la capacitat expressiva és la base d'aquesta projecció intencionada. És el punt on conflueixen totes les capacitats –representades per les habilitats- que ens permeten integrar-nos amb l'entorn, els objectes i les persones. No es tracta, però, d'un punt final ni d'una meta, és un punt del recorregut vital que està en constant transformació. El cicle tornarà a començar i mai no serà igual, haurà evolucionat cap a noves formes de comportament, de moviment que voldran noves oportunitats i necessitaran noves activitats i formes de treball.

Objectius d'aprenentatge:

- a. Buscar diferents possibilitats de moviment en situacions conegudes, amb material, amb els altres
- b. Consolidar els conceptes bàsics relacionats amb la percepció de l'espai
- c. Normalitzar el contacte corporal amb els altres
- d. Crear expressions i moviments amb música, amb material, sense res
- e. Valorar i descobrir el component simbòlic del material
- f. Fer servir i cultivar la imaginació
- g. Controlar les manipulacions bàsiques dels objectes (rodar, botar, tirar, recollir...)
- h. Exercitar de manera conscient el sentit del tacte
- i. Identificar, repetir i reproduir seqüències rítmiques variades
- j. Coordinar els ritmes propis amb els dels altres
- k. Buscar amplitud de moviment amb harmonia

Continguts principals:

- a. Comprensió de conceptes bàsics de la temporalitat (simultaneïtat, successió)
- b. Expressió del cos i el moviment
- c. Identificació i reproducció de diferents ritmes
- d. Execució d'accions motrius a partir de criteris temporals bàsics
- e. Orientació en relació als altres, a si mateix i als objectes de l'entorn
- f. Anàlisi de la funció del sentit del tacte
- g. Representació d'accions de la vida real
- h. Creació de moviments, situacions...(imaginació, fantasia, originalitat)
- i. Diferents manipulacions d'objectes diversos
- j. Us del tacte per controlar el món dels objectes
- k. Acceptació de les creacions pròpies i les dels altres
- l. Espontaneïtat de les respostes
- m. Manteniment d'una actitud de recerca
- n. Participació activa i espontània en el programa

Taula 20. Orientacions per a la distribució de continguts. Estiu

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS						
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE LA UNITAT: ESTIU (Juliol - Setembre).						
Libertat de moviment, d'expressió i de pensament.		<ul style="list-style-type: none"> - Expressió i creativitat (riure). - Activitats rítmiques. - Coordinacions. - Comunicació no verbal. - Relaxament dinàmic. - Postures evolutives encadenades. - Equilibri dinàmic. - Amplitud de moviment. - Pell. - Poca intensitat de treball físic. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sentit: Tacte. - Color: Vermell. - Element: Foc. - Meridians: Cor i intestí prim. - Època de treball expressiu, comunicatiu, de moviment lliure i ample, de sortir a l'exterior. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Alegria, despreocupació, impulsivitat. (Riure) - Facilitar el pas de l'energia cap a la perifèria. - Administrar l'energia. - Alliberar les expressions. - Ritmes i coordinació. - Sistema capil·lar. - Sistema Nerviós Perifèric. 						
DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS Nombre de sessions unitat: 20 aproximadament						
ÀMBIT	GLOBAL	ESPECÍFIC	%	NÚM. REP.		
CAPACITATS FÍSICO-MOTRIUS			23	9		
	Cardio-respiratori	Capacitat resistència a l'esforç.				
		Respiració			Vies	1
					Fases	
					Formes	1
			Ritmes			
Ossi i Muscular	Velocitat					
	To muscular/força.					
	Mobilitat articular.* <i>(Amplitud de moviment)</i>			2		
	Flexibilitat.			5		
CAPACITATS PERCEPTIVO-MOTRIUS			45	18		
Coordinació		Dinàmica general		1		
		Específica.		4		
Equilibri *		Estàtic				
		Dinàmic				
Percepció propi cos*		Esquema corporal				
		Actitud postural				
Percepció espai		Conceptes bàsics				
		Trajectòries i direccions		2		
Percepció temporal		Orientació		3		
		Conceptes bàsics				
		Relacions en el temps (simultaneïtat i successió)		2		
		Estructuració temps (percepció, reproducció estructures rítmiques)		1		
Capacitats sensorials		Vista				
		Oïda				
		Tacte		5		
CAPACITATS SOCIO-MOTRIUS			22	9		
Rel. amb un mateix		Acceptació i reconeixement pròpies possibilitats i limitacions				
		Actitud d'escolta				
Rel. interpersonals *				<i>(Comunicació no verbal)</i>		
Rel. amb entorn		Físic		4		
		Material		5		
CAPACITATS COGNITIVES			10	4		
Cap. concentració i atenció		Associacions, categories i seqüències		1		
		Preses de decisions, estratègies				
Funcions executives *						
Memòria						
Llenguatge		Expressió		1		
		Comprensió auditiva				
		Fluència verbal		1		
		Denominació.		1		
TOTAL			100	40		

* Aspectes que cal tenir especialment presents sempre

Taula 21. Orientacions per a la distribució del treball en el temps. Estiu

ORIENTACIONS PER A LA DISTRIBUCIÓ DEL TREBALL EN EL TEMPS																							
UNITAT DE TREBALL: ESTIU (Juliol - Setembre)																							
NUMERO SESSIÓ			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ASPECTES A TREBALLAR																							
C. FÍSICO-MOTRIUS	Cardio-respiratori	Cap. Resist esforç.																					
		Vies																					
		Fases																					
		Formes																					
		Ritmes																					
	Ossi i Muscular	Velocitat																					
		Tonificació																					
		Mob articular.																					
		Flexibilitat.																					
C. PERCEPTIVO-MOTRIUS	Coordinació	Din. general																					
		Específica.																					
	Equilibri	Estàtic																					
		Dinàmic																					
	Percepció propi cos	Esquema corporal																					
		Actitud postural																					
	Percepció espai	Conceptes bàsics																					
		Trajec i direccions																					
	Percepció temporal	Orientació																					
		Conceptes bàsics																					
	Capacitats sensorials	Relacions temps																					
		Estructuració temps																					
Vista																							
		Oïda																					
		Tacte																					
C. SOCIO-MOTRIUS	Rel. amb un mateix	Possib / limit																					
		Actitud d'escolta																					
	Rel. interpersonals	Físic																					
		Material																					
C. CONIITIVES	Cap. Concent i atenció																						
	Funcions executives	Assoc, cat, seqüis																					
		Presca decisions, estratègies																					
	Memòria Llenguatge	Expressió																					
		Compren. auditiva																					
Fluència verbal																							
		Denominació.																					
Observacions	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir o modificar sessions sempre que el grup ho necessiti - Atenció a les situacions de fatiga - Procurar hidratar durant i després de l'activitat 																						
Organització grup	<ul style="list-style-type: none"> - Petits grups, lliure 																						
Tipus activitats i recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Activitats d'expressió, - Activitats lúdiques - Activitats rítmiques - Danses - Cantar - Ús de material molt variat 																						
Espai	<ul style="list-style-type: none"> - Aire lliure i ús d'espais diferents a l'habitual 																						
Estratègies	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar i acollir manifestacions verbals o gestuals espontànies, imaginatives - Crear situacions expressives a través del material, la música o el contacte amb els altres - Valorar i fer servir el component simbòlic dels objectes 																						

5.2 ORGANITZACIÓ DE LA SESSIÓ

L'últim graó de l'organització de la feina que volem fer és el de la sessió. És allà on es concreta l'organització més general dels aspectes a treballar que, al seu torn, han estat definits a partir de les intencions del programa. La sessió és aquell temps i aquell espai que comparteixen el grup i l'educador/a³⁸, en els quals es desenvolupen els continguts del programa a través de la relació pedagògica que s'estableix entre ells, a més de les tasques que els són complementàries (motivació, acollida del grup...).

A fi d'organitzar el treball de manera coherent i eficaç, és important considerar diverses qüestions i criteris que ens ajuden en la presa de decisions –abans, durant i després– i en el desenvolupament de les accions lligades a la sessió.

5.2.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA SESSIÓ

Partint de la idea que la sessió és quelcom més ampli que el temps d'exercici físic, cal tenir en compte que *“inclou un seguit de previsions que s'agrupen en tres moments clau: just abans de començar, la realització de la sessió i immediatament després d'acabar.”* (Galera, 2001: 161).

Just abans de la sessió (fase prèvia) hi ha dos tipus de tasques: les relacionades amb el condicionament de l'espai o la preparació del material necessari, i les lligades a la motivació, el desplaçament fins a l'espai de pràctica i a la recepció del grup. En els grups de persones amb dependència aquest darrer aspecte requereix una dedicació intensa, especial i decidida.

En el decurs de la sessió (fase de desenvolupament) és el moment d'informar, de preparar el grup, de regular la pràctica... En aquest període es distribueix el treball en tres parts: escalfament o part inicial, part principal, i tornada a la calma (Vegeu taula 22).

Taula 22. Moments, fases i parts de la sessió

MOMENTS	FASES	PARTS
Abans	Fase prèvia: Adequació de l'espai i del material. Motivació i desplaçament (anada) de les persones grans.	
Durant	Desenvolupament: Pràctica.	<ul style="list-style-type: none"> - Escalfament o activació - Part principal - Tornada a la calma.
Després	Fase final: Avaluació, adequació de l'espai i del material. Desplaçament (retorn) de les persones grans.	

Font: Elaboració pròpia a partir de (Galera, 2001).

L'últim moment és el que ve just en acabar la pràctica (fase final) que comprèn aquell temps que permet desfer el camí fet en la fase prèvia: retorn al lloc i a l'activitat normal de la vida diària, recollida del material i adequació de l'espai utilitzat.

³⁸ Per a aquest programa utilitzarem la paraula educador/a per referir-nos a la persona que dirigeix la sessió, entenent que la tasca que es fa en el desenvolupament del programa sempre té un component educatiu. La realitat actual dels centres comporta que qui fa aquesta feina en els centres de dia, residències... siguin persones amb perfils i tipus de formació ben diferenciats: professionals de l'educació física, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, animadors/es, auxiliars de geriatría..., de manera que trobem més encertat fer referència a la tasca que es fa que no pas al o a la professional que la desenvolupa.

Així doncs, queda clar que la sessió és quelcom més ampli que el temps de pràctica. Vegem els aspectes a tenir en compte, emmarcats en el programa VAFiD, en cadascuna de les fases i parts de la sessió:

Fase prèvia

Aquest és el temps que dediquem a condicionar l'espai de pràctica quan sigui necessari – s'ha de tenir en compte que en molts centres l'activitat física es fa en espais polivalents– i a preparar el material que necessitarem en la fase de desenvolupament. Abans d'acollir el grup en l'espai de pràctica és molt important que el tinguem a punt per fer aquesta funció. Generalment treballarem amb grups de persones que tenen poca mobilitat i en espais que acullen altres activitats, això fa que –en moltes ocasions– calgui adequar l'espai cada vegada que s'hagi de fer la sessió. Per altra banda, la preparació del material que necessitarem durant la fase de treball és important per tal d'evitar la despesa de temps de pràctica en tasques organitzatives com ara anar a buscar material.

En aquesta fase també és el moment de rebre el grup –si les persones venen a l'espai de pràctica per iniciativa pròpia i de manera autònoma– o d'anar a informar, motivar i acompanyar les persones que no poden venir per elles mateixes. En el primer cas, es tracta d'un temps de relació informal entre les persones del grup i l'educador/a que facilita el coneixement d'interessos, necessitats, preocupacions, expectatives i vivències actuals de les persones grans. Aquesta informació té un gran valor per a la fase de desenvolupament, perquè ens orienta sobre què és més adequat per a cadascú i per a aquell moment.

En el segon cas, és el temps que es pot dedicar a fer una o més de les següents tasques:

- a. Informar la persona gran que ens disposem a iniciar la sessió. Ens podem trobar què, quan treballem amb persones amb deteriorament cognitiu, tinguem la necessitat – cada dia– d'anar a explicar què és el que anem a fer, perquè la persona no se'n recorda.
- b. Motivar la persona gran que tendeix a la passivitat, procurant animar-la perquè participi a la sessió.
- c. Acompanyar-la fins a l'espai en què s'ha de desenvolupar la sessió perquè ella no ho pot fer sola.

Fer aquestes tasques sovint requereix molt de temps perquè, a banda d'utilitzar habilitats comunicatives, de tenir paciència o de mantenir una actitud comprensiva, no es pot anar depressa. Quan hi ha moltes discapacitats i/o poca motivació per a la participació, aquesta fase és fonamental per poder desenvolupar el programa i representa la dificultat més important a superar.

De la mateixa manera que en el primer cas, aquest és un temps que proporciona una informació molt valuosa per a la fase de desenvolupament, saber que aquella persona avui està molt animada, o que té dolor, o que no ha pogut dormir bé, ens ajudarà a adequar les propostes de la sessió a la seva realitat.

Sigui com sigui, no podem oblidar mai la importància d'aquesta fase i cal preveure la necessitat de temps que requereix. Encara que és un període de temps de relació informal, no és un temps buit de contingut. Tenint en compte que aquesta fase inclou el

desplaçament fins a l'espai de desenvolupament de la sessió, per a les persones que el fan caminant és una forma d'iniciar-la.

Escalfament o activació

És la primera part de la fase de desenvolupament: es rep el grup, s'explica breument com anirà la sessió, s'inicia el treball dels continguts previstos. És el punt en què es comença la pràctica pròpiament dita. Una pràctica que es caracteritza per:

- a. Estar formada per tasques de tipus global que permetin adaptar-se (físicament i mental) a l'exercici físic i a la situació de grup.
- b. Incloure activitats dinàmiques i relacionals.
- c. Preveure una progressió en dificultat i intensitat adequades que garanteixin la transició de la fase prèvia (informal, amb component relacional important i de poca intensitat) a la part principal (amb més exigència física i mental).

Treballant amb grups amb moltes discapacitats (sobretot si són cognitives), és una part que s'inicia amb indicacions molt clares de què es comença la sessió. És una manera d'orientar i de situar les persones que participen en el grup, també de crear una dinàmica que dona seguretat, perquè s'identifica clarament què és el que succeirà properament: la sessió d'activitat física.

Aquesta part de la sessió ha d'estar d'acord –com totes les altres– amb la resta. Els continguts que s'hi desenvolupin han d'estar pensats en funció de què i com es treballarà a continuació.

La durada d'aquesta part, en una sessió d'una hora, pot oscil·lar entre 10 i 15 minuts.

Part principal

La segona part de la fase de desenvolupament constitueix l'eix central de la sessió. És quan es treballen de manera més específica i més intensiva aquells aspectes que ens hem proposat. És un temps que demana la màxima implicació i treball personals, per això caldrà posar atenció en els períodes de recuperació i en la quantitat de situacions i/o tasques que es proposen.

Les persones i el grup necessiten un temps de recuperació (física i mental) adequat a la intensitat del treball, que, per altra banda, no només depèn de les propostes sinó que també canvia en funció de les característiques i les capacitats de les persones. Paral·lelament, cal combinar la recuperació amb el nombre de propostes o de situacions que es creen durant aquesta fase de la sessió. Massa quantitat pot dificultar la concentració del grup, però massa poques poden cansar-lo o desmotivar-lo.

Representa entre el 40 i el 50% del temps total de la sessió i s'hi poden incloure tot tipus d'activitats i formes d'organització del grup, sempre que siguin adequades per treballar els aspectes que ens proposem.

En aquesta part de la sessió –per ser la principal– té una importància especial la dinàmica de treball que es crea en el si del grup. La construcció, l'estructura i l'organització de les

tasques que es proposen, les estratègies que utilitza l'educador/a o les relacions que s'estableixen, faciliten o dificulten la consecució dels objectius que ens haguem proposat.

Tornada a la calma

De la mateixa manera que l'escalfament, és un període de treball de transició que permet la progressiva adaptació a la vida diària, aquest és un temps que va del treball intens a l'activitat normal de la persona.

Serveix per reduir paulatinament el nivell d'activitat, i per això sol incloure activitats de relaxament, de respiració, d'estiraments suaus. Els continguts d'aquesta part de la sessió també han d'estar d'acord amb el què hagi succeït durant el seu desenvolupament. Si, per exemple, hem fet un treball muscular molt important, caldrà que en aquesta fase busquem el relaxament muscular; en canvi, si hem fet activitats complexes que han necessitat molta concentració i atenció, serà convenient proposar activitats que facilitin la distensió mental.

La durada d'aquesta part, en una sessió d'una hora, pot oscil·lar –igual que l'escalfament– entre 10 i 15 minuts.

Fase final

Un cop finalitzat el període de pràctica hi ha un espai de temps que –com la fase inicial– és de relació més informal, durant el qual és possible que les persones que hi han participat facin algunes valoracions sobre la sessió. Així, doncs, és una fase important per al plantejament de futures sessions i per a la motivació i el reconeixement a les persones que hi han participat, i s'acomiada el grup. És un temps d'avaluació tant de la sessió com del programa.

Per altra banda, tot retorna a la situació inicial. A les persones que cal acompanyar, se les acompanya fins allà on hagin d'anar (l'habitació, la sala d'estar...) i es recull l'espai i el material.

La durada d'aquesta fase variarà en funció de:

- a. Factors organitzatius i d'infraestructura: nombre de persones en el grup, distància per arribar a l'espai de pràctica, disponibilitat de persones que puguin ajudar en el desplaçament, característiques de l'espai de pràctica....
- b. Les característiques dels participants: nivell d'autonomia, capacitats físiques i cognitives.

Aquests aspectes determinen si és necessari acompanyar les persones, el ritme, la quantitat de tasques complementàries que cal fer (moure taules, cadires...) i, per tant, el temps que cal dedicar-hi. Sigui com sigui, és imprescindible establir aquest contacte final amb les persones grans que han participat i fer les tasques complementàries que permetin un correcte desenvolupament –i continuació– del programa.

Tal com hem vist, l'estructura de la sessió conté tres fases i tres parts amb unes característiques ben definides, però el conjunt ha de constituir una unitat coherent (vegeu la figura 7).

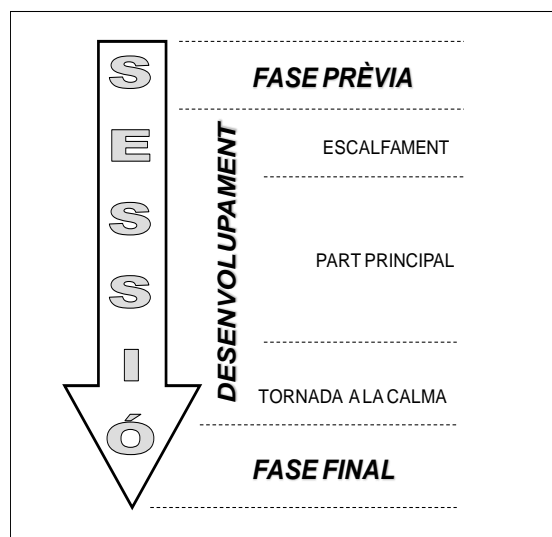


Figura 7. Estructura general de la sessió

5.2.2 CRITERIS PER A L'ORGANITZACIÓ DE LES TASQUES DURANT LA SESSIÓ

La sessió es va desenvolupant a partir d'un seguit de tasques i de situacions que són producte de la relació que s'estableix entre l'educador/a i les persones grans. És una dinàmica contínua entre propostes/estímuls i respostes mediatitzada per les tasques i les situacions. Atenent la perspectiva ecològica de l'educació física (Siedentop, 1998), aquest joc d'equilibris constants entre diferents sistemes que s'influeixen i es condicionen –com la imatge de l'holograma que proposa (Boff i Domínguez García, 2001) (pàg 86)– les tasques que configuren la sessió poden ser:

- Tasques d'organització: que comporten accions relacionades amb aspectes organitzatius com distribuir-se en grups, escollir material...
- Tasques d'aprenentatge: que comporten accions directament relacionades amb l'activitat física (jocs, situacions de treball, exercicis...) que són eines que han de servir per assolir els objectius de treball previstos en el plantejament del programa.
- Tasques d'interacció social: que sorgeixen de la dinàmica del grup durant el desenvolupament de la sessió. Encara que l'educador no defineix explícitament aquest tipus de tasques, sí que les condiciona des del moment en què contribueix a crear determinades situacions o les mateixes tasques d'organització i aprenentatge.

Els criteris per organitzar la seqüència de tasques durant una sessió del programa VAFiD tenen en compte diferents aspectes. Vegem-los per a cadascun dels sistemes de tasques que proposa Daryl Siedentop.

Les tasques d'organització: Treballant amb grups de persones grans en situació de dependència és corrent que ens trobem amb grups formats per persones que, per exemple, tenen dificultat per desplaçar-se, per agafar un objecte, per escoltar o per comprendre el significat d'una situació concreta o d'una indicació que s'ha donat. A nivell organitzatiu, això suposa que:

- a. És important procurar que el temps destinat a aquest tipus de tasques sigui el just perquè les persones grans es puguin organitzar en funció de les seves capacitats. Massa temps pot fer perdre el interès per l'activitat, i massa poc pot desconcertar.
- b. Cal preveure la dificultat que suposa canviar l'organització en l'espai (per parelles, en cercle, en petits grups...) del grup. Si treballem amb un grup de persones la majoria de les quals no es poden desplaçar per elles mateixes, haurem de situar el grup pensant que no el podem anar canviant de lloc –o només podem fer petites modificacions– en tota la sessió, el contrari comportaria una despesa de temps molt important en aquest tipus de tasques. Si tenim la possibilitat de fer canvis en l'organització del grup, s'ha d'intentar fer-ho de manera progressiva i ordenada, anant de formes més fàcils (individual) a formes més complexes (per parelles, en petits grups).
- c. Cal tenir present que les discapacitats cognitives limiten de forma important l'execució d'aquest tipus de tasques i per tant, han de ser senzilles, molt clares, amb elements de suport que evidencin i ajudin a orientar la persona (Ex: senyals a terra per delimitar espais) i que demanin una sola acció cada vegada (Ex: primer situar-se per parelles, després agafar una pilota...).
- d. En les tasques d'organització en què cal utilitzar algun tipus de material, i tenint en compte que moltes vegades és l'educador/a qui ha d'apropar el material a la persona, és importantíssim tenir cura de la forma com es fa. Al nostre entendre, hi ha una diferència important entre donar l'objecte o deixar que la persona l'agafi –i l'escull– pels seus propis mitjans. De la mateixa manera que és diferent recollir el material –l'educador/a va més ràpid– o deixar que les persones grans col·laborin en aquesta tasca. Són maneres de preservar les capacitats que es conserven.

Les tasques d'aprenentatge: l'organització d'aquest tipus de tasques, a més d'estar condicionada per les característiques del grup, també està influenciada per factors com els objectius, el temps o l'estructura de la sessió. Els criteris a tenir en compte en el programa VAFiD són:

- a. Les característiques de les tasques han d'estar d'acord amb la part de la sessió en què estan incloses. Durant l'activació caldrà utilitzar propostes més dinàmiques i globals; les de la part principal seran tasques amb un tractament més específic i amb una dificultat o intensitat més elevades, per acabar amb tasques més tranquil·les i de baixa intensitat. A banda d'aquestes característiques, que solen ser comunes per a tot tipus de programes d'activitat física, en el programa que ens ocupa és útil i molt necessari, quan es treballa amb grups de persones amb demència, començar cada dia la sessió amb tasques molt semblants, amb l'objectiu d'orientar les persones mitjançant la utilització de rutines.
- b. Cal utilitzar el nombre just de tasques perquè les persones grans tinguin l'oportunitat d'experimentar i de modificar –en benefici propi– les tasques que se li proposen. Massa tasques o situacions en una mateixa sessió poden donar lloc a la reproducció automàtica i poc conscient de moviments, al desinterès, a la desorientació o a situacions estressants per a la persona que no pot seguir el ritme. Contràriament, poca diversitat i quantitat de tasques comporten avorriment i passivitat. En general es pot dir que els grups amb més autonomia permeten un nombre més gran de tasques o de situacions durant una mateixa sessió, que els que en tenen menys.

- c. El mateix criteri ha de prevaldre quant a la gestió del temps dedicat a cadascuna de les tasques. Ha de ser el just per poder respondre i experimentar, en funció de les possibilitats i característiques de cadascú.
- d. La seqüència de les tasques ha de respondre al principi de la progressió. L'ordre de les diferents tasques que componen la sessió ha d'anar d'allò fàcil a allò més difícil, del treball més suau al més intens. La progressió ha de ser tant en el component motor de la tasca, com en el cognitiu. Així doncs, cal analitzar la dificultat i/o intensitat física de la tasca, que pot venir determinada per aspectes com el ritme, la càrrega de treball, o els grups musculars implicats. També la dificultat cognitiva que comporta la tasca, a partir de l'atenció i la concentració que demana, el nombre i seqüència de les diferents accions, la presa de decisions, el component simbòlic... Una eina útil per determinar aquest tipus de complexitat i aplicar-la als grups de persones amb dependència són les característiques de les activitats descrites en els nivells cognitius de Claudia Allen (Levy, 1998).
- e. Les tasques que componen la sessió també han de respondre al principi de connexió. Una sessió no és un seguit de tasques i de situacions posades una a continuació de l'altra, sinó que és una estructura unitària formada per petites unitats de treball –les tasques i/o situacions– connectades entre elles. Les unes tenen sentit en funció de les altres. Les tasques de l'activació –a banda de servir per “posar en marxa”– han de servir per preparar el treball que es farà durant la part principal, i les de la tornada a la calma hauran d'estar en funció del treball que s'ha fet anteriorment. Aquesta connexió és tant a nivell de tipus de treball, com organitzatiu (utilització de material, organització del grup...).
- f. Finalment, les tasques de la sessió també han de respondre al principi de l'alternança. Han de permetre un treball físic i cognitiu respectuós amb les capacitats i amb el ritme de cadascú, preveient períodes de recuperació, amb alternança en el treball de diferents grups musculars, tasques compensatòries, i treball de menys intensitat després d'un de més intens. En els grups de persones amb dependència el “joc” constant entre tasques de diferent intensitat o característiques és fonamental per tal de mantenir la motivació i el interès. Es tracta d'una dinàmica molt específica de cada grup, que es va “afinant” a mesura que augmenta la coneixença de les persones que el formen.

Les tasques d'interacció social. Aquest tipus de tasques sorgeixen de la iniciativa de les persones grans, més que de la proposta de l'educador/a. Tot i així, les estratègies i els mètodes que utilitzi per a conduir la sessió condicionen o faciliten la creació d'un ambient propici perquè hi hagi un sistema d'interaccions socials entre els vells, ric i profitós per als altres dos tipus de sistemes de tasques. Entre les persones a qui va dirigit aquest programa, solen ser habituals la tendència a l'aïllament i les dificultats per interaccionar amb l'entorn, per la qual cosa aquest punt constitueix un eix d'interès primordial per al programa. Per facilitar i cultivar la relació entre les persones grans que hi participen caldrà tenir en compte els següents criteris:

- a. Evitar organitzar el grup sempre de la mateixa manera (per exemple en cercle). Així la relació de proximitat i comunicació amb els altres serà canviant i permetrà l'experimentació, el descobriment. S'ha de tenir en compte que quan la mobilitat és molt reduïda, les possibilitats d'aproximació a l'altre també disminueixen, i la

- interacció espontània és més difícil –moltes vegades només pel problema “pràctic” de la proximitat–.
- b. Utilitzar metodologies amb tendència a la no directivitat i basades en estratègies de col·laboració i de cooperació, en les quals el fet de compartir (espais, materials, decisions, sensacions...) formi part de la dinàmica de treball.
 - c. Reforçar totes les tasques d'interacció social que sorgeixin de manera espontània i que contribueixin al desenvolupament adequat dels sistemes de tasques d'organització i d'aprenentatge. Un cas diferent seria quan algun component del grup manifesta un trastorn de conducta (desinhibició, labilitat emocional...) que cal reconduir amb tranquil·litat, amb decisió, respectant la dignitat de la persona i preservant l'estabilitat del grup.
 - d. Si la interacció no sorgeix de manera espontània, procurar oferir recursos i estímuls que la facilitin, com per exemple fer propostes concretes (mirar als ulls, donar la mà...) que ajudin i no imposin.

5.2.3 CRITERIS PER A L'ORGANITZACIÓ DEL GRUP

A banda del sistema d'organització esmentat en el punt anterior, cal tenir present que totes les tasques d'aprenentatge que proposen l'educador/a, els alumnes o el grup, comporten una determinada manera d'agrupar les persones que hi participen. Aquestes diferents formes d'organització influeixen en els aprenentatges, en la manera de practicar, en les relacions, i en la comunicació que s'estableix entre els integrants del grup. Així que la manera d'organitzar el grup condicionarà gran part de la vivència que cadascú tindrà de la sessió en general i de les tasques en concret.

La proximitat, el contacte ocular, la posició frontal o obliqua i el nombre de persones que hi intervenen en un moment donat tenen un paper fonamental en el resultat final de la comunicació i de la seva vivència psicològica. (Peña-Casanova, 1999b: 44).

En el desenvolupament del programa és interessant anar canviant les formes d'organització del grup, precisament per modificar les condicions de treball i de comunicació amb la finalitat de proporcionar varietat de situacions que puguin permetre treballar diferents aspectes i enriquir les experiències motrius i comunicatives de les persones grans.

Vegem els diferents tipus d'agrupacions (Carrera Blancafort, 2004) i les característiques més destacables per al programa VAFiD:

En dispersió: el grup està dispers per la sala, estàtic o en desplaçament. És un tipus d'agrupació que comporta dificultat en la comunicació general amb el grup; per això l'educador/a s'ha de desplaçar entre els seus membres i ha de vetllar especialment perquè totes les persones del grup rebin els seus missatges. Però al mateix temps és una formació que facilita el treball de proximitat amb les altres persones i –si convé– el treball individual concentrant-se en un mateix. També permet una relació amb l'espai rica, variada i canviant, semblant a la realitat quotidiana.

Per treballar amb desplaçament i amb grups formats per persones amb alteracions de l'equilibri i de la marxa, cal disposar d'un espai ampli i amb propostes el més segures possible per tal d'evitar caigudes. Si treballem de manera estàtica (asseguts o drets) caldrà situar a les persones que tenen menys mobilitat a les zones centrals del grup, per tal de facilitar-los la relació amb les altres persones del grup.

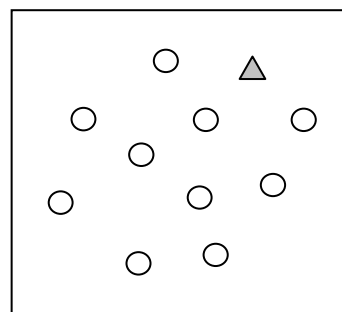


Figura 8. Dispersió

En cercle: Aquesta és una forma d'agrupament que permet que tots els membres del grup es puguin veure; això els dona seguretat, però els treu llibertat. És una situació de fàcil control i comunicació, les consignes arriben fàcilment i per això la utilitzarem en les ocasions que necessitem explicar molt bé les propostes i en les que calgui l'observació acurada del grup –per exemple en situacions que puguin comportar risc–. Per altra banda, és una forma d'agrupament que permet observar els companys de manera que és útil fer-la servir quan la comparació amb els altres o la imitació són elements del treball importants.

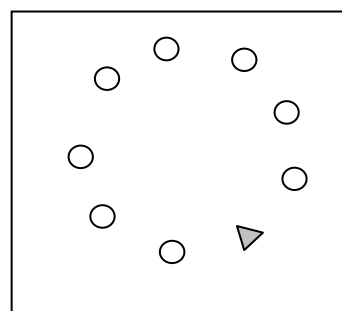


Figura 9. Cercle

En files o columnes. Aquest tipus d'organització es pot fer servir tant en posició estàtica com en desplaçament. Comporta un bon control visual del grup per part de l'educador/a, però no facilita les relacions interpersonals, excepte quan es fa un treball coordinat entre tots els membres de la fila o de la columna –per exemple en els desplaçaments conjunts, transport d'objectes o altres–. En els grups amb poca autonomia és més corrent utilitzar-la en situacions estàtiques que en dinàmiques. És habitual emprar aquest tipus d'agrupament en treballs tipus aeròbic –pel bon control visual i la possibilitat d'imitar que comporta–, en desplaçaments per files –per poder fer una bona observació i simplificar el desplaçament– o en el desenvolupament de danses o coreografies que predeterminen aquesta organització del grup.

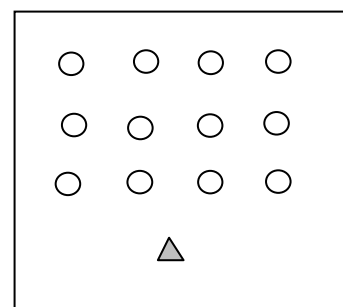


Figura 10. Files /columnes

Agrupacions per zones, estacions o petits grups. Aquestes altres agrupacions es caracteritzen per permetre el treball concentrat en grups reduïts. Es pot fer creant zones de treball diferenciades –per exemple les estacions d'un circuit– o formant petits grups que treballen sempre en el mateix espai. La distribució per grups i/o per zones permet diversificar i personalitzar les propostes adequades a l'evolució de cada grup, facilita les relacions interpersonals i l'experimentació compartida. Dóna autonomia al grup i a les

persones que l'integren. Ajuda a crear situacions propícies perquè les persones grans puguin decidir, escollir i evolucionar segons els seu propi ritme i capacitats.

Aquestes agrupacions demanen una certa maduresa com a grup, una feina més intensiva en la funció de guia de l'educador/a i dificulten la tasca de control i observació del grup. Es poden aplicar en grups que fa temps que treballen junts i és més difícil de fer-ho en grups amb discapacitats cognitives importants. És imprescindible que les persones grans coneguin molt bé el mecanisme, la forma de treball i el què se'ls demana, per això l'educador/a ha d'esmerçar temps i esforç en garantir que els grups puguin treballar de manera adequada.

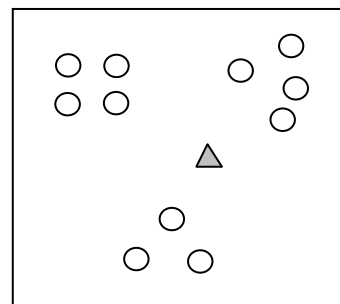


Figura 11. Altres agrupacions

5.2.4 CRITERIS PER A L'ORGANITZACIÓ DE L'ESPAI, EL MATERIAL I EL TEMPS

A més de les indicacions exposades en el punt 5.2.2 sobre les tasques d'organització que fan referència a l'espai, el material i el temps, a l'hora de posar en pràctica cada sessió, també és important tenir en compte els següents aspectes:

- Si l'espai que s'utilitza s'ha de condicionar i el grup està format per persones amb dificultats de desplaçament, cal que l'espai de pràctica estigui lliure d'obstacles i preparat per acollir el grup –per exemple, amb les cadires preparades al lloc on han de seure les persones grans–.
- Cal utilitzar el material de manera segura i organitzada, procurant que estigui situat en un lloc assequible per al grup –en cas que aquest tingui la suficient autonomia com per agafar-lo o recollir-lo- o que estigui preparat per tal de poder-lo oferir als participants.
- Que cal gestionar del temps pensant en el màxim aprofitament de les activitats que són significatives per al grup i en la reducció del temps destinat a activitats que ho són poc. Això suposa saber distingir quan és necessari entretenir-se en una conversa, esperar a començar una activitat, alimentar o minimitzar una discussió, etc en lloc de fer una activitat motriu que és la pròpia del programa i a la qual hem de dedicar el màxim temps possible de la sessió. Sigui com sigui, sempre hem de garantir que dediquem el temps just i suficient per tal que totes les persones del grup rebin i comprenguin les informacions i les situacions que es plantegen, disposin de prou temps per elaborar les seves respostes i per experimentar amb les seves pròpies capacitats. Per a les persones amb dependència aquests temps de recepció, elaboració i d'experimentació solen ser llargs i cal saber respectar els ritmes individuals.

6 CONDICIONS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA

En aquest punt desenvoluparem els aspectes que fan referència al com treballem i en organitzem per poder dur a la pràctica el programa VAFiD. Aspectes que són tan o més importants que els desenvolupats fins ara. Hem de dir que, en aquesta tesi, no seran avaluats en totes les seves dimensions per raons de complexitat i extensió difícilment assumibles en una sola recerca.

6.1 ASPECTES METODOLÒGICS

La posada en pràctica del programa suposa la transformació dels plantejaments fets en accions concretes encaminades a que aquests plantejaments teòrics es facin realitat.

És quelcom semblant al procés que seguiríem per preparar un àpat per a uns convidats. Primerament hi ha un seguit de raons que ens mouen a fer l'àpat i progressivament anem planificant què és el que volem fer, preparem els ingredients necessaris, fins que arriba el dia en què cal ficar-se a la cuina i començar a elaborar els plats. Es tracta de combinar els ingredients, generar processos i utilitzar estris per tal d'aconseguir el nostre objectiu. El mateix passa quan hem d'aplicar el programa d'activitat física. Posem en joc, combinem, generem processos de comunicació i d'acció entre tots els elements implicats: el grup de persones grans, l'acció de l'educador/a i les tasques o situacions que es creen. Tot això ho fem d'una determinada manera, seguint criteris metodològics que ens porten a utilitzar estratègies que, al seu torn, ens ajuden a seguir la trajectòria adequada per a l'acompliment dels objectius. D'alguna manera "cuinem" partint d'una concepció determinada i utilitzem les eines disponibles (comunicació, tasques...) en múltiples combinacions.

6.1.1 MÈTODES QUE GUIEN L'ACCIÓ PEDAGÒGICA

Qualsevol tipus d'acció pedagògica parteix d'una determinada concepció de l'acte educatiu. És diferent entendre que l'educador/a és l'únic responsable i director del procés d'ensenyament i aprenentatge, que partir d'una concepció més centrada en el procés elaborat per la pròpia persona gran amb l'orientació de l'educador/a. En l'àmbit de l'activitat física es parla de *pedagogia del model* i de *pedagogia de la situació* (Soler Vila, 2003) per caracteritzar dues maneres d'entendre l'acció pedagògica. Són dues maneres diferents de conduir el procés i que, en l'aplicació del programa VAFiD, ens seran útils en funció de factors com les característiques del grup o el tipus de treball a realitzar.

La primera parteix d'un plantejament més directiu i la segona d'un de més actiu o menys directiu, plantejaments determinats per la relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i el grup. Vegem els dos models i les implicacions de la seva utilització.

6.1.1.1 Pedagogia del model

Utilitza mètodes i estils d'ensenyament directius i es centra en el protagonisme de l'educador/a, que és el model a imitar. Aquest és qui decideix sobre què cal fer, com fer-ho, amb què, perquè, quan. El paper de l'educand es centra en la reproducció de la proposta que ha fet l'educador. És el màxim exponent d'una concepció tradicional del procés d'ensenyament i aprenentatge.

La relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i la persona gran segueix sempre el mateix procediment: l'educador explica l'exercici o l'activitat determinant totes o la majoria de les condicions de pràctica (material, durada, repeticions, ritme, organització del grup...), fa una demostració i, finalment, l'educand procura elaborar la seva resposta el més semblant possible al model presentat. Així doncs, l'educador/a pren la majoria de les decisions relatives a la pràctica i les expressa amb consignes tancades.

La inseguretat en el moviment, el propi cos i les discapacitats –sobretot les cognitives–, requereixen un procés educatiu dirigit que, en un principi, permet el descobriment progressiu del potencial i de les possibilitats de si mateix. Per altra banda, les generacions actuals de persones grans han integrat –per raons culturals– una concepció tradicional del paper de l’educador/a. Esperen que sigui el principal protagonista i que dirigeixi la sessió en totes les seves dimensions.

La utilització d’aquests tipus de mètodes és útil quan:

- a. El grup és inexpert, perquè:
- b. Donen seguretat a la persona gran que no coneix la dinàmica i el tipus de treball que es proposa.
- c. Faciliten l’observació de les possibilitats i les característiques de cada persona i del grup.
- d. Permeten una dinàmica de grup controlada i segura.
- e. Es persegueixen objectius o es treballen continguts que demanen moviments controlats, estandarditzats (tipus aeròbic) i segurs perquè:
- f. Faciliten l’aprenentatge de moviments concrets i predeterminats.
- g. És més fàcil el control de postures correctes.
- h. Faciliten el control de les situacions de risc.
- i. Es treballa amb grups de persones que tenen deteriorament cognitiu perquè la seva capacitat per a prendre decisions i elaborar respostes sol estar limitada, de manera que l’educador ha de delimitar, concretar i guiar molt les condicions de pràctica.

Contràriament, aquests mètodes tenen alguns inconvenients:

- a. No faciliten les relacions interpersonals
- b. Allò important és la correcta execució de la tasca
- c. Creen dependència de l’educador/a
- d. No permeten la possibilitat d’experimentar en cap dels àmbits implicats en la motricitat (físic, afectiu, cognitiu)
- e. Donen prioritat a l’aspecte físic del moviment
- f. Limiten les possibilitats d’autoorganització

Tot i que la utilització de mètodes més directius és útil –i a vegades imprescindible–, en el desenvolupament de programes d’activitat física per a persones grans amb dependència, cal evitar la seva utilització de manera exclusiva. Tot i els seus aspectes positius, hem de tenir present que no es tracta d’afegir més “dependències” a les persones que participen en el programa.

6.1.1.2 Pedagogia de la situació

Es centra en mètodes actius d’ensenyament i d’aprenentatge, es basa en la idea que es tracta “d’ajudar la persona alumna a tenir experiències motrius necessàries i significatives per al seu desenvolupament, amb la finalitat de millorar la seva autonomia, intel·ligència i seguretat en si mateixa” (Galera, 2001:74). Així doncs, la referència principal són les capacitats i les possibilitats de l’educand. L’educador/a deixa de ser un model per passar a exercir una funció orientadora, facilitadora. Fa propostes i crea situacions que l’educand

ha de resoldre, de manera que hi tenen cabuda diferents respostes. És més important el procés que el resultat i les accions concretes.

La relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i la persona gran és bidireccional. Es basa en un diàleg amb propostes obertes i sense una única resposta vàlida. Això fa possible una millor adaptació de la pràctica a les possibilitats, a les característiques i als interessos de cadascuna de les persones grans que participen en el programa.

Són mètodes que, deixant llibertat a la persona gran per investigar amb el seu propi cos, donen unes pautes de treball que els orienten i alimenten la seva creativitat.

En el programa VAFiD aquestes característiques són especialment importants per la diversitat de situacions, capacitats i discapacitats que poden confluïr en un mateix grup, de manera que és possible una certa "personalització"³⁹ de l'acció educativa.

La utilització d'aquests tipus de mètodes és útil quan:

- a. Es treballa amb un grup que té una certa experiència i familiarització amb el programa perquè les persones que el formen ja tenen alguns recursos propis per poder buscar solucions a les situacions i problemes plantejats.
- b. El grup està format per persones que no tenen limitacions cognitives, funcionals o de relació i comunicació massa importants.
- c. Els aspectes que es volen treballar tenen components expressius, cognitius i relacionals importants.

Els aspectes positius de la utilització de mètodes basats en la pedagogia de la situació es poden resumir tal com segueix:

- a. Permeten que cada persona gran es mogui i respongui en funció de les seves capacitats.
- b. Faciliten l'experimentació motriu i l'expressió a partir d'unes pautes de treball.
- c. Donen importància a les relacions interpersonals que es desenvolupen mitjançant la col·laboració i la cooperació.
- d. Permeten l'adequació del ritme de treball a les característiques de les persones grans.
- e. Impliquen la persona en la seva globalitat, incloent aspectes cognitius i facilitant la seva autonomia.
- f. Són enriquidors i motivadors, tant per a l'educador com per a la persona gran.

Però la seva utilització també comporta alguns inconvenients o dificultats:

- a. L'educador/a ha de tenir experiència.
- b. És difícil d'aplicar en grups nous i/o amb dèficits cognitius.
- c. El procés d'ensenyament i d'aprenentatge no sempre respon, totalment, a l'ordre preestablert en la planificació.
- d. Requereixen un procés més llarg en el temps.

³⁹ Cal entendre la personalització com "l'ajustament de l'acció educativa a les característiques personals de cada alumne" (Pujolàs Maset i Bray Stainback, 2003: 46) i diferenciar-la de la individualització. La primera suposa un procés d'adaptació en el si del grup, mentre que la individualització n'aparta, en separa o n'allunya.

Tal com es pot deduir de l'exposició feta fins ara, la utilització de mètodes que responguin al plantejament de la pedagogia de la situació és més coherent amb les finalitats i els objectius del programa VAFiD que els de la pedagogia del model. Així, la tendència ha de ser la d'utilitzar, sempre que sigui possible, mètodes de treball actius.

6.1.2 LA COMUNICACIÓ EN LES RELACIONS INTERACTIVES

La implementació del programa no es pot entendre sense una relació basada en la comunicació i el diàleg entre les persones que hi estan implicades. De fet, es construeix i evoluciona sobretot a partir de la interacció entre l'educador/a i les persones grans. Però tota relació està condicionada per factors físics, emocionals, cognitius i socials. Les possibilitats i la forma d'emetre, rebre o comprendre un missatge, el canal i els codis que s'utilitzen o l'entorn en què es desenvolupa, fan de la comunicació un procés complex que caracteritza gran part de l'acció educativa.

Per al programa VAFiD aquest és un aspecte especialment important, perquè les persones grans que hi participen pateixen deficiències que interfereixen i modifiquen les condicions necessàries per a una bona comunicació. Quan les deficiències són de tipus sensorial⁴⁰ hi ha una limitació en la recepció dels missatges, ja que els sentits en són la porta d'entrada. Si les deficiències són neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment⁴¹, la dificultat o la modificació en la comunicació la trobarem en la producció del gest, en l'elaboració i l'emissió de missatges gestuals o paraverbals que puguin ser correctament interpretats. Finalment, si les deficiències són a nivell mental⁴², la comunicació estarà afectada quant a l'oportunitat, l'adequació i la interpretació dels missatges que es reben i s'emeten.

És per això que en el desenvolupament del programa cal posar especial atenció en els processos comunicatius i les circumstàncies que els envolten, tant els que s'estableixen entre l'educador/a i les persones grans, com entre les mateixes persones grans. Caldrà tenir en compte diversos aspectes relacionats amb la comunicació verbal i la no verbal, que especificarem tot seguit.

6.1.2.1 Sobre la comunicació verbal

En totes les situacions que contenen expressions verbals, hi ha un seguit de condicions que, en la mesura que sigui possible, cal complir per tal de facilitar el procés comunicatiu:

- a. Procurar parlar amb un to de veu de moderat a alt però sense cridar, amb un so més aviat greu i vocalitzant correctament.
- b. Fer frases curtes i clares.
- c. Estructurar el contingut del missatge amb una seqüència coherent.
- d. Repetir sempre que sigui necessari. Amb les mateixes paraules quan el receptor no ho ha pogut escoltar bé, amb altres paraules o gestos si la comprensió no és bona.

⁴⁰ Vegeu punt 3.1 del capítol II.

⁴¹ Vegeu punt 3.2 del capítol II.

⁴² Vegeu punt 3.3 del capítol II.

- e. Utilitzar gestos, imatges o altres recursos no verbals (contacte físic, distàncies, mirada) que complementin el missatge verbal per tal de facilitar-ne la comprensió. Sobretot en la comunicació amb persones amb afàsia, agnòsia o apràxia.
- f. Evitar que es superposin als missatges verbals altres sons (música, sorolls) o estímuls (persones que passen pel lloc on es fa la sessió, objectes que es mouen...).
- g. Complementar, repetir, acabar o refer missatges verbals incomplets, desordenats o incoherents emesos per persones amb deficiències en el llenguatge.

És important tenir en compte que totes aquestes consideracions han de ser presents en qualsevol tipus d'interacció –també en les que s'estableixen entre les mateixes persones grans– i això vol dir que, en un grup format per persones amb discapacitats diverses, l'educador/a ha de vetllar perquè es compleixin fent de mitjancer quan convingui (per exemple: apropar dues persones que volen parlar, parar la música quan una persona gran vol dir una cosa al grup...).

6.1.2.2 Sobre la comunicació paraverbal⁴³

En la comunicació la força i el valor expressiu del gest o l'actitud postural (cinèsia), de la proximitat entre les persones (proxèmia), dels ritmes (cronèmia) i de les emissions vocals no incloses en el llenguatge verbal (to, accent, silencis...) és evident. Complementen els missatges verbals i poden arribar a dir tant o més que les paraules. Així que també són aspectes a tenir presents i a utilitzar intencionadament en el desenvolupament del programa VAFiD.

En les relacions interactives que es produeixen durant la seva implementació, destaquem els següents aspectes de la comunicació paraverbal: les distàncies i la ubicació entre les persones, el contacte visual, la gestualitat. Tots com a eines importants de comunicació i com a complement del llenguatge verbal.

Distàncies i ubicació. La proximitat i la ubicació de les persones les unes en relació a les altres, condicionen el procés de comunicació en la mesura que permeten o dificulten el contacte, generen respostes i sensacions en funció del moment, de la situació o de la cultura. En el nostre cas, aquest és un aspecte que ens interessa especialment perquè, tal com hem vist en el punt 5.2.3 d'aquest mateix capítol, la distribució del grup en l'espai és un factor important en el programa.

La utilització intencionada de les distàncies i la ubicació tant de les persones del grup com de l'educador/a forma part de les estratègies per a generar processos comunicatius, d'ensenyament i aprenentatge positius.

Holden & Woods, citats per Peña-Casanova (1999a:44)), expliquen com les distàncies i la ubicació de les persones en una situació d'interacció, resulten d'adequades per tal que aquesta interacció tingui unes característiques o unes altres. Vegem el paper que poden tenir en el programa d'activitat física per a persones grans en situació de dependència (Vegeu taula 23).

⁴³ Acolim aquest terme seguint les indicacions de Castañer (2009)

Taula 23. Distàncies i ubicació de les persones en les interaccions

DISTÀNCIES entre dues persones		
Distància	Característiques interacció	Utilització en el programa VAFiD
A 45 cm	Interacció difícil d'evitar.	És una distància que pot fer sentir incòmode a algun dels interlocutors. En la fase prèvia de la sessió pot ser utilitzada amb persones que tenen una actitud postural molt replegada o tancada. Distància poc utilitzada durant la fase de desenvolupament de la sessió, excepte quan és necessari establir comunicació, intercanvi d'objectes o contacte corporal amb persones amb deficiències de tipus sensorial i/o molt poca mobilitat.
De 45 cm a 1,20 m.	Interacció adequada.	És la més utilitzada en el conjunt de la sessió. S'utilitza en la majoria de les situacions comunicatives i es fa servir per donar i rebre informació, expressar... És la distància de treball que es fa servir en l'organització del grup per parelles o petits grups.
De 1,20 m a 3,5 m.	Interacció possible però requereix més esforç	Aquestes dues distàncies s'utilitzen en situacions que pretenen incidir precisament en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La comunicació "a distància" mitjançant l'expressió gestual o la utilització d'un objecte. ▪ La força mitjançant llançaments o xuts d'objectes de diferents mides i/o pesos. ▪ El treball individual que requereix concentració en si mateix/a.
Més de 3,5 m.	Interacció força difícil. Fàcil de mantenir la privacitat.	
UBICACIÓ de les persones unes en relació a les altres		
Ubicació	Característiques interacció	Utilització en el programa VAFiD
De costat.	Interacció inadequada.	Quan es refereix al grup, aquesta és la forma d'ubicació que es correspon amb l'organització del gran grup en cercle o en fileres. Facilita el treball individual, però és poc útil per tal de generar interacció entre les persones, excepte quan és a través d'algun tipus de material (per exemple una corda, una pica...) que cal donar-se o compartir. Quan es refereix a la interacció de l'educador/a amb el grup o amb les persones grans individualment, és una forma poc utilitzada.
Cara a cara.	Interacció intensa.	Aquesta és la ubicació més utilitzada en la relació educador/a – individualitat, perquè és la que fa més fàcil el intercanvi de missatges, sobretot si hi ha alguna deficiència que dificulta la comunicació. També és la que utilitzen espontàniament els membres del grup que poden moure's per ells mateixos, per relacionar-se.
De cara a uns 45º	Interacció còmoda que permet pauses i silencis amb menys angúnies.	Es correspondria amb l'organització del grup en petits grups o en dispersió. L'educador/a la pot utilitzar en el "joc" d'apropament/distanciament en el treball individual o compartit però autònom de les persones del grup.

Font: Elaboració pròpia a partir de Peña-Casanova (1999a: 44).

Contacte visual. La utilització de la mirada en la comunicació entre dues o més persones és habitual i freqüent, té una significació important. Tant que, per exemple, tancar els ulls en una situació d'interacció denota un desig de trencament d'aquesta relació.

La mirada pot ser utilitzada de diverses maneres:

- a. Positivament quan es comparteixen complicitats, quan hi ha un component emocional i afectiu.
- b. Negativament, per reprovar, per intimidar o per reptar l'interlocutor o els interlocutors.
- c. Evitant el contacte visual per tal d'escapolir-se de situacions conflictives, complexes o incòmodes.

És evident que, en el si del programa i en les relacions interactives entre les persones que hi participen s'utilitzen totes però, per tal de crear un bon ambient de grup i una interacció

positiva i satisfactòria per a tothom, la utilització positiva de la mirada és l'objectiu principal.

Cal remarcar que, sobretot en persones amb tendència a l'aïllament, és interessant estimular i "practicar" aquest tipus de comunicació, que tendeix a no ser utilitzada. O que, en persones amb moltes discapacitats, esdevé una potent i important eina de comunicació.

Gestualitat. Conjuntament amb els aspectes anteriors, el gest esdevé una eina de comunicació molt present en les sessions d'activitat física. Encara que en aquest cas cal diferenciar-lo dels moviments directament relacionats amb el què és l'exercici físic, el gest –amb funció comunicativa– sovint és utilitzat com a complement del llenguatge verbal, forma part de la utilització de les distàncies i les ubicacions personals per comunicar-se i acompanya la mirada.

La manera de moure's, l'adopció de postures, les gesticulacions de braços, cara, cames i cos donen referències a l'interlocutor sobre la seva disponibilitat, el interès per a la relació o el seu dinamisme.

En el programa VAFiD la dimensió comunicativa del gest té dues funcions principals: la primera és la facilitadora/entorpidora de les interaccions en el sentit que pot acollir o rebutjar l'altre, i permet situar-se en una relació d'igualtat o de poder envers l'altre. En segon lloc, té una funció expressiva que "parla" sobre l'estat d'ànim, el dolor, l'alegria, la satisfacció, la fatiga, la tristesa... que ens ajuda a la comprensió de l'altre i que, amb persones que no poden, no volen o no tenen capacitat per expressar-se, pot jugar un paper important per al desenvolupament d'una acció educativa adequada i coherent.

Tot això es tradueix en dos grans criteris a tenir presents sempre, tant per la interacció educador-a/grup o persones individuals, com per la interacció entre les persones grans:

- a. Procurar acollir l'altre i mostrar-se disponible mitjançant el gest. Això és adoptant postures que no siguin de superioritat envers l'altre (sobretot en la interacció amb persones que estan assegudes o estirades) i realitzant gestos harmònics, oberts i acollidors en lloc de gestos bruscos i forçats.
- b. L'actitud observadora que l'educador/a ha de mantenir sempre per tal de copsar els missatges que vénen de les persones grans, i la mateixa actitud que ha d'estimular en les persones grans per tal de millorar la seva interacció amb l'entorn.

En resum, la comunicació en les relacions interactives que s'estableixen en el moment de l'aplicació del programa d'activitat física, constitueix una eina clau per a l'aplicació dels seus criteris metodològics i el seu desenvolupament.

6.2 EL PAPER DE L'EDUCADOR/A

Les actituds, la manera de fer, els coneixements, les decisions que pren l'educador/a són aspectes que tenen una influència decisiva en la manera com les persones grans aprenen, reaprenen o aprenen a desaprendre, i sobre la vivència que extreuen de la seva participació en el programa. Per tant, té un paper importantíssim en el desenvolupament de les sessions.

Abans d'iniciar l'anàlisi dels diferents aspectes que han de definir el paper d'educador/a en relació al programa VAFiD, volem destacar dues idees inicials: la primera és que les qualitats i les característiques generals que ha de tenir l'educador/a, no difereixen gaire de les de qualsevol altre professional de l'atenció a persones grans en situació de dependència. I la segona és que l'educador/a sempre ha d'assumir el paper de principal responsable de tot el que fa referència al programa, amb una implicació personal compromesa.

Per analitzar el paper de l'educador/a i descriure les línies directrius a tenir en compte per a l'aplicació del programa VAFiD, partirem de quatre grans accions que fa en el conjunt del procés de planificació, programació i desenvolupament del programa i que determinen la seva competència com a professional (Vegeu la figura 12):

1. Es prepara
2. Es relaciona
3. Manté una actitud
4. Exerceix una funció

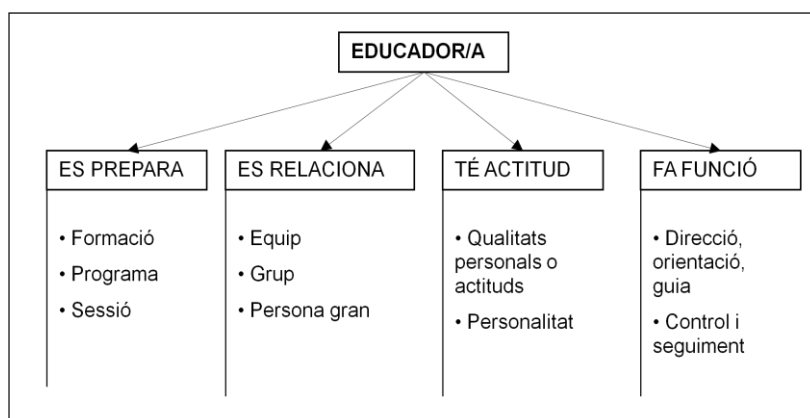


Figura 12. El paper de l'educador/a

6.2.1 LA PREPARACIÓ

Fa referència als diferents nivells de preparació que ha d'assumir l'educador/a com a professional i responsable del desenvolupament del programa. El procés de preparació va des dels aspectes més generals fins als més concrets, des de la planificació del programa fins a la de les sessions.

En el conjunt de tasques relacionades amb la preparació de l'educador/a, l'experiència hi té un paper significatiu. Permet precisar i anar destriant progressivament allò que és més important del què ho és menys. Tot i així, no justifica l'absència de preparació, perquè precisament és un exercici que permet avançar i fer evolucionar i, si convé, -només si convé- poder improvisar a fi d'adequar-se a respostes i situacions que no estaven previstes.

Aquesta acció té tres nivells diferents, que veurem a continuació:

La formació i la preparació com a professional. Això és, tot allò que forma part del camp del saber, allò que *ha de saber* per poder aplicar el programa. Necessita conèixer bé les característiques de les persones grans en situació de dependència i de les institucions que les acullen, ha de conèixer els recursos pedagògics (metodologia) i materials que pot utilitzar i ha de tenir formació sobre la matèria –en el nostre cas l'activitat física– que utilitzarà per desenvolupar la seva acció.

La preparació del programa. En un nivell inferior hi ha les tasques de preparació del programa. L'educador/a pren decisions sobre les línies d'actuació, els objectius, la manera com el durà a la pràctica i com l'avaluarà. No fa altra cosa que plantejar el camí que es proposa seguir i com el vol seguir, tot definint-lo i decidint sobre aquells aspectes que considera més importants i els que menys, les prioritats en el temps, els principis metodològics que tindrà en compte... en definitiva, tot allò que considera rellevant.

La preparació de la sessió. Finalment, en l'últim graó del procés de preparació hi ha la sessió. Sempre és necessari que l'acció pedagògica que acaba fent l'educador/a durant la sessió d'activitat física vagi precedida per un exercici de reflexió sobre el què es farà i com es farà (objectius principals, activitats, tasques i situacions que es proposaran, durada prevista de cadascuna, material necessari, organització del grup...). Això contribueix a l'aplicació d'accions adequades i coherents amb el programa.

6.2.2 LA RELACIÓ

En el desenvolupament de la seva tasca l'educador/a no treballa en solitari, sinó que forma part de l'equip d'atenció a les persones grans i del grup que dirigeix. La relació que estableix amb ells forma part de l'aplicació del programa, que de fet no es podria entendre ni fer realitat sense el joc de les relacions i interaccions personals.

La relació s'inscriu en el *saber fer* de l'educador/a per poder desenvolupar amb èxit el programa.

La relació amb l'equip. El contacte amb l'equip d'atenció a les persones grans que participen en el programa ha de servir sobretot per:

- a. Contribuir a la definició i a la valoració del pla d'atenció a la persona.
- b. Informar i sensibilitzar sobre les característiques i els objectius del programa d'activitat física.
- c. Conèixer els trets generals de l'acció d'altres professionals implicats en l'atenció a la persona gran.
- d. Conèixer prèviament les característiques generals de la persona que ha de participar en el programa.
- e. Conèixer els canvis que es produeixen en el pla d'atenció a la persona gran.
- f. Transmetre informació sobre l'evolució i les característiques de la participació de la persona gran en el programa.
- g. Enriquir la formació i la informació personal sobre els aspectes que són propis d'altres professionals i professions implicades en l'atenció a les persones grans.

La relació formal amb l'equip pot ser relativament curta, però ha de ser efectiva, periòdica, i ha de tenir un espai i un temps preestablerts. D'aquesta manera es garanteix el contacte i el compromís entre l'equip i l'educador/a.

La relació amb el grup. A banda del que ja s'ha exposat en el punt 6.1.2 d'aquest mateix capítol, la relació entre l'educador/a i el grup ha d'anar encaminada a vetllar per:

- a. La integració de totes les persones del grup de manera que cap en quedi exclosa.
- b. La participació activa de tothom. Totes les persones del grup han de poder participar activament en les propostes que es fan. A causa de l'heterogeneïtat del grup, això suposa tenir la capacitat de fer adaptacions (en les propostes, les estratègies, la utilització del material...), i donades les característiques de les persones grans que hi participen, també suposa fer-ho de manera estimulante: que convidi, que mantingui i que reforci la participació activa.
- c. L'acceptació i el reconeixement de totes les persones del grup amb les seves característiques particulars (capacitats, formes de comportament, motivacions...), tant per part de l'educador com per part de la resta de participants del grup.

La relació individual amb cada persona. Aquesta és una relació que té per objectiu conèixer a cadascú de manera individual per tal de poder respondre a les seves necessitats, als seus interessos i a les seves peculiaritats. La relació individual amb cada persona del grup permet desenvolupar una acció més personalitzada i passa per actituds i actuacions més generals (per exemple parlar més o menys formalment amb una persona en funció de la situació) o més concretes (com per exemple saber el nom de totes les persones del grup).

6.2.3 L'ACTITUD

La manera de comportar-se en relació a les situacions directament relacionades amb el desenvolupament del programa (reunions d'equip, sessió) està lligada a les qualitats personals de l'educador/a i també a la seva personalitat. Aquestes qualitats s'inclouen en el camp del *saber ser* i constitueixen una eina fonamental en l'exercici de les seves funcions com a educador/a.

Les qualitats personals o actituds. Són aspectes que influeixen en la creació d'un ambient i una dinàmica de treball adequats, faciliten l'aplicació coherent del programa i contribueixen a la bona comunicació amb el grup i l'equip. Les actituds són educables a partir del treball amb un mateix i amb han de constituir un repte personal i un objectiu per a l'educador/a. Les actituds afavoridores més importants cara al VAFiD són:

- a. Pacència. Per poder adaptar-se a un ritme més lent que el propi i respondre adequadament davant de conductes repetitives, inapropiades o lligades a determinades discapacitats, malalties o situacions.
- b. Actitud atenta i observadora. Per tal de poder intervenir d'acord amb les respostes del grup i de les persones que el formen. L'observació constant és fonamental en totes aquelles situacions que poden comportar riscos, no s'ha d'oblidar que en la majoria de les ocasions estem treballant amb persones fràgils.

- c. Respecte. El respecte dels altres és indiscutible, es tracti de persones com nosaltres o de persones “diferents”. Es tracta d’acollir l’altre amb les seves peculiaritats, amb dignitat per a ambdues parts; això suposa evitar tractes de tipus paternalista o infantilitzador.
- d. Dinamisme. El treball amb persones que tendeixen a mantenir actituds passives requereix un dinamisme constant que estimuli i inciti a l’activació.
- e. Disponibilitat i flexibilitat. Per acollir i/o reconduir totes les iniciatives, preguntes, demandes o accions que puguin sorgir de les persones grans, d’altres professionals o de la pròpia acció.
- f. Sentit del humor. Per cultivar un ambient alegre i una visió positiva de les situacions, tot contrarestant les més negatives.
- g. Iniciativa. Per poder prendre decisions quan calgui i evolucionar en el propi treball.

Personalitat. Els trets generals de la personalitat de l’educador/a constitueixen la base dels seus comportaments com a persona, solen estar molt instaurats, són menys “educables” i podem dir que, per al seu paper en el programa d’activitat física, no són tan importants com les qualitats personals o les actituds en relació al propi programa, a les persones grans o a la seva situació, perquè no hi tenen una influència tan decisiva a l’hora de la seva aplicació. Per posar un exemple: un educador/a pot tenir una personalitat extravertida però una actitud poc atenta i observadora, de manera que li costi adaptar les seves propostes a les respostes del grup; això podria donar lloc a una aplicació poc adequada del programa.

6.2.4 LA FUNCIO

L’educador/a, des de la seva posició, és el punt de referència per al grup i ha de complir amb un seguit de tasques i funcions que li són pròpies, situades també en el camp del *saber fer*:

Direcció, orientació, guia. L’educador/a lidera el programa, ha de ser un lideratge positiu. Des de la seva responsabilitat, és qui s’encarrega de fer que el programa es vagi desenvolupant i evolucioni en un ambient adequat a fi que es puguin assolir els objectius plantejats. Això ho aconsegueix gràcies a la utilització de mètodes i d’estratègies adequats, i a l’establiment de relacions interactives satisfactòries. Però, en l’acompliment d’aquesta funció de lideratge, tant o més important que els mètodes i les estratègies que utilitza, ho és la manera com l’educador/a sap crear (Florence, 1991: 26) en la persona gran:

- a. El desig d’intentar, superar i progressar.
- b. La presència en la tasca, el compromís personal amb la pràctica.
- c. Confiança en l’èxit personal.

Aconseguir aquestes tres actituds en les persones grans amb dependència que participen en el programa no és fàcil, perquè sovint la tendència i el punt de partida són la passivitat i l’acomodació a la situació, la resposta automàtica a les propostes, i preval el sentiment d’incompetència sobre el de competència (“*jo no podré fer..., ja no serveixo per...*”). Tot i així, la pràctica continuada en un ambient de respecte i amb la direcció, l’orientació i la guia adequades per part de l’educador/a i/o els companys de grup, és possible despertar, encara que sigui per uns moments, aquestes actituds.

Per altra banda, l'educador/a ha de saber que, com a punt de referència que és, exerceix de model i com a tal tendeix a ser imitat/da. Això vol dir que, en algunes ocasions, l'educador pot utilitzar aquesta tendència a la imitació amb l'objectiu de donar recursos de manera indirecta a aquella persona que no sap o que no pot resoldre una situació.

Finalment, d'aquesta funció d'orientació i de guia cal destacar la manera com exercir-la. Segons les característiques del grup –sobretot les cognitives– es poden utilitzar tres maneres –tècniques– diferents de proposar, d'orientar o de guiar les accions que es demanen al grup (Soler Vila, 1995):

- a. Animant. S'utilitza quan la persona és capaç de realitzar el moviment de manera intencionada. L'educador/a condueix la sessió animant les persones del grup perquè elaborin les seves pròpies iniciatives motrius, afectives i relacionals. Reforça de manera constant els patrons motors de moviment que es conserven.
- b. Estimulant. En aquest cas la manera de procedir de l'educador/a és semblant a l'anterior –també anima– però exerceix una acció més intensiva i guiada. Quan la persona no pot trobar la resposta adequada a la situació que se li planteja, es fa servir el suport de la imitació com a recurs per a guiar-ne el procés d'elaboració.
- c. Sol·licitant. Quan la persona gran té dificultats importants a l'hora d'elaborar la seva resposta motriu o per comprendre la demanda que se li fa, l'acció de l'educador/a és més intensiva, de manera que s'utilitzen la imitació i el moviment guiat. En aquest cas, l'estimulació de la persona gran es fa mitjançant la imitació del model i l'educador/a fa servir la manipulació del cos (mitjançant el contacte directe o bé d'un objecte) per desencadenar els estímuls que propiciïn el moviment.

Control i seguiment. La funció de control de l'educador es centra en tot allò que pugui representar un risc o una situació conflictiva. Forma part de la seva tasca:

- a. Preveure les possibles situacions de risc.
- b. Informar que es poden produir i com cal actuar perquè no es produeixin.
- c. Resoldre aquestes mateixes situacions quan es produeixin, amb responsabilitat, rapidesa i encert.

Al mateix temps, l'educador/a exerceix una funció de seguiment de les respostes de les persones grans. La resposta de l'educador/a a l'esforç dels qui participen en l'activitat forma part del diàleg pedagògic que s'estableix entre ambdós. En funció de la situació i del tipus de treball hi pot haver una acció observadora que "objectiva" i posa paraules o bé una acció correctora al procés que està elaborant la persona gran. Tot i així, tenint en compte que en aquest programa és més important el procés que el producte, cal evitar els tecnicismes. Corregir les respostes de la persona gran s'ha de fer:

- a. Per evitar lesions, sobretot en aquells tipus de treball durant els quals és molt important mantenir postures correctes i sempre que es facin moviments bruscos o contraindicats.
- b. Sense posar-la en evidència davant dels altres.
- c. Amb discreció, quan la correcció no és ben acollida.
- d. Procurant evitar les manipulacions –més si són brusques– d'extremitats o parts del cos. Hi ha dues raons per evitar-les: la primera és que, en aquest programa, tenen

prioritat els moviments actius sobre els passius, i la segona és que una manipulació incorrecta pot provocar una lesió.

A manera de resum, la competència professional (allò que ha de *saber*, *saber fer* i *saber ser*) de l'educador/a en el programa VAFiD queda reflectida en la figura 13.

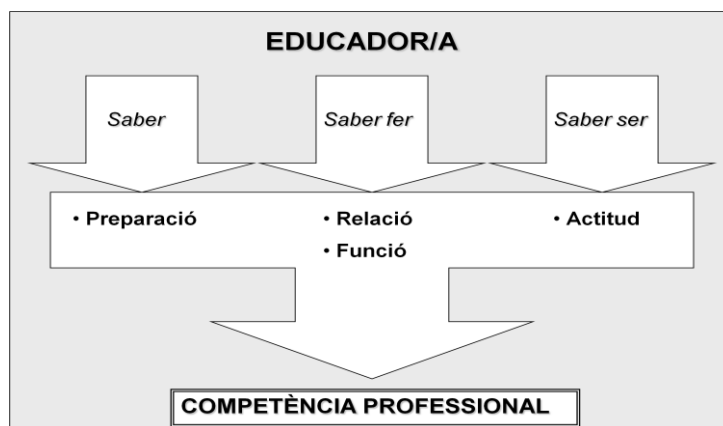


Figura 13. Competència professional de l'educador/a

6.3 LES TASQUES: LA CONSTRUCCIÓ I L'ADAPTACIÓ

Les tasques són les eines que utilitzem per poder construir progressivament el camí que va en direcció a les finalitats i als objectius que ens hem proposat amb el programa. La forma com estiguin construïdes i els elements que les constitueixen les caracteritza d'una manera particular. Les fa més o menys intenses/suaus, lentes/ràpides, fàcils/difícils, dinàmiques/estàtiques, globals/analítiques... Tant l'estructura i els elements que formen la tasca, com la utilització d'unes o d'altres durant la sessió, tenen implicacions metodològiques, formen part de les decisions lligades a la implementació del programa. Sigui l'educador/a, la persona gran o ambdós qui escullin o construeixen les tasques –això dependrà sobretot del mètode i l'estil d'ensenyament i aprenentatge que s'utilitzi– totes han respondre a unes característiques generals comunes –esmentades en el punt 4.1– i totes contenen un seguit d'elements que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar-les.

Aquesta anàlisi de les tasques ens ha de servir per adequar-les a les possibilitats i a les característiques de les persones grans que les han de practicar, si bé és cert que, quan es treballa amb un plantejament actiu on la persona gran participa activament en la construcció de la tasca –pedagogia de la situació–, no cal adaptar-la perquè el mateix procés de construcció ja la fa adaptada. Quan les propostes vénen de l'educador/a i es busca que la persona gran les reproduïxi –pedagogia del model– és important que siguin adequades i adaptades prèviament.

Quan cal buscar, inventar o utilitzar una tasca i decidir si és adequada o no per a la situació que plantejgem, hem de considerar diversos aspectes relatius a la seva construcció i als elements que la constitueixen:

- a. Quins aspectes permet treballar. És sabut que totes les tasques permeten treballar diferents aspectes, però en determinats moments, ens pot interessar posar l'accent en uns o en d'altres. En el llançament d'una pilota hi estan implicades la coordinació de moviments, la percepció de l'espai, la percepció del temps, la força... Si el que ens interessa és la percepció de l'espai, haurem de donar importància a la precisió del llançament; si, en canvi, ens interessa la coordinació de moviments, ens haurem de fixar en l'harmonia del gest.
- b. Com s'organitza el grup. Cal valorar les implicacions que això comporta, tal com ja hem explicat en el punt 5.2.3.
- c. Quins elements de dificultat i d'intensitat inclou. La dificultat d'una tasca pot estar regulada per diversos factors:
- d. El ritme d'execució. La variació del ritme modifica la dificultat de la tasca i la seva intensitat. Ritmes lents poden suposar més o menys facilitat depenent del què es faci i de les característiques del qui ho ha de fer. Per exemple caminar molt lentament pot suposar una dificultat elevada per a persones amb deficiències en l'equilibri. En general, els ritmes d'execució ràpids i continuats comporten una intensitat de treball físic i/o cognitiu alta –per la despesa energètica que representen–.
- e. El nombre d'accions i/o moviments diferents que conformen la tasca. A més accions, més dificultat.
- f. El nivell de precisió que es demana en l'execució de la tasca. Els moviments més precisos suposen una dificultat afegida, sobretot per a aquelles persones que tenen rigidesa articular i/o dificultats en les praxis.
- g. La definició i l'obertura de la tasca. Això vol dir si permet més o menys possibilitats de resposta adequada. Si la tasca o situació és més oberta, menys definida i menys predeterminada, permet diversitat de respostes però exigeix més capacitat de decisió, cosa que comporta més dificultat. Si, contràriament, és més tancada, la persona gran només ha de procurar reproduir-la tal com s'hagi definit o mostrat en el model; això demana menys implicació cognitiva i, per tant, més facilitat.
- h. El coneixement previ de la tasca. Les tasques que són conegudes pel grup són més fàcils, orienten i donen seguretat. Quan són noves comporten un nivell de dificultat més elevat perquè tenen un punt d'incertesa, però també aporten motivació i riquesa al programa. En el VAFiD és fonamental buscar l'equilibri entre conegut i novetat, sobretot quan el treball s'adreça a persones amb deteriorament cognitiu.
- i. Quins elements de motivació inclou. Hi ha diversos components en les tasques i les situacions que contribueixen a la motivació de les persones grans, sempre que s'utilitzin d'acord amb la situació del moment. Els elements de motivació més importants per al VAFiD i que formen part de l'estructura i l'essència de les tasques, són:
 - j. Component lúdic. Les tasques amb component lúdic aporten bon ambient al grup i satisfacció personal de moure's en un entorn alegre i distès.
 - k. L'element estètic. Les tasques que inclouen elements estètics contribueixen a crear un ambient i un entorn agradables, a més de despertar el sentit creatiu de cadascú.
 - l. Final clar. Les tasques que tenen un final o un resultat clar donen un sentit de progressió i permeten identificar molt clarament quan s'han acabat i amb quin resultat. Un exemple és el de les danses –que a més tenen un component estètic– on hi ha un procés d'aprenentatge que acaba amb una situació molt evident, que és ballar-les des del principi fins al final. Un altre exemple estaria en les tasques, també amb un

resultat final molt evident, com és el cas dels llançaments de precisió (la pilota cau dins la capsa o no, la bitlla es tomba o no). Aquests tipus de tasques són útils i adequades per als grups formats per persones amb deteriorament cognitiu (per exemple les que correspondrien al nivell 3 definit per Claudia Allen).

- m. La utilització del material. Tal com ja hem exposat en el punt 4.2.1. d'aquest mateix capítol, el material és un element útil per a la motivació. La presència d'objectes –amb mides, formes, textures i valor simbòlic diversos– en la tasca, la fa diferent, nova, estimulant.
- n. Quins elements de risc inclou. Per a la construcció de les tasques i/o proposta de situacions cal valorar si contenen o poden facilitar l'aparició d'elements de risc. Això vol dir posar atenció a si:
 - o. Inclouen moviments o accions brusques que puguin ocasionar lesions.
 - p. La intensitat de treball que requereixen és adequada a les característiques del grup i a les persones que el formen.
 - q. Contenen accions o moviments que puguin produir dolor articular, muscular...
 - r. La utilització de material que comporten pot provocar contusions a conseqüència de la seva manipulació o situacions de risc com caigudes (trepitjar un objecte que és a terra).

L'anàlisi de la tasca o de la situació que s'utilitza en l'aplicació del programa és necessària per a les possibilitats d'adaptació i modificació que té. Aquest exercici ha de permetre la personalització del procés d'ensenyament i d'aprenentatge.

Tot i així, s'ha de tenir en compte que els elements que conté la tasca o la situació no són els únics que es poden modificar per tal d'adaptar el treball a les capacitats i a la realitat dels participants. Tal com exposa Toro (1998) també es poden fer altres tipus d'adaptacions. Per al programa VAFiD, a més de les que ja hem esmentat, podem tenir en compte:

- a. Adaptacions pedagògiques: oferir recolzament verbal, visual o manual, dividir el moviment en seqüències, deixar temps prudencial entre l'explicació i l'execució.
- b. Adaptacions en el mitjà d'aprenentatge: aplicació d'adaptacions tècniques que facilitin la prensilitat dels objectes, modificació de condicions de l'entorn com distàncies, alçades..., eliminar fonts de distracció, utilitzar rituals, modificar l'organització del grup.
- c. Simplificar les percepcions: utilitzar objectes de colors vius, modificar les dimensions dels objectes que cal manipular, modificar la trajectòria (horitzontal, parabòlica) la velocitat, la distància o l'angle del mòbil en els llançaments/recepcions.

6.4 L'AVALUACIÓ

En el procés d'aplicació del programa no hi pot faltar la reflexió, l'observació i/o la mesura de tot allò que succeeix durant el seu desplegament. Es tracta d'identificar totes aquelles coses que faciliten o dificulten el desenvolupament i la utilització de les possibilitats de cadascú amb l'únic objectiu de reorientar i adequar, de manera constant, l'acció educativa al procés que comparteixen els vells i l'educador/a durant les sessions. L'avaluació en el programa VAFiD té una funció d'anàlisi del procés, més que d'estudi exclusiu dels resultats. El què ens interessa és la manera com la persona gran hi participa i els resultats

només ens interessin en la mesura que proporcionen benestar i eines per desenvolupar-se de la manera més autònoma possible. Es tracta de saber com la participació en el programa contribueix a aquests dos factors.

Així doncs, l'objecte d'avaluació del VAFiD és el procés, els subjectes són les persones grans i l'educador/a, el punt de referència són les capacitats i la finalitat de l'avaluació és adequar i millorar el mateix procés (Vegeu taula 24).

Taula 24. L'avaluació en el programa VAFiD

Finalitat	Objecte	Subjecte	Referent	Fases / tipus
Adequació i millora del procés	Procés	Persones grans i educador/a	Capacitats de les persones.	Inicial, reguladora, final i integradora.

Elaboració pròpia a partir de Zabala (1995).

L'avaluació forma part del programa, n'és una eina més. Per les característiques del VAFiD, les persones a qui va adreçat i el marc on es desenvolupa, el més adequat és que sigui continuada –de tipus formatiu– per dues raons fonamentals:

1. Per ser coherent amb els plantejaments generals del programa.
2. Perquè solen ser programes que es desenvolupen de manera continuada en el temps i els grups solen tenir una rotació constant de persones. Moltes vegades, la incorporació al grup no es correspon amb l'inici del programa, ni el seu acabament es produeix al mateix temps per a tots els membres del grup.

Aquest tipus d'avaluació ha d'estar integrada en l'activitat educativa i els seus resultats han de servir per desenvolupar actuacions immediates que perfeccionin el mateix procés educatiu (Blázquez Sánchez, 1990)

Seguint la proposta de Zabala (1995), el procés d'avaluació de tipus formatiu inclou diferents avaluacions que es realitzarien en diferents moments del procés educatiu: l'avaluació inicial, l'avaluació reguladora, l'avaluació final i la integradora. Per al programa VAFiD farem servir aquesta classificació de referència per determinar les característiques i els criteris principals a tenir en compte en l'àmbit de l'avaluació.

Segons el mateix autor, l'avaluació inicial és la que serveix per conèixer el punt de partida en relació als objectius generals del programa. L'avaluació reguladora és la que permet adequar les propostes a les necessitats dels alumnes mentre s'està desenvolupant. L'avaluació final ens serveix per veure fins on hem arribat, i l'avaluació integradora per identificar i valorar el procés que s'ha seguit de manera que permeti plantejar noves propostes en el futur.

Vegem tot seguit l'aplicació i les característiques de les diferents avaluacions en el programa VAFiD.

6.4.1 AVALUACIÓ INICIAL

Aquesta avaluació té per objecte conèixer les característiques, les capacitats, els interessos i les necessitats de les persones que han de participar en el programa. Es fa en el moment d'iniciar-lo i cal fer-la a totes les persones del grup, tant si s'inicia el programa de nou, com

si hi ha algú que s'hi incorpora una vegada ha començat. Per a conèixer tots els aspectes objecte d'avaluació es poden utilitzar diferents mètodes i podríem dir que l'avaluació inicial també hi ha un procés que conté diverses accions:

- a. Contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció. Aquest contacte pot ser mitjançant la participació en una reunió de l'equip interdisciplinari en la qual s'elabora el pla terapèutic per a aquella persona, o pot ser en un contacte amb un membre de l'equip que coneix la situació, les característiques generals de la persona gran i el pla terapèutic que s'ha plantejat per a ella. El fet que sigui d'una manera o d'una altra dependrà d'aspectes organitzatius de l'equip de cada institució. Sigui com sigui, cal que hi hagi un procés de recollida d'informació bàsica (es pot enregistrar en una fitxa individual) referent a la persona, que ha d'incloure:
 - b. Dades personals (nom, edat...)
 - c. Diagnòstic mèdic principal (principals malalties diagnosticades)
 - d. Situació funcional bàsica (grau de mobilitat, com es desplaça, comunicació, capacitat de resistència a l'esforç, índex de Barthel...)
 - e. Situació cognitiva (nivell de comprensió de consignes)
 - f. Situació social en cas que presenti característiques que puguin influir en la seva participació en el programa (Per exemple: persona que ha viscut molt temps sola sense tenir relació social)
 - g. Pla terapèutic establert per a aquella persona (objectius d'atenció, pla i accions previstes)
 - h. Qualsevol altra informació que pugui ser rellevant per a la participació en el programa d'activitat física
 - i. Contacte de l'educador/a amb la persona gran que ha de participar en el programa. És bo que aquest contacte sigui individualitzat perquè permet un apropament mutu que també és molt important per a la motivació de la persona gran a participar en el programa. Es tracta d'un diàleg en el decurs dels qual ambdós interlocutors intercanvien informació: la persona gran ens en dona –directament o indirecta– sobre les seves capacitats, interessos, motivacions, i nosaltres podem informar-la i motivar-la respecte les característiques del programa (què s'hi fa, com es treballa, per què és útil...).
 - j. Observació sistemàtica de la participació de la persona gran durant les primeres sessions. L'observació ha de permetre conèixer les característiques generals de la persona gran quant a les seves capacitats (biològiques, psicomotores i perceptives, socio-afectives i cognitives), la seva actitud en relació al programa i a les altres persones del grup. Per això és útil fer dues coses:
 - k. Proposar, durant la sessió, algunes activitats bàsiques que serveixin per observar les respostes de les persones grans (per exemple: caminar, llençar i rebre objectes, donar consignes més senzilles i més complexes...).
 - l. Fer una observació global i sistemàtica de la participació de la persona gran en la sessió. Tenint en compte si comprèn les consignes, si respon adequadament a les propostes, la quantitat d'estímul necessari, si pot seguir tota la sessió, la relació amb el grup, la motivació per a la participació...

En cas que es vulgui fer una valoració més específica (equilibri, força, capacitats cognitives...) passant un test, aquest és el moment per a fer-ho, a l'inici de la participació en l'activitat.

L'avaluació inicial ens serveix per conèixer el grup i les persones grans que hi participen i, de moment, ens permet començar i fer propostes adequades a les observacions que hem fet. Més endavant ens serviran per identificar canvis ocorreguts a partir de l'acció educativa.

Pel què fa a les activitats i a les accions de l'educador/a també cal fer una valoració de com s'han fet, les actituds i la comunicació que ha establert amb la persona gran. Aquesta valoració es pot fer mitjançant l'observació sistemàtica de terceres persones i l'auto-avaluació.

6.4.2 AVALUACIÓ REGULADORA

És la que serveix per anar coneixent la forma particular que té cadascú de participar en el programa, d'anar adquirint habilitats o de modificar conductes. Es fa durant el desenvolupament del programa, de manera periòdica –quasi constant– i en funció de l'organització del treball que es vagi fent. Aquest tipus d'avaluació és la que –al nostre entendre– és més important perquè permet adaptar les propostes i la línia de treball a la resposta del grup i a les persones. És en funció del què observem que podrem decidir si continuem aquell treball que hem iniciat, o si és millor fer-lo d'una altra manera.

L'observació sistematitzada sobre aspectes concrets de les respostes del grup i de les persones durant la sessió és la millor manera d'identificar amb detall aquesta forma de participar. És una observació més dirigida que la que proposàvem en el punt anterior. Consisteix en anar observant la resposta de cada persona en els diferents aspectes específics que es treballen (els descrits en el punt 3 d'aquest capítol). La manera ideal de fer-ho seria enregistrant les sessions amb vídeo per poder fer l'observació de manera més detallada. Però la realitat i els recursos (humans, materials i de temps) disponibles a la majoria de les institucions on es puguin desenvolupar aquests tipus de programes, fan que aquest recurs sigui poc habitual i difícil d'utilitzar.

Complementàriament a l'observació cal considerar les aportacions i les valoracions que fan les persones grans que participen en el programa, ja sigui espontàniament o de manera induïda per l'educador/a. Tot i així cal tenir en compte que aquest aspecte a vegades tampoc és fàcil perquè, entre les persones grans amb dependència, hi pot haver dificultats per expressar la seva opinió i les seves vivències. La manca d'hàbit, la tendència a l'aïllament, el replegament o les discapacitats cognitives són aspectes que la dificulten.

Aquest tipus d'avaluació té una doble funció:

1. Permetre adequar el treball a les necessitats i a l'evolució del grup i les persones
2. Dibuixar el procés evolutiu –pel que fa a capacitats i forma de participació– que van experimentant amb el temps, tant el grup com les individualitats

Sobre el paper i l'acció de l'educador durant la sessió i en el procés que va construint conjuntament amb el grup, també cal una valoració i una observació sistemàtica que li han

de permetre millorar la seva intervenció. Igualment que en el cas de l'avaluació de les persones grans, el mètode seria l'enregistrament amb vídeo o l'observació sistemàtica feta per terceres persones. Sigui com sigui, una acció millorada i adequada al grup i a la situació s'hauria de traduir en una participació més satisfactòria de les persones grans amb dependència.

6.4.3 AVALUACIÓ FINAL

L'avaluació final fa referència als canvis observats, als efectes que ha produït l'acció educativa realitzada.

Tenint en compte que, en moltes ocasions aquest tipus de programes són continuats –no estan organitzats per cursos– i, per tant, no tenen un dia concret d'acabament, aquest és el moment de comparar les observacions fetes en l'avaluació inicial i les que es puguin fer en el moment de fer la final.

Abans de determinar els principals criteris per fer l'avaluació final és important tenir en compte dues característiques de les persones a qui va dirigit el programa:

1. Es troben en una etapa de la vida que té una part de component involutiu ineludible
2. Solen ser persones fràgils amb una clara predisposició a patir problemes de salut que dificulten la participació activa en el programa d'activitat física

Aquests dos factors, junt amb el plantejament del programa, fan que calgui entendre –a l'avançada– que alguns dels resultats o els canvis observats estaran en la línia de les *millores* (a nivell físic quan es participa després d'un període de desús, a nivell afectiu o de relació) i la resta es trobaran en el marge que hi ha entre el *manteniment* i la *pèrdua*. Quan hi ha períodes llargs de participació és més corrent experimentar manteniment i/o pèrdues que millores.

Seguint la visió que fa de la vellesa l'enfocament del cicle vital, podem dir que les millores, el manteniment i les pèrdues formen part de l'evolució de l'ésser humà. Totes tres es combinen i si, des del programa, podem fer que les millores siguin útils per a desenvolupar-se, el manteniment s'allargui el màxim de temps possible i les pèrdues siguin acollides amb un bon procés d'adaptació, el programa haurà aportat millores considerables per a la persona.

Retornant a l'avaluació final, les accions a fer en aquesta fase seran les de:

- a. Tornar a reproduir les accions, les proves o les propostes que es van fer a l'inici per tal de poder comparar-les
- b. Recollir les valoracions i les observacions que puguin fer les persones que han participat en el programa i/o les persones que els són properes (familiars, membres de l'equip d'atenció, amics) ja sigui perquè no poden expressar-les o per complementar-les amb les seves

Aquestes accions es poden dur a terme mitjançant:

- a. El contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció per valorar els canvis observats durant la participació de les persones en el programa (individualment i col·lectiva) i el desenvolupament del propi programa (organització, horari, participació...)
- b. Observació sistemàtica de la participació de la persona gran durant les darreres sessions, de la mateixa manera que es va fer a l'inici
- c. Contacte de l'educador/a amb la persona gran que ha participat en el programa. És una avaluació que es pot fer amb tot el grup i/o amb les persones individualment. Tant en un cas com en l'altre caldrà analitzar les diferents dimensions del treball fet durant el període que s'avaluï (canvis experimentats, aspectes positius, aspectes a millorar, la relació, l'acció de l'educador/a...)
- d. Reflexió, valoració i anàlisi sobre l'acció i el paper desenvolupat per l'educador/a

6.4.4 AVALUACIÓ INTEGRADORA

Aquesta avaluació és la que reflexiona sobre tot el recorregut que s'ha fet en la implementació del programa. És la recopilació de totes les observacions que s'han anat fent des de que es va iniciar fins al moment en què es fa l'avaluació. És com fer un dibuix de la trajectòria feta per la persona gran, per l'educador/a, i pel mateix programa.

Comporta una reflexió global sobre:

1. La participació en el programa (nombre de persones, satisfacció, canvis experimentats, integració en el grup)
2. L'aplicació del programa (adequació de les accions als objectius, estratègies utilitzades, comunicació entre agents implicats, recursos utilitzats...)
3. L'organització del programa (adequació dels horaris, espais, material, contacte amb l'equip, assistència...)

Aquesta reflexió ha de servir per reorientar el programa en els aspectes que sigui necessari. En cas que el programa sigui continuat, aquest és un exercici que cal fer de manera periòdica (una vegada a l'any) i compartida amb l'equip d'atenció.

6.5 ORIENTACIONS ORGANITZATIVES

Els aspectes organitzatius del programa depenen en gran mesura dels condicionants propis de cada institució, però hi ha un seguit de punts que són importants per poder-lo desenvolupar de manera satisfactòria. Les que –al nostre entendre– són bàsiques i més importants són les que fan referència a: la manera d'organitzar i de constituir els grups, com i quan es fa el contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció, com es fan i s'organitzen els desplaçaments, els horaris i la durada de les sessions i les característiques bàsiques de l'espai que s'utilitza.

Tot i que la majoria de criteris a tenir en compte sobre aquestes qüestions, no difereixen dels aspectes organitzatius d'altres tipus de programes, sí que hi ha un seguit de temes que cal tenir presents quan es treballa amb grups de persones grans en situació de dependència.

6.5.1 *SOBRE EL GRUP*

Els criteris sobre els quals es forma i s'organitza el grup poden estar condicionats per factors com la disponibilitat de temps i de persones que el puguin dirigir, la disponibilitat d'espai, l'accessibilitat d'aquest espai... però també estan condicionats per la visió i el caire que se li vulgui donar al programa.

Partint de la idea que el grup es desenvolupa en el si d'una institució (residència, centre de dia o centre sociosanitari) i del plantejament de programa que s'ha fet fins ara, els tres criteris a tenir en compte són:

1. Respectant l'heterogeneïtat del grup, però en la mesura del possible, és útil homogeneïtzar-lo a partir de criteris molt generals però pràctics, per poder desenvolupar el programa de manera coherent.
2. En cas que aquesta homogeneïtzació no sigui possible, bé perquè no hi ha prou persones per fer dos grups, bé per altres raons, el programa es pot implementar igualment. Qui el dirigeixi haurà de fer les adaptacions necessàries durant la seva aplicació i procurar que tothom que hi participi ho pugui fer en la mesura de les seves possibilitats.
3. Formar grups entre 10 i 15 persones grans que no pateixen deteriorament cognitiu important, siguin independents per caminar o no. Quan el grup està format per persones amb molt poca mobilitat i/o amb un deteriorament cognitiu avançat, ha de ser més reduït (5-8 persones).

6.5.2 *SOBRE EL CONTACTE DE L'EDUCADOR/A AMB L'EQUIP*

En aquest aspecte, a banda de la capacitat de relació i de treball en equip que tinguin els professionals implicats, hi ha dues idees importants a destacar:

- a. El contacte és imprescindible per tal de garantir part de la coherència del programa. Cal evitar per tots els mitjans que la seva implementació estigui deslligada de la dinàmica i del treball de la resta de l'equip. El programa VAFiD –i al meu entendre qualsevol programa– perd coherència i sentit si es desenvolupa de manera aïllada.
- b. Cal preveure un espai, un temps i unes persones disponibles de forma estable i periòdica per poder realitzar aquest contacte. És el moment de valorar, de conèixer canvis que es produeixen, de plantejar objectius de treball específics i compartits.

6.5.3 *SOBRE ELS DESPLAÇAMENTS*

Una de les característiques més destacables del programa VAFiD és la prevalença de discapacitats entre les persones grans que hi participen, això significa que la majoria de les vegades cal destinar una quantitat important de temps i/o recursos humans per als desplaçaments.

El trajecte que va des de l'espai on està la persona gran (habitació, sala d'estar, menjador...) fins a l'espai en què es fa l'activitat física, encara que sigui curt, suposa una barrera per a la participació. Sovint cal anar a buscar, acompanyar i situar o ajudar a seure les persones grans que participen en les sessions cosa que suposa una despesa de temps

important que cal preveure en l'organització del programa. Si pensem que la sessió d'activitat física ha de durar una hora, hem de preveure que necessitarem temps per fer els desplaçaments d'anada i de tornada. Així, pot ser que el total de temps necessari per poder fer la sessió sigui d'una hora i mitja.

Per altra banda, és important recordar que ni les presses, ni l'excés de lentitud són ben rebudes per les persones que vénen, esperen que arribi la resta o marxen del lloc on es fa la sessió. En aquest sentit, la gestió del temps és molt important per al manteniment de la motivació i el interès en participar en el programa.

6.5.4 SOBRE LA DURADA I L'HORARI DE LES SESSIONS

Moltes vegades, el moment de desenvolupar el programa està condicionat per la coordinació amb altres activitats de la institució. Les possibilitats són molt variades però, com que es tracta de persones amb certa fragilitat, en general podem dir que el matí és el millor *horari* per dur a terme el programa. Les persones grans solen estar més disposades a participar durant les hores centrals del matí. No estan tan cansades com a la tarda, i el seu nivell de vigilància també acostuma a ser millor.

Com a norma general, i quan a la durada i a la freqüència de les sessions, es pot dir que sessions d'una hora, dos o tres dies a la setmana, és correcta i permet la realització d'altres activitats, aspecte que també és important. Aquest criteri hauria de variar si el grup està format per persones amb molta dependència (física o cognitiva). En aquest cas seria més apropiat fer sessions més curtes i amb una freqüència més elevada.

6.5.5 SOBRE L'ESPAI

L'espai en què es desenvolupi el programa VAFiD ha de ser agradable i complir les següents característiques mínimes:

- a. Estar lliure d'obstacles. L'espai ha de permetre que les persones s'hi puguin moure amb llibertat i sense perill de topar amb res.
- b. Amb un terra que sigui antilliscant per evitar caigudes.
- c. Ha de tenir una bona il·luminació. Cal tenir en compte que durant les sessions d'activitat física es manipulen objectes, es fan desplaçaments... que requereixen una llum clara que faciliti la percepció, sobretot si les persones que participen en el programa tenen deficiències visuals.
- d. La temperatura ha de ser l'adequada a l'estació de l'any i millor si és regulable.
- e. Ha de ser accessible, lliure de barreres i el més proper possible al punt de partida i de retorn de la persona gran.
- f. És important que sigui un espai aïllat, que no sigui de pas. Aquesta característica facilita la concentració i l'atenció de les persones que participen en el programa. La presència d'estímul externs distorsiona la dinàmica de treball. Això és especialment significatiu quan es treballa amb grups de persones amb demència.
- g. Ha de tenir les dimensions adequades a les característiques del grup. En general, un grup que es pot desplaçar necessita més espai que el que no ho pot fer. Però en ambdós casos cal que sigui prou gran per poder moure's amb llibertat, però prou petit per evitar l'excessiva dispersió.

TERCERA PART

AVALUACIÓ DEL PROGRAMA
“VELLESA, ACTIVITAT FÍSICA I
DEPENDÈNCIA” (VAFID)

CAPÍTOL VI: DISSENY DE LA RECERCA

En aquest capítol descrivim el disseny de la recerca i els criteris i les concepcions que la conformen. El punt de partida és el plantejament del problema que determina tot el procés investigador. A partir d'aquest punt són els objectius els que contribueixen a delimitar progressivament el procés de treball, tenint en compte la perspectiva d'investigació i la metodologia que hem escollit per donar resposta al problema plantejat. Acabem explicant quin és el tractament que es dona a les dades obtingudes.

1 PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

1.1 CONSIDERACIONS PRÈVIES

Els programes d'activitat física per a persones grans amb limitacions en el desenvolupament de les seves capacitats i que requereixen alguna mena de suport per portar a terme les activitats que conformen la seva rutina diària, són cada vegada més freqüents. Les institucions que acullen persones grans amb aquestes característiques – residències, centres de dia i centres sociosanitaris- duen a la pràctica programes de moviment per tal de contribuir al manteniment de les seves capacitats bio-psico-socials i prevenir –o evitar l'agreujament- de processos involutius que generen situacions de dependència.

La idea que l'exercici físic és necessari i recomanable a totes les edats és àmpliament acceptada en tots els àmbits, també en el de la geriatria i la gerontologia (Nelson et al., 2007). Per sort, en el dia a dia de les institucions, aquests programes es desenvolupen amb un progressiu convenciment de la seva importància, però encara ens queda pendent la sistematització en totes les seves fases (planificació, desenvolupament i avaluació).

Quan les persones –grans o no tant- participem en una activitat ho fem perquè ens aporta algun benefici (objectiu o subjectiu) o bé alguna satisfacció. Perquè això passi cal que es combinin diversos factors que, finalment –com el peix que es mossega la cua-, han d'acabar confluint en el mateix punt de partida: els beneficis i la nostra satisfacció. Al nostre entendre, la clau està en aquesta “combinació de factors”.

L'interès per una activitat pot ser previ i intrínsec (ens agrada fer exercici i estem plenament convençuts que és bo i necessari per a la nostra salut), o posterior i extrínsec (després de provar-ho ens ha agradat, ens hem sentit bé i, a més, en ho havien aconsellat). Però aquesta només és una part dels factors implicats. Que participem en una activitat de manera continuada i constant –tal com requereix l'activitat física- també dependrà de les condicions ambientals que l'envoltinguin, de l'ambient de treball que s'hi generi al, de la seva adequació i qualitat tècnica, del reforç que obtinguem del nostre entorn o de la nostra

situació personal. De manera que les raons que ens mouen a participar en una activitat són diverses i estan relacionades entre elles, cosa que fa que el seu estudi sigui complex.

Els programes d'activitat física que es desenvolupen en centres d'atenció a les persones grans són freqüents i poc sistematitzats. Ens cal trobar elements que ens ajudin a establir criteris per organitzar la distribució de continguts, per exemple. Ens fa falta aprendre a "llegir" les respostes dels vells a determinats estímuls. Ens fa falta saber quina és la mesura de referència que hem de prendre per poder avaluar l'eficàcia del programa. En definitiva, ens és necessari posar paraules a un procés i a un sistema d'interacció que clarament aporten beneficis i aspectes positius. Però, en moltes ocasions, estan guiats exclusivament per la intuïció, pel "*savoir faire*", pe l'interès i per l'experiència diària amb les persones grans. Aquests aspectes són molt importants, jo diria primordials, però és necessari que vagin acompanyats del coneixement.

La dificultat en la concreció de programes que estan basats en activitats molt globals, senzilles i bàsiques per a la persona, és manifesta. Les característiques dels seus usuaris (amb les seves potencialitats, expectatives i interessos o amb les seves fragilitats, deficiències i limitacions) i la diversitat de factors que condicionen tot el procés, fan que aquesta tasca requereixi d'una bona dosi d'imaginació i de capacitat d'adaptació a la situació "del moment", sense desatendre l'adequació dels plantejaments conceptuals i pràctics.

El mateix passa amb l'avaluació dels programes: per una banda és difícil avaluar accions que són molt variades, que tenen valor per la resposta global de la persona i per la percepció que ella mateixa en té. Per l'altra, està clar que no s'ha de plantejar l'avaluació pensant en termes de millora de capacitats, però segurament sí que cal fer-ho en termes de vivència o de percepció individual "actual" sobre les bondats/defectes del programa. Les possibilitats de millora en molts dels aspectes que es treballen a les sessions d'activitat física són molt limitades. L'heterogeneïtat dels grups i de les situacions particulars de cadascú fan que el procés avaluador –igual que el d'implementació- s'hagi d'anar adaptant a la seva constant transformació. Amb tot, la finalitat principal de l'avaluació no és tant conèixer els resultats –que també-, com anar refent el mateix programa de manera que evolucioni d'acord amb les necessitats i circumstàncies dels agents implicats.

El problema plantejat sobre el programa d'activitat física té dues grans dimensions: la necessitat de sistematització i la dificultat de l'avaluació. Ambdues estan directament relacionades i conformen un cercle en constant rotació (vegeu figura 14).

Les dificultats implícites no ens han d'aturar en la tasca de millorar les accions emmarcades en el procés d'atenció a i amb les persones grans. Per poder posar bases teòriques que justifiquin els programes, per implementar-los, per fer-los evolucionar i saber transformar-los d'acord amb cada situació, per millorar-los, és imprescindible fer un procés avaluador que ens ajudi a identificar els seus punts forts i els seus punts febles.

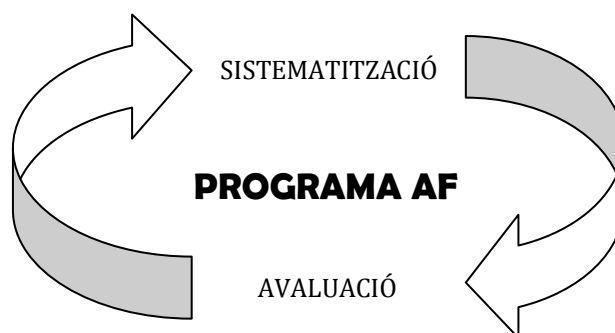


Figura 14. El problema de la recerca

En el transcurs dels anys i amb el contacte directe amb grups de persones grans fent activitat física, se'ns han generat diversos interrogants:

- Què és el que en realitat volen i necessiten del programa d'activitat física les persones grans en situació de dependència?
- És veritat que els aporta benestar? Si la resposta és sí, per què a alguns els costa tant de participar-hi? Per què tan sovint els fa mandra de participar?
- Els programa els aporta millores o beneficis? De quin tipus?
- Què és el més important i com s'ha de fer perquè les persones que hi participen s'hi sentin bé, les satisfaci i respongui a les seves necessitats i interessos?
- Quina importància té aquesta participació dins la situació vital actual de cada persona?

De forma resumida, aquestes preguntes són l'origen de la recerca que es fa en aquesta tesi.

1.2 LES PREGUNTES QUE GUIEN LA RECERCA

Els dilemes i reflexions anteriors ens han portat a formular les dues preguntes que guien la recerca. La nostra intenció ha estat fer una aportació tant en l'àmbit de la sistematització com en el de l'avaluació del programa d'activitat física "Vellesa, Activitat Física i Dependència" (VAFiD). En el primer aspecte hem volgut donar criteris bàsics per poder planificar i aplicar un programa d'activitat física sistemàticament, de manera que sigui una eina útil per a aquelles persones que vulguin implementar-lo en els seus centres. I en el segon aspecte, hem volgut avaluar-lo per poder determinar què aporta el programa a les persones que hi participen, cosa que –al seu torn–, ha de servir per fer-lo evolucionar i desenvolupar bones intervencions en aquest àmbit.

Les preguntes són les següents:

1. Quines característiques han de tenir els programes d'activitat física que es desenvolupin en grups de persones grans en situació de dependència?

Els programes d'activitat física (grupals i amb periodicitat constant) que es desenvolupen en centres d'atenció a les persones grans són freqüents però poc definits i sistematitzats. Hi ha publicacions que parlen de programes d'activitat física amb persones grans, però la majoria estan pensats per a persones grans autònomes o amb problemàtiques mèdiques específiques. La majoria dels estudis donen referències generals dels programes desenvolupats. Parlen del tipus d'activitats que proposen i d'algunes condicions generals com l'estructura de la sessió, però amb poca precisió,

com per exemple el de García Castillo y Pérez Fonollá (2006). Concretar una mica més ens exigeix un procés de reflexió que ens permet fonamentar el programa i ens ajuda a dibuixar –i desdibuixar si convé- el camí a seguir.

La resposta a aquesta pregunta passa per l'elaboració del programa VAFiD, partint, en primer lloc, dels supòsits teòrics i les característiques de les persones a qui va adreçat el programa (finalitats, competències, recursos). I en segon lloc, posant les bases i criteris per sistematitzar el programa (planificació i programació) i concretant els aspectes que són claus per a la seva correcta implementació (comunicació, estratègies i organització).

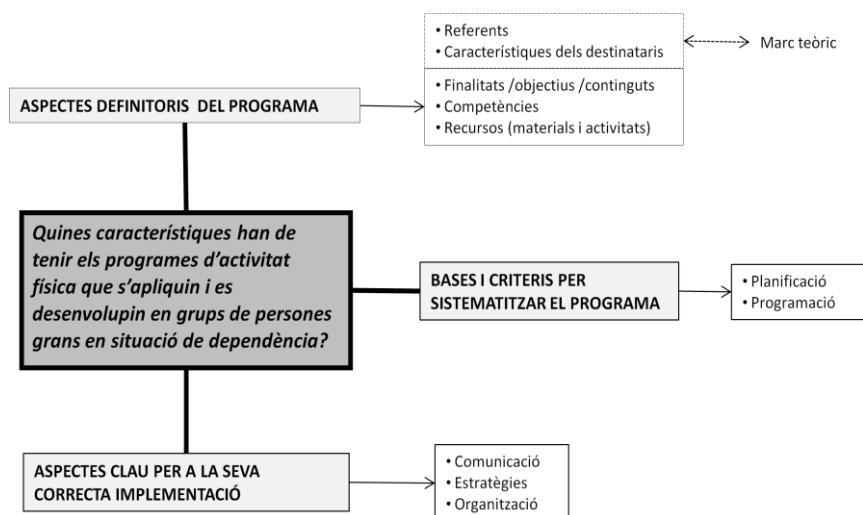


Figura 15. Mapa d'idees pregunta 1

2. Quina relació s'estableix entre el procés de treball i els beneficis que n'obtenen els participants?

Com que es tracta d'un programa que pel seu plantejament general i per les característiques dels participants dóna més importància al procés que al resultat, es fa imprescindible estudiar quina influència té la manera com s'aplica en la vivència de les persones grans que hi participen i els beneficis que experimenten.

La resposta a aquesta pregunta passa per una avaluació formativa o de procés perquè, tot i que el programa es planteja uns objectius, uns continguts i unes activitats i una metodologia per assolir-los, això no constitueix un procés lineal. Els objectius responen a la filosofia del programa i a les característiques concretes del grup; els continguts s'organitzen en línies generals i serveixen per respondre als objectius; les activitats i la manera com es proposen al grup són les eines que es fan servir per aconseguir el què ens hem proposat. Però el que en realitat es fa en les sessions no es fa tant en funció de la programació –que només és una guia- com en funció de la resposta del grup.

En definitiva, això representa valorar diferents aspectes del procés de desenvolupament del programa per tal d'esbrinar si aconsegueix allò que es proposa o no i en quina mesura. És una anàlisi de la seva eficàcia i de la seva qualitat.

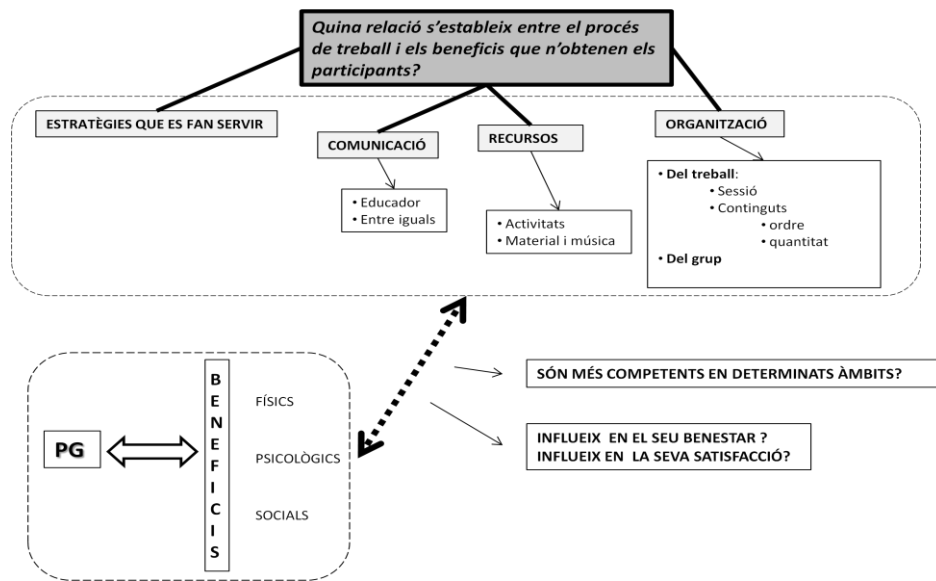


Figura 16. Mapa d'idees pregunta 2

A partir de la identificació del problema, les intencions generals d'aquest estudi són les següents:

- a. Elaborar un programa d'activitat física que aportï bases i criteris útils per poder ser implementat en grups de persones grans en situació de dependència.
- b. Avaluar aquest mateix programa a partir de l'estudi del procés de treball i de la resposta dels participants.

2 OBJECTIUS DE LA RECERCA

Aquestes intencions generals es concreten en els objectius específics de la recerca:

- a. Definir un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència. De forma que especifiqui descripcions i criteris sobre els seus objectius, els continguts que ha d'incloure i la manera com implementar-lo.
- b. Implementar el programa en un grup seguint les pautes descrites.
- c. Avaluar les repercussions que té en la persona gran la seva participació en el programa, observant les seves respostes i investigant quins són els beneficis que en treu, així com la importància que hi té la manera com s'aplica el programa.

2.1 DEFINIR EL PROGRAMA

Per al desenvolupament de qualsevol programa fa falta que prèviament hi hagi una planificació que defineixi el camí que es vol seguir, per què, de quina manera i com sabrem que hi hem arribat. Es tracta de prendre decisions sobre com volem treballar i en base a quines circumstàncies, situacions o coneixements.

La definició del programa comporta la determinació de les seves intencions, de les eines que es poden fer servir, de com es poden organitzar i de les estratègies que ens permetran

treballar en la direcció predefinida però modificable en funció de la resposta dels participants.

Això ens dóna un marc de treball general que, en una fase següent, facilita l'elaboració de programacions específiques adequades a la situació particular de cada grup. Malgrat que la definició del programa –la planificació– comporta un procés de reflexió i de presa de decisions que és imprescindible per a una bona intervenció, cal prendre-la com una guia i com un procés dinàmic, no acabat (Viciano Ramírez, 2003). No constitueix una finalitat en si mateix (Siedentop, 1998), només pren significació quan, després de la posada en pràctica (Anguera, 1996), es fan evidents els seus efectes –positius i negatius– en les persones que hi han participat.

Amb aquesta recerca volem definir el programa “*Vellesa, Activitat Física i Dependència*” (VAFiD) de manera que serveixi de referència per a la seva implementació en grups de persones grans en situació de dependència.

2.2 IMPLEMENTAR

Tal com hem dit anteriorment, la concreció del programa és necessària perquè emmarca la perspectiva des de la qual es parteix i determina quines són les accions que, dins d'aquest marc, proposa per aconseguir allò que pretenem amb el grup de treball. Però això no és suficient, fa falta posar-lo en pràctica i experimentar sobre el terreny si aquells plantejaments teòrics i les estratègies ideades són de veritat adequades i es poden dur a la pràctica, si el programa és viable.

Hi ha diverses raons que justifiquen la necessitat d'implementació dels programes:

1. La bona planificació contribueix a un bon programa, però no n'és una garantia
2. Un programa no té cap sentit si no s'implementa. La finalitat de qualsevol programa és incidir en una realitat concreta per resoldre una situació problemàtica que es dóna en un determinat entorn (Castillo Arredondo i Cabrerizo Diago, 2004).
3. Només amb la implementació del programa és possible millorar-lo, refer-lo i comprendre'n l'abast.

Aquestes raons avalen el segon objectiu d'aquesta recerca. La posada en pràctica del VAFiD en un grup de persones grans de la residència “El Nadal” durant el període d'un any, ens permet fer el treball de camp de la recerca per a l'acompliment del següent objectiu: avaluar.

2.3 AVALUAR

El procés culmina –o més ben dit, es reinicia– amb l'avaluació del programa. Tal com expressa Fernández-Ballesteros, aquesta és una etapa del procés d'intervenció que es fa amb la intenció de poder prendre decisions reciclades (Fernández-Ballesteros, 1995).

El nostre propòsit és avaluar el VAFiD per poder analitzar la concordança entre el programa teòric i els beneficis que n'obtenen els participants, mitjants pel procés de treball.

Per una banda fixem la nostra atenció en la coherència de la planificació del programa. Per l'altra, en elements de la seva posada en pràctica i la resposta dels participants. I finalment, en els beneficis que n'obtenen aquests mateixos participants.

Sobre les accions avaluadores de la planificació del programa volem assegurar-nos que la proposta és inicialment coherent i adequada a la situació de les persones a qui va adreçada. En l'anàlisi del desenvolupament, la mirada es dirigeix cap a dues dimensions diferents:

1. Elements propis de la sessió d'activitat física (ús de material, organització del grup...) per comprovar que allò planificat es correspon essencialment amb allò desenvolupat.
2. La resposta de les persones participants i la manera com ocupen el temps: els dos grans tipus de conclusions científiques que descriuen el comportament dels alumnes en educació física (Siedentop, 1998). En definitiva, s'observa sistemàticament què fan les persones grans durant les sessions d'activitat física per analitzar si la seva resposta es correspon amb els propòsits del VAFiD.

Finalment, posem l'accent avaluador en els canvis experimentats (proves pre i post) i les percepcions dels propis participants sobre el VAFiD (entrevista, observació...) per tal de copsar el valor (objectiu i subjectiu) del programa per a cadascuna de les persones participants que, en definitiva, és el més significatiu.

3 PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓ

La mirada científica sobre els fenòmens objecte d'estudi s'estructura a partir de tres grans perspectives (paradigmes) que comporten diferents maneres d'enfocar les recerques educatives. Cadascuna, amb els seus trets característics, parteix de llenguatges, valors, normes i creences diferents que per a alguns autors són incompatibles, per a altres són complementàries, i per a altres la seva clau rau en la unitat epistemològica (Arnal et al., 1992). Segons aquests mateixos autors i Cardona (2002), les tres perspectives i les seves principals característiques són:

- a. **Positivista**, quantitativa, empírico-analítica o racionalista:
 1. El coneixement deriva de l'experiència i és la que el confirma.
 2. El seu propòsit en l'àmbit educatiu és el de descobrir les lleis dels fenòmens educatius i elaborar teories que guiïn l'acció educativa.
 3. El seu interès es centra en explicar, predir i controlar els fenòmens del món natural
 4. El seu mètode és hipotètico-deductiu. Formula hipòtesis, contrasta, verifica i generalitza (explicacions nomotètiques).
 5. Busca l'objectivitat allunyant les dades dels significats, interpretacions i valors que pugui tenir per a la societat i per a l'investigador.
 6. La informació obtinguda no té validesa ecològica perquè no té en compte el context.
- b. **Interpretativa**, qualitativa, fenomenològica, naturalista, humanista o etnogràfica:
 1. Es proposa comprendre i interpretar els fenòmens estudiats.

2. Considera que l'home està directament implicat en la construcció de la realitat social. Per això té en compte la manera com interpreta les situacions, i el significat que tenen per a ell.
 3. Parteix de la idea que la realitat és única, dinàmica, múltiple i holística. Busca la seva comprensió i interpretació des de la perspectiva de les persones directament implicades.
 4. L'investigador es submergeix en el context objecte d'estudi.
 5. Aprofundeix en la comprensió d'una realitat concreta (explicacions ideogràfiques) i el procés que es fa servir és inductiu.
 6. Fa servir tècniques qualitatives i descriptives.
 7. Els seus resultats no es poden generalitzar.
 8. Podria tenir el risc que els significats subjectius estiguessin influenciats pel context.
- c. **Sociocrítica**, crítica o de presa de decisions i canvi:
1. Introdueix la ideologia en els processos del coneixement considerant que la ciència no és neutral
 2. Es basa en la idea que la investigació no només ha de descriure i interpretar la realitat, sinó que també ha de servir per poder-la transformar
 3. Parteix de problemes de la realitat, els participants estan implicats en la investigació (investigació-acció) i propicia la reflexió crítica sobre interessos, interaccions i pràctiques educatives.
 4. Fa servir tècniques semblants a les del paradigma interpretatiu i dóna prioritat a les dialèctiques.
 5. Proposa accions per resoldre els problemes.

Ateses aquestes característiques generals, el problema i els objectius plantejats per aquesta recerca, podem dir que la nostra mirada es situa en el paradigma interpretatiu però amb un punt d'acostament cap al crític.

Interpretatiu perquè:

1. Ens proposem estudiar, avaluar i comprendre les respostes de les persones grans en el context on es desenvolupa habitualment.
2. La visió holística i complexa de la realitat coincideix plenament amb el plantejament global del VAFiD
3. La implicació i immersió directes de la doctoranda en el context de l'estudi són clares i volgudes, igual com les de les persones que participen en el programa. Es tracta d'avaluar-lo des de dins mateix i amb la màxima implicació possible dels participants.
4. La recerca es centra en un únic grup.

Crític perquè:

1. Partim del plantejament d'un problema real i concret
2. Volem que l'avaluació del programa serveixi per millorar-lo i fer-lo evolucionar. De fet, entenem que el coneixement pren sentit quan acaba generant canvis i, en el nostre cas, millorant les intervencions i accions desenvolupades en el context.

3.1 TIPUS DE RECERCA

Tenint en compte que ens proposem fer l'avaluació d'un programa amb un grau d'intervenció de baixa intensitat (Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor, 2008) i les seves característiques generals, podem dir que aquesta tesi és una recerca:

- a. **No experimental** perquè –atenent a la metodologia que utilitza- no es manipula l'objecte d'estudi (treballem amb un grup natural), descriu el procés de treball i identifica les relacions que s'estableixen entre dos o més factors (Cardona Moltó, 2002). En el nostre cas, entre elements del programa VAFiD i els participants (resposta, satisfacció...).
- b. **Nomotètica i diacrònica/sincrònica** perquè estudia i analitza un programa concret (VAFiD) implementat en un únic grup de persones grans (residència "El Nadal") durant el període d'un any, però analitzant diversos aspectes d'aquest mateix grup.
- c. **Qualitativa/quantitativa** perquè es preocupa del significat de la resposta dels participants i, alhora, quantifica els aspectes observables d'aquesta resposta. De manera que les dues metodologies es complementen.
- d. **Aplicada** perquè –atenent a la seva finalitat- es proposa contribuir a la millora de les intervencions adreçades a les persones grans en situació de dependència, més que no pas fer aportacions al coneixement teòric, que seria el cas d'una investigació bàsica o pura (Arnal et al., 1992).
- e. **Avaluativa** perquè es centra en l'avaluació d'un programa –el VAFiD- amb el propòsit de valorar-ne l'eficàcia.

3.2 L'AVALUACIÓ DE PROGRAMES

Ja que en aquesta tesi avaluem un programa, considerem que és oportú incloure una breu descripció i una anàlisi del coneixement existent sobre avaluació de programes que ens permeti emmarcar la recerca, a l'hora que precisar i delimitar el concepte d'avaluació de programes que ens serveix de referència durant tota la tesi.

3.2.1 RECORREGUT HISTÒRIC

Amb el benentès que la finalitat d'aquesta tesi no és fer una anàlisi de l'avaluació de programes, únicament amb el propòsit d'emmarcar breument la nostra opció metodològica i essent conscients del risc d'una excessiva simplificació, a continuació fem un recorregut sintètic per l'evolució dels plantejaments existents sobre aquest tipus d'avaluacions.

Fent un breu repàs històric –seguim les indicacions de Escudero Escorza (2003)- amb la intenció de destacar els aspectes més importants i els autors que hi han contribuït amb les seves aportacions, podem dir que, després d'un període més centrat en la mesura, a partir dels anys 30 les propostes de Tyler constitueixen el punt de partida de la verdadera avaluació educativa. Segons aquest autor per poder millorar l'educació cal que l'avaluació sigui científica. No només es tracta de mesurar, sinó que cal anar més enllà i, amb la informació recollida científicament, emetre un judici de valor. Per a Tyler la referència central del procés avaluador són els objectius, prèviament definits, del programa.

Durant els anys seixanta es produeix un període de reflexió que enriqueix els aspectes metodològics i conceptuals de l'avaluació. Hi contribueixen especialment Cronbach i Scriven, però també autors com ara Suhman, Glaser i Stake.

Segons Escudero (2003), i en referència a l'avaluació, Cronbach aprofundeix en el **concepte** –lligant l'avaluació amb la presa de decisions-, **les funcions** –l'avaluació ha de servir per millorar el programa mentre s'està aplicant- i la **metodologia** –l'avaluació no només s'ha de limitar a passar tests de rendiment, sino que ha de fer servir diversitat de tècniques- de l'avaluació.

Per la seva banda, les aportacions de Scriven es situen en l'àmbit **terminològic**. Proposa el terme d'avaluació formativa –centrada en el procés-, distingeix entre avaluació intrínseca –valoració de l'objecte d'avaluació en si mateix- i avaluació extrínseca –valoració dels efectes que produeix l'objecte avaluat-.

Shuman aprofundeix en la necessitat de recollir les dades amb metodologia científica i Glaser introdueix la idea d'avaluar a partir de normes i criteris (avaluació de referència criterial). I la majoria dels autors comencen a tenir en compte –a més dels resultats previstos- els efectes no esperats dels programes.

Encara segons Escudero (2003), a partir dels anys setanta hi ha una progressiva consolidació de la investigació avaluativa que es materialitza amb la proliferació de models d'avaluació, cadascun emfatitzant en un o més components del procés. D'alguna manera cada autor construeix el seu propi model d'avaluació aprofundint en els aspectes que considera més importants. En aquest període es distingeixen dues etapes, la primera encara centrada en els objectius, i la segona centrada en el paper de les persones implicades en el programa avaluat i la relació entre elles i l'avaluador.

Finalment, i segons Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor (2008), l'última etapa evolutiva de l'avaluació de programes es caracteritzaria per la integració i la combinació dels coneixements i plantejaments existents. Alguns dels autors amb aportacions significatives en aquesta etapa són Chen & Rossi (1983) sobre la diversitat de propòsits de l'avaluació, Cronbach (1982) sobre la validesa interna i Conner (1984) sobre la implementació del programa d'avaluació.

Respecte d'aquest recorregut històric que acabem de fer, cal tenir present que les etapes descrites no han estat producte d'un procés lineal. Més aviat ha estat una evolució en què uns s'han enriquit dels altres donant a llum propostes no excloents les unes de les altres. Alguns autors mateixos han tingut trajectòries que han evolucionat d'uns plantejaments a altres com és el cas de Stake, Weiss o Cronbach (Anguera y Chacón, 2008).

3.2.2 APROXIMACIÓ CONCEPTUAL

Els conceptes d'avaluació, investigació avaluativa i avaluació de programes estan relacionats però no podem dir que siguin la mateixa cosa. La referència inicial o –més ben dit- el terme genèric és l'avaluació, la determinació del mèrit, valor o qualitat d'alguna cosa o situació. En aquest punt caldrà veure perquè s'avalua, què s'avalua, com i quan es fa, amb quins recursos, en quin context... i en aquest procés de definició de l'avaluació és on ens apareixen els substantius o adjectius que porta associats. La *investigació avaluativa* fa

referència a la manera com es porta a terme l'acció avaluadora; l'*avaluació de programes* té per objecte d'estudi un programa, igual que l'*avaluació de productes* tindria per objecte d'estudi un producte concret.

Les nostres referències per a aquesta tesi es situen entorn dels coneixements sobre:

- a. *Avaluació* en general, perquè ens proposem, entre d'altres objectius, fer un judici de valor sobre un programa i la manera de dur-lo a la pràctica.
- b. *Investigació*, perquè vol contribuir a la descripció, comprensió, explicació i a la transformació de la realitat (Latorre, Rincón Igea, y Arnal, 2003) i *avaluativa* perquè es basa en els principis de l'avaluació.
- c. *Avaluació de programes*, perquè el VAFiD és un programa⁴⁴ que preveu un seguit d'accions per ser implementades organitzadament en grups de persones grans en situació de dependència. I al seu torn, podem considerar l'avaluació de programes educatius –pel clar component educatiu del VAFiD-, l'avaluació de programes en ciències de l'activitat física, socials i de salut –pel contingut, els destinataris i l'àmbit on es desenvolupa- .

L'avaluació de programes pot fer referència a diversos àmbits d'intervenció. Els que han tingut un desenvolupament més significatiu són el social, el sanitari i l'educatiu. Aquest darrer, però, àmpliament centrat en l'educació formal i no tant en entorns educatius externs a l'escola (Gómez i Serra, 2000).

Avaluar els programes que s'implementen en qualsevol dels àmbits (educatiu, social, sanitari...) forma part dels mateixos programes. Tal com ja hem vist, la funció de l'avaluació ha anat canviant i evolucionant al llarg de la història d'acord amb un progressiu enriquiment conceptual (Pérez Juste, 2006). Segons aquest autor, ha passat d'una funció de *control* exercida per l'autoritat amb la finalitat de comprovar o qualificar allò que s'avalua, a una funció de *millora* dels programes. Aquesta evolució ha comportat, en primer lloc, una ampliació dels agents avaluadors de manera que qui avalua no ho fa des de l'autoritat i la distància, sinó que es contempla la possibilitat que l'exerceixin els agents directament implicats (autoavaluació, coavaluació). En segon lloc, ha generat una ampliació dels moments d'avaluació que no només es limiten a l'abans i el després, sinó que inclouen el procés. Perquè està clar que tot canvi/millora és producte, també, del procés de treball. I, finalment, ha necessitat una ampliació dels objectes d'avaluació de manera que interessin tots els elements que conformen els programes (context, activitats, professional...).

En aquesta línia de progressiu aprofundiment sobre el tema, vegem algunes definicions relatives a l'avaluació de programes. Hem escollit les que ens han semblat més adients per a la nostra recerca tenint en compte, també, diferents àmbits de procedència.

Per a Fernández-Ballesteros (1996: 23) l'avaluació de programes:

“es la sistemàtica investigació a través de mètodes científics de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él”.

⁴⁴ (Fernández-Ballesteros, 1992: 477) diu que un programa és un “conjunt especificat d'accions humanes i recursos materials dissenyats i implantats organitzadament en una determinada realitat social, amb el propòsit de resoldre algun problema que afecta un conjunt de persones”.

En una línia una mica diferent i, al nostre entendre, menys precisa, Castillo (2004:78) diu que l'avaluació de programes en l'àmbit socioeducatiu s'entén com:

“un proceso de mejora continúa, como un proceso de indagación y desarrollo de la planificación previa del mismo en un ámbito o situación socioeducativa emergente, con la finalidad de tomar las decisiones pertinentes en cada momento”.

D'aquesta definició ens agrada destacar el concepte de la inclusió de l'avaluació com a element constitutiu del propi programa i la idea que se'n desprèn, d'avaluar per tal de modificar el programa mentre s'està desenvolupant.

Des de la perspectiva de l'àmbit social i partint de la idea que tot procés avaluador de programes ha de ser planificat i s'ha d'aplicar en totes les fases del programa, Gómez (2000: 87) considera que:

“l'avaluació de serveis i programes socials, és una forma d'investigació social aplicada, de caràcter sistemàtic, que vol obtenir informació significativa sobre la planificació, el desenvolupament i els resultats d'un determinat servei o programa, per tal de valorar-ne el grau d'adequació a les previsions inicials, amb la finalitat d'establir uns judicis de valors (basats en l'anàlisi comparativa d'allò que s'ha produït amb allò que s'havia previst) que han de facilitar els processos de presa de decisions que afecten al servei o programa avaluat, tenint sempre present la seva utilitat social, en el sentit que les seves conclusions permetin millorar i optimitzar l'esmentat servei o programa”.

Finalment, des de l'àmbit de l'activitat física, Castejón (2007: 28) dóna més importància a la significació –també en el seu component ètic- que pot tenir l'avaluació d'un programa – s'entén- d'activitat física. Per a aquest autor l'avaluació de programes:

“es una implicación ética con la que diseñamos una serie de procedimientos que se utilizan en un proceso con el que conseguir información que nos ayudará a analizar, elaborar y tomar decisiones basadas en un conjunto de criterios ideológicos, críticos, con características objetivas y subjetivas que nos permitan ayudar a todas las personas que se encuentran en el proceso de enseñanza-aprendizaje a ser mejores personas para desarrollar su actividad en la sociedad”.

Així doncs, podem concloure que l'avaluació de programes:

1. Suposa emetre un *judici de valor* sobre un programa.
2. Requereix d'un *procés sistemàtic* de recerca i tractament de la informació basat en la metodologia científica.
3. Les accions avaluadores són *multidimensionals*, fan referència a diversos aspectes del programa.
4. Ha de produir-se *en totes les fases* del programa
5. Serveix per orientar la *presa de decisions* sobre el propi programa.
6. No s'acaba en l'acció avaluadora sinó que *transcendeix* i –al nostre entendre ha de transcendir- més enllà del propi programa. Ha de servir per garantir el benestar de les persones beneficiàries del programa (Gómez i Serra, 2000) i per a la preservació de principis ètics, com per exemple la igualtat d'oportunitats (Fernández del Valle, 1996).

Aquestes són les característiques que ens serveixen de marc general en la tasca avaluadora que desenvolupem en la nostra tesi.

3.2.3 TIPUS D'AVALUACIÓ

La majoria dels autors coincideixen –amb matisos– a fer una classificació del tipus d'avaluació en funció de:

- a. Criteris temporals (**quan** s'avalua)
- b. La seva funció (**per a què** s'avalua)
- c. La seva finalitat (**per què** s'avalua)
- d. Posicionament de l'avaluador (**qui** avalua)
- e. Contingut de l'avaluació (**què** s'avalua)
- f. Criteris metodològics (**com** s'avalua)

Vegem, doncs, els diferents tipus d'avaluació agrupats d'acord a diferents criteris:

A. Segons el moment en què es realitza

Avaluació ex-ante o inicial. Orientada a fer un diagnòstic inicial sobre el propi programa amb l'objectiu de determinar si és pertinent desenvolupar-lo (Anguera; Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008), valorar si cal fer-hi modificacions o correccions (Gómez i Serra, 2000) i per conèixer la realitat (destinatari, context, recursos...) en què s'ha d'implementar el programa, cosa que ha de permetre dissenyar estratègies i actuacions adequades a aquesta realitat (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004).

Avaluació durant o processual. Es la que es realitza mentre el programa s'està desenvolupant. Consisteix a recollir –de manera continuada i sistemàtica– informació sobre com s'està desenvolupant el programa. Serveix per valorar si allò que s'està fent es correspon amb el que s'havia planificat. La nostra recerca es situa en aquest tipus d'avaluació.

Avaluació final. Dins d'aquest tipus d'avaluació se'n distingeixen dos. El primer és l'*avaluació final* que es realitza en el moment d'acabar el programa i, principalment, valora el grau d'assoliment dels objectius proposats (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004; Gómez i Serra, 2000) i que pot servir de punt de partida per a l'avaluació inicial de la següent intervenció en el mateix programa (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004). El segon tipus és l'*avaluació ex-post*, que avalua resultats indirectes o diferits després de finalitzar el programa (Gómez i Serra, 2000). Pot ser que aquest tipus d'avaluació es faci passat un temps després del període d'execució, recollint informació de manera retrospectiva (Anguera; Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008) amb la finalitat d'analitzar l'impacte que ha tingut el programa (Gómez i Serra, 2000).

B. Segons la seva funció

Avaluació diagnòstica. Des de l'àmbit socioeducatiu, Castillo (2004) destaca la importància d'aquest tipus d'avaluació perquè permet fer un diagnòstic de la situació de partida, per després poder establir les estratègies d'intervenció necessàries. Per a Gómez (2000), l'expressió "diagnòstica" com a tipus d'avaluació no és adequada perquè tota avaluació és sempre diagnòstica en la mesura que valora una situació o programa.

Avaluació sumativa. Es fa una vegada finalitzat el programa i valora els resultats que se n'han obtingut, o sigui, si s'han assolit els objectius plantejats. Ho fa seguint un procés lineal segons el qual un programa es planifica, es duu a la pràctica i finalment s'avalua (Anguera; Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008).

Avaluació formativa. Es fa durant tot el procés del programa (planificació, implementació i control) de manera que suposa un seguiment que fa possible la modificació o la millora en funció de la seva pròpia evolució –entenem que d'aquí ve el nom de formativa-. La informació que es recull en el procés avaluador s'obté periòdicament o de manera continuada. Les activitats que inclou són molt diverses: anàlisi d'interaccions entre els agents implicats, periodificació de la implementació, incorporació de dades durant el seguiment, integració d'informacions diverses, comprovacions sobre el desenvolupament i el procés del programa (Anguera; Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008; Chacón, Sanduvete, Portell & Anguera, 2013).

C. *Segons la seva finalitat*

Avaluació proactiva. Es diu que l'avaluació és proactiva quan es proposa contribuir a la presa de decisions sobre el programa per tal de millorar-lo.

Avaluació retroactiva. Es situa en l'àmbit econòmic del programa i, normalment, té la finalitat de presentar els resultats per tal de justificar pressupostos.

Segons Fernández-Ballesteros (1996), aquesta classificació va ser establerta per Stufflebeam y Shinkfiel (1987).

D. *Segons la procedència dels avaluadors*

Avaluació externa. La fan persones, normalment expertes en avaluació, que no tenen cap relació amb l'organització del programa. Aquest tipus d'avaluació és molt valorada per la seva objectivitat i per la seva credibilitat social, però d'altra banda és criticada pel seu cost i per la poca capacitat d'incidir en la millora del programa (Anguera, Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 1996).

Avaluació interna. Es fa des de dins i els avaluadors estan implicats en l'organització del programa. Aquesta modalitat d'avaluació permet un millor coneixement i integració del programa avaluat, però comporta un risc més elevat de subjectivitat. Castillo (2004) inclou dins d'aquesta categoria l'**autoavaluació**, la que fan els agents directament implicats en l'execució del programa sobre la seva pròpia activitat. I la **coevaluació** o **avaluació participativa**, que preveu la participació conjunta dels avaluadors i els avaluats en tot el procés avaluador.

Avaluació mixta. És una combinació dels dos tipus d'avaluació en què es procura que els avaluadors externs treballin amb un contacte molt directe amb les persones implicades directament amb el programa objecte d'avaluació. Anguera Argilaga et al. (2008) consideren que aquesta modalitat és la més convenient perquè permet compensar els defectes i les virtuts d'ambdues.

E. *Segons els continguts de l'avaluació*

En aquest criteri hi ha una gran diversitat d'opcions entre els diferents autors (Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor, 2008). Segons Gómez i Serra (2000) podem distingir les següents modalitats d'avaluació.

Avaluació de necessitats. És prèvia al disseny del programa i alhora el condiciona.

Avaluació del disseny i la seva avaluabilitat. Ambdós aspectes estan relacionats perquè, vist el disseny del programa, podem saber si aquest és susceptible de ser avaluat amb els requisits metodològics pertinents (Anguera y Chacón, 1999).

Avaluació del procés o d'execució. Fa un seguiment del programa en aspectes com la seva cobertura, l'esforç, les activitats realitzades, la productivitat o la seva qualitat.

Avaluació del producte. Aquest tipus d'avaluació inclou la valoració de l'eficàcia (assoliment d'objectius), l'efectivitat (efectes produïts –esperats o no- pel programa) i l'eficiència (relació entre efectes i recursos emprats) (Anguera, 1992).

F. Segons la metodologia utilitzada

En aquest criteri també hi ha diversitat de classificacions. Uns autors parlen de dissenys avaluatius de *baixa, mitja i alta intervenció* (Anguera, Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008; Chacón, Sanduvete, Portell & Anguera, 2013) que, en certa manera, es corresponen amb els *no experimentals, quasi-experimentals i experimentals* (encara que en aquest bloc intermedi també hi haurien els dissenys proposats de la metodologia selectiva); altres parlen de dissenys *qualitatius i quantitius* (Gómez i Serra, 2000) i altres d'avaluació *crític i normativa* (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004). Considerem aquests dos darrers tipus d'avaluació dins d'aquest apartat perquè, al nostre entendre, els criteris de comparació que es facin servir són un aspecte metodològic.

Disseny avaluatiu de baixa intervenció, observacional o no experimental. Aquest tipus d'avaluació es fixa en els canvis que s'han produït en els destinataris del programa. No fa servir la comparació amb altres grups (control o no) i es fa més difícil de comprovar que aquests canvis són deguts al programa i no a d'altres factors. La majoria de les avaluacions de programes de l'àmbit social es situen en aquesta tipologia per la complexitat dels mateixos programes i per la dificultat que suposa aplicar dissenys experimentals o quasi-experimentals. (Gómez i Serra, 2000)

Disseny avaluatiu d'intervenció mitja o quasi-experimental. És un disseny com l'experimental però que no compleix tots els seus requisits com, per exemple l'aleatorietat dels grups.

Disseny avaluatiu d'alta intervenció o experimental. Estableix una comparació de variables, abans i després de l'aplicació del programa, entre un grup experimental i un grup control escollits de manera aleatòria. Aquest model presenta dificultats a l'hora d'aplicar-lo en l'àmbit social perquè –segons Gómez i Serra (2000)- normalment els programes s'avaluen quan ja s'han iniciat i, per tant, no és possible mesurar les variables abans de l'inici del programa.

Avaluació quantitativa. Examina els diferents elements del programa amb mètodes objectius i, sobretot, es proposa avaluar l'eficàcia del programa. Normalment tradueix les observacions en números i fa servir l'anàlisi deductiva. És freqüent combinar l'avaluació quantitativa amb la qualitativa (Anguera, 1995a).

Avaluació qualitativa. Vol comprendre el funcionament global del programa, tenint en compte tots els seus elements. No només es preocupa d'avaluar els resultats sinó que li interessen, també i sobretot, els processos desenvolupats. Fa una descripció molt rigorosa del fenomen. Parteix de la premissa que ni l'avaluació ni l'avaluador són totalment objectius i neutrals. És freqüent combinar l'avaluació qualitativa amb la

quantitativa (Anguera, 2008; Sánchez-Algarra y Anguera, 1993; Sánchez-Algarra & Anguera, 2013)

Avaluació criterial. Quan el criteri de comparació es situa en el mateix programa i els objectius que es planteja. Analitza si el grup o les persones destinatàries del programa assoleixen els objectius que proposa.

Avaluació normativa. Els resultats obtinguts en l'avaluació del programa es comparen amb els establerts per altres "normatives" externes al programa avaluat, per altres programes, projectes o intervencions similars.

Els tipus d'avaluació de programes que acabem de descriure breument són els més significatius i els que hem considerat més propers al nostre àmbit de recerca, però no són els únics. Al nostre entendre, totes aquestes modalitats d'avaluació contribueixen a aprofundir en l'avaluació de programes perquè donen la possibilitat de reflexionar-hi des de diferents punts de vista. La majoria dels autors⁴⁵ coincideixen a dir que són complementàries i que no són mútuament excloents, de manera que l'avaluació d'un programa combina sempre –i és aconsellable que ho faci– més d'un tipus d'avaluació.

Ateses les característiques dels diferents tipus d'avaluació, podem dir que la d'aquesta tesi és una avaluació que es fa **durant** el desenvolupament del VAFiD, és de tipus **formatiu**, té una finalitat **proactiva**, es fa des de **dins** del mateix programa, s'avaluen aspectes del **procés** i del **producte**, metodològicament s'ha estructurat a partir d'un disseny **de baixa intervenció**, fa servir la combinació de dades i mètodes **qualitatius i quantitius**, i el criteri de comparació és **criterial**.

3.2.4 CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS QUE HA DE COMPLIR UNA AVALUACIÓ

Les característiques més rellevants que ha de complir una bona avaluació són les següents (Fernández-Ballesteros y Hernández, 1995 citat per Anguera, 2008):

- a. Ha de ser **útil**, de manera que estigui d'acord amb les necessitats dels qui estan implicats en el programa objecte d'avaluació.
- b. Ha de ser **viable**. D'acords amb les circumstàncies i la situació en què s'emmarca, ha de ser possible realitzar-la.
- c. **Realista**, o sigui, adequada als recursos disponibles.
- d. **Prudent i moderada**, en el sentit que els resultats han d'aportar més avantatges (facilitar millores) que inconvenients (generar conflictes...).
- e. **Diplomàtica**, en tot el procés. Les qüestions crítiques que pot comportar han de servir per construir i millorar, però al mateix temps han de ser tractades amb delicadesa i respecte.
- f. L'avaluació ha de complir criteris d'**eficiència**, (Anguera, 1992) de manera que la relació entre els resultats i els recursos previstos sigui equilibrada.
- g. El component **ètic** de l'avaluació també és una condició ineludible i s'ha de basar en la protecció dels drets de totes les parts implicades, entre ells el de conèixer els resultats de l'acció avaluadora.

⁴⁵ Vegeu (Anguera, Chacón y Blanco-Villaseñor, 2008; Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004; Fernández-Ballesteros, 1995; Gómez i Serra, 2000)

- h. Ha de ser **precisa i exacta**, cosa que requereix habilitat i preparació per part de qui avalua per tal de controlar adequadament la quantitat de factors i variables que poden influir en els resultats, procurant minimitzar-los al màxim.

Per la nostra part i durant tot el procés, hem procurat ésser molt curosos en els aspectes ètics i rigorosos en els procediments científics. Considerem que l'avaluació del VAFiD compleix aquestes característiques.

3.3 L'AVALUACIÓ RESPONENT DE STAKE

En aquest punt dedicat a l'avaluació de programes, fem una descripció més àmplia de l'*avaluació responent*⁴⁶ de Stake perquè és la que prenem com a referència per avaluar el VAFiD.

Tal com ja hem esmentat més amunt, Stake és un dels autors en avaluació de programes amb una trajectòria que, en el transcurs dels anys, ha evolucionat d'unes posicions a unes altres. En un principi va treballar des d'un plantejament més quantitatiu i, posteriorment, les seves propostes van evolucionar cap a una perspectiva més qualitativa. Tot i que, com el mateix diu (Stake, 2006a), és partidari de combinar i fer servir tant els mètodes quantitativs com els qualitativs.

La proposta de l'avaluació responent de Stake, feta el 1975, es situa en el moment en què hi ha una progressiva consolidació de la investigació avaluativa. Segons Escudero (2003), aquesta proposta estaria situada entre els models anomenats alternatius (als centrats en els objectius) els quals emfatitzen el paper de l'audiència de l'avaluació –sobretot els participants en el programa- i la relació que estableix amb l'avaluador.

La proposta de Stake parteix de la idea que les intencions inicials -els objectius- poden canviar i per això és important que hi hagi una comunicació constant entre l'avaluador i els participants, per poder descriure, analitzar i resoldre els problemes que es plantegen durant tot el procés.

Segons expliquen Latorre, Rincón y Arnal (2003: 255) Stake considera que:

“la evaluación es un valor observado y comparado con alguna norma y ha de enfatizar lo que se ha observado y comparado con alguna norma y ha de enfatizar lo que ha observado acerca del programa, detectando la satisfacción o insatisfacción que muestran las personas implicadas en el programa”

Ens ha interessat especialment aquesta precisió sobre la satisfacció o insatisfacció dels implicats, perquè entenem que, en el VAFiD, aquest és un aspecte clau per a la participació de les persones grans en el programa.

⁴⁶ En anglès “responsive evaluation”.

Les característiques principals de l'avaluació responnent de Stake es poden resumir tal com segueix (Pérez Gómez, 1989: 455) citat per (Pujolàs Maset i Universitat de Girona, 1997):

- a. S'orienta a descriure les activitats més que no pas a definir les intencions del programa
- b. Dóna més importància als problemes que a les teories
- c. Té en compte les interpretacions de les audiències implicades en el programa
- d. Ha de respondre a les necessitats d'informació i al nivell de coneixement dels que estan interessats en el programa.
- e. Implica als interessats en l'anàlisi i la valoració del programa
- f. El seu propòsit fonamental és descriure i oferir un relat complet i holístic del programa educatiu.

Segons aquest mateix autor, també té alguns inconvenients que cal tenir presents:

- a. L'escassa consideració a la precisió de les dades
- b. La dificultat de distingir entre descripció i anàlisi
- c. La tendència a infravalorar la naturalesa i la funció política de l'avaluació.
- d. La confiança en la capacitat dels participants per analitzar les interaccions complexes i els factors latents.

Respecte de la capacitat dels participants per valorar la complexitat dels programa, hem de dir que, ateses les característiques i les capacitats de les persones grans que formen el grup objecte d'estudi, ja hem previst, d'entrada, la triangulació de diferents instruments de recollida d'informació (observació, diari de camp, entrevistes individuals i de grup) i d'anàlisi per tal de comprovar si unes i altres coincideixen. De manera que considerem que aquest inconvenient, en el nostre cas, es minimitza.

Vegem a continuació l'estructura d'aquest model, adaptada a la nostra tesi. Per descriure-la partirem de la que fan Latorre, Rincón Igea, y Arnal (2003) i Pujolàs Maset i Universitat de Girona (1997).

L'estructura del disseny responnent s'articula en base a dues matrius: la descriptiva i la de judici, acompanyades d'una base teòrica. Ambdues matrius contempen els mateixos elements del programa: els antecedents, les activitats o procediments, i els efectes.

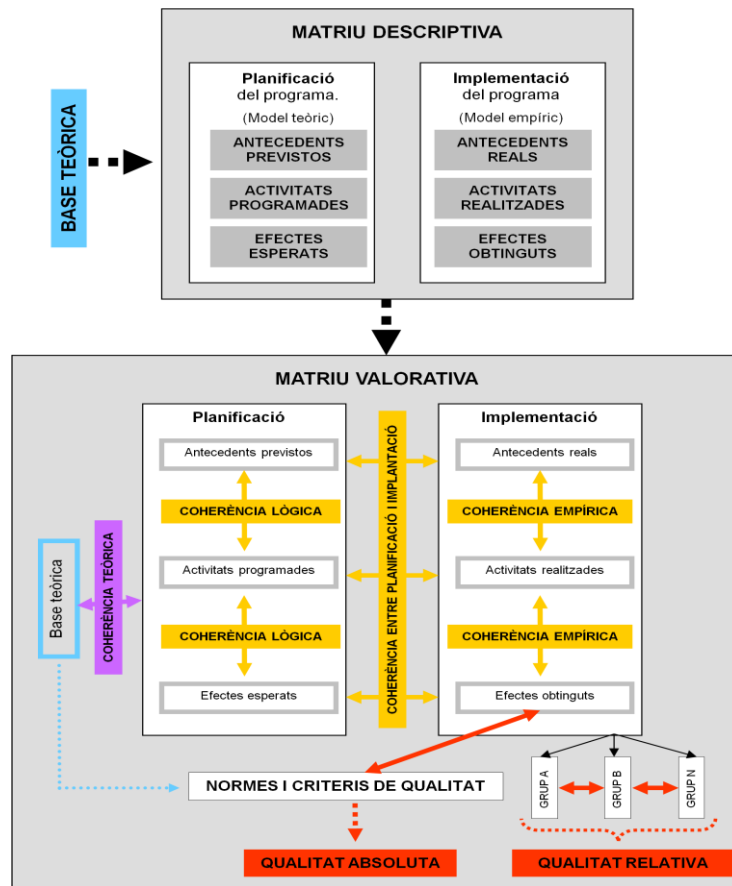


Figura 17. Model d'avaluació responent de Stake (1967).
Adaptat d'Arnal, Latorre y del Rincón (1992) i Pujolàs Maset (2002).

La *base teòrica* és la que ha de fonamentar el programa objecte d'avaluació i és important tenir en compte aquest aspecte durant el procés avaluatori perquè, en primer lloc, és la que ha de permetre planificar un programa coherent i formular els seus objectius. En segon lloc, ja en la fase avaluadora, serveix per analitzar si allò que s'ha planificat i implementat manté una coherència lògica amb els principis teòrics de referència. I, finalment, serveix de referència per definir els criteris de qualitat i els estàndards que haurem d'utilitzar per fer la valoració del programa.

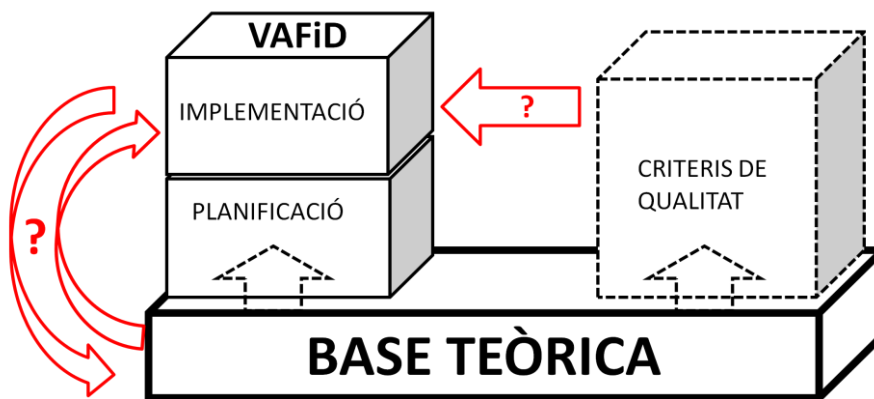


Figura 18. Importància de la base teòrica per a l'avaluació del VAFiD

La *matriu descriptiva* és la que conté tota la informació relativa al programa, tant la de la planificació, com la de la implementació. El primer element de l'estructura és la planificació del programa objecte d'avaluació on es defineixen els antecedents o previsió de la situació inicial (marc on es desenvoluparà, característiques dels destinataris i de l'entorn...). Es descriu com es preveu que serà el procés educatiu –Stake parla d'activitats, procediments o transaccions- determinant els recursos, les estratègies, la metodologia... que es faran servir. I finalment, o paral·lelament, es determinen quins són els efectes esperats, que coincideixen amb els objectius i propòsits.

Tenint en compte aquestes tres grans àrees, nosaltres hem confegit el programa VAFiD (vegeu capítol V) amb una estructura lleugerament diferent però que encaixa perfectament amb el model de referència. La planificació del VAFiD descriu:

- a. Les característiques dels destinataris i el marc on estan immersos (ANTECEDENTS)
- b. Els objectius que persegueix i que es corresponen amb els efectes que esperem que produeixi el programa (EFECTES)
- c. Els continguts que el conformen (ACTIVITATS I PROCEDIMENTS)
- d. Els recursos de que disposem per poder treballar en la línia plantejada. En el cas del VAFiD són les activitats, el material i la música (ACTIVITATS I PROCEDIMENTS).
- e. Com organitzarem el treball a nivell general –planificació anual- i a nivell concret –planificació de la sessió- (ACTIVITATS I PROCEDIMENTS)
- f. Les condicions necessàries per a la implementació com són els aspectes metodològics i els aspectes organitzatius (ACTIVITATS I PROCEDIMENTS)

Tal com es desprèn d'aquest llistat, donem especial rellevància a les activitats i als procediments perquè, com ja hem esmentat repetidament, el més important per al VAFiD és *com* es treballa, el procés de treball.

El segon element de la *matriu descriptiva* és la implementació del programa. En aquest punt ens situem en el model empíric i, per tant, tota la informació que conté aquesta part de la matriu fa referència al que succeeix en realitat durant la implementació del programa. Al nostre entendre, aquest és el moment més important: el de la posada en pràctica. El que cal avaluar perquè allò que realment succeeix –el que es posa en pràctica- és el que té significació per a les persones que hi participen.

Amb referència a la implementació del VAFiD, la matriu descriptiva inclou:

- a. Descripció general de les característiques del centre on resideixen els participants en el programa. (ANTECEDENTS)
- b. Descripció de les característiques de cadascun dels participants en el programa: perfil individual confeccionat a partir de les dades que consten en la documentació del centre (història clínica i social, anotacions dels professionals al curs clínic), proves cognitives (*Mini Mental*, *Pfeiffer*, *Evocació categorial*, *Test del Relotge*), proves físiques (*Senior Fitness Test*). (ANTECEDENTS)
- c. Descripció del procés de treball desenvolupat a partir de la recopilació de totes les sessions fetes (què s'ha planificat i què s'ha fet en realitat), l'observació sistemàtica de les sessions i l'anàlisi del diari de camp. (ACTIVITATS REALITZADES)
- d. Descripció dels efectes –esperats o no- que té el programa en els participants mentre es va desenvolupant i al final de la recerca. Aquesta descripció es fa a partir de

l'observació sistemàtica, del diari de camp, de les dades obtingudes en les diferents proves i de l'entrevista als propis participants.

La *matriu valorativa* és la que ens serveix de referència per al procés avaluador del VAFiD. En aquest punt tenim dos tipus d'anàlisi, per una banda hem de comprovar que el programa i els seus plantejaments –tant teòrics com pràctics- són coherents i que aquesta coherència s'ha mantingut durant tot el procés la coherència. Stake proposa estudiar:

- a. La *coherència teòrica*: pretén analitzar si les actuacions, les activitats i els procediments previstos en el programa es corresponen amb els principis teòrics en què es fonamenten. Aquesta anàlisi la fem a partir d'un judici d'experts.
- b. La *coherència lògica*: pretén analitzar si les activitats, les actuacions i les estratègies previstes són concordants, per una banda, amb les característiques de les persones grans que participen en el programa (antecedents) i, per l'altra, amb els efectes que s'espera obtenir d'aquesta participació. És a dir, que el programa serà lògicament coherent si els efectes esperats es poden considerar una conseqüència de les actuacions i les activitats previstes. Aquesta anàlisi també la fem mitjançant un judici d'experts.
- c. La *coherència entre la planificació i la implementació*: aquesta anàlisi vol determinar fins a quin punt la implementació del programa es correspon amb el que s'havia planificat. La coherència ha d'existir entre els antecedents previstos i els reals, entre les activitats, els procediments i les actuacions planificades i les realitzades, i entre els efectes esperats i els observats. Per validar l'avaluació del programa, és imprescindible que allò planificat sigui, essencialment, igual que allò que s'ha dut a la pràctica. Hem d'estar segurs que el programa és realment el que s'implementa (Anguera, Chacón i Blanco-Vilaseñor, 2008). En cas contrari hauríem estat avaluant un altre programa. L'anàlisi d'aquesta coherència la fem a partir del seguiment –mitjançant diferents instruments que detallem en el següent apartat, dedicat a la metodologia- de totes les sessions desenvolupades durant el període de recollida de dades de la recerca.

Aquestes tres coherències, si es confirmen, donen lloc a la coherència empírica que es situa en el procés d'implementació i segons la qual els efectes observats es poden atribuir a les activitats implementades en la situació educativa real amb les seves característiques particulars (antecedents reals). En aquest sentit Latorre, Rincón y Arnal (2003: 268) diuen que:

“La existencia conjunta de coherencia teórica y de coherencia entre los modelos teórico y empírico implica coherencia empírica, es decir, la inferencia evaluativa de que los efectos reales observados son debidos a la interacción de los antecedentes observados y las actividades observadas”.

El segon tipus d'anàlisi que proposa Stake és el de la qualitat⁴⁷ del programa que vindria determinada per la *qualitat absoluta* i la *qualitat relativa*. L'anàlisi de la primera es fa a

⁴⁷ Segons Stake (2006a) la qualitat fa referència a la bondat del programa, als seus mèrits i al seu valor. A més, el concepte de qualitat no es pot deslligar de l'experiència humana, de qui l'experimenta. Això significa que hem de tenir en compte dues vessants en l'anàlisi de la qualitat: la que ens aporten les dades i la que ens aporten els mateixos participants a partir de la seva experiència.

partir de criteris⁴⁸ i estàndards⁴⁹ de qualitat establerts d'acord amb els referents (teòrics i/o pràctics) més significatius per al VAFiD i que ens serveixen d'eines per avaluar el programa. Nosaltres els hem elaborat (vegeu punt 4.6 d'aquest mateix capítol) a partir dels referents teòrics que fonamenten el programa (tal com es pot veure en la figura 17) i de referents pràctics com són altres programes adreçats a persones grans⁵⁰ i l'experiència professional de més de vint anys en aquest àmbit.

En la nostra recerca, aquest és el punt on es concentra el gruix de l'activitat avaluadora. Per veure fins a quin punt els criteris escollits compleixen els estàndards de referència, hem plantejat diversitat de procediments i instruments com a eines de treball, sempre en funció de les característiques de cada criteri, del moment en que s'ha de fer servir i del tipus d'informació que pretén recollir (vegeu punt 4.6.2 d'aquest mateix capítol). En aquest aspecte, volem destacar que l'avaluació del programa, sobretot si es fa des d'una perspectiva que dona més importància al procés que al producte, com és el nostre cas, conforma una dinàmica no lineal en la qual la seqüència avaluadora va fluctuant en el temps, en l'ús d'instruments i en els procediments emprats per, de mica en mica, anar "dibuixant" els camí que ens condueixi a perfilar i concretar les observacions, les valoracions i les mesures en les conclusions finals.

La *qualitat relativa* s'obté comparant el programa amb d'altres de característiques similars. Com que en aquest estudi avaluem la implementació del programa en un únic grup, no és possible –per ara– estudiar la qualitat relativa del VAFiD perquè el grup és referent de si mateix.

4 METODOLOGIA

En aquest apartat s'explica el disseny de la recerca, els procediments inicials que s'han seguit per a la implementació del programa. A continuació es concreten i es descriuen les dimensions d'anàlisi amb els corresponents criteris i estàndards i els instruments utilitzats per a l'avaluació del programa.

4.1 DISSENY DE LA RECERCA

Vista la perspectiva de la investigació, els seus objectius i les característiques del programa i els seus destinataris, prenem com a referència el model de Stake perquè ens serveix de guia i de marc general en la recollida de dades –una bona part de la qual es basa en la metodologia observacional– però hi hem incorporat la idea de disseny de la recerca pròpia dels estudis de baixa intervenció.

L'avaluació del programa VAFiD es situa en els dissenys de baixa intervenció perquè estudia la implementació del programa en un grup i en una situació natural. Sobre aquest

⁴⁸ Per a Stake (2006: 111) un criteri és un atribut d'un objecte o d'una activitat que es fa servir per reconèixer els seus mèrits i les seves deficiències. Quan es fixa un estàndard, és la base per fer-ne una valoració.

⁴⁹ Per a Stake (2006: 111) un estàndard és una quantitat, un nivell o una manifestació d'un criteri determinat que indica la diferència entre dos nivells de mèrit diferents.

⁵⁰ Soler Vila, (2003); Pont Geis, (2004b); Rey Cao, Canales Lacruz, y Táboas Pais, (2008).

únic grup, interessen diversos aspectes al mateix temps (nomotètic⁵¹) i pel que fa a la temporalitat del registre, es tracta d'un disseny mixt (diacrònic/sincrònic o *lag-log*⁵²) perquè té en compte diferents unitats d'anàlisi (cada una de les persones grans que conformen el grup, totes les sessions desenvolupades durant el període de recerca) durant tot el procés d'implementació del programa (un any).

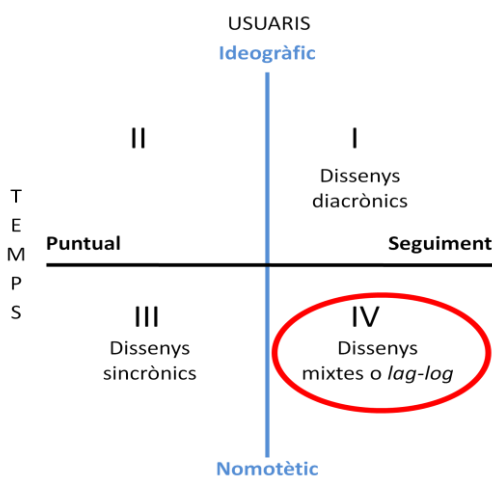


Figura 19. Dissenys avaluatius de baixa intensitat
Adaptat d'Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor (2008: 158)

Entenem que aquest doble marc de referència ens proporciona dues mirades complementàries que ens són útils per endinsar-nos en l'estudi d'una situació tan complexa com la que ens ocupa. La matriu de Stake ens ordena el procés (dimensió teòrica, dimensió empírica, coherències, criteris) i alguns dels continguts (antecedents, activitats i efectes) de la recollida de dades, i la perspectiva d'Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor ens ajuda a posar atenció –a través de la observació– en la dimensió temporal del programa (freqüències, durada i ordre) relacionada amb la resposta de l'usuari, aspecte que constitueix el nostre focus d'atenció principal.

4.1.1 CONDICIONANTS DEL DISSENY

Els criteris que ens han guiat en el disseny de la recerca, a banda dels objectius, han estat els següents:

- a) Primer de tot era imprescindible disposar d'un programa fonamentat que ens guiés la implementació.
- b) En segon lloc calia disposar d'un grup –que es correspongués a amb les característiques plantejades en el VAFiD i mínimament estable– disposat a rebre el programa durant un llarg període de temps. Malgrat ser conscients que el període d'un any pot ser molt llarg per a la fragilitat important que presenten els

⁵¹ Segons Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor (2008: 156) es considera que els dissenys avaluatius de baixa intensitat són nomotètics quan interessin diversos nivells de resposta.

⁵² Segons Anguera, Chacón y Blanco-Vilaseñor (2008: 168) aquest tipus de dissenys es poden conceptualitzar com l'estudi racional de múltiples unitats en el transcurs dels successius moments temporals que conformen el seguiment.

participants, ens interessava estudiar l'evolució de la seva manera de respondre tant individualment com col·lectiva, i veure fins a quin punt es complien els potencials efectes del programa.

- c) També era important que tot l'estudi es fes en el marc d'una situació habitual, on les dinàmiques de participació, d'intervenció i d'observació fossin el més naturals possible, per tal que fossin semblants al màxim a la realitat que es dona en els grups que es desenvolupen en institucions d'atenció a les persones grans en situació de dependència.
- d) La flexibilitat del programa per adaptar-se a la dinàmica, a l'evolució i als canvis del grup fa que l'avaluació s'hagi de centrar en el procés de treball més que no pas en els resultats finals, tenint en compte, també, que és un programa sense un punt final –encara que per a la recerca necessàriament n'hi hem de posar-. La finitud del programa no ve determinada per fites temporals o de continguts, ve determinada per les necessitats, la situació o les preferències de cada persona. Aquestes dues característiques (flexibilitat i no tenir un punt final) fan evident que el que més compta és el present, el procés de treball diari.
- e) El conjunt i la complexitat de la situació (programa, usuaris, entorn) fan que la investigació s'hagi de recolzar en diversitat d'instruments, de tècniques i de recursos –que descriurem en els següents pàgines- per després poder contrastar la idoneïtat de les dades recollides, de manera que puguem validar la seva fiabilitat. L'atenció als aspectes metodològics ha estat una preocupació constant.

4.1.2 PROCÉS DE RECERCA

El procés d'investigació seguit consta de diverses accions, que unes vegades es succeeixen i d'altres es superposen en el temps.

El primer pas ha estat l'elaboració del programa VAFiD atenent al vessant teòric (fonamentació del programa) i al vessant pràctic (experiència professional de la doctoranda). A continuació, l'interès per esbrinar l'abast del programa ens porta a plantejar una recerca consistent a implementar el programa en un grup de persones grans i analitzar-ne la seva qualitat i eficàcia.

Per això ha estat necessari, a banda de constituir el grup de persones grans, implementar el programa al mateix temps que hem anat perfilant el cos de la investigació, determinant el disseny, escollint les tècniques i elaborant o seleccionant els instruments idonis per a l'avaluació. Les tècniques, els instruments i els procediments utilitzats en la recollida de dades relatives als participants, a les sessions i al desenvolupament de programa han estat diversos: diari de camp, registre manual de dades pròpies de cada sessió, filmació de sessions, recollida d'informació continuada sobre els participants, administració de proves.

Finalment, un cop recollides les dades, ha calgut fer –ne un procés de control de qualitat i la seva posterior anàlisi, cosa que ens condueix a les conclusions. Tots aquests processos s'han anat superposant –a vegades més intensament i a vegades menys- amb la recerca d'informació i documentació, la redacció dels diferents capítols, i el contacte amb els directores de la tesi que m'han anat orientant en el treball.

Així doncs, les fases de la recerca i les activitats desenvolupades en cada una d'elles són les següents:

Fase I: Plantejament general de la recerca i elaboració del programa VAFiD.

En aquesta fase s'elabora i fonamenta el programa, al mateix temps que es fa una recerca bibliogràfica sobre el coneixement existent sobre el tema. També es comença a plantejar la investigació fent el projecte corresponent i les gestions administratives pròpies del programa de doctorat. La primera part d'aquesta fase correspon a l'elaboració del treball de recerca per a l'obtenció del diploma d'estudis avançats (DEA).

Fase II: Constitució del grup en què s'implementa el programa objecte d'avaluació i elaboració del marc teòric.

Les accions desenvolupades en aquesta fase es centren en la constitució del grup, previ contacte amb la institució que l'acull i l'obtenció de permisos i consentiments tant de la institució com dels participants i/o familiars. Es recull informació de cada persona gran a partir de la documentació (història clínica, valoracions dels professionals) de què disposa la institució sobre cadascú, amb la finalitat d'obtenir el perfil individual dels participants.

Com sigui que la investigació preveu avaluar alguns aspectes –relacionats amb la competència funcional dels participants– comparant dades obtingudes abans d'iniciar el programa (PRE) i després de la seva implementació (POST), en aquest moment es seleccionen els instruments que es faran servir i seguidament es fa el control PRE.

Fase III: Implementació del programa i treball de camp.

Es posa en marxa el programa durant un període previ per a l'estabilització del grup, a partir del qual es comença la recollida de dades pròpiament dita. Durant tota la implementació del programa es fa un registre exhaustiu de la planificació de cada sessió, de les activitats realment desenvolupades i de la participació. Es complementa amb un diari de camp (DC) i amb la filmació en vídeo, que posteriorment ens serviran per fer l'informe valoratiu de cadascú (IVP), de les sessions (IVS) i per fer l'observació sistemàtica de les respostes dels participants.

També en aquesta fase s'elabora l'instrument no estàndard (INE) per a l'observació sistemàtica de la resposta dels participants durant el desenvolupament de les sessions (INE-PG) i de l'ús del temps (INE-T). Aquesta acció requereix la definició dels criteris que componen el sistema de categories i format de camp. Per això es repeteix diverses vegades el procés de definició/observació/redefinició fins a obtenir l'INE fiable i adequat a l'objectiu d'avaluació.

Es fa tot el procés per sotmetre el programa a un judici d'experts, amb la finalitat de comprovar-ne la coherència teòrica i la lògica.

La tasca de redacció continua, unes vegades situada en els primers capítols (model teòric), i d'altres en els dedicats a la descripció dels diferents components del model empíric, així com la determinació dels criteris de qualitat i estàndards del programa.

Fase IV: Observació sistemàtica, control de qualitat de les dades, anàlisi, elaboració de conclusions i retorn de la informació obtinguda als participants.

En aquesta fase es fa l'observació sistemàtica de totes les filmacions mitjançant l'INE. Aquest és un moment que requereix una dedicació important de temps atès que cada sessió es tres vegades. L'observació sistemàtica també s'aprofita per complementar el DC, per elaborar l'IVP i l'IVS que posteriorment s'analitzaran. Un cop feta l'observació sistemàtica, es comprova la qualitat de les dades.

El següent pas és l'anàlisi de les dades i dels documents generats en tot el procés de recerca per tal de comprovar si es compleixen els estàndards de qualitat prèviament establerts. És a partir de les anàlisis que passem a elaborar les conclusions de la recerca.

La tasca de redacció continua a diferents nivells: l'actualització del marc teòric, resultats, discussió i conclusions. Tot el procés d'elaboració de la tesi s'acaba amb la revisió final.

El retorn de la informació obtinguda als participants i als seus familiars, es produirà una vegada finalitzada la recerca durant una sessió informativa, organitzada especialment per a aquest afer.

4.2 LA COHERÈNCIA DEL PROGRAMA

Tal com ja hem explicat anteriorment (punt 3.3 d'aquest capítol), l'avaluació del programa comporta –a banda d'avaluar el procés d'implementació que desenvoluparem més endavant– l'anàlisi de la *coherència teòrica*, de la *coherència lògica* i de la *coherència entre la planificació i la implementació*. A continuació descrivim el procediment que farem servir per fer l'anàlisi d'aquestes tres coherències.

4.2.1 ANÀLISI DE LA COHERÈNCIA TEÒRICA I DE LA COHERÈNCIA LÒGICA

Per comprovar si les actuacions, les activitats i els procediments previstos en el programa es corresponen amb els principis teòrics en que es fonamenten, i per saber si les activitats, les actuacions i les estratègies previstes són concordants, per una banda, amb les característiques de les persones grans que participen en el programa i, per l'altra, amb els efectes que s'espera obtenir, volem sotmetre el programa a un judici d'experts que tinguin diferents perfils de formació, experiència i àmbits. Els procediments previstos són els següents:

- 1.. Elaboració d'una llista de potencials experts per participar en el judici. Partim d'una llista prèvia de 25 experts amb la intenció d'obtenir-ne la col·laboració d'uns 8 o 10 (llista definitiva). Els criteris que hem tingut en compte a l'hora de confeccionar la llista d'experts han estat els següents:
 - a. Visió acadèmica. En l'àmbit acadèmic i de reflexió teòrica hem considerat important que hi fossin representades diferents universitats.
 - b. Visió pràctica. A la llista no hi podien faltar persones coneixedores i en contacte directe habitual amb les persones grans. L'origen d'aquesta expertesa pot venir determinada per l'activitat professional, la formació i/o l'experiència pràctica. En aquest àmbit ens interessava que hi haguessin persones expertes

en l'àmbit de la vellesa, en el de l'activitat física o en ambdós alhora, així com persones amb diferents professions i/o formacions.

- c. Facilitat d'accés o de resposta. Encara que aquesta és una qüestió poc previsible, en el moment de fer la selecció definitiva, també hem valorat aquests factors.

Aquests criteris, en les seves múltiples combinacions, s'han acabat concretant en una llista de 10 experts disposats a participar en el judici sobre la coherència del programa VAFiD, el perfil dels quals es resumeix en la següent taula.

Taula 25. Perfil dels experts

Universitats representades	Àmbit d'expertesa	Formació	Contacte habitual amb persones grans
UB (2)	Vellesa (5)	Pedagogia (3)	Si (5)
UAB (1)	Act. física (3)	Medicina (1)	No (5)
UVic (1)	Vellesa + AF (2)	Infermeria (2)	
URL (1)		CAFE (2)	
		Treball Social (1)	
		Ed. social (1)	

- 2n. Elaboració i preparació de la documentació necessària perquè els experts puguin fer el seu judici:
- a. Carta de presentació i sol·licitud de la seva col·laboració⁵³
 - b. Programa VAFiD (versió impresa i versió digital): aquest document és la planificació del programa que es correspon amb el capítol V d'aquesta tesi.
 - c. Taules per a l'anàlisi de la coherència teòrica i la coherència lògica (versió impresa i versió digital) que resumeixen els trets essencials del programa. Inclouen una pregunta i espai per a l'aportació d'observacions i comentaris de la persona experta⁵⁴.
- 3r. Prova pilot: es presenta la documentació a un expert per tal de comprovar que s'entén tant la documentació com el procediment que es proposa per a l'anàlisi. A continuació es fan les modificacions proposades per l'expert quedant el document definitiu.
- 4t. Contacte (presencialment i/o via correu electrònic) amb els experts i tramesa de la documentació.
- 5è. Recopilació i anàlisi dels judicis.

4.2.2 ANÀLISI DE LA COHERÈNCIA ENTRE LA PLANIFICACIÓ I LA IMPLEMENTACIÓ

Per veure si el programa planificat es correspon amb el que realment s'ha dut a terme, comparem els antecedents previstos (les característiques de les persones grans en situació de dependència descrites en els capítols II i V d'aquesta tesi) amb els antecedents reals (característiques de les persones que han participat en el programa); les activitats previstes (segons el programa descrit en el capítol V) amb les realment desenvolupades; i

⁵³ Vegeu annex 1 Carta judici experts.

⁵⁴ Vegeu annexos 2 i 3: Taules CTeòrica i Taules CLògica.

els efectes esperats (definites a la taula 12, a través dels objectius del programa) amb els efectes obtinguts (discussió i conclusions d'aquesta tesi).

4.3 PROCEDIMENTS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA

4.3.1 CONSTITUCIÓ DEL GRUP

Es tracta d'un grup de nova creació i, tot i que d'entrada s'ha constituït pensant en aquesta tesi, forma part del pla d'atenció de la institució que l'acull, de manera que la seva existència i continuïtat no estan exclusivament lligades al present estudi.

El grup està ubicat dins del complex "El Nadal. Serveis per a la gent gran" de la ciutat de Vic. Té una residència (144 places), un centre de dia (30 places), un servei d'atenció a domicili i habitatges amb serveis. És de titularitat privada, tot i que la majoria de les seves places són concertades amb organismes públics (Generalitat de Catalunya, Ajuntament de Vic) i està gestionat per la Fundació Hospital de la Santa Creu.

Aquest nou complex es va inaugurar a l'octubre del 2009. Els primers a instal·lar-s'hi van ser les persones grans que prèviament residien a les antigues instal·lacions⁵⁵ i durant un any s'ha anat omplint progressivament.

Es tracta d'un grup és un grup natural que està format per persones grans que viuen a la residència o assisteixen al Centre de Dia de "El Nadal".

Com que es tracta d'una recerca immersa en una situació "natural", el grup es constitueix d'acord amb els criteris generals que són comuns a totes les activitats que es desenvolupen en el centre. L'interès, la motivació o la necessitat de la persona gran, el consell dels professionals i els aspectes organitzatius (horaris, espais, tipus de grup...) donen lloc a la participació, o no, en les diverses activitats. La decisió sobre la incorporació a una activitat és compartida entre la persona gran i els professionals del centre, essent la voluntat de la primera la que, en darrer terme, preval. En el cas del grup que ens ocupa, la dinàmica és la mateixa.

Així doncs, els criteris d'inclusió en el grup són els següents:

1. Que la persona estigui ingressada al centre de dia o la residència "El Nadal"
2. Que vulgui participar en l'activitat
3. Que conservi la capacitat de caminar per ella mateixa amb ajuda tècnica (bastó, crossa o caminadors) o sense
4. Que conservi les capacitats cognitives fins a un nivell moderat mínim (capaç de comprendre ordres senzilles)
5. Que no es trobi en una situació que desaconselli la seva participació en el programa d'activitat física⁵⁶, per motius de salut o d'altres.

A partir d'aquests criteris, el procés per iniciar el grup ha estat el següent:

⁵⁵ Prèviament a la inauguració del complex, existia la Residència Santa Creu (49 places) en unes instal·lacions annexes a l'Hospital de la Santa Creu (centre sociosanitari). Quan va canviar d'ubicació i de dimensions, la residència va modificar el seu nom però mantenint la titularitat de la gestió.

⁵⁶ Si es dona el cas que alguna persona deixa de participar –temporalment o definitivament– s'enregistrerà i es farà constar

- 1.. S'ha fet una previsió de possibles persones candidates a participar-hi, seguint els criteris d'inclusió esmentats en el paràgraf anterior i en col·laboració amb altres professionals del centre (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicòloga i educadora social)
- 2n. Contacte personal amb les persones grans potencialment participants, per tal d'explicar-los la proposta d'iniciar el grup d'activitat física
- 3r. Determinació de l'espai de treball (Sala polivalent)
- 4t. Determinació de la periodicitat de treball (dos dies a la setmana), la durada (1 hora per sessió) i l'horari.
- 5è. Inici de l'activitat amb les persones que han mostrat interès per participar-hi (26 de maig del 2010).

Ateses les característiques de la institució (ubicació en un espai nou), sobretot pel moment concret (progressiva incorporació de nous residents) i les característiques de les persones grans que hi viuen (no sempre predisposades a fer activitat física i/o amb dèficits físics i cognitius molt importants), hem considerat que abans d'iniciar la recerca havíem de destinar un període de temps prudencial per tal que s'estabilitzés el grup de participants. D'aquesta manera, tothom qui decideix venir pot valorar si li agrada o no i, en funció d'això, continuar o no.

4.3.2 CARACTERÍSTIQUES GENERALS DEL GRUP

Tot i que en el capítol dedicat a descriure els *antecedents reals* fem una descripció detallada de les característiques individuals dels participants i del grup en el seu conjunt, a continuació en fem una de general perquè serveixi de marc del procés metodològic seguit.

Sobre el nombre de persones:

El primer dia hi participen 12 persones. Durant els dos primers mesos hi ha algunes persones que deixen de participar-hi i d'altres que s'hi incorporen. A partir d'aquest moment el grup tendeix a estabilitzar-se, tot i que sempre tindrà una certa variabilitat. Durant la implementació del VAFiD hi ha persones que han deixat de participar-hi (per raons de salut, familiars o per èxits) i d'altres que s'hi han anat incorporant,⁵⁷ cosa que fem constar en totes les dades referents a la implementació del programa.

Sobre les seves capacitats:

- a. Capacitats físiques:
 1. Totes les persones caminen per elles mateixes
 2. Es pot dir que és un grup de persones fràgils (es cansen fàcilment, tenen risc de caiguda...) que participen sempre que la seva salut és estable.

⁵⁷ En aquest aspecte volem destacar les raons ètiques que ens han portat a acceptar la incorporació de persones noves al grup una vegada iniciada la tasca d'investigació. Tal com ja hem explicat, aquest és un programa de forma part del pla d'activitats del centre i, per tant, va adreçat a totes les persones que hi tinguin interès i que compleixin els requisits per poder-hi participar. Hem considerat que èticament havíem de permetre la incorporació de noves persones que mostraven interès i que es podien beneficiar del programa, sempre i quan el grup no esdevingués massa nombrós i que els candidats complissin els criteris esmentats.

3. Hi ha una persona sordmuda i algunes persones amb dèficits auditius moderats/greus.
- b. Capacitats cognitives: el grup està format per persones que conserven plenament les seves capacitats cognitives i per persones que tenen dèficits en aquest aspecte, però tothom té prou capacitat com per comprendre les ordres que es donen durant la sessió.
- c. Situació psicosocial:
 1. En aquest aspecte el grup és molt variat perquè acull persones amb un bon suport social i familiar i persones que en tenen molt poc.
 2. Les seves capacitats i hàbits de relació/comunicació amb els altres solen ser bones tot i que, naturalment, també són variades.

4.3.3 INFORMACIÓ I OBTENCIÓ DE PERMISOS

En aquest aspecte es procedeix de la següent manera:

- 1.. Sol·licitud del permís a la direcció de la institució per poder desenvolupar la recerca en el marc de “El Nadal”⁵⁸.
- 2n. Informació als usuaris i a les seves famílies respecte del nostre interès a fer la recerca:
 - a. S’explica el projecte a tot el grup de participants en repetides ocasions durant els dos primers mesos .
 - b. S’explica personalment a cada participant i/o a la seva família (segons la seva situació social i cognitiva). Es concerta entrevista per fer aquesta tasca.
- 3r. Sol·licitud formal del consentiment de la persona gran i/o de la seva família, per filmar i fer servir les seves dades per a aquesta recerca⁵⁹.
- 4t. Informació i reinformació a la institució, als familiars i als participants sempre que ho demanin.

4.3.4 IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA

Per les raons esmentades al punt 4.3.1, durant els mesos de juny i juliol del 2010 es comença el programa VAFiD (enregistrant la participació i el contingut de les sessions). Entre juliol i agost es fan els tràmits per informar i obtenir els permisos corresponents. A partir d’aquest moment es comencen a administrar les proves individuals (PRE) i la recollida d’informació sobre les característiques bio-psico-socials de cada participant. A finals de setembre del 2010 s’inicia l’enregistrament en vídeo de les sessions, que dura fins el setembre del 2011. En total es graven 61 sessions. A continuació, hi ha un període en què s’administren les proves individuals (POST) i es fan les entrevistes individuals.

Arribats a aquest punt, finalitza el període de recollida de dades de la recerca, però el grup continua la seva activitat habitual, amb la mateixa periodicitat i seguint el mateix programa.

⁵⁸ Vegeu annex 4 : Sol·licitud permís a PSAD

⁵⁹ Vegeu annexos 5 i 6: Consentiment participants/ Consentimiento participantes.

Taula 26. Temporalització implementació VAFiD i recollida de dades per a la recerca

FASE		DATES	ACCIÓ	
Implementació VAFiD	Inicial	26, maig, 2010	Primera sessió	
		Juliol i agost 2010	Permisos i autoritzacions	
	Recollida de dades	Moment PRE	Setembre, 2010	Administració proves PRE i recollida d'informació sobre cada participant
				Filmacions de prova
		Focalització període de recerca	Octubre, 2010	Inici filmacions
			Maig, 2011	Entrevista de grup
			Setembre, 2011	Finalització filmacions
	Moment POST	Octubre, 2011	Administració proves POST i entrevistes individuals	
Continuació	A partir d'octubre, 2011	Continuació sessions VAFiD		

4.4 DIMENSIONS D'ANÀLISI

Tal com esmentàvem en el punt 2.3 d'aquest capítol, i atenent al tercer dels objectius d'aquesta tesi –l'avaluació del programa-, ens centrem en dues dimensions d'anàlisi:

1. La persona gran. És el centre d'atenció del programa i qui participa de les accions que es desenvolupen a partir dels seus propòsits. Per això, en el procés avaluador, ens fixem en les respostes dels qui són els autèntics protagonistes del VAFiD, els participants.
2. La sessió. Com a moment i espai on es materialitza el VAFiD, ens indica les condicions en què es desenvolupa (organització del grup, ús de material...) i això ens permet reflexionar i comprovar part del *com* de la implementació real del programa, cosa que voldrem relacionar amb el punt anterior –la resposta de la persona gran- perquè entenem que –tot i que aquí les presentem per separat- una no té significació sense l'altra.

4.4.1 LA PERSONA GRAN

Per a l'avaluació del programa analitzem les capacitats, les respostes i el comportament individual i col·lectiu de les persones que hi participen. Per això hem pres com a referència els cinc àmbits sobre els quals vol incidir el VAFiD (participació activa, satisfacció personal, prevenció i salut, competència funcional, competència social) i a partir dels corresponents objectius generals⁶⁰ hem determinat, per a cada àmbit, les conductes –representatives i observables- que analitzaríem i els aspectes que avaluariem relatius a les capacitats dels participants.

Conscients de la complexitat que comporta avaluar un programa d'aquestes característiques, hem optat per posar la nostra atenció en els objectius més fàcilment susceptibles de ser traduïts en conductes observables i de ser analitzats.

Hem de destacar que encara que partim dels objectius generals del programa, l'avaluació no serà lineal objectiu per objectiu, ni s'associarà sempre un objectiu amb un únic indicador, ja que la majoria dels objectius plantejats fan més referència al procés global que al producte i, en conseqüència, estableixen interaccions entre ells.

⁶⁰ Vegeu punt 2.1 del capítol V

En la taula 27 relacionem els àmbits, els objectius i els aspectes concrets que tindrem en compte per elaborar els criteris i els estàndards que ens han de servir per avaluar la implementació del programa.

Taula 27. Àmbits, objectius generals, indicadors i aspectes a avaluar en aquesta tesi

Àmbit	Objectius	Indicadors	Conducció de la persona gran o aspectes a avaluar
Participació activa.	Incrementar el nivell d'activitat física mitjançant la participació en el programa	- Motivació o interès de la persona gran per participar. - Resposta durant les sessions. - Aportacions durant les sessions.	- Assisteix a les sessions sense reforç? - Assisteix sola? - Respon a la majoria de les propostes? - Tipus de resposta (més o menys autònoma)
	Participar per iniciativa pròpia i/o amb convenciment en el programa		
	Respondre activament a les propostes que es fan durant les sessions		
	Fer aportacions i propostes durant les sessions		
Satisfacció personal.	Actuar amb llibertat durant les sessions (sentir-se lliure -i capaç- per provar, proposar, experimentar o no respondre)	- Actuació lliure i espontània durant les sessions - Expressió i comunicació durant les sessions - Mostres de gaudi durant les sessions - Relacions interpersonals satisfactòries - Participació continuada	- Expressa que li agrada participar - Es mostra tranquil·la, alegre - Riu, fa bromes, canta... - Es relaciona amb els altres - Participa en el programa de manera continuada
	Desenvolupar les capacitats d'expressió i comunicació		
	Elaborar respostes adequades a les seves possibilitats (Sap fins on pot arribar?)		
	Elaborar respostes adaptatives a les limitacions (És capaç de fer una cosa d'una altra manera?)		
	Gaudir de les situacions que es creen en el si del grup i durant el desenvolupament de les sessions		
	Acceptar les situacions lúdiques amb bon humor		
	Vivenciar positivament situacions variades i canviants que es produeixen durant les sessions		
Prevenió, salut.	Incrementar la quantitat d'activitat física en la vida diària amb l'objectiu de tenir cura de la pròpia salut	- Sensibilització quant a la importància de l'activitat física - Coneixement de les pròpies possibilitats i limitacions.	- Valora la importància de l'AF per a la salut i el benestar? - No té conductes de risc - Busca alternatives quan no pot fer una cosa
	Comprendre l'activitat física com a font de salut		
	Analitzar, reconèixer i observar les pròpies capacitats		
	Analitzar, reconèixer i observar les pròpies limitacions		
	Expressar, verbalment o gestual, opinions, sentiments, vivències		
Competència funcional.	Utilitzar i aplicar les seves capacitats biològiques bàsiques d'acord a les seves característiques i situació	- Millora, manteniment o adaptació a les capacitats funcionals.	- Força - Resistència - Flexibilitat - Agilitat - ABVD
	Utilitzar i aplicar les seves capacitats psicomotrius d'acord a les seves característiques i situació		
	Utilitzar i aplicar les seves capacitats socio-afectives d'acord a les seves característiques i situació		
	Utilitzar i aplicar les seves capacitats cognitives d'acord a les seves característiques i situació		
Competència social.	Integrar-se en la dinàmica del grup relacionant-se espontàniament amb els seus membres	- Relacions interpersonals.	- S'organitzen per treballar junts? - Durada de les d'interaccions entre iguals.
	Saber satisfer les pròpies capacitats de relació (amb si mateix, l'entorn, els altres i els objectes) de manera positiva		
	Resoldre problemes o situacions motrius individualment o col·lectiva		
	Cooperar, treballar, ajudar, compartir amb les altres persones del grup		

A l'hora de "traduir" els objectius en indicadors i, al seu torn, en conductes o aspectes a avaluar, hem partit dels següents raonaments:

- a. **Participació activa.** Entenem que la persona participa activament quan, en primer lloc, assisteix al programa de manera continuada i ho fa sense necessitat de rebre un

reforç extern continuat –està motivada per participar o té interès-. No sempre la situació personal de la persona gran a qui va adreçat el VAFiD (salut, estat emocional, relació social...), l'autovaloració, les experiències anteriors o les pròpies expectatives davant la vida, acompanyen per mantenir una actitud participativa. És per això que considerem que només el fet d'assistir al programa per iniciativa pròpia i amb continuïtat és un molt bon indicador. El segon nivell de participació activa es situa dins de la sessió. En aquest cas valorem si la persona gran hi té una participació activa, si respon a la majoria de les propostes i, encara més activament, quan fa propostes i aportacions espontànies i coherents. Degut a les característiques dels participants, considerem importants tots els tipus de respostes (motrius, verbals, expressives o de relació amb els altres) que siguin adequades a la situació.

- b. **Satisfacció personal.** Hem definit els indicadors que hem escollit per a l'avaluació dels objectius que volen contribuir a la vivència d'experiències satisfactòries a partir de la concepció que la possibilitat d'expressar-se, relacionar-se i desenvolupar-se lliurement contribueixen a generar satisfacció en les persones. La nostra intenció no és avaluar la satisfacció personal respecte del programa només amb aquests quatre indicadors (ho haurem de complementar amb les dades extretes de l'entrevista personal i de la de grup), però sí que ens orienten sobre el seu grau de satisfacció com a participants en el VAFiD. També ens fixarem en la continuïtat i constància en l'assistència a les sessions, cosa que també ens indica que hi ha satisfacció envers el programa.
- c. **Prevenió i salut.** La contribució del programa als aspectes preventius i de salut passen, al nostre entendre, pel fet que la persona gran compregui l'activitat física com a font de salut i benestar, i per un autoconeixement sobre les seves possibilitats i/o limitacions. Aspectes que es poden associar clarament a les tres dimensions actitudinals considerades més determinants per afavorir un estil de vida actiu i saludable⁶¹. Valorar l'activitat física com a font de salut i benestar s'associa a les dimensions de *gratificació* (m'agrada perquè..., em sento més bé) i *autonomia* (puc fer tot el que ens proposen, fem moure tot el cos...) i l'autoconeixement amb la de *seguretat* (l'exercici va bé pels ossos, aquest exercici no es pot fer perquè...).
- d. **Competència funcional.** En aquest aspecte hem considerat que ens havíem de centrar en la valoració de les capacitats físiques i psicomotrius més bàsiques i més significatives per desenvolupar-se en la vida diària, com són: la capacitat de caminar (velocitat/resistència), de mantenir l'equilibri, la força d'extremitats superiors, la mobilitat, l'agilitat. Encara que és un aspecte important, hem descartat la valoració de la dimensió cognitiva dins les competències funcionals perquè –en cas que durant el programa es produeixin canvis importants- aquesta és una capacitat de la qual podem

⁶¹ En l'àmbit de l'activitat física lligada a la salut i les actituds que hi estan relacionades, s'identifiquen sis dimensions actitudinals: gratificació (sensacions agradables associades a la pràctica d'activitat física i a la relació que estableix el practicant amb si mateix i amb els altres); autonomia (relació entre el tipus d'activitat física i les capacitats i possibilitats de qui la practica); seguretat (coneixement de les conseqüències de fer exercici i adopció de mesures per no fer-se mal); aparença (justificació de la pràctica per raons estètiques); superació (autosuperació com a motiu principal per practicar) i obsessió (preocupació exagerada per fer exercici, pràctica compulsiva) (Pérez-Samaniego, Iborra Cuellar, Peiró Velert, i Beltrán-Carrillo, 2010). En les conclusions, el mateix autor diu que les tres primeres dimensions actitudinals (gratificació, autonomia i seguretat) es poden considerar factors afavoridors d'estils de vida actius i pràctiques saludables.

obtenir informació a través del seguiment que la institució fa habitualment a les persones acollides.

- e. **Competència social.** L'únic indicador que hem escollit per a aquest àmbit correspon a l'estudi de les característiques i la durada de relacions interpersonals que s'estableixen entre els participants, durant la implementació del programa. En aquest sentit considerem que la durada de les interaccions entre iguals i el fet de compartir criteris, opinions o decisions són bons indicadors de les competències socials.

4.4.2 LA SESSIÓ

Partint de la base que la sessió d'activitat física és la materialització del programa, es fa imprescindible analitzar les característiques de les sessions que realment s'han fet. Tal com s'explica i es desprèn del programa⁶², en una sessió hi conflueixen diversitat de factors (us del material i la música, organització del grup, accions de l'educadora, activitats...) que influeixen en la seva dinàmica i alhora la defineixen. L'avaluació del programa requereix, també, posar atenció en aquests factors.

L'anàlisi de les sessions que fem té l'objectiu de comprovar que el desenvolupament del programa:

- a. Compleix, essencialment, amb les línies directrius que el defineixen. Per això descrivim aspectes "pràctics" de la sessió com són l'ús que s'ha fet del material i la música i les formes d'organització del grup. Fem constar la dinàmica general de les sessions (incidències, aspectes relacionals, estil d'ensenyament...) a partir d'un informe valoratiu de sessió (IVS) i registrem la durada del temps de compromís motor (TCM) de cada sessió. Hem de dir que no avaluem l'acció de l'educadora perquè la importància del tema requeriria una recerca exclusiva, cosa que no descartem fer en un futur.
- b. Es correspon amb el què s'havia planificat (coherència entre la planificació i la implementació). Per això es mira si la planificació de la unitat de treball es compleix (primer nivell de planificació) i es compara cada sessió planificada amb la feta realment (segon nivell de planificació).

A continuació enumerem els aspectes de la sessió que tenim en compte en el procés avaluador, les categories en les quals es concreten i les raons que ens han guiat per escollir-los. La majoria els defineix i justifica el mateix programa i, per tant, ens regim pels seus criteris a l'hora de valorar-los. Per fer més completa l'avaluació i contemplar –encara que sigui breument– les vessants metodològica i de grup, hem afegit dos elements (vegeu* en la següent taula) que són l'estudi del temps i la valoració global del desenvolupament de la sessió.

⁶² Vegeu capítol V

Taula 28. Elements de la dimensió d'anàlisi: La Sessió

LA SESSIÓ			
Elements	Categories		Justificació per a l'avaluació
Material	Tipus	Convencional	L'ús de material divers en el VAFiD és un aspecte important que contribueix a l'estimulació, facilita el moviment i té una funció motivadora important. La diversitat de material pot venir determinada per les característiques (mida, color, pes...), pel tipus d'objecte, pel component simbòlic que pugui tenir... Hem simplificat la classificació entre convencional i alternatiu per la significació simbòlica i/o de relació amb la vida diària del segon. Per altra banda, considerem que la diversitat d'objectes utilitzats en el conjunt del programa també és un bon indicador que ens ajuda a dir si s'ha complert la idea, plantejada en la planificació del programa, sobre la diversificació en el material utilitzat.
		Alternatiu	
	Ús	Individual	
		Compartit	
Música	Ús com a	Fons sonor	Igual que en el cas del material, el paper i l'ús que es dóna a la música ens informa sobre la riquesa i diversitat de les propostes que es fan en el si del programa, característica que forma part de la seva essència.
		Mitjà inspiració	
		Guia	
		Manteniment de l'activitat	
Organització del grup	Tipus	Dispersió	Tal com diu el plantejament del programa, és important fer servir diferents formes d'organització del grup per modificar les condicions de treball i de comunicació amb la finalitat de proporcionar varietat de situacions que puguin permetre treballar diferents aspectes i enriquir les experiències motrius i comunicatives de les persones grans.
		Cercle	
		Files/columnes	
	Treball	Petits grups	
Continguts	Activitats realitzades	Individual	Per ser més precisos també cal comprovar si, organitzats d'una manera o d'una altra, es treballa individualment o col·lectiva.
		Compartit	
		Previstes	
Educatora	Comunicació, estratègies, metodologia...	No previstes	Això suposa fer el seguiment del programa realment desenvolupat (durant la sessió), per després poder comprovar si el que s'havia previst en la planificació (de la sessió) s'ha fet realment. Una de les característiques del VAFiD és que preveu una distribució de continguts en el temps i ho fa a manera de guia orientativa del treball. Com que les sessions es preparen a partir d'aquesta guia, la comprovació de la coherència entre les activitats previstes i les realitzades, es fa al nivell més concret (el de la sessió) perquè s'entén que el més general (de la guia cap a preparació de la sessió) ja es compleix.
		Comunicació, estratègies, metodologia...	No s'estudia en aquesta recerca
Temps *	Tipus	Temps de compromís motor (TCM)	La gestió (per part de l'educadora) i l'ús (per part de la persona gran) dels temps de la sessió ens pot orientar sobre aspectes metodològics, característiques relacionades amb la resposta del grup... però nosaltres ens limitarem a mesurar el temps que les persones grans poden dedicar a moure's (TCM) ⁶³ diferenciant-lo dels altres temps (espera, organització, escolta...). Pensem que aquesta dada ens ajudarà a descriure amb més detall el perfil de les sessions realitzades i de la resposta dels participants.
		Altres temps	
Globalitat de la sessió *		Incidències	Considerem que reflectir la dinàmica global de la sessió, amb les seves particularitats, es complementa amb les dades més moleculars obtingudes durant la recerca. La combinació d'allò més analític amb allò més global ens ha d'ajudar a la comprensió de l'abast i l'eficàcia del programa.
		Valoracions	
		Aspectes relacionals	
		Aspectes pedagògics	
		Resposta global del grup	

⁶³ Aquest terme fa referència a la quantitat de temps que l'alumne posa realment en pràctica les activitats físiques (Piéron, 1999). Segons Siedentop (1998) el temps durant el qual els alumnes estan immersos en els comportaments motors s'ha denominat de diverses maneres: temps de treball motor, temps actiu d'aprenentatge...

4.5 INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ

La recollida d'informació, que és la base de l'avaluació, ha de recórrer a diferents fonts i a diferents tècniques que han de ser coherents amb els objectius del programa i de la pròpia avaluació (Pérez Juste, 2006). La diversitat d'instruments, entesos com a eines per obtenir informació precisa sobre aspectes concrets (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2004), ens permetrà comprovar la fiabilitat de les dades.

Determinats els objectius i els aspectes concrets a analitzar del VAFiD, hem escollit les tècniques i els instruments d'avaluació més adequats a cada aspecte.

Atès que el programa es regeix pel principi de globalitat (comprensió de la persona com a unitat bio-psico-social i de l'activitat física com a eina per incidir globalment en la persona gran) cal que el procés avaluador contempli, en la mesura del que sigui possible, aquesta idea de globalitat tenint en compte les interaccions que s'estableixen entre els propòsits i els aspectes que es treballen. A aquesta raó s'hi afegeix la necessitat de validar, mitjançant l'ús de diferents tècniques i mesures, les dades recollides. És per aquestes dues raons que preveiem la utilització de diversos instruments: l'observació sistemàtica, l'anàlisi de documents, proves estandarditzades, entrevistes de grup i individuals, registre manual d'esdeveniments. La combinació dels instruments i la relació amb les dimensions d'anàlisi es mostren en la figura 20.

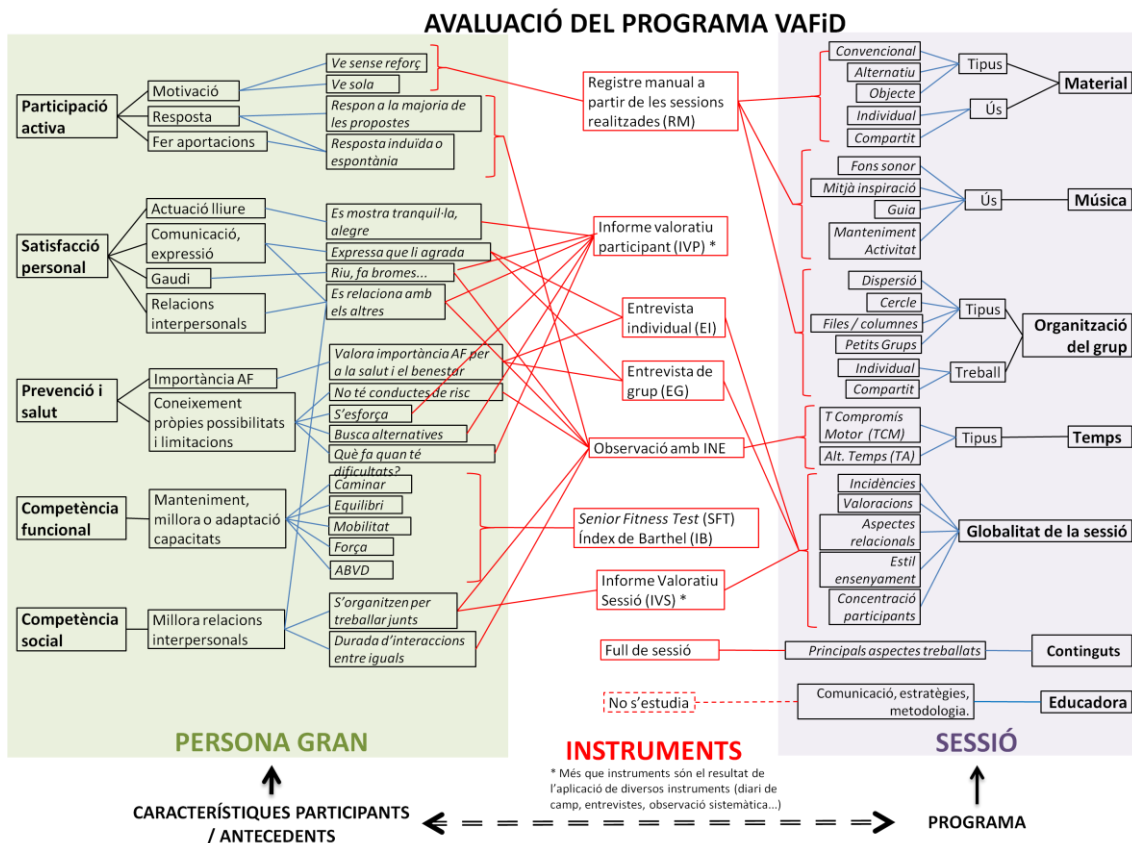


Figura 20. Avaluació del VAFiD. Relació entre dimensions d'anàlisi i instruments d'avaluació

En el conjunt d'instruments que fem servir per recollir informació apropiada per a l'avaluació del programa, n'hi ha d'estandarditzats i n'hi ha de construïts *ad hoc*. Segons Anguera (1995b) la singularitat que solen tenir els programes sovint porta a la necessitat de fer servir instruments construïts "a mida". Aquest és el cas del VAFiD.

4.5.1 INSTRUMENTS D'APLICACIÓ ANTERIOR I ANTERIOR/POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓ DEL VAFiD

Dels instruments inclosos en aquest apartat, uns serveixen com a referència per descriure el perfil dels participants en la recerca pel que fa a capacitats i característiques, i els altres pretenen mesurar la seva competència funcional. Hi distingim tres grups: un de recollida de dades generals, un altre relacionat amb els aspectes cognitius, i l'últim, relacionat amb aspectes més funcionals i del moviment.

4.5.1.1 Àmbit general

Algunes de les dades generals sobre els participants en la recerca i la institució que els acull es recopilen, prèviament a l'inici del programa, i d'altres, durant el seu desenvolupament.

Dades d'arxiu:

- a. Sobre els participants. Abans d'iniciar el programa i durant els primers mesos es recull informació general sobre cadascú. Per això es consulta la documentació de que disposa la institució (història) i el software *Aegerus* que recull la informació de cada resident amb les valoracions i plans de treball de cada professional. La recopilació es fa en una fitxa individual⁶⁴. Els continguts generals de la fitxa són: dades personals (estat civil, data naixement, data ingrés...), dades bio-psico-socials (aspectes biomèdics, aspectes funcionals, aspectes psicològics, emocionals i cognitius, comunicació, aspectes socials). L'actualització es fa consultant periòdicament l'*Aegerus*.
- b. Sobre la institució. Es consulten documents proporcionats per la direcció del centre i també s'hi parla directament, amb la finalitat de poder descriure les característiques de la residència i centre de dia "El Nadal".

4.5.1.2 Àmbit cognitiu

En el terreny de les capacitats cognitives tenim en compte quatre proves (Mini Mental, Pfeiffer, Relotge i Evocació Categòria) que es classifiquen com a breus (fent referència al temps necessari per aplicar-lo i a la seva senzillesa). Per aquesta raó són tests i escales molt utilitzades en la pràctica clínica, tot i que també tenen alguns inconvenients (falsos negatius quan l'alteració és lleu, en persones amb un alt nivell educatiu; falsos positius en persones analfabetes, depressives, molt grans o amb dèficits sensorials importants; no permeten distingir la raó per la qual es dona un rendiment baix en la prova). Són proves que es fan servir per avaluar globalment el rendiment cognitiu -no per fer un diagnòstic acurat- i que són útils per comparar resultats en el transcurs del temps o per fer comparacions entre persones (Bermejo Pareja, 2008).

⁶⁴ Vegeu annex 7 :Fitxa inicial individual

Per a aquest tipus de proves no fem un control POST tot i que es recolliran les dades que consten a la residència sobre cada participant (es passen a tots els residents amb una periodicitat aproximada d'un any). Només es farà constar quan hi hagi canvis molt importants durant el període de recerca. No es fa una comparació PRE/POST a la implementació del programa perquè, com ja hem esmentat, aquests tests aporten una valoració global i orientativa sobre l'estat cognitiu però no fan un diagnòstic. El nostre objectiu quan utilitzem aquests instruments és fer un perfil de cada resident. Per altra banda, per les característiques de la recerca, no podríem atribuir els canvis en els resultats dels tests –en cas que n'hi haguessin- a l'acció del programa.

1. **Mini mental (MMSE).** El Mini Mental de l'Estat Mental (*Mini Mental State Examination MMSE*)⁶⁵ té per objectiu avaluar diverses capacitats cognitives i es considera un test de referència. Planteja preguntes d'orientació temporal i espacial, de registre mnèsic (fixació d'informació nova), d'atenció i càlcul, de record immediat, de llenguatge, i fa proves de praxi constructiva elemental. La puntuació va de 0 a 30: a major alteració cognitiva, la puntuació és menor. El punt de tall per a la demència s'estableix en 24 i en 18 en les persones no escolaritzades. La seva administració requereix una certa pràctica (Bermejo Pareja, 2008).

Les dades que recull aquest estudi tenen per objectiu de contribuir a la descripció global de l'estat cognitiu dels participants. El test es passa (ho fa la psicòloga del centre, ja que hi té àmplia experiència) a tots els participants en el control fet abans d'iniciar el programa (PRE).

2. **Test de Pfeiffer.** Aquest test també es troba entre els classificats com a breus. Es fa servir per avaluar l'estat mental (funció cognitiva global) i és molt utilitzat en l'àmbit de l'atenció primària. Consta de deu preguntes d'orientació i d'actualitat⁶⁶. Es comptabilitzen els errors i es considera que entre 0-2 errors podria indicar un funcionament cognitiu normal, entre 3-7 errors funcionament cognitiu deficitari, i més de 7 errors, deteriorament cognitiu sever.

Recollim la puntuació de cada participant a la documentació que consta a la residència. El test es passa periòdicament a tots els usuaris i també el passa la psicòloga. Es segueix el mateix procediment que amb el MMSE, tampoc no es fa un control POST. Si durant el temps que dura la recerca hi ha canvis importants en aquest aspecte, es fan constar en el perfil del participant (antecedents reals).

3. **Test del rellotge.** Aquest test està pensat per avaluar l'apràxia constructiva i per reflectir el funcionament del lòbul parietal⁶⁷. Hem valorat que era un bon complement en aquest estudi pel fet d'estar relacionat amb la percepció/construcció de la dimensió espacial, aspecte que també es treballa en el programa.

El test consisteix a demanar a la persona que dibuixi un rellotge rodó i gran en un paper en blanc, amb tots els números i amb les busques que marquin les 11:10h. No hi

⁶⁵ Vegeu annex 8: Mini-Mental

⁶⁶ Vegeu Annex 9: Test de Pfeiffer

⁶⁷ Segons Luria citat per (Da Fonseca, 1998:111), el lòbul parietal "és una regió particularment important per a la integració dels moviments globals associats a l'espai i a la formació de la imatge del cos".

ha límit de temps per a fer el dibuix. Les persones il·letrades s'exclouen d'aquest test perquè no és valorable.

Aquesta prova té diverses versions i maneres de valorar-la. Nosaltres ens hem guiat per la versió espanyola de Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, y Lantada (1999).

4. **Evocació categorial.** En les proves i tests de tipus cognitiu és habitual l'avaluació del llenguatge oral perquè és un dels aspectes en què hi pot haver alteracions quan una persona presenta dèficits cognitius. La fluïdesa verbal mesura principalment la velocitat i facilitat de producció verbal (Ramírez, Ostrosky Solís, Fernández, y Ardila Ardila, 2005). Segons aquests mateixos autors, també cal tenir en compte que l'edat i l'escolaritat són factors que influeixen en els resultats de la fluïdesa verbal semàntica.

La prova d'evocació categorial consisteix a demanar a la persona que digui tots els noms d'animals⁶⁸ que recordi. Es comptabilitzen els que diu durant un minut. Nosaltres, igual que en els altres instruments de tipus cognitiu que hem fet servir, passem la prova abans d'iniciar el programa i només la tornem a passar en cas que hi hagi indicis de canvis cognitius importants durant el període de recerca. Per a la valoració prendrem de referència la taula de barems validada per a Espanya (Peña-Casanova et al., 2009), la qual situa els següents punts de tall en funció de l'edat: 69-71 anys/14 animals; 72-74 anys/14 animals; 75-77 anys/13 animals; 78-80 anys/ 12-13 animals; 81-89 anys/12-13 animals.

4.5.1.3 Àmbit funcional i del moviment

En aquest àmbit fem un control PRE i un control POST de totes les proves i tests.

1. **Índex de Barthel (IB).** Aquesta és una de les escales que es fan servir més habitualment en el nostre entorn, sobretot en geriatria. S'empra per valorar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) que són les que tots fem habitualment per al nostre propi manteniment, en totes les cultures, i que no són influenciades pel sexe de la persona (Bermejo Pareja, 2008).

Les deu activitats que contempla aquesta escala són les de menjar, rentar-se, vestir-se, higiene personal, control anal i vesical, ús del WC, transferència del llit a la cadira, caminar i pujar i baixar escales⁶⁹. La màxima puntuació (cap dificultat) és de 100. Aquesta escala es passa preguntant a la pròpia persona gran, a algun familiar proper o bé observant. En el nostre cas, recollim les dades sobre cada participant a partir de la documentació que consta a la residència i que ha estat recollida a partir de l'observació i consensuada, en reunió interdisciplinària, entre els professionals de "El Nadal". Es segueix el mateix procediment en el control PRE i el control POST. Si durant el temps que dura la recerca hi ha canvis importants en aquest aspecte, es fan constar en el perfil del participant (antecedents reals).

⁶⁸ En les bateries que es fan servir per a la valoració neuropsicològica, per exemple el Set-Test, també hi figuren altres categories: colors, fruites, ciutats.

⁶⁹ Vegeu Annex 10: Índex de Barthel

2. **Senior Fitness Test (SFT).** Aquesta és una bateria per avaluar la condició física funcional⁷⁰, de la qual s'ha comprovat la validesa i fiabilitat, també en la versió espanyola (González Gallego, 2006). Nosaltres hem pres com a referència aquesta bateria amb l'objectiu d'avaluar la força i la flexibilitat de les extremitats superiors (EESS) i inferiors (EEII), la resistència aeròbica i l'equilibri dinàmic i l'agilitat dels participants en la recerca.

El fet de ser una bateria senzilla d'aplicar i que contempli la possibilitat de fer adaptacions de seguretat en algunes de les proves, han estat factors determinants a l'hora de seleccionar-la. Per altra banda, donades les característiques de fragilitat dels participants i la "filosofia" del programa, la nostra finalitat amb aquestes proves és comprovar si hi ha canvis en l'àmbit de les capacitats funcionals entre el inici del programa i el final del període de recerca. Però, tot i que el considerem important, aquest no és un aspecte determinant en el VAFiD, entre d'altres coses, perquè el procés vital de cadascú també està condicionat per factors de salut que, a vegades, tenen una incidència molt important en les seves capacitats funcionals.

La bateria s'ha aplicat seguint les indicacions del protocol descrit per Garatechea (Garatachea Vallejo, 2006) i que adjuntem a l'annex 11: SFT. A continuació resumim les proves realitzades:

Asseure's i aixecar-se de la cadira (Chair stand test)

- a. Objectiu: valorar la força de les EEII.
- b. Posició inicial: assegut/da a la part anterior de la cadira amb l'esquena recta, els peus a terra i els braços creuats davant del pit.
- c. Acció: aixecar-se i asseure's repetidament durant 30 segons.
- d. Valoració: número de repeticions

Flexions de braç amb pes (Arm curl test)

- a. Objectiu: valorar la força de les EESS
- b. Posició inicial: assegut/da a la cadira amb l'esquena recta, els peus recolzats a terra. La part dominant ha d'estar a la vora de la cadira. Agafar la pesa amb la mà dominant, el braç estirat i el palmell mirant cap al cos.
- c. Pesos: Homes 1'5 kg i dones 1Kg. Aquest pes no és el que correspon segons el protocol (als homes els corresponia un pes de 3,63 Kg i a les dones un de 2,27 Kg). En aquesta prova hem fet una modificació després de comprovar que per a algunes persones eren pesos excessius i comportaven risc de lesió. Hem valorat que la comparació entre les dades de la prova Pre i Post de cadascú ja ens servien per valorar si hi havia hagut canvis en la força del braç dominant.
- d. Acció: flexionar el braç al mateix temps que es fa un moviment de supinació i retornar a la posició inicial. Repetir tantes vegades com sigui possible durant 30 segons.
- e. Valoració: número de repeticions

⁷⁰ Segons Rikli i Jones (2001) citat per (Garatachea Vallejo, 2006) s'entén per condició física funcional "la capacitat física per desenvolupar les activitats normals de la vida diària de manera segura i independent i sense excessiva fatiga".

Dos minuts de marxa (2 min step test)

- a. Objectiu: servir d'alternativa al test de resistència aeròbica.
- b. Posició inicial: dempeus. Si cal es pot recolzar a la paret o en una cadira.
- c. Acció: caminar sense moure's de lloc, aixecant alternativament els genolls fins a la meitat de la cuixa (punt mig entre la ròtula i la cresta ilíaca) durant 2 minuts.
- d. Valoració: número de repeticions
- e. Observacions: aquesta prova s'ha filmat en vídeo per tal de poder valorar-la amb més precisió.

Assegut/da tocar el peu amb cama estirada (Sit and reach test)

- a. Objectiu: valorar la flexibilitat de les EEII (principalment bíceps femoral)
- b. Posició inicial: Assegut/da a la punta de la cadira, una cama estirada amb el taló tocant a terra i el turmell en angle de 90°. El peu de l'altra cama recolzat pla a terra. Braços estirats amb mans juntes i amb els dits del mig igualats.
- c. Acció: flexió de maluc cap endavant per anar a tocar els dits del peu, sense flexionar la cama.
- d. Valoració: distància entre dits de la mà i del peu.

Tocar-se les mans darrere l'esquena (Back scratch test)

Objectiu: valorar la flexibilitat de les EESS

- a. Posició inicial: dempeus amb la mà escollida sobre l'espatlla del mateix cantó, amb el palmell mirant avall, els dits de la mà estirats i en direcció al centre de l'esquena. L'altra mà passa per la cintura cap a l'esquena, amb el palmell mirant amunt i els dits estirats.
- b. Acció: les dues mans intenten tocar-se o solapar-se darrera l'esquena.
- c. Valoració: distància entre els dits dels mig de les dues mans.

Anar i tornar (8-foot up-and-go test)

- a. Objectiu: valorar l'equilibri dinàmic i l'agilitat
- b. Disposició inicial: Una cadira, recolzada a la paret, està situada a 2,44 metres d'un con.
- c. Posició inicial: Assegut/da a la cadira amb l'esquena dreta i els peus recolzats a terra i les mans sobre les cames.
- d. Acció: aixecar-se, caminar tant ràpidament com pugui, anar a donar la volta per darrere del con, i tornar a seure.
- e. Valoració: temps que triga a fer el recorregut.

4.5.2 INSTRUMENTS D'APLICACIÓ DURANT EL PROCÉS D'IMPLEMENTACIÓ DEL VAFiD

En aquest punt fem una descripció dels instruments i procediments utilitzats durant el procés d'implementació del VAFiD que ens han de servir per fer-ne el seguiment i la corresponent avaluació.

Les eines que ens serveixen per recollir dades mentre el programa es va desenvolupant són les que descrivim a continuació.

4.5.2.1 Full de sessió

Totes les sessions desenvolupades es preparen en un full⁷¹ on hi consten les dades bàsiques de la sessió i les activitats. ,

1. **Objectius** del full de sessió:

- a. Fer la previsió d'activitats d'acord amb el programa i la resposta de les persones grans durant les sessions realitzades els dies anteriors.
- b. Registrar les activitats fetes realment.

Entenem que aquest doble objectiu és important pel rigor de l'avaluació del programa perquè, per una banda, cal que el nivell més concret –la sessió- s'adeqüi als plantejaments més generals. Per l'altra, hem d'assegurar-nos que el procés que avaluem –el del dia a dia- és essencialment coincident amb el que havíem previst de manera més general, de manera que allò que realment s'acaba implementant reflecteixi l'essència del programa.

2. **Contingut** del full:

- c. Nom del grup
- d. Identificació de la sessió amb número i referència de la unitat de treball a què correspon segons la planificació del programa (1P=sessió 1 de la primavera)
- e. Data
- f. Aspectes principals a treballar durant la sessió.
- g. Material necessari
- h. Descripció de cada activitat de la sessió, de l'organització del grup per fer aquesta activitat, del material i la música i indicacions metodològiques si s'escau.
- i. Observacions: aquest és un espai per fer anotacions –després de la sessió- a tenir en compte per a properes sessions, incidències o altres aspectes importants a recordar.

3. **Procediment:** a partir de la programació de les unitats de treball previstes en el VAFiD, s'hi planifiquen les activitats concretes que es preveuen realitzar determinant l'organització del grup, el material necessari i indicacions metodològiques si s'escau. La planificació de les sessions es fa una per una per tal de poder adequar les activitats a l'evolució i la resposta del grup. Un cop desenvolupada la sessió s'hi anoten les modificacions que s'han fet en el seu decurs. El registre d'allò que s'ha acabat desenvolupant es fa el mateix dia a fi d'evitar oblit i imprecisions i, en cas de dubte, es comprova amb la filmació de la sessió.

4.5.2.2 Registre de participació

Durant tot el temps de la recerca es fa un seguiment de la participació de cada un dels components del grup.

⁷¹ Vegeu Annex 12: Full de sessió

1. **Objectius** del registre:
 - a. Conèixer la participació del conjunt del grup i de cada persona (Nombre de persones per sessió i nombre de sessions en què ha participat cadascú)
 - b. Conèixer la manera d'accedir al programa que té cadascú i observar si hi ha canvis en el temps o en períodes determinats.

2. **Contingut** del registre: participació o no participació i forma com accedeix cadascú a l'activitat. S'estableixen els següents codis:
 - a. (/) Assisteix a la sessió autònomament, per iniciativa pròpia i a l'hora corresponent
 - b. (A) Assisteix, però cal acompanyar-lo per motius de seguretat, orientació o habilitat per desplaçar-se fins el lloc de treball (risc de caiguda, conèixer el camí, agafar l'ascensor...)
 - c. (R) Assisteix, però cal recordar-li el dia i l'hora.
 - d. (MO) Assisteix, però cal fer una acció de motivació perquè hi participi.
 - e. (N) No assisteix, i es desconeix el motiu.
 - f. (M) No assisteix, per motius de salut (malaltia, no es troba bé...).
 - g. (AO) No assisteix, perquè té altres obligacions o activitats (visites, sortides...)
 - h. (NV) No assisteix, perquè no vol, manifesta que no en té ganes o posa alguna excusa.

3. **Procediment**: immediatament després de finalitzada la sessió s'anoten manualment a la fitxa mensual corresponent⁷², les persones que hi han assistit i la manera com hi han accedit.

4.5.2.3 Registre manual sessions (RMS)

A partir dels dos documents anteriors es fa un registre –en un full Excel- de la participació, del material utilitzat, de la música i de l'organització del grup de cada una de les sessions realitzades.

1. **Objectiu** del registre: Fer el seguiment del desenvolupament del programa quant a participació, organització del grup, ús del material i ús de la música, per analitzar si es compleixen els principis descrits en el programa.

2. **Contingut** del registre:
 - a. Participació: el contingut és el mateix del registre de participació explicat en el punt anterior i s'hi afegeix un comentari si hi ha situacions especials i individuals d'alguna persona (Ex: arribar tard, presència però no participació...)
 - b. Organització del grup: contempla les quatre formes d'organització del grup descrites en el programa (dispersió, en cercle, files i columnes, zones/estacions o petits grups) i, per a cada forma d'organització, es distingeix si es treballa de manera individual o compartida⁷³.

⁷² Vegeu annex 13: Full registre de participació

⁷³ Entenem com a forma de treball compartida la que implica alguna mena de relació amb els altres (Ex: donar objectes, fer propostes i executar-les conjuntament, observar els altres i, en funció de l'observació, actuar, adequar el ritme de treball individual al dels altres...)

- c. Ús de material: nom de l'objecte/s utilitzat –diferenciant entre convencional, alternatiu o complementari, tal com es descriu en el programa- i forma d'utilització d'aquest material (individualment o compartida).
 - d. Ús de la música: usos que se li ha donat a la música durant la sessió (com a fons sonor, com a mitjà d'inspiració, com a guia del moviment o com a manteniment de l'activitat, tal com estan descrits en el programa)
3. **Procediment:** en un termini màxim de 24 hores després de desenvolupada la sessió s'anoten els registres en el full corresponent. En cas de dubte es consulta la filmació de la sessió.

4.5.2.4 Diari de camp (DC)

El diari de camp que fem servir en aquesta recerca és una eina de recollida d'informació i reflexió complementària a la resta d'eines que es centren en les dues dimensions d'anàlisi escollides per a l'avaluació del programa: la persona gran i la sessió. Hem de dir que aquesta eina ha evolucionat en el transcurs de la recerca. En els seus inicis era un formulari amb apartats molt generals que progressivament s'han anat fent més concrets.

1. **Objectius** del diari:
 - a. Registrar situacions, activitats, incidències, comportaments, valoracions que succeeixen abans, durant o després de les sessions i de les quals no queda constatació mitjançant els altres instruments utilitzats.
 - b. Emmarcar situacions que, analitzades de manera més molecular, podrien perdre significació.
 - c. Reflexionar sobre elements concrets i sobre la globalitat del desenvolupament de la sessió.
2. **Contingut del diari:**
 - a. Identificació de la fitxa (Data, activitat a què fa referència, lloc on es desenvolupa, documents associats, paraules clau)
 - b. Inclou dues columnes, una per a la descripció de la situació, comportament... i una altra per a la reflexió.
 - c. Aspectes relatius a la participació.
 - d. Aspectes relatius a la sessió (incidències, tasques, valoracions, estratègies i estils d'ensenyament, concentració dels participants, altres)
3. **Procediment:** en un principi el diari es feia sempre que hi havia una situació especial o quan la dinàmica de treball suggeria reflexió. A mesura que ha anat avançant la recerca, s'ha anat fent més freqüent, de manera que a cada sessió desenvolupada li correspon un diari de camp que s'elabora el mateix dia. Durant les observacions de les sessions filmades en vídeo es validen les reflexions, comentaris o anotacions que conté i, si és necessari, s'acaba de completar.

4.5.2.5 Instrument no estàndard per a l'observació (INE)

Per a l'anàlisi d'alguns dels aspectes que contribueixen a l'avaluació del programa, hem elaborat expressament (*ad hoc*) un instrument no estàndard (d'ara endavant INE) que ens

ha servit per fer una observació sistemàtica de totes les sessions filmades durant el període d'implementació del programa. És una combinació de format de camp i sistemes de categories que fonamentalment es centra en l'observació de la dimensió d'anàlisi "persona gran" (INE-PG) tot i que també inclou una petita part dedicada a la dimensió "sessió" (INE-T). Cadascuna de les dimensions o criteris dóna lloc a un sistema de categories. Focalitza l'atenció en tres aspectes: la resposta de la persona gran, les interaccions entre iguals i l'ús del temps.

1. Objectius de l'INE:

- a. Contribuir a determinar el nivell de participació activa de les persones grans durant la sessió a través de la quantificació de la resposta motriu.

Com que el programa, en el seu plantejament, es proposa incentivar i facilitar-hi la *participació activa* de les persones grans, cal veure si realment és així, en quina mesura (aspecte quantitatiu) i en quins moments de la sessió.

- b. Analitzar la qualitat de la resposta quant al compromís i l'autonomia de les persones grans durant la sessió. Volem veure si la resposta (motora, verbal o expressiva) és sempre induïda (per l'educadora o una altra persona del grup) o també hi ha respostes elaborades de forma espontània i si aquestes són adequades a la situació (conductes de risc o conductes que no tenen a veure amb la situació que s'està produint).

Amb aquest aspecte es pretén perfilar el grau de qualitat de la resposta (més activa o menys) en funció de la quantitat/procedència de l'estímul que la genera. Partim de la premissa que la resposta espontània (sempre que sigui adequada a la situació que s'està produint) és de més qualitat perquè és generada autònomament (per decisió pròpia), a continuació la que és generada per una proposta adreçada al grup en general (això suposa que la persona ha de posar atenció i elaborar la resposta segons les condicions que se li presenten) i en últim lloc, la resposta que és conseqüència directa d'una proposta adreçada a la persona individualment (en aquest cas es dóna un estímul més intens i la resposta requereix menys implicació personal, menys autonomia).

- c. Comprovar la quantitat d'interaccions entre iguals que es produeixen durant les sessions i veure la relació que té aquest aspecte quantitatiu amb l'evolució del programa durant l'any.

Un dels puntals del programa és el treball en grup pel component sociabilitzador que comporta. Volem observar si, en la dinàmica del dia a dia, aquesta condició es compleix, si realment les persones del grup es relacionen entre elles i si aprofiten per fer valoracions sobre el programa o les seves pròpies sensacions.

Al mateix temps, aquesta dada ens permet comprovar si es compleixen els principis generals del programa pel que fa a la distribució del treball en el temps (d'acord amb les estacions de l'any).

- d. Determinar la durada dels temps (temps compromís motor i altres) de la sessió per tal de relacionar-los –a posteriori– amb les respostes dels participants. Amb

aquesta dada, pretenem dues coses: la primera, relacionar-la amb la resposta dels participants per poder descriure el perfil de la seva resposta individual de manera més acurada.

La segona, saber la durada del temps que la persona gran pot dedicar a moure's, un dels objectes principals de qualsevol programa d'activitat física i, per descomptat, també d'aquest. Encara que l'estudi dels temps en una sessió d'activitat física està directament relacionat amb la gestió que en fa l'educador (Piéron, 1999) i en aquesta recerca no estudiem el paper de l'educadora, considerem que la quantificació del temps que els participants poden dedicar a moure's aporta un punt de qualitat en l'avaluació del programa. És una petita incursió en un aspecte metodològic, moltes vegades reconduït al PERT (Sánchez-Algarra y Anguera, 1993) (Hernández-Mendo y Anguera, 2001; Morales-Sánchez, Hernández-Mendo, Sánchez-Algarra, Blanco-Villaseñor, & Anguera-Argilaga, 2009), que, nosaltres entenem, és important per a la comprensió de la dinàmica del VAFiD.

2. **Criteris i procediments per a la elaboració** de l'INE: per a l'elaboració de l'instrument d'observació hem partit del marc que ens proporcionen la definició i la fonamentació del propi programa. Tal com ja hem esmentat més amunt, avaluem el programa a partir dels seus propòsits generals (participació activa, satisfacció personal, prevenció i salut, competència funcional i competència social), que són els que guien el plantejament del conjunt del programa. És a partir d'aquest marc i dels objectius que acabem d'exposar, que seleccionem i definim les unitats de conducta o criteris i les diferents categories a observar. Es tracta d'un sistema de categories exhaustiu (totes les conductes observades es poden assignar a alguna de les categories) i mútuament exclouent (cada comportament només es pot ubicar en una sola categoria), condició que han de complir tots els sistemes de categories (Anguera, Magnusson, y Jonsson, 2007), (Piéron, 1999).

El procés i procediment que hem seguit per elaborar-lo ha estat el següent:

- 1.. A partir de l'observació d'una gravació en vídeo de tres sessions d'activitat física (basades en el programa VAFiD) desenvolupades en un grup de persones en situació de dependència (diferent al que és objecte d'avaluació en aquesta tesi), es fa una llista de conductes dels participants, de l'educadora i d'alguns elements de la sessió.
- 2n. A partir dels objectius de la recerca –encara poc definits- s'intenta agrupar aquest llistat de conductes en tres dimensions d'anàlisi (la persona gran, l'educadora i la sessió), anar construint els diferents nivells d'obertura de cada comportament i definir cada categoria.
- 3r. Es fan algunes proves d'observació (quatre persones) en aquesta ocasió ja amb filmacions del grup objecte d'estudi. Simultàniament, amb la progressiva concreció dels objectius i el disseny de la recerca, es va delimitant l'INE.
- 4t. Com que ja es disposa de la filmació de força sessions i que l'INE elaborat encara no es percep com un sistema de categories prou clar i definit⁷⁴, es

⁷⁴ Arribats a aquest punt, intuïm que dues de les característiques del programa (la varietat de les propostes que es fan durant les sessions i l'heterogeneïtat –dins l'homogeneïtat- dels participants) fa més complexa l'agrupació de les respostes dels participants en criteris i categories exhaustives i mútuament exclouents.

procedeix a fer l'observació d'un nombre més gran de sessions (28) anotant exemples que ens permetin definir millor cada categoria. Tot aquest procés conclou en l'INE definitiu que exposem a continuació.

3. Contingut de l'INE:

Taula 29. Instrument no estàndard, resposta de la persona gran (INE.PG)

Unitat d'anàlisi: RESPOSTA DE LA PERSONA GRAN				
Criteri	Nom categoria	Codi	Descripció	Exemples
Resposta Motriu Induïda	Resposta Motriu Induïda per l'educadora o una altra persona del grup (grup)	MIG	Resposta que va precedida per una pregunta, una proposta verbal i/o una demostració adreçada AL GRUP	<ul style="list-style-type: none"> - Executar un exercici o activitat - Anar a seure, si s'ha donat aquesta ordre - Aturar-se i mantenir-se aturat quan es dóna un estímul determinat (quan para la música...), si s'ha donat aquesta ordre
	Resposta Motriu Induïda per l'educadora o una altra persona del grup (individualment/directament)	MIPG	Resposta que va precedida per una pregunta, una proposta verbal i/o una demostració adreçada A UNA PERSONA O A UN GRUP REDUÏT (màxim 4 persones) directament	<ul style="list-style-type: none"> - Executar un exercici o activitat - Anar a seure, si s'ha donat aquesta ordre - Aturar-se i mantenir-se aturat quan es dóna un estímul determinat (quan para la música...), si s'ha donat aquesta ordre - Agafar el material quan se li ofereix individualment
	Resposta Motriu Induïda per l'educadora o una altra persona del grup (indirectament)	MIIn	Resposta que va precedida per l'apropament, orientació o mirada cap a la persona però sense dir-li res	<ul style="list-style-type: none"> - Executar un exercici o activitat quan l'educadora o una altra persona del grup s'apropa, la mira.
Resposta Motriu Espontània	Resposta Motriu Espontània (Idònia)	MEI	Resposta que elabora la persona de manera espontània (no és una resposta a una ordre donada) i que és adequada (IDÒNIA) a la situació: que té punts de connexió amb el que s'està treballant o que està relacionada amb l'activitat física	<ul style="list-style-type: none"> - Executar un exercici o activitat per iniciativa pròpia - Fer una proposta per iniciativa pròpia - Anar a seure, quan no s'ha donat l'ordre - Acostar la cadira
	Resposta Motriu Espontània (No idònia)	MEInI	Resposta que elabora la persona de manera espontània (no és una resposta a una ordre donada) i que no és adequada (NO IDÒNIA) a la situació: que no té cap punt de connexió amb el que s'està treballant, que no té la finalitat d'enriquir la situació de treball o que és una resposta a una situació induïda que no anava adreçada a la persona que respon (respondre per una altra persona)	<ul style="list-style-type: none"> - Tocar les flors o plantes que hi ha a la sala - Treure's o posar-se el jersei, les ulleres... - Beure aigua - Cordar-se el cinturó - Mocar-se - Mirar l'hora - Eixugar-se la suor ...
Conductes de risc	Conductes de Risc	CR	Elaborar respostes que són perilloses per a la integritat física d'alguna persona del grup.	<ul style="list-style-type: none"> - Saltar, córrer, girar ràpidament... - Forçar articulacions - Fer moviments "prohibits" o bruscos.
Activitat Estàtica	Activitat Estàtica	AE	Fent una activitat estàtica (sense moviment) en la que la resposta no és observable.	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxament - Escolta de la pròpia postura o sensacions corporals... - Respiració

.../...

Criteri	Nom categoria	Codi	Descripció	Exemples
Resposta Verbal Induïda	Resposta Verbal Induïda per l'educadora	VIE	Resposta verbal precedida per una pregunta o observació de l' EDUCADORA ja sigui adreçada al grup o a una persona individualment	<ul style="list-style-type: none"> - Respondre a una pregunta - Fer un comentari, queixa, expressió... a una proposta feta
Resposta Verbal Espontània	Resposta Verbal Espontània	VE	Qualsevol intervenció verbal (diferent a una valoració sobre el programa o sobre sensacions pròpies) que es genera ESPONTÀNIAMENT que no va adreçada a ningú en concret (al grup) o va adreçada a l'educadora.	<ul style="list-style-type: none"> - Fer una pregunta - Cridar l'atenció sobre alguna cosa - Fer una proposta...
	Resposta Verbal Espontània (valorativa)	VEV	Valoració verbal (expressió d'una opinió) espontània sobre el programa, sobre les pròpies sensacions generades per l'activitat o la sessió. Només quan va adreçada a l'educadora o al grup en general.	<ul style="list-style-type: none"> - Donar l'opinió sobre una activitat, material o situació - Expressar que s'està cansat...
	Resposta Verbal Espontània (no entesa)	VEN	Qualsevol intervenció verbal (que no implica interacció directa entre iguals) que es genera espontàniament, que no va adreçada a ningú en concret (al grup) o va adreçada a l'educadora però NO S'ENTÉN el seu contingut.	<ul style="list-style-type: none"> - Totes les intervencions verbals que no s'entenen i que no constitueixen una conversa entre dos o més participants
Resposta Expressiva Espontània	Resposta Expressiva Espontània (activa)	EEA	Fer alguna acció, diferent a la resposta motriu (executar una activitat) o verbal, amb un alt component expressiu, que expressa ACTIVITAT o satisfacció (sempre que no formin part d'una proposta concreta de la sessió)	<ul style="list-style-type: none"> - Simular actituds, personatges o accions. - Aplaudir, cantar, riure - Fer bromes
	Resposta Expressiva Espontània (passiva)	EEP	Fer alguna acció diferent a la resposta motriu i a la verbal, que expressa PASSIVITAT i/o insatisfacció	<ul style="list-style-type: none"> - Tancar els ulls (excepte si l'activitat ho requereix) - Dormir - Replegament corporal - Mostrar-se absent
No resposta	No Resposta	NR	La persona NO RESPON ni amb moviment, ni verbalment (excepte en les activitats estàtiques)	<ul style="list-style-type: none"> - Es manté immòbil - Escolta - Espera
Interacció Entre Iguals	Interacció Entre Iguals (valoratives)	IIV	VALORACIONS verbals sobre el programa o sobre les pròpies sensacions, fetes entre dos o més participants.	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir opinions sobre el programa, les activitats, les pròpies sensacions... amb altres participants
	Interacció Entre Iguals (altres)	IIA	Qualsevol contacte o relació amb altres participants (excepte les valoratives). Pot ser verbal, a través del cos o d'un objecte.	<ul style="list-style-type: none"> - Donar-se un objecte - Parlar amb altres persones - Saludar - Establir contacte corporal
No s'observa	No s'observa	NO	Quan no es pot observar el comportament de la persona	

Taula 30. Instrument no estàndard, temps de la sessió (INE-T)

Unitat d'anàlisi: TEMPS DE LA SESSIÓ				
Criteri	Nom categoria	Codi	Descripció	Exemples
Temps	Temps de Compromís Motor	TCM	Temps que la persona gran pot dedicar a ELABORAR LA SEVA RESPOSTA MOTORA . Entre el final d'una informació o organització o espera i l'inici d'un nou cicle d'informació, espera o organització.	<ul style="list-style-type: none"> - Quan el grup pot començar a emetre les seves respostes - Quan la informació es superposa amb la pràctica
	Altres Temps	TA	Temps dedicat a ALTRES activitats: rebre informació, esperar, organització.	<ul style="list-style-type: none"> - Formar grups - Recollir material - Escoltar explicacions

4. **Procediment per a l'observació** sistemàtica mitjançant l'INE: per poder arribar a fer l'observació de la resposta dels participants i del temps de la sessió, a més d'elaborar l'INE, ha calgut enregistrar les sessions en vídeo⁷⁵ durant tot el període de recerca (un any), mitjançant el sistema de càmera en mà. A l'inici s'han filmat algunes sessions de prova, corresponents a la fase passiva o exploratòria (Anguera y Blanco-Villaseñor, 2003), que han tingut una doble funció: iniciar l'elaboració del INE i familiaritzar el grup amb la presència de la càmera. La filmació de les sessions del programa, corresponents a la fase activa o d'observació científica (Anguera y Blanco-Villaseñor, 2003), és continuada i, en cada una, es fa el seguiment de dues persones del grup. Per al seguiment de totes les persones del grup s'estableix un ordre aproximat de filmació. Aquest ordre s'inicia de forma aleatòria a criteri de la persona que filma, de manera que la investigadora desconeix quines són les persones objecte de seguiment. A partir de la primera ronda, es va seguint un ordre aproximat i, tenint en compte que, com a mínim, han de passar quatre sessions entre un seguiment i l'altre d'una mateixa persona.

Disposant de les imatges i de l'INE es procedeix a observar cada sessió i cada persona⁷⁶, mitjançant el *software Match Vision Studio* (Perea, Alday, y Castellano, 2004), que ens permet registrar i codificar les observacions (Anguera y Blanco-Villaseñor, 2006). Com que qui dirigeix la sessió i implementa el programa és la mateixa investigadora i amb la intenció de ser el més objectius possible en l'observació, hem optat per fer l'observació i codificació com a mínim després de dos mesos d'haver dirigit la sessió. Fer-ho així permet posar distància a la implicació personal en la dinàmica de la sessió i en les relacions que s'hi estableixen, que sempre són d'un alt nivell. Per altra banda, això té l'inconvenient que la distància en el temps fa oblidar detalls que en el vídeo no s'aprecien i que formen part de la dinàmica de les sessions i del grup. Per minimitzar aquest inconvenient tenim les eines –ja descrites– que s'utilitzen immediatament després de cada sessió (full de sessió, registre de participació, registre manual de sessions i diari de camp). Combinades amb l'observació sistemàtica, ens complementen i contrasten la informació per poder fer

⁷⁵ Càmera JVC, model GZ-MG330.

⁷⁶ Cada sessió s'observa tres vegades: una per a la codificació de les respostes de cada una de les persones de les quals s'ha fet el seguiment durant la sessió (INE-PG) i una altra per a la codificació del temps (INE-T). S'aprofita aquest procés de codificació per complementar i anotar aspectes que no es contempen en la observació sistemàtica, però que són importants en les dades recollides mitjançant altres instruments (full de sessió, registre de participació, registre manual de sessions i diari de camp).

un Informe Valoratiu del Participant (IVP) i un Informe Valoratiu de la Sessió (IVS) que, al seu torn, ens ajudaran a complementar l'avaluació del VAFiD.

4.5.2.6 Entrevista de grup (EG)⁷⁷

Copsar les opinions dels propis participants forma part del plantejament de la recerca i, de fet, durant tot el desenvolupament del VAFiD estem molt atents als seus comportaments i a les seves opinions respecte del programa. Per això, ja avançada la implementació però no acabada, considerem important recollir la seva opinió sobre el curs que va prenent el VAFiD i la seva pròpia participació.

1. **Objectius** de l'entrevista:
 - a. Copsar l'opinió dels participants respecte del programa en general i les seves repercussions.
 - b. Complementar i contrastar la informació recollida a través d'altres instruments

2. **Contingut** de l'entrevista. Encara que l'entrevista és oberta, es fa un guió orientatiu⁷⁸ dels temes sobre els quals es vol que els participants opinin, donant importància sobretot a: la utilitat que li atribueixen, les repercussions que té, canvis experimentats en el transcurs del programa, i les raons per les quals hi participen.

3. **Procediment**. Es reuneix el grup (el mateix dia, hora i lloc on habitualment es fa la sessió d'activitat física) i es recorda la finalitat de la reunió. La sessió es filma igual que es fa amb la resta de sessions. L'entrevista la realitza una persona diferent a la investigadora, que coneix el programa i a les persones participants. És la psicòloga del centre, té experiència i habilitats en la conducció de grups. La durada de l'entrevista és d'una hora i, una vegada finalitzada, es procedeix a la transcripció de les intervencions dels participants (Evey, Evey, & Zalaguet, 2010).

Les raons que justifiquen aquesta estratègia són:

- a. L'entrevista de grup és una eina adequada per la riquesa de les dades que proporciona, és estimulante per als participants i ajuda al record d'esdeveniments (Flick, 2004).
- b. Fer l'entrevista en el mateix entorn, horari i condicions en què el grup està acostumat a treballar, té per objecte canviar el mínim possible la dinàmica habitual.

⁷⁷ En la revisió bibliogràfica hem observat que la terminologia relativa a aquest tipus de tècniques és diversa i els autors no sempre coincideixen. Flick (2004) distingeix entre entrevista de grup (l'eix central és la resposta dels participants a preguntes sobre un tema i en què el moderador condueix el grup, procura que ningú domini l'entrevista i que tothom participi) i debat de grup o grup de discussió (estímul del debat entre els membres del grup i font principal de coneixement). León y Montero (2003) parlen d'entrevista de grup i de grup de discussió com una mateixa tècnica. Gutiérrez (2007) explica que és habitual traduir el terme *focus group* (originàriament també anomenat *entrevista en grup*) per *grup de discussió* i que moltes vegades en la pràctica s'apliquen de manera similar o idèntica. Segons aquest mateix autor, la diferència entre ambdós està en l'estil de conducció del grup, més que en el grup pròpiament dit. El *focus group* és més dirigit i dona valor a la producció verbal que genera, mentre que el grup de discussió és més obert i el que dona sentit al discurs del grup és l'intercanvi verbal.

Nosaltres hem optat pel terme *entrevista de grup* perquè, atès l'enfocament i els objectius, ens interessa la producció verbal del grup, més que no pas la interacció i el consens final, més propis del grup de discussió.

⁷⁸ Vegeu annex 14: Guió entrevista de grup

- c. Es demana que condueixi l'entrevista una persona diferent a la investigadora per tal d'evitar inferències a causa de la seva presència i per aprofitar les seves habilitats i experiència en aquest tipus de dinàmiques.

4.5.3 INSTRUMENT D'APLICACIÓ POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓ DEL VAFiD

4.5.3.1 Entrevista individual (EI)

Entre totes les accions desenvolupades en aquesta recerca, reservem per al final l'entrevista individual. Per a l'avaluació del programa i, atenent als seus plantejaments, ens interessen especialment l'opinió i les valoracions dels propis participants al respecte. Tot i que durant tot el període d'implementació ja recollim part d'aquesta informació amb altres instruments (gravació en vídeo, registre manual, entrevista de grup), al final volem recollir-la de manera més àmplia i individualment.

1. **Objectius** de l'entrevista:
 - a. Copsar l'opinió dels participants sobre el programa i sobre la seva pròpia participació.
 - b. Complementar aquestes opinions amb altres dades recollides durant la implementació.
 - c. Confirmar i contrarestar les dades personals recollides a l'inici i durant el desenvolupament del programa, que utilitzem per fer el perfil individual de cadascú.
2. **Contingut** de l'entrevista. El guió de l'entrevista⁷⁹ s'estructura a partir de diferents blocs d'informació:
 - a. Dades personals bàsiques. Confirmació d'aquestes dades, que ja es tenen des de l'inici de la recerca.
 - b. Història de vida en relació a l'activitat física (esports practicats, experiències anteriors en programes d'activitat física).
 - c. Valoració de la pròpia salut tenint en compte aspectes físics, psicològics, mentals i socials.
 - d. Valoració de la seva participació en el VAFiD (programa en general, repercussions)
3. **Procediment.** L'entrevista es fa individualment en un espai tancat perquè no hi hagi interferències i es grava per tal de poder posar atenció en el desenvolupament de l'entrevista i per poder fer una anàlisi posterior de la informació. Prèviament s'acorda el dia i l'hora amb cada participant.

4.5.4 DOCUMENTS COMPLEMENTARIS

En aquest punt incloum dos documents que, més que eines, són el producte de la triangulació entre diversos instruments dels que acabem de descriure, però que ens seran molt útils a l'hora de fer l'avaluació del programa.

⁷⁹ Vegeu annex 15: Guió entrevista individual

4.5.4.1 Informe valoratiu sessió (IVS)

Aquest informe es fa a partir del diari de camp i de les anotacions manuals que es fan en el moment d'observar les filmacions de cada una de les sessions.

1. **Objectiu** de l'informe: destacar els aspectes més rellevants de les sessions i recollir situacions que no, queden reflectides amb els altres instruments (per exemple: situacions que, o bé no es poden copsar en la filmació o, contràriament, es detecten en el moment d'observar les filmacions però no es registren amb l'INE; converses o valoracions fetes pels participants fora de la sessió).
2. **Continguts** de l'informe:
 - a. Identificació de l'informe (Sessió a la qual fa referència –número i data-, si s'ha filmat o no, a quina o a quines persones s'ha seguit durant la filmació, referència del diari de camp a la qual correspon)
 - b. Incidències
 - c. Valoracions dels participants
 - d. Aspectes relacionals
 - e. Aspectes pedagògics
 - f. Resposta global del grup
 - g. Altres
3. **Procediment.** En el moment de fer l'observació de les filmacions de cada sessió –les dedicades a l'observació del temps (INE-T)- es prenen notes sobre la seva dinàmica. Finalment, amb aquestes notes i el diari de camp (fet el mateix dia en què es desenvolupa la sessió) s'elabora aquest informe.

4.5.4.2 Informe valoratiu participant (IVP)

Aquest informe es fa a partir del diari de camp, de les anotacions manuals que es fan en el full de sessió durant o immediatament després del seu desenvolupament, i de les anotacions manuals que es fan en el moment d'observar les filmacions de seguiment de cada participant.

1. **Objectiu** del informe: destacar aspectes de la resposta de la persona que no queden recollits pels altres instruments (per exemple: valoracions relacionades amb el programa i fetes en situacions informals, percepció/reflexió de l'educadora respecte de la seva resposta).
2. **Continguts** de l'informe:
 - h. Identificació de l'informe (participant i sessió als quals fa referència)
 - i. Què fa quan no pot fer una cosa?
 - j. Què fa en situacions noves?
 - k. Què fa quan cal decidir?
 - l. Altres observacions
3. **Procediment.** En el moment de fer l'observació de les filmacions de seguiment de cada participant (INE-PG) es prenen notes sobre la seva resposta. Posteriorment, amb

aquestes anotacions, les que hi pugui haver en el full de sessió o en el diari de camp relatives a aquesta persona, s'elabora l'informe.

A manera de resum vegeu la taula 31 on s'indiquen els instruments utilitzats per a l'avaluació del programa segons el moment d'aplicació.

Taula 31. Instruments utilitzats en l'avaluació del VAFiD

CONTROL PRE	CONTROL PRE/ POST	DURANT	CONTROL POST
- Dades d'arxiu (història participants, <i>software Aegerus</i> , altres documents de la institució)			
- Mini Mental (MMES)* - Pfeiffer* - Test del rellotge* - Evocació categorial*	- Índex de Barthel (IB) - Senior Fitness Test (SFT)	- Full de sessió - Registre participació - Registre manual de sessió (RMS) - Diari de camp (DC) - Instrument no estàndard d'observació (INE) - Entrevista de grup (EG)	- Entrevista individual (EI)
DOCUMENTS COMPLEMENTARIS		- Informe valoratiu sessió (IVS) - Informe valoratiu participant (IVP)	

* Al final de la recerca es consulten les dades del centre i es fa constar si hi ha canvis importants.

4.6 CRITERIS DE QUALITAT I ESTÀNDARDS

Vista l'estructura metodològica i els procediments de la recerca ens queda pendent exposar els estàndards que ens han de servir de referència per avaluar el programa.

Per analitzar la qualitat del programa cal, seguint les propostes de Stake, fer una anàlisi de la qualitat relativa (comparant l'eficàcia del programa en grups semblants) i una altra de la qualitat absoluta (comparant els resultats o efectes obtinguts a partir de la implementació del programa amb els criteris de qualitat que el mateix programa defineix prèviament).

Ja que en aquest estudi avaluem la implementació del programa en un únic grup, no serà possible –per ara- estudiar la qualitat relativa del VAFiD, el grup és referent de si mateix.

Per analitzar la qualitat absoluta (saber si és bo o no, si ha aconseguit allò que es proposa) cal comprovar si es compleixen els criteris⁸⁰ de qualitat que s'estableixen a partir del programa –definit en el capítol V- i en quina mesura es compleixen. O sigui, si es superen els estàndards⁸¹ de qualitat establerts. És important destacar, però, que l'avaluació que fem d'aquest programa tampoc no és “absoluta” en el sentit que, ara per ara, tenim en compte alguns dels elements –no tots- que considerem que donen qualitat al programa.

El punt de partida són els objectius generals del VAFiD agrupats en cinc grans àrees: participació activa, satisfacció personal, prevenció i salut, competència funcional,

⁸⁰ Stake defineix els criteris de la següent manera: Un criteri (...) és un atribut d'un objecte o d'una activitat determinada que es fa servir per reconèixer els seus mèrits i les seves deficiències. Es pot tractar d'un tret o un ingredient que es consideri essencial. Es converteix en la base per a una valoració o una acció quan es fixa un estàndard. (Stake, 2006a:110)

⁸¹ Stake defineix els estàndards d'avaluació com: una quantitat, un nivell o una manifestació d'un criteri determinat que indica la diferència entre dos nivells de mèrit diferents. És una puntuació de tall, com la que marca la diferència entre un aprovat i un suspens, però que també es pot aplicar a altres mèrits. (Stake, 2006a: 111)

competència social. Els criteris de qualitat referents a la dimensió d'anàlisi *persona gran* s'estableixen en aquestes cinc àrees i a partir del programa.

Els criteris de qualitat referents a la dimensió d'anàlisi *la sessió* es centren, per una banda, en el compliment de la programació (unitats de treball i sessions) i, per l'altra, en la diversitat de les activitats i en l'organització del grup.

Pel que fa a la programació, tenim en compte el nivell més general (les quatre unitats de treball de l'any: *tardor, hivern, primavera i estiu*), i el més específic (activitats concretes que es programen per a cada una de les sessions).

Per a la diversitat de les activitats que es fan servir durant la sessió i durant el programa en el seu conjunt, s'estableixen criteris sobre l'ús del material i de la música. Les raons per escollir aquests dos aspectes i no uns altres són dues. La primera és que fer servir activitats variades –el material i la música són elements que en donen- es justifica en la definició del programa perquè dóna riquesa al moviment i facilita la diversitat d'experiències i respostes motrius. La segona és la seva observabilitat.

Per a l'organització del grup, s'estableixen criteris en funció del tipus d'agrupació i de la forma de treball que hi ha en el seu si. La importància que té el component social del VAFiD fa que la varietat en la manera d'organitzar el grup –per la influència que té en les interaccions entre iguals- també sigui una aspecte important per a la qualitat del programa. Per a cada un dels criteris definits es fan servir indicadors observables i quantificables.

No s'avaluen els aspectes relacionats amb el paper i la comunicació de l'educadora durant el desenvolupament de les sessions, ni la construcció de les tasques que es fan servir, ni els aspectes organitzatius del programa (contacte amb l'equip d'atenció, horaris, freqüència, espai de treball...). Encara que tots aquests aspectes són importants pel programa perquè el defineixen i li donen un caràcter propi, caldrà estudiar-los més endavant.

4.6.1 CRITERIS DE QUALITAT DEL PROGRAMA VAFiD

Les taules que vénen a continuació corresponen a la determinació dels criteris de qualitat que tenim en compte per a l'avaluació del programa, en cada una de les dues dimensions d'anàlisi.

Taula 32. Criteris de qualitat del VAFiD. Dimensió d'anàlisi: persona gran

PERSONA GRAN		
El programa VAFiD serà de qualitat si...	Criteri de qualitat	Estàndard
Les persones grans estan més motivades per participar, ho fan més espontàniament i fan aportacions durant les sessions.	1. Participació activa.	Quines condicions s'han de complir per poder considerar que les persones grans estan motivades i, efectivament, participen activament –no passivament- en el programa?
La persona gran està motivada per participar en el programa, ho fa espontàniament i s'hi sent a gust (no mostra neguit, malestar, mal humor o insatisfacció)		
Millora la capacitat de comunicació i expressió de les persones grans. Se les veu tranquil·les durant el desenvolupaments del VAFiD i expressen satisfacció envers el programa	2. Satisfacció de la persona gran.	Quins indicadors ens parlen de la satisfacció de la persona gran en relació al programa?

El programa VAFiD serà de qualitat si...	Criteri de qualitat	Estàndard
Millora la sensibilització sobre la importància de l'activitat física per al seu benestar	3. Prevenció i salut.	Quines raons ha de donar la persona gran per poder dir que comprèn el VAFiD com a font de salut i/o benestar?
Millora el coneixement de les pròpies possibilitats i limitacions. Quan la persona és capaç d'identificar les seves capacitats.		Què ha de passar per poder dir que una persona gran coneix els seus límits i possibilitats?
Contribueix al manteniment, millora o adaptació a les capacitats bàsiques per desenvolupar-se de manera mínimament autònoma i/o satisfactòria	4. Competència funcional.	Quins canvis s'han de produir per poder dir que hi ha hagut canvis positius (manteniment, millora o adaptació) pel què fa a la competència funcional de les persones que han participat en el programa?
Es mantenen o es milloren les capacitats de la persona gran (caminar, comprendre ordres, resoldre situacions) i, si hi ha pèrdua de capacitats, permet comprovar que hi ha un bon procés adaptatiu a la nova situació.		
Milloren les relacions interpersonals i la capacitat de treball compartit	5. Competència social.	Quines situacions s'han de crear per poder dir que les persones del grup es relacionen i treballen millor entre elles?

Taula 33. Criteris de qualitat del VAFiD. Dimensió d'anàlisi: sessió

SESSIÓ		
El programa VAFiD desenvolupat es correspondrà amb el planificat si...	Criteri de qualitat	Estàndard
Els continguts i les tasques desenvolupades en cada una de les sessions es corresponen, essencialment, amb els planificats en les unitats de treball i les sessions.	1. Continguts i tasques	Quina correspondència hi ha d'haver entre allò planificat i allò desenvolupat per poder dir que el programa s'ha dut a terme d'acord amb el que s'havia planificat?
El programa VAFiD serà de qualitat si...	Criteri de qualitat	Estàndard
Es fa servir material amb característiques (mida, textura, pes...) i tipologies (convencional i alternatiu) diverses.	2. Diversitat de material	Quina variabilitat (intrasessió i en el conjunt del programa) ha de tenir el material que es fa servir i la manera com es fa servir (individualment o compartit) per poder dir que la diversitat arriba a un nivell adequat?
Es fa servir material tant de manera individual com de manera compartida		
Es fa servir la música de diferents maneres	3. Diversitat en l'ús de la música	Quina variabilitat en l'ús de la música (en el conjunt del programa) ha de tenir per poder dir que la diversitat té el grau adequat?
S'organitza el grup de diferents formes (dispersió, cercle, files o columnes, altres)	4. Diversitat en l'organització del grup	Quina variabilitat (intrasessió i en el conjunt del programa) d'organització del grup ha de tenir el programa per poder dir que la diversitat es dona en el nivell adequat.
Es fan servir preferentment formes d'organització que comportin un treball compartit (més que un treball individual), en interacció amb altres persones del grup.		

4.6.2 CRITERIS, INSTRUMENTS I ESTÀNDARDS PER A L'ANÀLISI DE LA QUALITAT

Les taules que vénen a continuació són una concreció de les anteriors i corresponen a la relació entre la definició concreta de cada criteri, els procediments i/o instruments que es fan servir per a la recollida de dades i els estàndards de referència per a l'anàlisi

d'aquestes dades, cosa que ens ha de servir per determinar la *qualitat absoluta* del programa (vegeu figura 17: Model d'avaluació responent).

Taula 34. Dimensió d'anàlisi *persona gran*: Criteri 1, instruments i estàndards

PERSONA GRAN		
Criteri 1: Participació activa	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que la persona està motivada per participar quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accedeix, la majoria dels dies, a anar a la sessió d'AF sense necessitat de reforçar-li que és bo que hi participi. 2. Hi va sola a l'hora corresponent. 	<p>Registre de participació: registre diari sobre la manera com ha accedit a la sessió (si ha calgut reforç o no)</p>	<p>Es considerarà que la persona gran està motivada si accedeix a més del 75% de les sessions sense necessitat de motivació especial. Per "motivació especial" s'entén quan cal motivar (ella manifesta que avui no en té ganes, avui no vol venir... i se li demanen les raons i se li donen arguments per participar) la persona gran perquè assisteixi a la sessió.</p> <p>Hi ha dues situacions en les que, tot i que cal anar a buscar a la persona gran, no es considerarà "motivació especial":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quan la persona no recorda que ha de venir (dia, hora o lloc). 2. Quan necessita ajuda per arribar fins el lloc on es desenvolupa la sessió.
<p>Entenem que participar activament en les sessions també vol dir que la persona respon (resposta motora, verbal o expressiva) adequadament a les situacions que es produeixen durant les sessions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensió quantitativa. Durada total de les respostes adequades. 2. Dimensió qualitativa. Tipus de resposta en funció de si és més o menys autònoma. 	<p>Instrument no estàndard (INE).</p> <p>S'observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temps de resposta motriu, verbal i expressiva (temps total de resposta) 2. Tipus de resposta (d'aquest temps total de resposta, quin correspon a cada tipus de resposta) 	<p>Dimensió quantitativa: respon adequadament, com a mínim, més del 50% del temps en què se l'ha observat</p> <p>Dimensió qualitativa: la resposta motora ordenada segons si és més autònoma (espontània) o més dirigida (induïda):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espontània i idònia (inclou aportacions) (AUT1) 2. Induïda per l'acció de l'educadora o d'una altra persona del grup, adreçada al grup. (AUT2) 3. Induïda per l'acció de l'educadora o d'una altra persona del grup, adreçada a la persona gran individualment o a un grup reduït de persones (AUT3) 4. Espontània no idònia (no adequada a la situació) (AUT4)

Taula 35. Dimensió d'anàlisi *persona gran*: Criteri 2, instruments i estàndards

PERSONA GRAN		
Criteri 2: Satisfacció de la persona gran	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que la persona gran se sent satisfeta quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Té una actuació lliure i espontània durant les sessions. 2. Es mostra tranquil·la i amb bon humor. No mostra neguit o malestar. 3. Manifesta verbalment que li agrada participar o es troba bé en el grup 4. Desenvolupa relacions interpersonals satisfactòries 	<p>Instrument no estàndard (INE) S'observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud tranquil·la, riures, somriures, bromes... (resposta expressiva espontània - EEA) 2. Valoracions verbals sobre el programa o la seva satisfacció (resposta verbal espontània valorativa - VEV) 3. Si es relaciona amb els altres (interacció entre iguals - IIV i IIA) <p>Entrevista de grup (EG), entrevista individual (EI) i diari de camp (DC): es valora si expressa verbalment la seva satisfacció sobre la seva participació en el programa</p> <p>Registre de participació: es quantifiquen les faltes d'assistència no justificades.</p>	<p>Es considerarà que la persona gran ha millorat o mantingut la seva satisfacció (en relació al programa) quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hi hagi un increment o un manteniment de la durada de les respostes indicadores de satisfacció observats a través de l'INE (EEA-VEV-IIV-IIA) 2. La persona ho manifesti verbalment en qualsevol moment de la recerca. 3. La persona hagi participat de manera continuada (no ha faltat a més de 4 sessions seguides per raons no justificades⁸²) en el programa.

Taula 36. Dimensió d'anàlisi *persona gran*: Criteri 3, instruments i estàndards

PERSONA GRAN		
Criteri 3: Prevenció i salut	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que la persona gran compren l'AF com a font de salut i benestar quan dona arguments positius que s'emmarquen dins d'alguna/es de les tres dimensions actitudinals següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gratificació: sensacions agradables associades a la pràctica d'activitat física i a la relació que estableix el practicant amb si mateix i amb els altres 2. Autonomia: relació entre el tipus d'activitat física i les capacitats i possibilitats de qui la practica 3. Seguretat: coneixement de les conseqüències de fer exercici i adopció de mesures per no fer-se mal 	<p>Entrevista de grup (EG), entrevista individual (EI), Instrument no estàndard (INE) i diari de camp (DC): s'observa si en algun moment del desenvolupament de la recerca la persona gran dona arguments positius que s'emmarquen dins d'aquestes tres dimensions actitudinals.</p>	<p>Es considerarà que la persona gran entén l'AF com a font de salut o benestar quan doni arguments positius respecte de la utilitat o raons per participar en el programa, que es puguin emmarcar en alguna de les tres dimensions actitudinals.</p>

.../...

⁸² Entenem com a raons no justificades: quan la persona manifesta que no vol venir o dona excuses de manera continuada i fa servir arguments poc consistents o evidents. Per raons justificades entenem: problemes de salut transitoris o continuats i de curta (dies) o de llarga (mesos) durada, necessitats de fer gestions diverses (anar al metge, anar al banc...) i atendre visites.

Criteri 3: Prevenció i salut	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que una persona és capaç d'identificar les seves capacitats i limitacions quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> No elabora respostes que van més lluny de les seves possibilitats (que poden ser perilloses per a la seva integritat física: caigudes, contusions...) Fa servir les seves capacitats residuals per respondre a propostes que li són difícils: busca alternatives adequades per poder respondre a les propostes. 	<p>Instrument no estàndard (INE) S'observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> Durada de les conductes de risc. Temps de no resposta (dins el temps de compromís motor - TCM-) <p>Diari de camp (DC): es registren conductes i actituds davant propostes difícils per a la persona.</p> <p>Entrevista individual (EI): es demana expressament què fa quan no pot o li és difícil respondre a una proposta.</p>	<p>Es considerarà que la persona té un bon autoconeixement si:</p> <ol style="list-style-type: none"> No té més d'un 1% del temps en que se l'ha observat, dedicat a conductes de risc. Entenem que una conducta de risc és voler córrer, saltar, girar ràpidament, forçar articulacions amb moviments bruscos i/o repetitius El temps de no resposta, dins el TCM, és inferior al 30% del total.

Taula 37. Dimensió d'anàlisi *persona gran*: Criteri 4, instruments i estàndards

PERSONA GRAN		
Criteri 4: Competència funcional	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que els nivells de competència bàsica funcional de la persona gran estan lligats a les habilitats motrius bàsiques i són:</p> <ol style="list-style-type: none"> Capacitat per caminar (locomoció) Capacitat per mantenir l'equilibri (estabilitat) Capacitats de força i flexibilitat 	<p>Senior Fitness Test (SFT): es fa un control previ (PRE) i un de posterior (POST) a la implementació del VAFiD.</p> <p>Índex de Barthel (IB): es recullen dades de la documentació del centre en control PRE i POST. També es fa constar si hi ha canvis importants en qualsevol altre moment de la recerca.</p>	<p>Es considerarà que la competència funcional ha millorat o s'ha mantingut⁸³ si les dades de les proves administrades així ho indiquen.</p>

Taula 38. Dimensió d'anàlisi *persona gran*: Criteri 5, instruments i estàndards

PERSONA GRAN		
Criteri 5: Competència social	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que la interacció entre iguals és més significativa i que treballen millor entre ells quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> La durada de les interaccions, siguin espontànies o generades per la situació de treball, tinguin una tendència ascendent. Comparteixen criteris o opinions a l'hora de decidir. Parlen entre ells per poder prendre una decisió. 	<p>Instrument no estàndard (INE) S'observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> Durada de les interaccions entre iguals. <p>Diari de camp (DC): S'enregistra la forma de treballar que té el grup (quan es treballa en petits grups i cal decidir) de manera que es fa una reflexió general. Aquesta reflexió es poleix després de fer l'observació de cada sessió gravada en vídeo.</p>	<p>Es considerarà que la interacció entre iguals és significativa si, com a mínim, la seva durada està d'acord amb la planificació estacional del programa de manera que en tot el període de recerca tingui una tendència ascendent.</p> <p>Es considerarà que treballen millor entre ells si són capaços d'organitzar-se o posar-se d'acord més fàcilment.</p>

⁸³ En aquest aspecte partim de la idea, ja expressada en el programa, que –per la fragilitat de la majoria de les persones grans que participen en el programa- el manteniment és una millora o, com a mínim, un aspecte a valorar positivament de la mateixa manera que ho és, també, un procés adaptatiu positiu a la pèrdua (aspecte que no avaluem específicament en aquesta recerca).

Taula 39. Dimensió d'anàlisi sessió: Criteri 1, instruments i estàndards

SESSIÓ		
Criteri 1: Continguts i activitats	Procediments / Instruments	Estàndards
Entenem que el programa s'ha dut a terme d'acord amb el que s'havia planificat quan: 1. Els aspectes treballats en les sessions coincideixen, essencialment, amb els previstos en cada unitat de treball. 2. Les tasques programades per a cada sessió no han sofert modificacions substancials durant el seu desenvolupament.	Full de sessió i filmació 1. Es comprova si els aspectes treballats a cada sessió coincideixen amb els previstos en la guia de cada unitat de treball. 2. Es comprova si les tasques planificades per a cada sessió, s'han modificat de manera significativa, a l'hora de dur-les a la pràctica.	Es considerarà que allò realitzat coincideix amb allò planificat quan: 1. La coincidència dels continguts treballats (prioritaris o complementaris) és igual o superior en el 80% de les sessions, respecte dels planificats. 2. Les tasques realitzades no difereixen essencialment amb les planificades per a la sessió.

Taula 40. Dimensió d'anàlisi sessió: Criteri 2, instruments i estàndards

SESSIÓ		
Criteri 2: Diversitat de material	Procediments / Instruments	Estàndards
Entenem que el programa compleix el principi de diversitat de material quan: 1. Es fan servir objectes diferents (diferent denominació: pilota, cèrcol...). Aquests es poden distingir entre: a. Convencional (propri de l'AF) b. Alternatiu (de la vida diària o que habitualment té altres usos) 2. Durant el desenvolupament del programa es fa servir material amb freqüència.	Registre manual sessions (RMS). A partir del full de cada una de les sessions es registra: 1. Tipus d'objectes que es fan servir durant la sessió (intra-sessió) 2. Tipus d'objectes que es fan servir durant tot el temps que dura l'estudi (inter-sessió)	Es considerarà que l'ús de material és variat en la justa mesura quan: 1. En una mateixa sessió es fan servir entre 0 i 3 objectes diferents (quan es fan servir diferents objectes al mateix temps i en una mateixa situació de treball es considerarà com a objecte únic i es denominarà "variati") 2. Com a mínim en el 75% de les sessions del programa es fa servir algun tipus de material.
Entenem que es fa un ús adequat del material quan es fa servir tant individualment com de manera compartida.	Registre manual sessions (RMS). A partir del full de cada una de les sessions es registra: 1. La freqüència de l'ús que es dona a cada material (individual o compartit).	Es considerarà que l'ús del material és adequat si, en el conjunt del programa, l'ús compartit supera l'ús individual.

Taula 41. Dimensió d'anàlisi sessió: Criteri 3, instruments i estàndards

SESSIÓ		
Criteri 3: Diversitat en l'ús de la música	Procediments / Instruments	Estàndards
Entenem que hi ha diversitat en l'ús de la música quan es fan servir totes les modalitats d'ús: 1. Crear un ambient (fons sonor) 2. Inspirar i generar emocions (treball expressiu) 3. Guiar el moviment (dances, balls...) 4. Mantenir l'activitat (aeròbic...)	Registre manual sessions (RMS). A partir del full de cada una de les sessions es registra: 1. L'ús que s'ha donat a la música en cada situació.	Es considerarà que l'ús de la música és adequat si, en el conjunt del programa es fan servir les quatre modalitats d'ús de la música definides en el programa: fons sonor, mitjà d'inspiració, guia del moviment i manteniment de l'activitat.

Taula 42. Dimensió d'anàlisi sessió: Criteri 4, instruments i estàndards

SESSIÓ		
Criteri 4: Diversitat en l'organització del grup	Procediments / Instruments	Estàndards
<p>Entenem que hi ha diversitat en l'organització del grup quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Es fan servir tots els tipus d'organització definits en el programa (Dispersió, cercle, files o columnes, per zones, estacions o petits grups). Es fan servir situacions de treball que comporten treball individual i treball compartit. 	<p>Registre manual sessions (RMS). A partir del full de cada una de les sessions es registra:</p> <ol style="list-style-type: none"> El tipus d'organització que s'ha fet servir en cada tasca o situació. La forma de treball que requereix: individual o compartit. 	<p>Es considerarà que l'organització del grup és variada en la justa mesura quan:</p> <ol style="list-style-type: none"> En una mateixa sessió s'hagin fet servir entre 2 i 3 formes d'organització diferents. En el conjunt de sessions del programa s'hagin fet servir tant formes de treball individual (50%), com compartit (50%).

5 ANÀLISI DE LES DADES

Un cop vist el disseny de la recerca i abans d'exposar, en els següents capítols, els resultats obtinguts, passem a explicar detalladament el control de qualitat de les dades recollides i els procediments que hem seguit per a la seva anàlisi.

Des del plantejament inicial fins a la finalització d'aquesta recerca, hem volgut ser rigorosos en tots els procediments. La implicació personal de la mateixa doctoranda ens mou, encara més, a garantir al màxim la qualitat de les dades recollides.

5.1 CONTROL DE QUALITAT DE LES DADES

Atès que l'observació de les sessions (ús del temps) i dels participants (resposta) l'ha fet la mateixa doctoranda, era imprescindible comprovar la fiabilitat intra-observador de les dades que se n'han obtingut.

El procediment seguit per comprovar si codificàvem igual –en dos moments diferents- la resposta observada (INE-PG), ha estat el següent:

- Observació i codificació de tots els seguiments (n=101) fets a cada participant amb INE-PG
- Repetició de l'observació i codificació de més del 10% dels seguiments (n=12) triats aleatòriament
- Comprovació de la concordança entre les dues observacions (intra-observador) mitjançant el coeficient kappa de Cohen (1960) d'ambdós grups de dades i amb el *software GSEQ 4.1.3*

Els resultats de l'aplicació del coeficient kappa són els següents:

Taula 43. Resultats concordança intra-observador. INE-PG

Persona doblement observada	Valor k	% Concordança
S36-MYB	0,8595	89,66
S41-JSS	0,6363	69,23
S44-JGC	0,8114	84,66
S49-JGC	0,8615	87,80
S67-PCG	0,9087	92,51
S71-ERP	0,9642	97,32
S77-RGS	0,8975	91,67
S94-JFG	0,9234	93,87
S101-MPA	0,9662	97,38
S102-JFG	0,9453	95,70
S104-MCS	0,8643	88,75
S106-JGC	0,9405	95,24

Els valors de referència per a la força de la concordança entre observacions són els següents:

Taula 44. Valoració coeficient kappa

Valor k	Força de la concordança
<0,20	Pobre
0,21-0,40	Dèbil
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Bona
0,81-1,00	Molt bona

(Landis & Koch, 1977)

Per tant, observem que la concordança intra-observador és molt bona.

El procediment seguit per comprovar si codificàvem igual –en dos moments diferents- l'ús del temps durant el desenvolupament de les sessions (INE-T), ha estat el següent:

- 1.. Observació i codificació de totes les sessions vàlides filmades (n=59) amb INE-T
- 2n. Repetició de l'observació i codificació de més del 10% de les sessions (n=7) triades aleatòriament.
- 3r. Comprovació de la concordança entre les dues observacions (intra-observador) mitjançant una comparació de proporcions (per tractar-se de dades binomials) d'ambdós grups de dades i amb el *software Statgraphics Plus 4.1*

Els resultats de la comparació de proporcions són els següents:

Taula 45. Resultats de la comparació de proporcions. INE-T

Sessió doblement observada	Valor p
S41	1
S44	0,215
S75	1
S82	1
S95	1
S100	0,553
S106	1

Comprovem aquí que no hi ha diferències significatives entre la codificació d'ambdues observacions.

5.2 PROCEDIMENTS PER A L'ANÀLISI DE LES DADES

Les dades procedents de l'INE⁸⁴ ha estat tractades d'acord a les necessitats de resposta a cadascun dels estàndards referents. A partir del document *Excel* que genera el *software Match Vision Studio*, hem fet les agrupacions dels resultats corresponents a cada codi, en funció de l'anàlisi necessària⁸⁵. Quan ha interessat la durada de les respostes, s'han sumat i s'han fet percentatges. Quan ha interessat l'evolució de les respostes durant el període de recerca, s'han analitzat mitjançant el model de regressió lineal.

1. Temps de resposta adequada (motora, verbal, expressiva).
 - a. S'agrupen els codis MIG, MIPG, MIIn, MEI, VIE, VE, VEV, VEN, EEA, IIV i IIA.
 - b. Es descarten els codis MENI, AENO, EEP, CR, NR i NO perquè són respostes no adequades o no observables.
2. Qualitat de la resposta. Nivell d'autonomia de la resposta ordenada de més a menys autònoma i, en últim lloc, les no idònies –espontànies o no-.
 - a. Per al primer nivell (AUT-1) s'agrupen els codis MEI, VE, VEV, VEN i EEA corresponents a les respostes espontànies i idònies.
 - b. Per al segon nivell (AUT-2) s'agrupen els codis MIG i VIE corresponents a les respostes que són conseqüència de l'acció de l'educadora o d'alguna altra persona del grup, que anava adreçada al grup en general.
 - c. Per al tercer nivell (AUT-3) es considera el codi MIPG que correspon a les respostes que són conseqüència de l'estímul directe –de l'educadora o d'una altra persona del grup- a una persona individualment.
 - d. Per al quart nivell (AUT-4) s'agrupen els codis MENI, CR i EEP que corresponen a respostes espontànies però no idònies.
3. Satisfacció personal. S'agrupen els codis EEA, VEV, IIV, IIA.
4. Importància de l'activitat física com a font de prevenció i salut. Complementàriament a les valoracions verbals dels participants sobre aquest aspecte, es mira la quantitat de NR dins el TCM. Per obtenir aquesta dada s'han superposat les dades de l'INE-PG de cada persona amb les dades de l'ús del temps (INE-T); d'aquesta manera, hem pogut veure quines de les respostes observades de cada participant estaven situades dins del TCM i quines dins del TA.
5. Competència social. S'agrupen els dos codis relatius a les interaccions entre iguals, IIV i IIA.

⁸⁴ Vegeu annex 16: Carpeta Dades INE

⁸⁵ Vegeu annex 17: Carpeta Anàlisi dades INE

Per a les dades procedents del registre de participació⁸⁶ (assistències) i del registre manual de sessions⁸⁷ (ús del material, la música i organització del grup) es fa recompte de freqüències i percentatges.

Les dades textuais procedents del diari de camp⁸⁸, les entrevistes⁸⁹, l'informe valoratiu sessió⁹⁰ i l'informe valoratiu participant⁹¹, les analitzem amb el *software Atlas.ti*. L'anàlisi d'aquestes dades la fem a partir de tres grans àrees considerant diversos aspectes en cadascuna:

1. La que fa referència a la resposta dels participants en el desenvolupament del programa⁹². S'hi inclouen els comportaments relatius a:
 - a. Actitud de la persona davant d'una proposta desconeguda o nova
 - b. Com es mou habitualment la persona en les sessions (habilitats, limitacions...)
 - c. Actitud que mostra en les sessions: activa, passiva, va seguint, alegre, irregular.
 - d. Què fa quan no pot fer una cosa o li costa molt: respon amb una alternativa, no fa res.
 - e. Nivell de resposta quantitativament i qualitativa:
 - i. Quantitat de resposta: respon a totes les propostes de la sessió, respon a algunes propostes.
 - ii. Qualitat de resposta: decideix, no decideix, decideix amb ajuda.
 - f. Nivell de comprensió de les ordres, consignes o situacions: les entén totes, només entén les senzilles (ordres d'un verb), imita als altres.

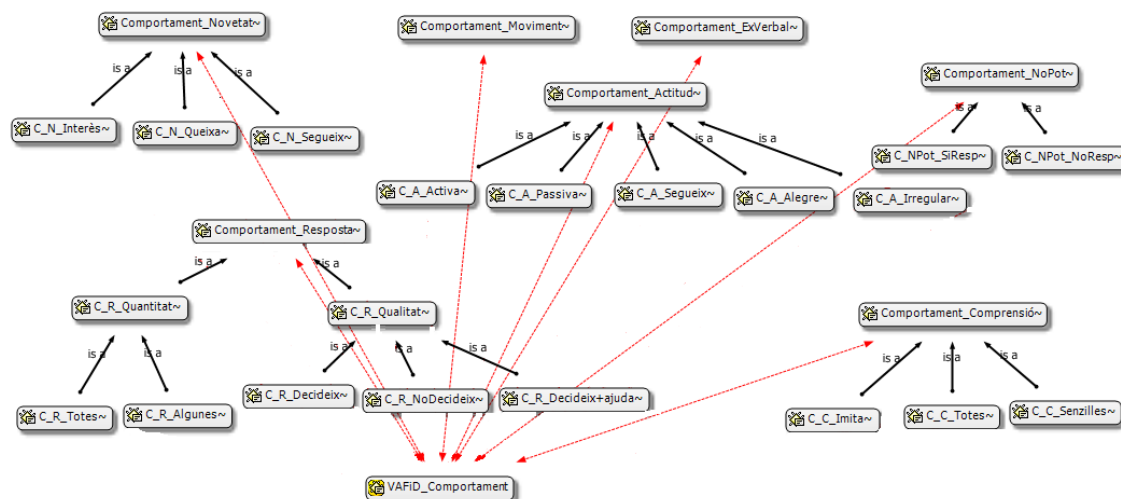


Figura 21. Mapa comportaments participants durant la sessió. Anàlisi *Atlas.ti*.

⁸⁶ Vegeu annex 18: Registre de participació.

⁸⁷ Vegeu annex 19: Carpeta Registre manual sessions.

⁸⁸ Vegeu annex 20: Carpeta Diari de camp

⁸⁹ Vegeu annex 21: Carpeta Transcripció entrevistes (EI i EG)

⁹⁰ Vegeu annex 22: Informes valoratius sessions (IVS)

⁹¹ Vegeu annex 23: Carpeta Informes valoratius participants (IVP)

⁹² Vegeu annex 24: Carpeta Anàlisi Comportament/resposta participants.

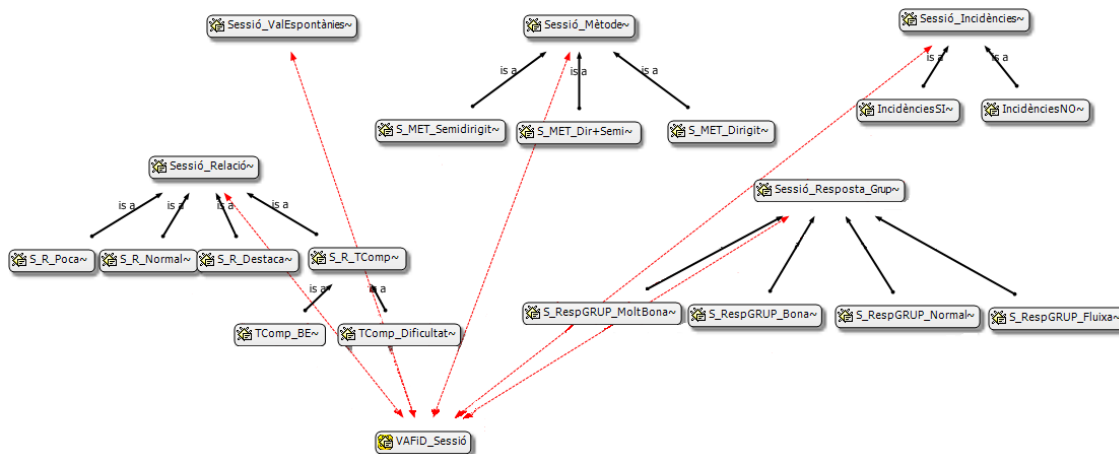


Figura 23. Mapa elements de la sessió. Anàlisi *Atlas.ti*

Aquests són tots els aspectes que hem anat desgranant de tots els documents textuais que hem elaborat durant el procés de recerca. Aquesta anàlisi ens ha servit per triangular amb l'observació sistemàtica feta a partir de la filmació de les sessions.

CAPÍTOL VII: DESCRIPCIÓ DE LA IMPLEMENTACIÓ (MODEL EMPÍRIC)

En aquest capítol fem una descripció de la implementació del programa VAFiD, tal com s'ha desenvolupat en realitat i els efectes que això ha tingut en les persones grans participants i en el conjunt del grup. Veurem quines són les característiques reals de les persones que han participat en el programa, les del centre on s'ubica la recerca, les activitats realitzades i les conseqüències de la posada en pràctica del programa durant el període d'un any.

Seguint l'esquema de l'avaluació responent de Stake, ens situem en el model empíric:

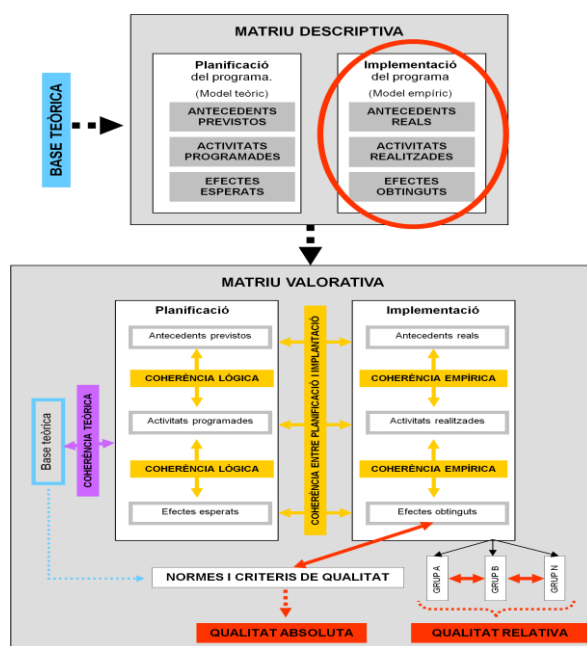


Figura 24. Model d'avaluació responent de Stake (1967)
 Adaptat d'Arnal, Latorre y del Rincón (1992) i Pujolàs Maset (2002).

1 ANTECEDENTS REALS

1.1 PERFIL DE LES PERSONES PARTICIPANTS EN LA RECERCA

Durant tot el període de recerca han participat en el programa VAFiD 24 persones grans que viuen a la residència o assisteixen al centre de dia El Nadal. D'aquestes persones n'hi ha 7⁹⁵ que abandonen el programa per raons diverses (4 èxits, 3 problemes de salut i/o desinterès). Dels 17 restants n'hi ha 4⁹⁶ que s'incorporen al programa el mes de gener de 2011 i una persona⁹⁷ que no participa en el període comprès entre mitjans de febrer i l'agost de 2011 (6 mesos i ½). De manera que finalment es descarten les dades recollides de 8 persones per abandonament del programa o per poc període de participació. Les dades de l'estudi fan referència a 16 persones que han participat en el programa de manera més o menys constant durant el període de recerca.

A continuació descrivim el perfil de cada un dels participants fent una triangulació entre les dades recollides en la documentació del centre (història clínica i social, anotacions dels professionals al curs clínic), de l'entrevista individual, i del consens amb els professionals de diferents àrees (psicologia, treball social, fisioteràpia, teràpia ocupacional, educació social, infermeria).

El punt de referència per a la descripció del perfil de cadascú es situa a l'inici del període de recollida de dades de la recerca (setembre de 2010). En aquest perfil també hi fem constar les incidències, els canvis o els aspectes rellevants que hagin pogut succeir durant l'any que ha durat la recollida de dades⁹⁸, en qualsevol dels apartats que conté, que són els següents:

- a) Dades generals (prenem com a referència les dades recollides a l'inici de l'estudi)
- b) Aspectes bio-mèdics i funcionals. Inclou puntuació de l'*Índex de Barthel* (IB)⁹⁹
- c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius. Inclou puntuació de: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Test de Pfeiffer*, *Test del rellotge*, *Evocació categorial*¹⁰⁰.
- d) Comunicació
- e) Aspectes socials
- f) Percepció individual sobre la seva situació (salut física i mental, activitat, satisfacció vital, suport social...)

1.1.1 (PCG)

- a) Dades generals

És una senyora de 85 anys, nascuda a la comarca d'Osona.

Casada i sense fills. Viu a la residència amb el seu marit des del març de 2010, encara que conserva el seu habitatge anterior i de tant en tant hi fa una visita.

⁹⁵ Èxits: AMM, NAC, DAV, JMB. Salut/interès: DFM, PEL, LPC.

⁹⁶ S'incorporen més tard: JRA, AJR, MPA, ERP.

⁹⁷ Període llarg de no participació: TCB.

⁹⁸ Des del setembre de 2010, al setembre de 2011.

⁹⁹ Vegeu descripció i punts de tall al capítol VI, punt 4.5.1.3

¹⁰⁰ Vegeu descripció i punts de tall al capítol VI, punt 4.5.1.2

Va estudiar comerç i francès fins als 14-15 anys, però no va poder continuar els seus estudis a causa de la guerra Civil Espanyola.

Va treballar a la botiga de la seva família i també fent les feines de la casa. Durant la seva vida laboral va ser una persona amb molta empena.

b) Aspectes biomèdics i funcionals

Diagnòstics: Cataractes. Calcificació del cristal·lí. Isquèmia cerebral transitòria. Hipertensió. Malaltia d'Alzheimer (GDS 5).

Funcionalitat: Camina per ella mateixa, pot pujar i baixar escales, pateix una lleugera debilitat a les cames i té la mobilitat de les espatlles limitada en els últims graus (més a la dreta que a l'esquerra). El seu IB a l'inici de la recerca és de 95.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

És una persona col·laboradora, amb èpoques més estables que altres. Té períodes amb trastorns mixtos d'ansietat i depressió però la seva conducta és normal. Els períodes de més inestabilitat solen coincidir amb menys predisposició a participar en el programa i cal motivar-la més.

Cognitivament té alteracions en les praxis constructives, el pensament abstracte, la memòria a curt termini i la capacitat de resolució de problemes. Malgrat això té capacitat per desenvolupar-se autònomament per a les seves activitats dintre de la residència. Té cura del seu marit en les coses més senzilles. És capaç de sortir de la planta i orientar-se per anar a les diferents dependències (gimnàs, bar, sala d'actes...). És capaç de prendre petites decisions i d'escollir.

Presenta alteració en l'orientació temporal.

Ha passat alguns períodes amb idees de prejudici sobre persones de l'entorn residencial que l'han fet estar més neguitosa.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 23/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 2 errors (funcionament cognitiu normal), al final de període de recerca 5 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 6/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 9 (punt de tall 12-13)

Amb el seu diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i té els sentits conservats.

e) Aspectes socials

Rep visites periòdiques. Surt de la residència per fer altres activitats. És una persona sociable i li agrada parlar amb els altres. Es mostra disposada a ajudar i col·laborar amb els companys.

Habitualment participa en les activitats i tallers que es fan a la residència.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Ella manifesta que no li agrada viure a la residència, que preferiria viure a casa però que ha d'estar aquí perquè a casa no podria cuidar el seu marit. Manté una posició resignada sobre aquest tema: *“però mira, hem d'anar passant com podem”*.

Diu que no hi ha res que la faci patir però, en canvi, no se sent gaire animada. També manifesta que l'edat que té no li molesta.

Diu que es troba bé de salut tot i que considera que *“ara potser és l'època que no et trobes tant bé perquè ets gran”*.

1.1.2 (MCS)

a) Dades generals

Senyor de 85 anys, nascut a la comarca d'Osona. Vidu i amb cinc fills. Viu a la residència per decisió pròpia des del febrer del 2010. Va estudiar fins els 10 anys.

Durant la seva vida ha treballat com a mecànic de motos.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Hipertensió arterial, osteoporosi amb aixafament vertebral, fractura de columna vertebral sense afectació a la medulla espinal, neoplàsia de pròstata, anèmia.

Funcionalitat: Camina amb bastó, amb passes petites i actitud postural en flexió anterior de tronc degut a la cifosi. La força muscular i la mobilitat articular estan conservades. Les seves limitacions venen donades pel dolor lumbar que presenta habitualment. Necessita supervisió per pujar escales. El seu IB a l'inici de la recerca és de 75.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

És una persona animada i molt parladora. Sense alteracions de conducta, ni emocionals significatives. Eutímic i amb les capacitats cognitives conservades.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 30/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 0 errors (funcionament cognitiu normal)
3. Test Rellotge= 9,5/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 18 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits ben conservats.

e) Aspectes socials

Rep visites periòdiques i continuades de familiars i amics, participa en algunes activitats del centre (les que ell escull), sol mantenir una relació cordial amb els altres i és capaç de seleccionar les seves amistats. Surt de la residència per anar amb els seus familiars. Es mostra independent i observador.

f) Percepció individual sobre la seva situació.

Respecte de la seva salut, és conscient que té problemes importants, dels quals parla amb molta normalitat. Ell diu que es troba bé de salut, no té dolor però es troba cansat.

Considera que ha tingut sort en la vida i actualment es troba animat. No li molesta l'edat que té tot i que diu que *“si pogués caminar encara em molestaria menys”*. Està satisfet amb la seva estada a la residència.

1.1.3 (JFG)

a) Dades generals

Senyora de 70 anys, nascuda a la província de Granada.

És vídua i té 5 fills. Viu a la residència des del gener del 2009.

És il·letrada, amb un baix nivell cultural i al llarg de la seva vida s'ha dedicat a diverses activitats, però principalment a les feines de casa.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Trastorns dissociatius de conversió i facticis, malaltia de Parkinson, hipertensió arterial, gonartrosi bilateral, diabetis Mellitus II, síndrome depressiva d'anys d'evolució.

Funcionalitat: Camina amb caminadors tot i que alguns dies presenta dificultat per caminar degut a la malaltia de Parkinson. Quan ha de sortir fora de la residència fa servir la cadira de rodes. Debilitat important a les cames i àlgies diverses. Presenta moments d'on/off i moviments coreics que li dificulten temporalment el desenvolupament autònom (caminar, coordinar i controlar els moviments). És independent per a totes les transferències, excepte per passar de la posició de decúbit supí a la d'assegada. El seu IB a l'inici de la recerca és de 85.

Durant el període de la recerca ha patit deu caigudes (des del febrer fins al setembre, una cada mes, excepte el juliol i l'agost que n'ha fet dues) sense conseqüències importants. Durant el mes d'agost, s'aprecia una davallada en el seu estat físic i cognitiu amb pèrdua d'estabilitat –per a la qual cosa passa a fer servir més sovint la cadira de rodes- , té al·lucinacions i més dificultats per expressar-se i mantenir l'atenció.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

És una persona animada, li agrada el contacte amb les persones i també cridar l'atenció. Presenta un deteriorament cognitiu moderat, amb desorientació temporal, dèficits de memòria episòdica de fixació i immediata, dèficits en la memòria recent i dificultats per trobar les paraules. Aquestes mancances les cobreix amb manipulació de la informació que transmet. No té consciència dels seus dèficits. Té dificultats per ocupar-se de qüestions personals, com per exemple, la gestió dels diners.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 13/27 (punt de tall 18)
2. Pfeiffer= 8 errors (deteriorament cognitiu sever)
3. Test Rellotge= no aplicable.
4. Evocació Categorical= 9 (punt de tall 14)

Per les dades obtingudes en les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

Encara que no té dificultats per comunicar-se i els sentits els té conservats, té una manera peculiar de parlar que fa que a vegades costi d'entendre-la.

e) Aspectes socials

Tot i que la seva situació familiar és força desestructurada, rep suport per a les necessitats més bàsiques, així com visites periòdiques.

És una persona que, per l'evolució de la seva situació social i cognitiva, està en un procés d'incapacitació que s'ha iniciat durant el període de recerca, però no s'ha resolt.

Es mostra sociable amb les persones que li són més afins, li agrada fer bromes i participar en les activitats de la residència.

f) Percepció individual sobre la seva situació

No és possible fer una descripció respecte d'aquest tema perquè no hem pogut fer l'entrevista final, perquè al final del període de recerca ha passat uns mesos fora de la residència, ingressada a l'hospital.

1.1.4 (RGS)

a) Dades generals

Senyor de 96 anys, nascut a la comarca d'Osona.

Vidu des dels 93 anys, no té fills i viu a la residència des del febrer del 2007.

Senyor amb estudis bàsics que ha treballat de fuster.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Anèmia, trombocitopènia, hipertensió arterial, hiperplàsia de pròstata, hemiplegia/hemiparèsia esquerra (1983), insuficiència renal crònica, hipoacúsia.

Funcionalitat: Camina amb bastó i presenta una lleugera debilitat muscular a la cama esquerra deguda a l'accident vascular cerebral (AVC) antic. Pot pujar i baixar escales. Conserva una bona mobilitat articular excepte a les espatlles, on té una lleugera limitació. Té dolor lumbar. És independent per a totes les transferències. El seu IB a l'inici de la recerca és de 100.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Conserva les capacitats cognitives i emocionalment es mostra estable i alegre. A vegades, en la intimitat, se sent trist perquè troba a faltar a la seva senyora a la qual estava molt unit. Segueix rutines pròpies i es desenvolupa de manera autònoma en l'entorn residencial. Té cura de si mateix amb interès i decisió. Mostra voluntat de mantenir-se actiu tant físicament com mental.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 27/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 1 error (funcionament cognitiu normal)
3. Test Rellotge= 9,5/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Catagorical= 12 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

La hipoacúsia limita la seva comunicació amb els altres, però no per això s'aïlla del seu entorn. Conserva la resta de sentits.

e) Aspectes socials

Li agrada participar en les activitats del centre, però també li agrada fer petites activitats en solitari a la seva habitació. És amable i té bona relació amb tothom. Rep visites periòdiques a les quals li agrada atendre amb dedicació.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Considera que es troba bé de salut, tot i que troba que va perdent la memòria i que no està massa animat. Està bé a la residència perquè hi té una ajuda i és com una família (*"...tinc una ajuda de tothom, tens una ajuda que és com una família aquí"; "estic molt bé perquè estic molt ben atès i... què? Una persona ara... jo mateix què faria sol?"*).

Preguntat sobre la sort que ha tingut a la vida, diu que ha tingut moments de tot però destaca positivament els seus anys de joventut i de casat: *"He passat... vida divertida, quan era solter. Molta, molta molt bona vida amb la companyia, perquè vam estar seixanta-sis anys junts i... (...)Miràvem de què... estimar-nos un a l'altre"*.

Considera que ja té massa anys.

1.1.5 (EGV)¹⁰¹

a) Dades generals

Senyor de 85 anys nascut a Barcelona. Vidu des de fa uns cinc anys i amb dos fills. Viu a la residència des de l'abril del 2010.

Té estudis primaris i al llarg de la seva vida ha fet diverses feines (sabater, enguixador, fuster...) però ell destaca la feina de fuster/ebenista.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Sordesa-mudesa de naixement, diabetis mellitus II, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), hipertròfia benigna de pròstata. Hèrnia discal lumbar (2004). Deteriorament cognitiu lleuger (2009).

Funcionalitat: Camina amb bastó, pot pujar i baixar escales. Presenta una lleugera debilitat muscular a les cames i dolor a la zona lumbar, als genolls i al maluc. És independent per a totes les transferències i per a la majoria de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). El seu IB a l'inici de la recerca és de 100.

Durant el període de recerca ha presentat problemes de salut aguts, tots relacionats amb el seu estat general (malaltia respiratòria, diabetis de difícil control i hèrnia discal), i que ha anat superant satisfactòriament.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Persona que ha passat el primer any d'estada a la residència amb períodes d'apatia i d'aïllament, degut sobretot a l'adaptació a la vida residencial, al dol per la mort de la seva senyora, i a les limitacions importants que té per comunicar-se. De mica en mica ha anat trobant el seu espai i el seu entorn relacional, mostrant-se progressivament més actiu i alegre.

A finals del 2010, en detectar-li una certa desorientació i alteracions mnèssiques en el dia a dia, se li fa una valoració neuropsicològica per saber si el seu estat cognitiu ha sofert canvis respecte de l'estudi fet un any enrere. Els resultats apunten cap a la tesi que no hi ha canvis significatius en el seu estat cognitiu. Tot i així, cal interpretar els resultats amb cautela degut a que, en aquest cas, cal administrar les proves a través d'un traductor.

No és possible passar-li les proves cognitives.

d) Comunicació

La seva sordesa-mudesa limita considerablement la seva comunicació amb l'entorn, tot i que emprava altres recursos expressius amb força eficàcia.

e) Aspectes socials

És una persona a qui li agrada el contacte amb els altres, es mostra amable i sempre disposat a ajudar-los. Rep visites de la família i d'amics periòdicament. Habitualment surt

¹⁰¹ L'entrevista s'ha fet a través del seu fill que ha fet d'interpret.

de la residència per anar a fer una passejada. Anys enrere havia estat molt vinculat a l'associació de sord-muts de la ciutat, però a mesura que va anar perdent els amics que hi tenia, ha disminuït el seu contacte amb aquest grup.

Li agrada participar en les activitats de la residència i quan ho fa es mostra alegre i col·laborador.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Ell valora que ha tingut una bona vida, tot i que ha estat sempre pobre. Es troba bé de salut. En l'aspecte físic valora que està bé però no massa pel que fa a memòria. Anímicament també està bé, però manifesta que li agradaria que el vinguessin a veure sord-muts per poder parlar, perquè a vegades s'avorreix.

L'edat que té no li preocupa o, més aviat, diu que no hi vol pensar. Està bé a la residència.

1.1.6 (JGC)

a) Dades generals

Senyor de 86 anys, nascut a la comarca d'Osona i solter. Viu a la residència des de l'any 1990, té estudis primaris i durant la seva etapa laboral ha estat funcionari d'ajuntament.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Deformitats vares congènites de peus, artrosi generalitzada, tremolor, adenoma de pròstata i parèsia d'acomodació ciclopègica.

Funcionalitat: Camina amb caminadors. La seva manera de caminar i de moure's és atàxica. Per desplaçar-se pel carrer necessita cadira de rodes. És independent per a totes les transferències, excepte en la de decúbit supí a sedestació, per a la qual necessita ajuda. Té dificultats en la manipulació d'objectes i dolor lumbar. El seu IB a l'inici de la recerca és de 75.

Durant el període de recerca ha anat perdent independència progressivament, cosa que es manifesta en una major lentitud i més dificultat per manipular objectes. Durant aquest temps ha sofert dues caigudes (agost, setembre) sense conseqüències importants.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

És una persona de caràcter fort i activa que, tot i que sol fer activitats en solitari, li agrada trobar-se en grup i ser-ne el protagonista. Es mostra estable emocionalment, excepte quan té un problema de salut que li limita l'autonomia per desenvolupar-se.

Cognitivament conserva les capacitats bàsiques per decidir i desenvolupar-se en la vida diària, tot i que presenta dèficits d'atenció i concentració que han anat evolucionant progressivament.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 27/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 1 errors (funcionament cognitiu normal)

3. Test Rellotge= 6/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categòrica= 11 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i, malgrat que fa servir ulleres per llegir, manté els sentits conservats en la mesura necessària per contactar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Rep visites esporàdiques. Li agrada participar en la majoria de les activitats de la residència i gaudeix del contacte amb els altres, tot i que també li agrada fer algunes activitats en solitari.

Es relaciona cordialment amb els altres i procura col·laborar-hi sempre que comparteixin el seu criteri i la seva manera de fer les coses.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Considera que ha passat una vida trista però que també està content, que va poder anar tirant endavant tot i quedar orfe. Considera que ha tingut sort.

Sobre la seva situació actual valora que es troba bé de salut però diu que "*ara perdo bastant la memòria*". I d'ànims manifesta que bé, que normalment se sent animat, i quan es desanima procura animar-se ell mateix.

L'edat que té li molesta per les dificultats que li comporta a l'hora de caminar, per la memòria... No hi ha res que l'amoïni especialment.

1.1.7 (AJR)

a) Dades generals

Senyor de 83 anys, nascut a la província de Còrdova, casat i amb dues filles. Viu a la residència amb la seva senyora des del novembre del 2010.

Quant a estudis, coneix les quatre regles bàsiques. Va desenvolupar la seva activitat laboral en diverses tasques, però finalment la més important va estar centrada en una fruïteria de la seva propietat.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Malaltia d'Alzheimer, trastorn esquizoide, diabetis mellitus, cardiopatia, MPOC, gonartrosi bilateral.

Funcionalitat: Camina amb bastó, conserva la força de les extremitats, presenta una lleugera flexió de genolls, on també té dolor, i una rotació externa de maluc. És independent per a totes les transferències i presenta risc de caiguda (escala Tinetti= 21/28 al desembre de 2010). Durant el període de recerca en pateix dues caigudes (maig, juliol). El seu IB a l'inici de la recerca és de 65.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Senyor que es mostra animat i emocionalment estable, però amb una apatia important. Va sempre acompanyat de la seva senyora que el guia en les seves activitats de la vida diària i de relació.

Conserva les capacitats cognitives més bàsiques per relacionar-se amb l'entorn i prendre petites decisions, però té dèficits en la memòria immediata, l'atenció i la concentració. Comprèn les ordres bàsiques. No presenta trastorns greus de conducta, però sovint es comporta de manera lleugerament desinhibida. Fa moltes bromes.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 16/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 5 errors (funcionament cognitiu deficitari) , al final de període de recerca 7 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 3/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 6 (punt de tall 12-13)

Tenint en compte el seu diagnòstic i les dades de les proves cognitives, aquest senyor presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se tot i que, per la seva manera de parlar, a vegades costa d'entendre'l. Manté els sentits en la mesura necessària per interaccionar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Sempre està acompanyat per la seva senyora, de manera que les seves relacions amb l'entorn i amb els altres estan mediatitzades per ella que el protegeix i el dirigeix. Li agrada el contacte amb els altres. Rep visites periòdiques de la seva família. Poques vegades surt de la residència.

Participa en les activitats de la residència però cal animar-lo perquè tendeix a mostrar-se passiu.

Durant el període de recerca han passat uns mesos en què la seva senyora ha tingut problemes de salut i s'ha hagut de desenvolupar tot sol. Durant aquest temps s'han fet més visibles els seus dèficits cognitius (desorientació...) i una major llibertat d'expressió en les seves relacions socials (situacions de grup).

f) Percepció individual sobre la seva situació

Sobre la seva salut no es pronuncia clarament. Diu que alguna vegada té dolor però no li dóna importància, que ell sempre està animat. Diu que no s'avorreix tot i que habitualment no fa res.

1.1.8 (CMG)

a) Dades generals

Senyora de 79 anys, nascuda a la província d'Àvila. No té família propera. Viu a la residència des de finals del 2009 amb el seu marit, del qual té cura perquè el seu estat de salut és delicat. Conserva el pis on ha viscut la major part de la seva vida.

Durant el període de recerca, el seu marit va anar empitjorant fins que va morir (gener, 2011). El matrimoni va tenir una filla que va morir fa 4 anys, aspecte que influeix de manera important en el seu estat anímic.

Va estudiar fins els 16 anys, va treballar en una fàbrica i més tard va fer de brodadora.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Diabetis mellitus, trastorn depressiu, hipertensió arterial, bronquitis, hipoacúsia.

Funcionalitat: Camina sense ajudes tècniques, però té una marxa lleugerament inestable. Conserva la força muscular i la mobilitat articular, encara que amb una lleugera limitació a les espatlles. És independent per a totes les transferències. El seu IB a l'inici de la recerca és de 95.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Senyora que conserva les seves capacitats cognitives. Les circumstàncies familiars (mort de la filla, cura i mort del marit...) l'han portat a haver de superar –en solitari– situacions difícils que l'han afectat emocionalment. Malgrat això ha procurat resoldre totes les situacions pràcticament i tirar endavant. A finals del període de recerca sembla tenir més bona estabilitat emocional, encara que és una senyora que es troba en una situació de dol permanent. És de tarannà reservat.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 27/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 1 errors (funcionament cognitiu normal)
3. Test Rellotge= 9,5/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Catategòrica= 10 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

No té dificultats importants per comunicar-se. Conserva tots els sentits menys l'oïda, que li condiona en algunes ocasions la connexió amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Habitualment fa activitats fora de la residència relacionades amb la seva vivenda habitual abans d'anar a viure a la residència: petites compres i visites periòdiques al cementiri.

Té amistats a dins i a fora de la residència amb les quals manté contacte habitual. Però també li agrada reservar-se moments de solitud.

Participa en les activitats de la residència, encara que ho fa amb discreció, fent un esforç per superar-se i per atenció envers les professionals que la hi conviden.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Ella valora que de salut no està massa bé tot i que, aparentment, no ho sembla. Explica que el cap sempre el té enterbolit, que somia molt i que aquest problema del cap l'ha tingut tota la vida (“...del cap sempre n'he patit molt, que prenc medicament. Llavors somio tant, tant...”). També diu que té dolor i parla de les diverses intervencions quirúrgiques que li han fet durant la vida.

Anímicament se sent molt trista i considera que això li afecta en tots els aspectes: “i la pena que porto a dintre... Això és el tot”; “però la pena em mata (...) cada dia més”. Tot i així es considera una persona activa (“sempre tinc alguna coseta per fer”) i ara vol deixar les coses ben arreglades pel dia en què ella no hi sigui. Diu que no ha tingut gens de sort a la vida i que l'edat que té no li molesta perquè només espera el dia que es pugui reunir amb la seva filla i el seu marit.

A la residència s'hi troba bé, s'hi sent acompanyada i cuidada.

1.1.9 (DMP)

a) Dades generals

Senyora de 83 anys, nascuda a la comarca d'Osona. És soltera i té un fill. Viu a la residència des de l'abril del 2010.

La seva formació a nivell d'escola es redueix a les quatre regles bàsiques. Va treballar en un hotel.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Malaltia d'Azheimer (GDS 5), polimiàlgia reumàtica.

Funcionalitat: a l'inici de la recerca camina amb bastó però amb inseguretat i debilitat a les cames. Posteriorment es substitueix el bastó per uns caminadors que li donen més seguretat i independència. Presenta cifosi, una inclinació lateral dreta de tronc i un valg de genolls amb predominança del dret. És independent per a totes les transferències, però necessita supervisió per a les activitats de la vida diària (AVD) d'higiene i vestit. El seu IB a l'inici de la recerca és de 85.

Durant el període de recerca ha patit tres caigudes (dues al juny i una a l'agost) que no han tingut conseqüències més importants que el dolor per la contusió i el malestar general transitori.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Es mostra emocionalment estable i tranquil·la. Presenta dèficit important de la memòria a curt termini. Conserva la capacitat per relacionar-se i per comprendre les ordres. Gaudeix amb la música i li agrada cantar.

Durant el període de recerca s'ha observat una major estabilització de l'estat d'ànim, lligat a la dels aspectes de salut física i a la seva progressiva adaptació a la residència.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 19/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 5 errors (funcionament cognitiu deficitari) , al final de període de recerca 6 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 6/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 12 (punt de tall 12-13)

Pel diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits conservats en la mesura necessària per contactar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Periòdicament rep la visita de la seva família, la qual li proporciona un bon suport. Esporàdicament surt de la residència.

Es mostra amable amb els altres, però és poc parladora. Sol fer activitats en solitari i participa en activitats de grup de la residència quan hi és convidada. Tendeix a tenir una actitud passiva i amb poca iniciativa però és col·laboradora quan se li demana.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Pel que fa a la salut manifesta que està una mica "*pachucha*" perquè les cames li fan mal, però considera que no es pot queixar. No té problemes per dormir, i de memòria diu que es troba bastant bé. Tot i que sempre havia estat una persona animada, ara manifesta que no ho està gaire.

Valora que ha tingut molta sort a la vida perquè els seus l'estimen i està contenta de l'edat que té. Actualment no hi ha res que la faci patir especialment però diu: "*L'única cosa que a vegades em fa patir penso... Mare de Déu, si em quedés enllitada... i em quedés al llit, que Déu se m'endugui de seguida. Això sí que ho penso. Però de les altres coses, no em fa patir res. Perquè tinc una família que m'estima molt. Em venen a veure molt*".

1.1.10 (MPA)

a) Dades generals

Senyora de 84 anys, nascuda a la província de Còrdova. Està casada i viu a la residència junt amb el seu marit des del novembre del 2010. Té dues filles.

És il·letrada i la seva activitat laboral ha estat lligada a una fruiteria propietat de la seva família.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Hipertensió arterial, portadora de pròtesis a ambdós genolls, diabetis mellitus II, arítmia cardíaca per fibril·lació auricular (portadora de marcapassos), demència vascular, fractura de pubis (2007), fractura de fèmur esquerre (2009), fractura de pubis (2011).

Funcionalitat: Es desplaça amb caminadors, presenta debilitat muscular sobretot al cantó esquerre. Quant a mobilitat, té limitacions a les espatlles, als genolls i al maluc esquerre. Té una història de caigudes repetides. És independent per a totes les transferències. El seu IB a l'inici de la recerca és de 70.

Durant el període de recerca ha patit tres caigudes (una al març i dues a l'abril), la darrera de les quals ha tingut conseqüències importants (fractura pubis). Després del període de recuperació torna a caminar amb caminadors, però amb menys seguretat i alguns episodis de claudicació de l'extremitat inferior esquerra.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Tant psicològicament com emocional es mostra estable i resignada davant les situacions difícils. Està molt pendent del seu marit, amb el qual forma una parella molt centrada en ella mateixa.

Cognitivament conserva les capacitats per desenvolupar-se en la rutina diària de la residència. Li costa comprendre les situacions complexes.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 18/27 (punt de tall 18)
2. Pfeiffer= 5 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= no aplicable
4. Evocació Categòrica= 10 (punt de tall 12-13)

Pel diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

Malgrat que té dèficits en la vista i en l'oïda, pot comunicar-se amb l'entorn. La seva peculiar manera de parlar fa que a vegades costi d'entendre-la.

e) Aspectes socials

El seu cercle de relació es limita a la seva parella, poques vegades té contacte amb altres persones de la residència. Només s'hi relaciona si és necessari, aleshores es mostra amable.

Rep la visita periòdica de les seves filles, que li fan un bon suport. Poques vegades surt de la residència.

Participa en les activitats de la residència, però de manera reservada i poc activa.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Respecte de la salut, considera que últimament ha fet una davallada i que no en té prou. Es troba cansada. Refereix problemes diversos i destaca que fa poc va caure i li van haver de fer una intervenció quirúrgica. Valora que de memòria està bé, però es troba molt desanimada (*"desanimada completamente y cada día te encuentras más apagada"*).

No li molesta l'edat que té. Tot i que diu que no hi ha res que la faci patir, refereix estar preocupada pel seu marit quan veu que no es pot valdre per ell mateix o té alguna dificultat, i ella no el pot ajudar. Diu que ha tingut sort a la vida perquè el seu marit s'ha portat bé amb ella.

Manté una actitud de resignació davant de la seva situació, respecte de la qual es mostra resignada (*"Ir tirando y ya está". "¿Que haremos hija mía?"*).

1.1.11 (MPC)

a) Dades generals

Senyora de 77 anys, nascuda a la comarca d'Osona i vídua. Té dues filles i viu a la residència des del març del 2010.

Té estudis secundaris, un bon nivell cultural i és autodidacta. De soltera va exercir de taquimecanògrafa, quan es va casar es va dedicar a la família i a les feines de la casa.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Fibril·lació i aleteig auricular, insuficiència cardíaca, artrosi localitzada en regió pelviana i cuixa, embolisme i infart pulmonars, insuficiència venosa crònica, portadora de pròtesi de maluc dret. Durant el període de recerca l'han operat de cataractes (març del 2011).

Funcionalitat: A l'inici d'aquest estudi camina amb bastó, però en el transcurs de l'any va experimentant un progressiu deteriorament que la porta a desplaçar-se amb caminadors i la supervisió d'una persona per a trajectes curts, i amb cadira de rodes per a trajectes llargs i/o difícils. Ha patit quatre caigudes (una fora de la residència –desembre- i tres a la residència –juny i agost-) amb conseqüències lleus. El seu IB a l'inici de la recerca és de 65.

Presenta debilitat muscular i limitació de la mobilitat, sobretot a l'extremitat inferior dreta. Té una cifosi important i els seus moviments són molt lents. Necessita ajuda per a les transferències.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Senyora en general estable emocionalment i psicològica, però amb algun període en què es mostra més desanimada. Amb una personalitat complexa, un caràcter fort i exigent tant amb els altres com amb ella mateixa. Fort lligam afectiu envers el seu pare, a qui van matar durant la guerra, i amb una història de vida que probablement ha marcat aquesta personalitat. Li costa acceptar les seves limitacions físiques actuals i la necessitat d'ajuda per a algunes activitats de la vida diària (ABVD).

No té dèficits cognitius importants, de manera que conserva la capacitat de decidir sobre les coses que l'afecten.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 29/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 0 errors (funcionament cognitiu normal)
3. Test Rellotge= 10/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 12 (punt de tall 13)

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits conservats en la mesura necessària per contactar amb l'entorn. Té bones habilitats i recursos socials.

e) Aspectes socials

Té el suport de la família, que la visita periòdicament. Li agrada relacionar-se amb els altres, tot i que és selectiva i exigent. Es mostra amable. Poques vegades surt de la residència.

Participa activament en les activitats de la residència i també li agrada fer activitats en solitari. Durant un període curt de temps va participar en una activitat organitzada fora del centre.

Habitualment expressa la seva opinió i sempre intenta fer les coses molt bé.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Ella considera que, malgrat la seva situació, està bé de salut. Tot i així, durant la conversa manifesta que no pot fer res (ni caminar, ni llegir, ni escriure) perquè es queda "*molt encallada*". Es troba els braços rígids i li costa moure'ls, però no té dolor. De memòria també es troba bé, diu que "*fins i tot en tinc massa. Perquè penso molt, rumio molt, li dono moltes voltes a les coses. Jo crec que és massa, el que tinc de memòria*". Contràriament, d'ànims no se sent bé, diu que se sent decaiguda i que no hi ha res que l'animi.

Valora que no ha tingut gens de sort a la vida. Diu que no li molesta tant l'edat que té com allò que li comporta, manifesta que és aquesta dificultat per fer les coses el que la té preocupada.

1.1.12 (ERP)

a) Dades generals

Senyora de 85 anys, nascuda a la comarca d'Osona. És vídua des de fa 20 anys i té cinc fills. Viu a la residència des del desembre del 2010.

Té estudis primaris i ha estat mestressa de casa.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Hipertensió arterial, demència de probable etiologia mixta (GDS5), hipoacúsia, insuficiència renal crònica, artrosi generalitzada, trastorn depressiu, fractura de fèmur (2009).

Funcionalitat: Es desplaça amb caminadors i per a trajectes llargs o fora de la residència utilitza la cadira de rodes. Presenta una lleugera debilitat muscular, una limitació en la mobilitat articular de l'espatlla i el genoll drets. A nivell postural s'observa una cifosi i una inclinació lateral dreta. Té un risc elevat de caiguda (Escala Tinetti = 13/28 al gener del 2011). El seu IB a l'inici de la recerca és de 55.

Necessita ajuda per a algunes transferències i per a algunes activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Després d'un període inicial d'adaptació a la residència en què es mostra poc satisfeta, diu que li agrada viure-hi (*"Primer em va costar de venir... Però llavors quan vaig estar aquí, ja em va agradar molt. I ara m'agrada molt, eh"*). Habitualment se la veu estable emocionalment.

Cognitivament és capaç de decidir sobre els aspectes més senzills de la seva activitat diària, però presenta desorientació lleu i fluctuant en espai i temps. Té dificultats per comprendre i resoldre situacions complexes, cal tenir en compte que la hipoacúsia també hi influeix.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 15/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 6 errors (funcionament cognitiu deficitari), al final del període de recerca 7 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 3/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 9 (punt de tall 12-13)

Pel diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

La disminució en l'agudesesa del sentit de l'oïda fa que a vegades tingui dificultat per comunicar-se i comprendre una conversa. Conserva la resta de sentits.

e) Aspectes socials

Té bon suport de la família, que la ve a visitar cada dia. Surt poques vegades de la residència, però quan ho fa en gaudeix molt.

Li agrada participar en les activitats de la residència, encara que la seva hipoacúsia fa que a vegades no entengui bé les situacions que s'hi produeixen. Es mostra col·laboradora i la seva participació sol ser de seguir el què fan els altres, amb poca iniciativa i poca interacció amb les altres persones. Expressa la seva opinió sobre les coses.

Encara que habitualment es desenvolupa en solitari, és amable quan les altres persones es relacionen amb ella.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Sobre al seva situació actual, considera que està bé de salut. No té dolor i diu que de memòria "d'abans" en té molta però d'ara no gaire. Refereix que li costa dormir i que es troba animada perquè té uns fills que l'estimen molt.

Li agrada estar a la residència i està contenta dels serveis que li ofereix.

Considera que ha tingut molta sort a la vida perquè sempre l'han estimat, ara només troba a faltar el seu marit. Es manifesta conforme amb l'edat que té i la seva situació: "*He arribat fins ara, estic clara de cap... Què més vull?*". Només la fa patir que els seus fills es posin malalts

1.1.13 (DRB)

a) Dades generals

Senyora de 88 anys, nascuda a la comarca d'Osona. És vídua, té dos fills i viu a la residència des del mes de març del 2010.

No té estudis, explica que va anar molt poc a l'escola perquè havia de cuidar la canalla (germans). Ha estat una dona treballadora durant tota la seva vida. Ha treballat en el sector industrial (tèxtil, pelleria, carn) i ocupant-se de les feines de casa.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics i antecedents: Malaltia d'Alzheimer (GDS4), hipertensió arterial, aterosclerosi d'extremitats amb claudicació intermitent (nafres doloroses al taló i a la cama guarides a principis del 2011), diabetis mellitus II, pielonefritis aguda (2009), fractura de fèmur (2009), neoplàsia de mama (mastectomia, 1995).

Funcionalitat: Es desplaça amb caminadors, al principi del període de recerca camina amb dificultat perquè té dolor a causa de les nafres (sense recolzar el taló ni estendre totalment el genoll), però un cop curades, camina millor. Presenta una lleugera debilitat muscular,

sobretot a les extremitats inferiors. També presenta limitacions a la mobilitat articular de les extremitats inferiors i de les espatlles. El seu IB a l'inici de la recerca és de 55.

Necessita ajuda per a algunes transferències i per a algunes activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Habitualment es mostra reservada però estable emocionalment i tranquil·la. Té bon suport de la família. Les èpoques en que ha tingut dolor per les nafres ha mantingut sempre una actitud molt sofrida, però es manifesta trista i cansada de patir.

Cognitivament és capaç d'entendre les ordres i comprendre globalment les situacions. Manté les capacitats d'orientació en espai, temps i persona. Té capacitat per prendre petites decisions (preferències, activitats...).

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 17/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 3 errors (funcionament cognitiu deficitari), al final de període de recerca 6 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 6,5/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 9 (punt de tall 12-13)

Pel diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits conservats en la mesura necessària per interaccionar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Es relaciona poc amb les altres persones de la residència perquè és molt reservada. Quan ho fa es mostra amable i habitualment és una persona molt ben acollida. Rep visites periòdiques de la seva família. Poques vegades surt de la residència.

Sol fer activitats en solitari (pintar, sortir al jardí...) i també participa en les activitats de la residència. Es mostra col·laboradora.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Preguntada sobre la seva salut, diu que es troba bé però explica des de que es va trencar el fèmur sempre li fa mal una cosa o una altra, i que pot caminar gràcies al caminador. D'ànims no es troba ni molt animada, ni molt desanimada.

La seva opinió respecte de l'edat que té és la següent: *"D'aquesta edat ja no es pot passar gaire. Ja ets gran. Però què hi farem? És llei de vida. En això no hi podem pas fer res"*. Valora que a la vida no ha tingut ni molta sort, ni cap desgràcia però valora positivament que no ha estat mai malalta.

Es troba bé a la residència, li agrada perquè és àmplia, hi ha molta claror i pot sortir a passejar pel pati.

1.1.14 (JRA)

a) Dades generals

Senyor de 82 anys, solter i nascut a la província de Ciudad Real. Els familiars més propers són una germana i un nebot. Viu a la residència des del novembre del 2010.

Té estudis primaris. Laboralment va ser operari d'una fàbrica de motos i també va treballar en un bar familiar.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Arítmia cardíaca per fibril·lació auricular, gonartrosi severa, leucèmia limfàtica crònica, deteriorament cognitiu lleu, crisis comicials (1991).

Funcionalitat: Camina amb bastó, presenta una lleugera debilitat muscular (extremitat superior dreta i extremitat inferior esquerra) i té limitacions en la mobilitat de l'espatlla dreta i del genoll esquerre, amb el qual no acaba de fer l'extensió. Té un lleuger risc de caiguda (Escala Tinetti = 24/28 al desembre del 2010). El seu IB a l'inici de la recerca és de 70.

És independent per a totes les transferències i per a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Habitualment es mostra estable emocionalment, animat i actiu. Li agrada fer les coses a la seva manera i té un tarannà poc flexible. Sovint està disposat a ajudar als altres. Conserva les capacitats cognitives i té capacitat per decidir sobre els aspectes que l'afecten directament.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 26/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 1 errors (funcionament cognitiu normal)
3. Test Rellotge= 9/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 11 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits conservats en la mesura necessària per contactar amb l'entorn. Per la seva manera peculiar de parlar, a vegades costa d'entendre'l.

e) Aspectes socials

Li agrada relacionar-se amb els altres, participa activament en algunes activitats de la residència i manté un cercle de relació estable. Li agrada pintar en solitari. Rep poques

visites de la família més directa, tot i que a la residència també hi viuen uns parents amb els quals té una relació cordial però poc intensa.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Valora que està bé de salut tot i que té una mica de dolor. Dorm bé. Es troba animat i considera que de memòria està bastant bé (*"de memoria me encuentro bastante bien"*). Respecte de la seva edat diu que no li molesta, s'hi sent bé i no hi ha res que el preocupi.

Diu que, ditre de tot, ha tingut sort a la vida perquè *"nunca he tenido que quejarme. En los trabajos siempre he estado bien"*.

A la residència s'hi troba bé.

1.1.15 (JSS)

a) Dades generals

Senyora de 90 anys, nascuda a la comarca d'Osona. Casada i sense fills. Viu a la residència des del desembre del 2009 amb el seu marit. Durant el període de recerca envidua (març de 2011).

Té estudis primaris i havia estat brodadora.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Hipercolesterolèmia, neoplàsia benigna de meninges cerebrals, vertigen, cardiopatia isquèmica crònica, demència vascular.

Funcionalitat: Camina de manera independent i pot pujar escales, tot i que té una certa inestabilitat. Durant el període de recerca ha patit quatre caigudes (febrer, abril, maig, juny) sense conseqüències greus. No té limitacions importants de força muscular ni de mobilitat articular, encara que habitualment té dolor a les cervicals i a les espatlles. És independent per a totes les transferències i necessita supervisió per a les activitats bàsiques de la vida diària d'higiene i vestit. El seu IB a l'inici de la recerca és de 90.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Habitualment és una persona emocionalment estable que, mentre ha tingut el seu marit, ha estat sobreprotegida i amb una relació de dependència entre ambdós molt marcada. Arrel de la mort del marit ha passat uns mesos més trista que habitualment, però dins la normalitat de la situació. Li agrada anar al seu ritme i cuidar el seu aspecte, tal com ha fet durant tota la vida. Les rutines li donen seguretat.

Cognitivament és capaç de comprendre les ordres i situacions més senzilles. Té dèficits en l'orientació i dificultat per mantenir l'atenció. La mort del marit ha evidenciat dèficits que abans suplia ell. Es pot desenvolupar sola només en els espais i les situacions que li són molt conegudes i rutinàries. Té l'hàbit de preguntar quan no entén una cosa.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 22/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 5 errors (funcionament cognitiu deficitari), al final del període de recerca 7 errors (funcionament cognitiu deficitari)
3. Test Rellotge= 6/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 8 (punt de tall 12-13)

Pel diagnòstic i per les dades de les proves cognitives, aquesta senyora presenta un funcionament cognitiu deficitari.

d) Comunicació

La disminució en l'agudesesa del sentit de l'oïda fa que a vegades tingui dificultat per comunicar-se i comprendre una conversa. Conserva la resta de sentits en la mesura justa per interaccionar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Li agrada la relació social i la conversa. Mentre va tenir el marit, la seva relació amb les altres persones estava dirigida per ell. Ella acceptava aquesta situació de bon grat. Quan ha estat sola ha format el seu propi petit cercle de relació. Té facilitat per adaptar-se amb bon humor a les situacions.

Habitualment participa en les activitats de la residència, encara que a vegades cal adreçar-li un procés de motivació. Quan participa en gaudeix.

Rep poques visites i des de la mort del seu marit no sol sortir de la residència, cosa que sí feia en companyia d'ell.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Considera que no té massa salut perquè va una mica feixuga, té dolor en un braç. Respecte de la memòria diu que ara no en té tanta com abans però que recorda moltes coses. Està animada però no excessivament. Preguntada sobre si hi ha res que la faci patir o amoïni diu: *"Mira... ara només penso en el meu marit. Em fa patir pensar que ja no hi és i... sí, això em fa patir"*.

Es troba molt bé a la residència *"perquè aquí hi ha molta educació amb tothom"*.

1.1.16 (MYB)

a) Dades generals

Senyor de 81 anys, nascut a la comarca d'Osona. Està casat. Conviu amb la seva senyora i té dues filles. Assisteix al centre de dia tres dies a la setmana.

Té estudis mitjans. És delineant tècnic de professió. En el seu temps d'oci va ser àrbitre de futbol.

b) Aspectes biomèdics

Diagnòstics: Malaltia de Parkinson i psicosi depressiva.

Funcionalitat: Camina amb bastó. La seva marxa és insegura i amb passes petites. Presenta una debilitat muscular a les extremitats inferiors. Té limitacions en la mobilitat articular i els seus moviments són força rígids. Manté una postura corporal en flexió anterior de tronc i amb cifosi. El seu IB a l'inici de la recerca és de 60.

Necessita ajuda per a algunes transferències i per a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) d'higiene i vestit.

c) Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

El seu estat emocional és variable, amb períodes d'angoixa, tristesa i preocupació que van lligats a la seva patologia de base. En els períodes en què es troba millor anímicament, es mostra col·laborador i participatiu. En els que no, no vol participar i el seu estat no li permet desviar l'atenció del seu estat físic, amb el qual s'obsessiona i reclama atencions mèdiques constants. Persona de caràcter rígid i exigent però participativa.

Cognitivament conserva la capacitat per decidir i escollir quant a les coses més senzilles del dia a dia i és capaç de comprendre les ordres.

Les seves puntuacions en les proves cognitives són:

1. MMSE= 23/30 (punt de tall 24)
2. Pfeiffer= 3 errors (funcionament cognitiu deficitari), al final del període de recerca 1 error (funcionament cognitiu normal)
3. Test Relotge= 7/10 (punt de tall 6)
4. Evocació Categorical= 15 (punt de tall 12-13)

d) Comunicació

No té dificultats per comunicar-se i manté els sentits conservats en la mesura necessària per contactar amb l'entorn.

e) Aspectes socials

Sol fer activitats en solitari i quan està en grup és selectiu i exigent amb les altres persones. Li agrada ser el protagonista. Viu a casa amb la seva senyora i surt per anar al centre de dia i, de tant en tant per anar a fer un cafè o a dinar a casa de la filla. Té amics però últimament no es veuen gaire.

f) Percepció individual sobre la seva situació

Respecte de la salut diu que està bé però explica que la seva malaltia hi ha dies que li ho fa passar malament, també parla que fa uns dies va caure i ara té dolor i molta por de caure. Normalment dorm bé. I de memòria es troba "*al màxim. Sí, sí. La memòria, rai, no em falla pas*". Reconeix que d'ànims no es troba gaire bé i preocupat per la manera com es troba (malaltia, dolor, por de caure).

No li molesta l'edat que té i considera que ha tingut sort a la vida, perquè s'entén molt bé amb la seva família.

Es troba bé al centre de dia i considera que està ben atès.

1.2 CARACTERÍSTIQUES DEL CENTRE ON S'UBICA LA RECERCA

Les persones que participen en la recerca estan vinculades a una institució privada sense ànim de lucre (Fundació Hospital de la Santa Creu) que gestiona diversos serveis relacionats amb les persones grans. La residència assistida i el centre de dia "El Nadal", formen part d'un complex residencial de la ciutat de Vic que, a més, acull un servei d'ajuda a domicili i d'atenció a la llar i pisos amb serveis. El complex és de nova construcció (inaugurat a l'octubre del 2009), però els seus antecedents s'ubiquen a l'Hospital de la Santa Creu on ja hi havia una residència assistida de 55 places.

La residència actual té 144 places repartides en quatre plantes que s'han anat omplint progressivament en el transcurs d'un any. El 80% de les places són de tipus concertat, la resta són privades. La majoria dels residents són persones grans amb un grau mitjà/elevat de dependència, i la mitjana d'edat sobrepasa els 80 anys. Les plantes tercera i quarta estan adreçades a persones grans amb demències i/o problemes de mobilitat importants. La primera i la segona, a persones grans més autònomes i amb les capacitats cognitives més preservades. Les persones de la residència que participen en aquest estudi estan ubicades en aquestes dues darreres plantes.

L'equip d'atenció està format per una gran diversitat de professionals (educació social, educació física, fisioteràpia, infermeria, medicina, neteja, treball social, teràpia ocupacional, psicologia...) que treballen en equip interdisciplinari. L'acció del conjunt de professionals s'emmarca en els tres models descrits en el capítol II, punt 5.3 d'aquesta tesi: el tecnocràtic, l'assistencial i el participatiu.

El centre de dia té 30 places. Està obert des de les 8:00h fins les 16:30h. Atén persones grans que necessiten suport en les activitats de la vida diària, estimulació i/o activitat social. Unes conserven les seves capacitats físiques, cognitives i socials per desenvolupar-se de manera independent en tasques senzilles, d'altres presenten limitacions cognitives importants.

El centre de dia és un servei que, al mateix temps, dona suport a la família perquè acull a la persona gran per unes hores, durant les quals la persona que habitualment en té cura, pot fer altres activitats. Es complementa amb les atencions pròpies de l'entorn familiar.

L'equip de professionals és més reduït que a la residència, però com que el centre de dia està ubicat al mateix recinte, es beneficia de les seves accions sempre que és necessari. Una de les persones que participa, i que ha acabat el període de recerca, és un usuari del centre de dia.

2 ACTIVITATS REALITZADES

Aquest punt inclou la descripció detallada de les activitats realitzades durant un any amb el grup de persones que formen part de la recerca. Es correspon amb la implementació del programa descrit en el capítol IV d'aquesta tesi. Es centra en la **dimensió d'anàlisi de la sessió** i pren com a referència els seus criteris de qualitat –descrits en el punt 4.6.1 del capítol VI-.

Per fer la descripció de tot allò que en realitat ha succeït durant aquest període de temps, farem servir la documentació –escrita i visual- recopilada en el treball de camp: sessions planificades i fetes, diari de camp i les filmacions de 59 sessions (73,75%). Per a l'anàlisi i tractament de les dades procedents d'aquesta documentació hem fet servir els *softwares* *Statgraphics Plus 4.1*, *Excel 2007* i *Atlas.ti 7*.

Aquesta informació l'agruparem en els següents apartats:

- a) **Participació:** es fa constar la mitjana de persones per sessió/mes.
- b) **Seguiment del programa:** consisteix a comprovar si realment s'ha seguit el programa previst. Per a això es comprova si s'han treballat els continguts en la proporció i la freqüència previstes (es prenen com a referència les taules *Orientacions per a la distribució de continguts*¹⁰²).

Complementàriament, en el **primer nivell de programació** (de la unitat de treball al plantejament de la sessió), també es mira si els continguts previstos s'han treballat en el moment previst (es prenen com a referència les taules *Orientacions per a la distribució del treball en el temps*¹⁰³). En aquest punt, recordem que la distribució del treball que fa el VAFiD està en funció de les estacions de l'any.

Es comprova –a partir dels fulls de sessió i de les filmacions- si coincideixen els continguts previstos en la taula de referència amb els continguts de la sessió planificada i feta. Es distingeix entre les següents situacions:

1. Aspecte planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst. Això vol dir que coincideix allò planificat amb allò realment treballat de manera prioritària i en el moment previst.
2. Aspecte planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP) en el moment previst. Aquest cas fa referència a que en realitat s'ha donat prioritat a un aspecte planificat com a complementari.
3. Treballat adequadament, seguint la línia de la planificació del moment, però no planificat (TANP). Aquest cas es dona quan s'afegeixen sessions o aspectes a treballar per tal de consolidar un treball iniciat. Generalment són sessions no previstes en la programació però que tenen relació amb la dinàmica de treball i del grup (acabar un treball iniciat en sessions anteriors i que no s'ha acabat, interès del propi grup).
4. Aspecte planificat però no treballat (PNT). Un aspecte que estava previst en la planificació però en realitat no s'ha treballat durant la sessió.

¹⁰² Vegeu Capítol V pàgines 164, 167, 170 i 174

¹⁰³ Vegeu capítol V pàgines 165, 168, 171 i 175

5. Aspecte treballat fora de la línia de treball planificada (TFP). Són continguts treballats que no tenen una relació clara amb la línia de treball planificada d'aquell moment. Això sol ser degut a situacions excepcionals que fan canviar o modificar el treball puntual d'un dia.

De totes aquestes situacions, les tres primeres indiquen que el programa es segueix segons allò previst en cada moment, i les dues últimes indiquen que no es segueix la distribució en el temps del treball que s'hi havia previst.

En aquest punt volem recordar, tal com ja s'explica en el programa, que la planificació que s'ha seguit per a la implementació del VAFiD és una orientació per a ordenar el treball però que es segueix amb flexibilitat per tal d'adaptar-lo a la dinàmica i la resposta del grup.

Per al **segon nivell de programació** es comprova si el que es planifica en el full de sessió es duu a la pràctica realment. Si les tasques que s'han planificat s'han acabat duent a terme tal com estaven previstes (amb el mateix material, la mateixa organització del grup, la mateixa manera de fer servir la música i la mateixa progressió), o no. En aquest cas es considera que les modificacions (M) no alteren l'essència de la sessió, perquè si és així s'entén com de una nova. Per això aquestes modificacions, producte de l'adaptació de les activitats a la resposta del grup, no són un "incompliment" del programa sinó que més aviat són un indicador de qualitat perquè, tal com consta en el plantejament del VAFiD, les tasques i situacions s'han d'adaptar a la resposta dels participants.

- c) **Ús de material.** Es tracta de comprovar quin és l'ús que es dona al material durant les sessions. Es fa constar:
 1. Si es fa servir material o no
 2. El nombre d'objectes diferents que es fan servir en una mateixa sessió
 3. Com es fa servir aquest material (individualment o compartit)
- d) **Ús de la música.** Es fan constar les modalitats d'ús de la música que s'han fet servir a cada sessió (fons sonor, mitjà d'inspiració, guia o manteniment de l'activitat).
- e) **Organització del grup.** Es fan constar:
 1. Els diferents tipus d'organització del grup que s'han fet servir durant la sessió (dispersió, cercle, files/columnes, zones/estacions/petits grups)
 2. La forma de treball que han requerit (individual o compartit).
- f) **Ús del temps.** Tot i que no s'han previst estàndards de qualitat per a aquest ítem, hem inclòs una descripció general de com s'ha fet servir el temps de sessió. Hem distingit entre el temps de compromís motor (TCM) –el que la persona gran pot dedicar a elaborar la seva resposta motora- i altres temps (TA) –temps dedicat a altres activitats com ara rebre informació, organització o espera-. Considerem que és una referència i un complement que ens ajuda a comprendre la dinàmica i el ritme de treball durant les sessions. Determinem aquest temps mitjançant l'INE elaborat *ad hoc*.

- g) **Globalitat de la sessió.** En aquest apartat fem un informe valoratiu de sessió (IVS) a partir de la triangulació de fonts d'informació: full de sessió, anotacions del diari de camp i filmacions¹⁰⁴.

Des de la constitució del grup fins el final del període de recerca, hem fet 112 sessions¹⁰⁵ les 32 primeres de les quals formen part del període inicial d'adaptació i estabilització (de maig a setembre) del grup¹⁰⁶. Tot i que no seran analitzades amb detall en aquesta recerca, sí que hi farem una breu referència perquè considerem que constitueixen un antecedent que cal tenir present a l'hora d'emmarcar i comprendre l'essència i la idea de globalitat de l'estudi.

Les 80 sessions restants són les que són objecte d'anàlisi en aquesta tesi i que corresponen a les desenvolupades durant un any natural (d'octubre a setembre).

Així, durant el primer període s'han desenvolupat sessions corresponents a les unitats de treball de la *primavera* i l'*estiu*, encara que de manera incompleta. En el segon període, de recerca, s'han fet les sessions corresponents a les unitats de treball de la *tardor*, l'*hivern*, la *primavera* i l'*estiu*, completant tota la programació proposada en el VAFiD.

2.1 SESSIONS FASE INICIAL

Aquesta fase inclou 32 sessions que s'han desenvolupat entre el maig i el setembre de 2010.

Pel que fa a la participació, durant aquest període el grup es va estabilitzant progressivament. Algunes persones deixen de participar-hi per raons diverses i d'altres s'hi incorporen de nou perquè han ingressat a la residència o al centre de dia, volen participar-hi i compleixen els criteris d'inclusió establerts¹⁰⁷. Tot i el moviment de participants en el grup, la mitjana de persones per sessió ha variat relativament poc, entre 11 i 15 persones.

Taula 46. Participació. Mitjana de persones/sessió fase inicial.

Mes	Assistències	N. sessions	Mitjana
Maig	30	2	15
Juny	93	8	11,6
Juliol	86	6	14,3
Agost	86	6	14'3
Setembre	125	9	13,8
Total període	420	32	13,1

¹⁰⁴ Vegeu capítol VI, punt 4.5

¹⁰⁵ Vegeu annex 27. Carpetes sessions desenvolupades

¹⁰⁶ Vegeu capítol VI, punt 4.3

¹⁰⁷ Vegeu capítol VI, punt 4.3

Les sessions d'aquesta fase s'inicien a la meitat de la unitat de treball de la *primavera* i continuen amb la de l'*estiu*. Aquestes unitats es segueixen globalment però amb una certa irregularitat respecte d'allò programat, la causa de tres raons fonamentals:

1. El grup és poc estable pel què fa als participants
2. El grup està en fase de familiarització amb l'activitat
3. Coincideix amb una època de l'any en què hi ha algunes interrupcions en la continuïtat del treball (vacances, aspectes organitzatius interns del centre, obtenció de permisos i recollida de dades prèvies per a la recerca)

Això fa que no es segueixi estrictament el programa, afegint o eliminant algunes sessions per tal d'adaptar-nos a la dinàmica del grup. A final d'aquesta fase també s'han dedicat algunes sessions a administrar les proves PRE per a la recerca.

Els continguts treballats en aquesta fase han anat seguint els previstos, però amb algunes modificacions.

En les 32 sessions fetes durant aquest període s'han treballat els continguts previstos en un 77,4% de les ocasions i altres tipus de treballs (no previstos o situats fora de la línia de la planificació) en un 22,5%¹⁰⁸.

Pel que fa a les tasques dutes a la pràctica (segon nivell de planificació), en 17 (53,1%) de les 32 sessions planificades, hem fet lleugeres modificacions respecte d'allò previst (canvis de material o música, canvis en l'organització del grup, canvis en la progressió d'alguna tasca...) amb la finalitat d'adaptar-nos a la resposta del grup, i en 10 (3,1%) hem dut a la pràctica les tasques de la sessió tal com estaven previstes.

En definitiva, aquest ha estat un període de temps dedicat a iniciar la implementació del programa, que ha permès que els participants el coneguessin i definitivament poguessin, per una banda, comprovar si el programa era del seu interès i per altra, decidir si volien participar en aquest estudi.

2.2 SESSIONS OBJECTE D'ESTUDI

Després de la fase inicial es realitzen les 80 sessions objecte d'anàlisi en aquesta tesi. Corresponen a un cicle sencer del programa VAFiD, que comença amb la unitat de treball de la *tardor* i acaba amb la de l'*estiu*.

A continuació descrivim les activitats realitzades durant el període que va des de l'octubre del 2010, fins al setembre del 2011.

2.2.1 PARTICIPACIÓ

Les incidències en la participació en el programa han estat les següents:

- a. El mes d'octubre inicia la seva participació en el grup una persona que acabarà fent-ho de forma continuada només durant sis sessions. Es descarta per a l'estudi.

¹⁰⁸ Vegeu annex 28: Aspectes realment treballats. Fase Inicial

- b. Hi ha una persona que participa durant tot el període de recerca, però hi assisteix a raó d'un dia a la setmana.
- c. Durant el mes de gener s'incorporen al grup quatre persones que acaben participant amb continuïtat en el programa. S'inclouen en l'estudi.
- d. Durant els mesos de gener, març, maig i juny respectivament, són èxits 4 dels participants en el programa. Es descarten per a l'estudi.
- e. De la resta de participants n'hi ha quatre més que també es descarten per a l'estudi perquè han deixat de participar-hi (una per problemes de salut i dues per fragilitat i apatia) o han tingut períodes de no assistència llargs (una persona per raons de salut)
- f. Pel que fa a la forma de participació, de les setze persones que formen part de l'estudi, n'hi ha quatre a les quals cal recordar cada dia que és dia d'activitat física i a les que cal acompanyar en el desplaçament fins a la sala de treball. D'altres vénen per elles mateixes i ad'altres cal motivar-les però acaben participant. (Vegeu taula 47.¹⁰⁹)

Taula 47. Tipus d'assistència i freqüències

Assistència	Tipus	Freqüències
Sí	Assisteix autònomament	628
	Cal recordar-li	49
	Cal acompanyar-lo	16
	Cal recordar-li i acompanyar-lo	255
	Cal motivar-lo	29
No	Es desconeix la raó	60
	Té altres obligacions o activitats	57
	Malalt o no es troba bé	44
	No vol venir	8

La mitjana de persones per sessió que han participat en el programa al llarg de l'any, ha estat de 14. Exceptuant els mesos de gener (moment en què s'incorporen quatre persones) i febrer (moment en què es donen de baixa algunes persones), la participació ha estat força estable, tal com mostra la figura 25 (mitjana pers/sessió) i la taula 48 (tendència de l'assistència per sessió).

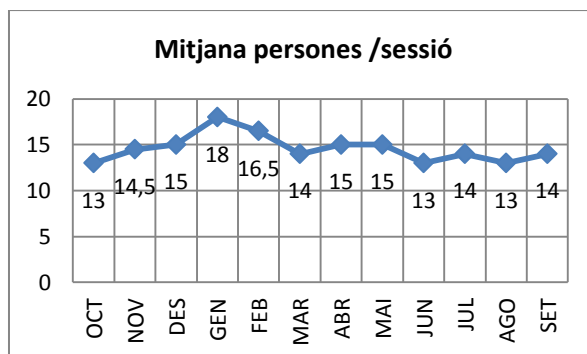


Figura 25. Representació gràfica de la mitjana de persones per sessió al llarg de l'any

¹⁰⁹ En les dades d'aquesta taula hi estan incloses les assistències/no assistències de totes les persones, també les d'aquelles que posteriorment s'han descartat per a l'estudi.

Taula 48. Tendència de l'assistència per sessió

Mitjana	14,46
Mediana	14
Moda	15
Desviació típica	1,89

2.2.2 SEGUIMENT DEL PROGRAMA.

El treball realitzat en cada una de les unitats de treball s'ha ajustat a allò planificat segons es mostra a continuació.

Prenent com a referència les taules *Orientacions per a la distribució de continguts*¹¹⁰ (on consta la proporció i la freqüència dels diferents continguts prioritaris a treballar en el conjunt de cada unitat, però sense determinar com es distribuiran en el temps, ni com es combinaran entre ells), la freqüència dels continguts desenvolupats durant tot l'any ha estat la que mostra la següent taula¹¹¹.

Taula 49. Comparació de la freqüència de continguts previstos i continguts realment treballats (totes les unitats)

Àmbit continguts	Freq. prevista	Freq. real	Diferència
Cap. Físico-motrius	36	34	-2
Cap. Perceptivo-motrius	72	74	+2
Cap. Socio-motrius	36	33	-3
Cap. Cognitives	16	19	+3
TOTAL	180	180	0

En números absoluts, la freqüència de treball real dels continguts és pràcticament idèntica a la prevista en la programació del programa.

Si observem les dades relatives (vegeu taula 50), cosa que ens permet diferenciar per unitats, observem que les unitats en les que s'ha treballat més d'acord amb allò previst són les de *l'hivern* i *l'estiu* seguides de la *primavera*. La unitat de la *tardor* és la que s'ha allunyat més del programa establert, treballant les capacitats perceptivo-motrius un 9,7% més del previst i les capacitats socio-motrius, un 5,9% menys. També es pot observar la connexió entre els diferents àmbits de continguts perquè sempre que s'ha treballat més intensament en un, ha estat en detriment dels altres i a l'inrevés. En el conjunt del programa s'ha donat més importància de la prevista a les capacitats perceptivo-motrius i a les cognitives, i menys de la prevista a les capacitats físico-motrius i a les socio-motrius, encara que amb uns percentatges inferiors al 8%.

¹¹⁰ Vegeu capítol V taules 14, 16, 18, 20.

¹¹¹ Vegeu Annex 29. Aspectes realment treballats. Sessions objecte estudi

Taula 50. Percentatge (%) de continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat

Àmbit	Previst	Tardor		Hivern		Primavera		Estiu		Total dif.
		Real	Dif.	Real	Dif.	Real	Dif.	Real	Dif.	
Cap. Físico-motrius	22,5	19	(-)3,5	22,5	(=)0	25	(+)2,5	18,4	(-)4,1	(-)5,1
Cap. Perceptiuvo-motrius	45	54,7	(+)9,7	45	(=)0	37,5	(-)7,5	47,3	(+)2,3	(+)4,5
Cap. Socio-motrius	22,5	16,6	(-)5,9	17,5	(-)5	27,5	(+)5	21	(-)1,5	(-)7,4
Cap. Cognitives	10	9,5	(-)0,5	15	(+)5	10	(=)0	13,1	(+)3,1	(+)7,6

Per tal de comprovar si aquestes diferències són estadísticament significatives o no, fem una comparació de proporcions per a cada bloc de continguts i cada unitat de treball. Tal com es mostra en la següent taula, les diferències entre el programa previst i el realment dut a la pràctica no són estadísticament significatives ($p > 0,05$), de manera que podem afirmar que el programa que avaluem es correspon plenament amb el previst.

Taula 51. Significació de la diferència entre continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat (comparació de proporcions).

Àmbit	Previst per a cada una de les unitats		Realment treballat							
	N. sessions	Freq. continguts	Tardor		Hivern		Primavera		Estiu	
			Freq.	p	Freq.	p	Freq.	p	Freq.	p
Capacitats Físico-motrius	20	9	8	0,69	9	1	7	0,65	7	0,65
Capacitats Perceptivo-mot.	20	18	23	0,41	18	1	18	0,85	18	0,85
Capacitats Socio-motrius	20	9	7	0,45	7	0,57	8	0,87	8	0,87
Capacitats Cognitives	20	4	4	0,87	6	0,49	5	0,67	5	0,67
TOTAL	80	40	42		40		38		38	

Si en lloc de mirar-nos-ho segons la freqüència de treball de continguts ho fem per sessions (seguint les taules *Orientacions per a la distribució del treball en el temps*¹¹²), observem, en la següent taula, que la majoria de les sessions planificades s'han dut a la pràctica¹¹³.

Taula 52. Tipus de sessions fetes realment.

Tipus de sessions	Tardor	Hivern	Primavera	Estiu	Total
	n	n	n	n	n
Planificades i fetes (SPF)	16	20	17	19	72
Planificades no fetes (SPNF)	2	0	3	1	6
Planificades com a dues però transformada en una de sola	1	0	0	0	1
Afegides (SA)	4	0	3	0	7
Total sessions fetes	21	20	20	20	80

¹¹² Vegeu capítol V Taules 15, 17, 19, 21.

¹¹³ Vegeu annex 29. Aspectes realment treballats. Sessions objecte d'estudi.

Resumint, de les vuitanta sessions objecte d'estudi, setanta-dues (el 90%) de les sessions fetes han format part de la planificació; sis (el 7,5%) sessions de les planificades no s'han fet; una sessió ha estat transformada i se n'han afegit set (el 8,75%) al conjunt de la planificació.

Un cop comprovat que no hi ha diferències significatives entre els continguts a treballar en el programa previst i els que realment s'han desenvolupat, vejam a continuació si el treball de continguts s'ha distribuït en el temps tal com estava previst¹¹⁴. Les següents taules mostren en quin grau (%) s'han treballat adequadament els continguts dins del període programat per a cada una de les unitats de treball.

Taula 53. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: *Trador*

Contingut	Freqüència / de total continguts		Grau seguiment
Planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst	30/52	41/52	Seguiment 78,8%
Planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP), moment previst	2/52		
Treballat adequadament, seguint línia de treball del moment, però no planificat (TANP)	9/52		
Treballat fora línia de treball del moment planificada (TFP)	1/52	11/52	No seguiment 21,1%
Planificat però no treballat (PNT)	10/52		

Taula 54. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: *Hivern*

Contingut	Freqüència / de total continguts		Grau seguiment
Planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst	37/43	40/43	Seguiment 93%
Planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP), moment previst	3/43		
Treballat adequadament, seguint línia de treball del moment, però no planificat (TANP)	0/43		
Treballat fora línia de treball del moment planificada (TFP)	0/43	3/43	No seguiment 6,9%
Planificat però no treballat (PNT)	3/43		

Taula 55. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: *Primavera*

Contingut	Freqüència / de total continguts		Grau seguiment
Planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst	31/49	40/49	Seguiment 81,6%
Planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP), moment previst	3/49		
Treballat adequadament, seguint línia de treball del moment, però no planificat (TANP)	6/49		
Treballat fora línia de treball del moment planificada (TFP)	0/49	9/49	No seguiment 18,3%
Planificat però no treballat (PNT)	9/49		

¹¹⁴ Vegeu annex 29. Aspectes realment treballats. Sessions objecte d'estudi.

Taula 56. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Unitat de treball: Estiu

Contingut	Freqüència / de total continguts		Grau seguiment
Planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst	35/43	38/43	Seguiment 88,3%
Planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP), moment previst	2/43		
Treballat adequadament, seguint línia de treball del moment, però no planificat (TANP)	1/43		
Treballat fora línia de treball del moment planificada (TFP)	0/43	5/43	No seguiment 11,6%
Planificat però no treballat (PNT)	5/43		

Les unitats de treball de *l'hivern*, *l'estiu* i la *primavera* mostren un grau de seguiment superior al 80% i la de la *tardor*, la que menys, un 78,8%. De manera que podem dir que no només s'ha complert el programa previst quant a la freqüència amb què s'han treballat els continguts, sinó que també en la manera com s'han distribuït en el temps.

S'observa com el grau de seguiment de la distribució del treball en el temps manté la mateixa que el grau de seguiment del programa pel que fa a la freqüència i el percentatge de treball de continguts¹¹⁵: hivern, estiu, primavera i tardor (ordenades de més seguiment a menys).

Per al conjunt del programa, la distribució del treball en el temps es segueix en un 85,02%.

Taula 57. Seguiment del programa: distribució de continguts en el temps. Primer nivell de planificació. Tot el programa

Contingut	Freqüència / de total continguts		Grau seguiment
Planificat i treballat com a prioritari (PTP), moment previst	133/187	159/187	Seguiment 85,02%
Planificat com a complementari i treballat com a prioritari (PCTP), moment previst	10/187		
Treballat adequadament, seguint línia de treball del moment, però no planificat (TANP)	10/187		
Treballat fora línia de treball del moment planificada (TFP)	1/187	28/187	No seguiment 14,9%
Planificat però no treballat (PNT)	27/187		

Vejam a continuació què ha passat en el **segon nivell**¹¹⁶ de programació. Durant el desenvolupament del programa s'ha seguit sempre el procés que es mostra en la següent taula.

¹¹⁵ Vegeu Taules 50 i 51 d'aquest mateix capítol (Percentatge (%) de continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat. i Quadre 51: Significació de la diferència entre continguts previstos i continguts realment treballats en cada unitat (comparació de proporcions).

¹¹⁶ Vegeu annex 29. Aspectes realment treballats. Sessions objecte d'estudi.

Taula 58. Procés seguit per a la planificació i el seguiment de les sessions

Moment	Activitat	
Abans de fer la sessió	Planificació de la sessió ¹¹⁷ seguint les “orientacions per a la distribució del treball en el temps”.	
Durant la sessió	Desenvolupament de la sessió (en total 80) i filmació (en total 59)	
A l’acabar la sessió	Si s’escau, registre de les modificacions fetes durant el desenvolupament de la sessió ¹¹⁸	
El mateix dia en què s’ha fet la sessió	Elaboració del diari de camp	Comprovació de les modificacions fetes durant el desenvolupament de la sessió
Dies posteriors	Observació de les filmacions	

Seguit aquest procés per a totes les sessions objecte d’estudi, es fa un recompte de totes les que han tingut modificacions en les activitats previstes¹¹⁹. Si són modificacions que afecten al treball dels continguts previstos, es fa constar en l’apartat de continguts, si són modificacions/adaptacions que no alteren l’essència de la sessió (canvi de material, d’organització del grup, canvi en l’ordre de les tasques...) es fa constar en la columna de la sessió corresponent amb una (M). Les activitats/tasques de les sessions s’han modificat/adaptat tal com es mostra en la següent taula.

Taula 59. Seguiment del programa: modificació de les activitats. Segon nivell de planificació

Activitats desenvolupades	Tardor	Hivern	Primav.	Estiu	TOTAL VAFiD
	N sessions	N sessions	N sessions	N sessions	N sessions
Tal com estaven previstes en el full de sessió	7	2	2	2	13
Amb modificacions /adaptacions respecte d’allò previst en el full de sessió	13	18	17	17	65
Especials (per circumstàncies diverses)	1	0	1	0	2
Total sessions	21	20	20	19	80

En tretze de les sessions (16,2%) les activitats/tasques s’han desenvolupat tal com estaven previstes en el full de programació de la sessió. S’han fet dues sessions “especials” (modificades considerablement respecte d’allò previst) que s’han hagut de transformar per situacions alienes al programa. En seixanta-cinc (81,2%) de les sessions s’han fet modificacions que no han trencat l’essència de la sessió prevista. Aquest fet no tan sols no denota una manca de seguiment del programa, sinó que evidencia la flexibilitat i la posada en pràctica d’un criteri metodològic bàsic del VAFiD¹²⁰, que és la constant adaptació de les propostes a la resposta del grup. Modificacions que, gràcies a la guia del programa, es poden fer de manera que no es perdi la línia de treball i, al mateix temps, s’adapti a les necessitats i respostes del grup. Per tant, és un indicador de qualitat del programa.

¹¹⁷ Vegeu annex 12. Full de sessió

¹¹⁸ Vegeu annex 27. Sessions desenvolupades/Sessions objecte d’anàlisi.

¹¹⁹ Vegeu annex 29. Aspectes relament treballats. Sessions objecte d’estudi.

¹²⁰ Vegeu capítol V, punt 4.2

2.2.3 ÚS DE MATERIAL

L'ús que s'ha donat al material durant el desenvolupament del programa ha estat com es descriu a continuació.

Hem fet servir material en 72 sessions (90%) i en 8 (10%), no.

Si ens fixem en el nombre d'objectes (de diferent denominació) que hem emprat en cada sessió, observem que el més freqüent és fer servir un o dos objectes diferents i que pràcticament mai no se n'utilitzen més de tres. En el conjunt del programa s'han fet servir trenta-dos tipus d'objectes diferents.

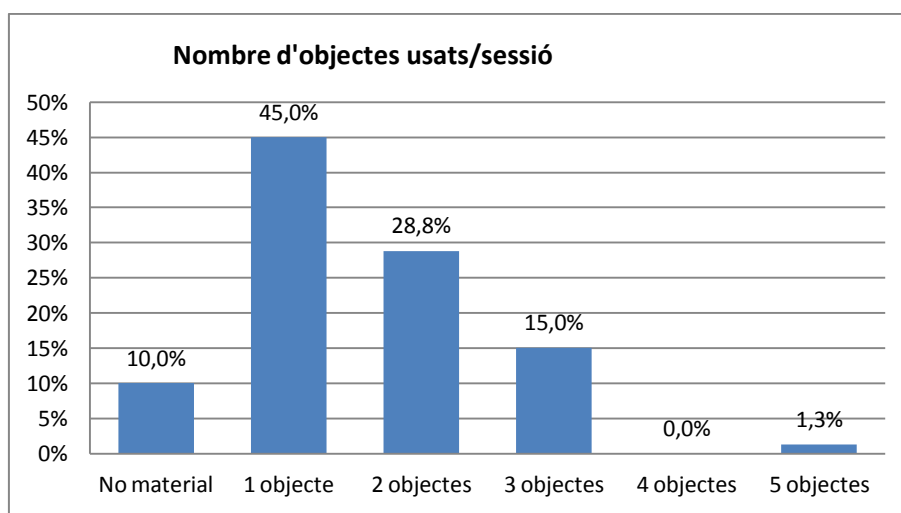


Figura 26. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en que s'ha fet servir material, pel nombre d'objectes diferents que s'han emprat en una mateixa sessió.

Pel que fa a la freqüència en la utilització de material convencional (pilotes, cordes, cercols, piques...) i material alternatiu (papers, objectes vida diària, mobiliari exterior...), observem que s'han fet servir pràcticament en la mateixa proporció, amb un percentatge lleugerament superior a favor del material alternatiu.

Taula 60. Ús tipus de material: freqüència i percentatge

Tipus de material		N		%	
Convencional AF (pilotes, cercols, piques...)		68		47,8	
Alternatiu	Vida diària (papers, targetes...) / infraestructures (cadires, mobiliari exterior...)	33	74	23,2	52,1
	Materials amb altres usos (cintes Nadal...)	41		28,8	
Total		142		100	

Quant a la manera de fer-lo servir (individualment o compartit) observem que en el 40% de les sessions s'ha fet de manera exclusivament individual, en el 17,5% exclusivament de forma compartida, en el 32,5% hem compaginat ambdós usos, i en el 10% de les sessions no n'hem utilitzat.

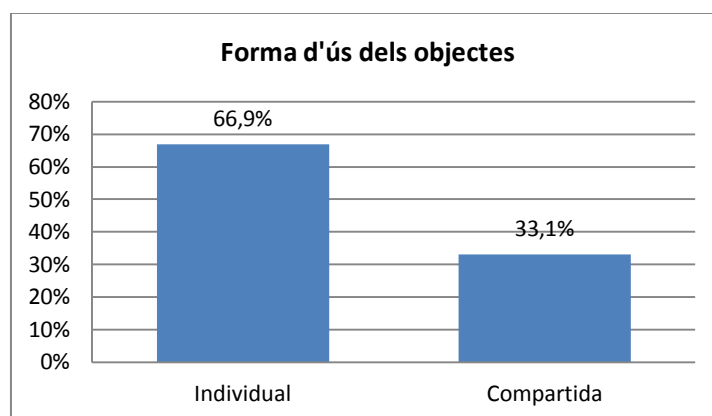
Taula 61. Forma d'ús del material per sessions: freqüència i percentatge.

Forma d'ús	N Sessions	%
Individual	32	40
Compartida	14	17,5
Individual i compartida	26	32,5
Sense ús de material	8	10
Total	80	100

Observem que els trenta-dos tipus diferents d'objectes utilitzats s'han fet servir principalment de manera individual.

Taula 62. Forma d'ús dels diferents objectes

Forma d'ús	Freqüència	%
Individual	95	66,9
Compartida	47	33,1
Total	142	100

**Figura 27. Representació gràfica de la forma d'ús dels objectes durant el programa**

Així que l'ús del material es caracteritza per:

- Ser present en la majoria de sessions (90%).
- El més corrent és fer servir un o dos tipus d'objectes durant la sessió
- En moltes sessions es fa servir el material combinant l'ús individual i el compartit.
- Hi ha un equilibri entre la freqüència d'ús de material convencional i alternatiu
- Hi ha un clar predomini de l'ús individual per sobre del compartit.

2.2.4 ÚS DE LA MÚSICA

Hem fet servir la música en més del 85% de les 80 sessions objecte d'estudi. Hem utilitzat totes les modalitats (en 115 ocasions) amb un clar predomini de la funció com a fons sonor (FS) n=58 (50,4%), seguida per les funcions de manteniment de l'activitat (MA) n=35 (30%), guia (G) n=15 (13%) i mitjà d'inspiració (MI) n=7 (6%).

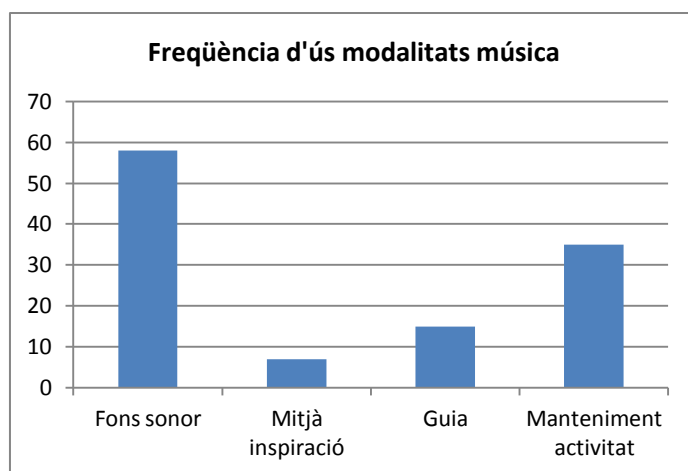


Figura 28. Representació gràfica de la freqüència d'ús de modalitats de música durant tot el programa

En diverses ocasions, durant les sessions s'empra més d'una modalitat d'ús de la música. Durant el desenvolupament del VAFiD s'ha distribuït tal com mostra la següent taula.

Taula 63. Nombre de modalitats per sessió: freqüència i percentatge.

Nombre de modalitats/sessió	Nº sessions	%
No es fa servir música	11	13,7
Una modalitat per sessió	29	36,3
Dues modalitats per sessió	34	42,5
Tres modalitats per sessió	6	7,5
TOTAL	80	100

S'observa que el més freqüent és la combinació de dues modalitats en una mateixa sessió, tot i que no difereix molt de l'ús d'una per sessió. Quan es fan servir dues modalitats, la combinació més freqüent és la de FS/MA. S'ha de destacar que, tot i la importància de la música en el programa, també s'han fet algunes sessions (13,7%) sense música.

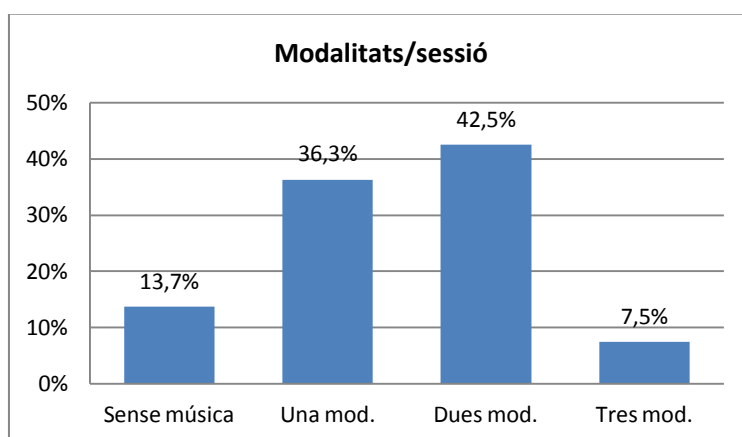


Figura 29. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en què s'ha fet servir música, pel nombre de modalitats en una mateixa sessió.

L'ús de la música es caracteritza per:

- Ser present en el 85% de les sessions
- La modalitat més utilitzada és la de fons sonor (FS)

- c. El més freqüent és l'ús de dues modalitats per sessió.
- d. La combinació més freqüent és la de fons sonor (FS) i manteniment de l'activitat (MA)

2.2.5 ORGANITZACIÓ DEL GRUP

Respecte de les formes d'organització del grup durant el desenvolupament de les sessions objecte d'estudi, les dades són les que es mostren en la següent taula.

Taula 64. Ús tipus organització: freqüència i percentatge

Tipus	N	%
Dispersió	93	39,6
Cercle	81	34,5
Files/columnes	7	3
Petits grups/zones	54	23
Total	235	100

Observem que les més freqüents són la dispersió (D), el cercle (C) i els petits grups (PG). En poques ocasions es treballa en files o columnes.

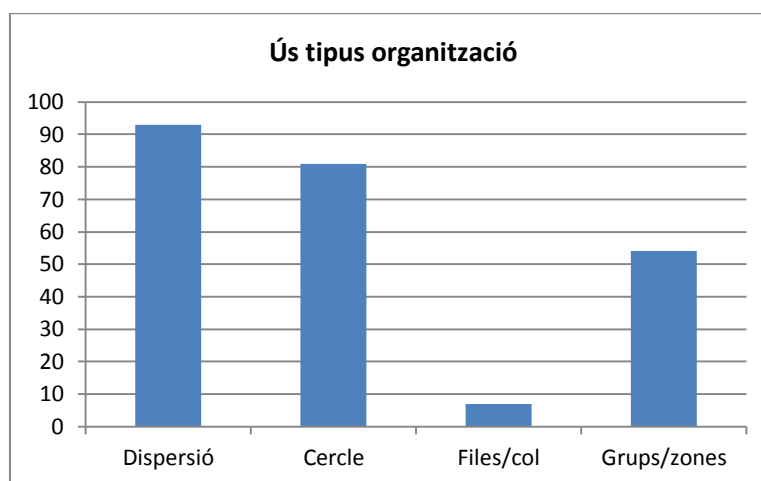


Figura 30. Representació gràfica de la freqüència d'ús dels tipus d'organització del grup

L'ús de diferents tipus d'organització intra-sessió es distribueix de la següent manera: un tipus d'organització $n=8$ (10%), dos tipus $n=50$ (62,5%), tres tipus $n=21$ (26,2%), quatre tipus $n=1$ (1,2%), de manera que el més habitual és fer-ne servir dos o tres, i el menys corrent és utilitzar-ne un o més de tres.

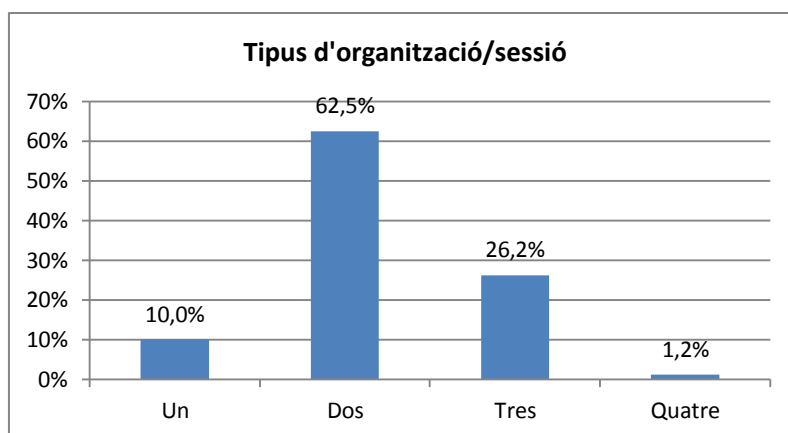


Figura 31. Representació gràfica de la distribució percentual de sessions en que s'han fet servir diferents tipus d'organització, pel nombre de tipus d'organització utilitats en una mateixa sessió

Quan s'empren dos o tres tipus d'organització en una mateixa sessió, les combinacions més freqüents són: dispersió/cercle (n=28), dispersió/cercle/petits grups (n=19) i dispersió/petits grups (n=16).

Taula 65. Combinacions de tipus d'organització en una mateixa sessió: freqüència i percentatge

Combinacions	N	%
Dispersió	5	6,2
Files	3	3,7
Dispersió/Cercle	28	35
Dispersió/Files	1	1,2
Dispersió/Petits Grups	16	20
Cercle/Petits Grups	5	6,2
Dispersió/Cercle/Petits Grups	19	23,7
Dispersió/Files/Petits Grups	1	1,2
Dispersió/Cercle/Files/Petits Grups	2	2,5
Total	80	100

Si ens fixem en la forma de treball (individual/compartit) observem que pràcticament en totes les sessions (n=72) (90%) es treballa d'ambdues maneres, que en totes les sessions (n=80) hi ha una part de treball individual, i que en molt poques sessions (n=8)(10%) es treballa exclusivament de manera individual.

Si de les diferents formes d'organització que es fan servir en el conjunt del programa, mirem quantes han estat de treball individual i quantes de treball compartit, obtenim les següents dades: treball individual n=134 (57%); treball compartit n=101 (43%). De manera que és més freqüent el treball individual que el compartit.

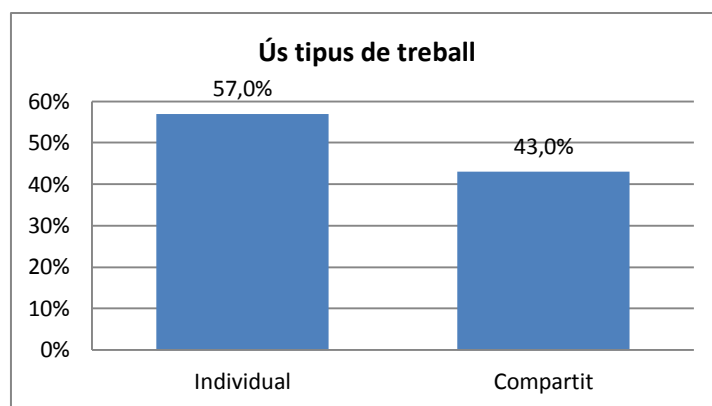


Figura 32. Representació gràfica de la distribució percentual de cada tipus de treball

L'organització del grup es caracteritza per:

- a. Les formes d'organització més freqüents són el treball en dispersió i en cercle
- b. En una mateixa sessió normalment es fan servir dues o tres formes d'organització diferents
- c. La combinació més habitual és la dispersió (D) amb el cercle (C)
- d. Predomina el treball individual sobre el compartit.
- e. Pràcticament en totes les sessions es combina el treball individual amb el compartit.

2.2.6 ÚS DEL TEMPS

Per a l'estudi de l'ús del temps hem partit de les sessions enregistrades en vídeo i de l'instrument no estàndard (INE Temps) elaborat especialment per a aquesta finalitat¹²¹. El procediment seguit ha estat el següent:

- 1.. Elaboració de l'INE Temps
- 2n. Filmació íntegra de les sessions (filmacions vàlides 57)
- 3r. Observació del vídeo i recollida de dades mitjançant el software *MatchVisionStudio*.
- 4t. Control de qualitat de les dades: es repeteixen el 12% de les observacions (escollides aleatòriament) i es comprova la concordança entre ambdues observacions mitjançant una *comparació de proporcions*. Es constata la seva fiabilitat.

Les dades sobre la manera com s'ha gestionat el temps durant el desenvolupament de les sessions objecte d'estudi són les que figuren a continuació.

Taula 66. Tendència de l'ús del temps

	TCM	TA	Temps total
Mitjana	0:40:43	0:15:16	0:55:59
Moda	0:43:50	0:16:39	0:54:26
Mediana	0:40:42	0:15:25	0:56:02
Desviació típica	0:07:01	0:05:41	0:05:37
Total totes les sessions	38:40:44	14:30:06	53:11:50

¹²¹ Vegeu capítol VI, punt 5.5.2.5

Les dades mostren que el TCM és superior (72,6% del temps total) al TA, tal com ha de ser en una sessió d'activitat física, però el temps dedicat a fer altres activitats (esperar, escoltar, organitzar-se, recollir/deixar material...) també representa una part important de la sessió (al voltant dels 15 minuts en una sessió d'uns 56 minuts). El 27,5% del temps que dura la sessió es dedica a aquestes *altres* activitats, cosa que –deixant de banda els factors directament relacionats amb la manera de gestionar el temps per part de l'educadora– podria estar justificada per la necessitat de respectar un ritme més lent de resposta i/o de comprensió d'ordres. Efectivament, si pretenem que les persones grans siguin actives, hem de permetre que ho siguin al seu ritme.

Si observem la distribució de les dades recollides, podem observar com en el transcurs del programa la relació entre ambdós temps tendeix a millorar, en el sentit que el TCM augmenta i el TA disminueix.

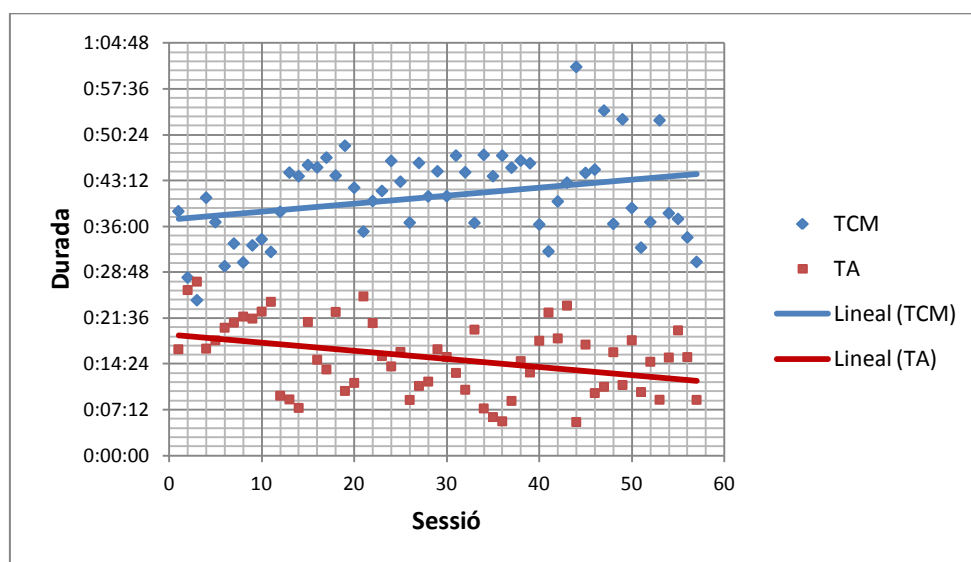


Figura 33. Distribució del TCM i del TA en el transcurs del desenvolupament del programa

Amb l'estudi que hem fet no podem determinar si aquest canvi en el temps és degut a una millora de la resposta del grup o bé a una millora de l'acció de l'educadora o a d'altres circumstàncies.

2.2.7 GLOBALITAT DE LA SESSIÓ

A partir de la triangulació entre les dades recollides durant el desenvolupament del programa, les filmacions i el diari de camp, hem fet un informe valoratiu de sessió (IVS)¹²² que resumeix els següents apartats:

- a. Incidències. Fa referència a situacions que s'han produït durant la sessió que d'alguna manera han pogut afectar al ritme normal de treball. Poden ser situacions alienes al programa, actituds, respostes o actuacions dels participants o de l'educadora, problemes o dificultats en l'ús d'espais o materials, canvis en l'horari, retards en l'assistència...

¹²² Vegeu annex 22. Informe valoratiu sessions (IVS)

- b. Valoracions dels participants. Inclou anotacions de valoracions que hagin pogut fer els participants sobre el programa i que no s'han pogut recollir a través de la filmació. En la majoria de casos són valoracions –relacionades amb el programa– fetes abans, durant o després de la sessió, i que recull l'educadora manualment.
- c. Aspectes relacionals. És una breu descripció de com ha estat l'ambient de relació entre el grup durant la sessió.
- d. Aspectes pedagògics. Principalment es registra el mètode de treball utilitzat. En algunes ocasions també es fa una valoració o la descripció de situacions relatives a la dinàmica de treball: progressions o treball fets que han tingut bona o mala acollida, que han estat adequades o inadequades, formes de treball, percepció de l'educadora...
- e. Resposta global del grup. Es refereix al nivell de concentració, resposta o implicació del grup en el conjunt de la sessió.
- f. Altres. En aquest apartat s'hi anoten les observacions que no es poden incloure en els apartats anteriors.

Pel conjunt del programa es fa IVS de 72 de les 80 sessions objecte d'estudi. Per a la seva anàlisi es fa servir el software *Atlas.ti 7*. Els IVS reflecteixen que:

1. Les incidències més freqüents, que hi ha al voltant del 65% de les sessions, són les relacionades amb:
 - a. Interrupcions de la sessió (algú arriba tard, marxa abans d'acabar, entra algú a saludar un participant...) (n=24)
 - b. Conductes lligades a situacions de risc (moviments no idonis o voler fer més del que un pot) (n=7)
 - c. Discussions entre participants (diferències de criteri) (n=5)
 - d. Informacions i comentaris sobre temes no directament relacionats amb l'activitat física (celebracions de la residència, èxits de companys...) (n=5)
 - e. Canvis en l'estructura i/o durada habitual de la sessió. (n=4)
 - f. Altres (n=7)
2. Valoracions participants. Habitualment fan referència a l'expressió de sensacions o a la valoració de les activitats o situacions de la sessió. Aquestes valoracions s'incorporen a l'informe valoratiu persona (IVP) que tindrem en compte en el punt d'aquesta tesi dedicat a analitzar els efectes obtinguts.
3. Els aspectes relacionals de grup inclosos en l'IVS es resumeixen de la següent manera:
 - a. Es destaca que hi ha hagut relació i interacció entre iguals, sempre positiva, en les situacions de treball en petit grup o per parelles. (n=33)
 - b. Hi ha una relació de grup "normal" quan les interaccions són entre el gran grup però no destaca ni per la quantitat d'interacció, ni pel tipus de resposta. (n=18)
 - c. Hi ha algunes sessions amb "poca" relació entre els participants, es fa un treball més individual (n=13)
 - d. El treball compartit costa, el grup no s'acaba d'entendre i no comparteix les decisions o propostes. Hi ha una clara dificultat per posar-se d'acord (n=15)

- e. El treball en petit grup és bo, es treballa compartint decisions i propostes i el grup se sap organitzar (n=7)
- 4. Aspectes pedagògics. Sobre el mètode de treball que guia l'acció pedagògica es constata el següent:
 - a. El més freqüent és que durant la sessió es combini un mètode de treball dirigit i un de semidirigit. En una mateixa sessió, hi ha situacions molt dirigides i d'altres que són més obertes i lliures (n=48)
 - b. Hi ha altres sessions que són fonamentalment dirigides (n=17)
 - c. Algunes sessions són semidirigides en tota o la major part de la seva durada (n=4)

Resumint, les sessions del conjunt del programa es caracteritzen per combinar mètodes de treball dirigit i semidirigit; per una major interacció entre iguals quan es fa un treball en petits grups o per parelles i, quan hi ha incidències, solen estar relacionades amb l'entrada i sortida de persones a l'espai de treball durant la sessió.

3 EFECTES OBTINGUTS

En aquest punt farem la descripció dels efectes obtinguts –tant els positius com els negatius- a partir de la implementació del programa. Ens referirem a la **dimensió d'anàlisi persona gran** i ho farem, primer participant per participant i després, amb una descripció d'aquests efectes en el conjunt del grup.

Per a la descripció i anàlisi dels efectes que ha tingut la implementació del programa en les persones que hi han participat i en el conjunt del grup, farem servir les dades recopilades a partir dels instruments utilitzats durant el procés de recerca: dades d'arxiu, proves de l'àmbit cognitiu, proves de l'àmbit funcional i del moviment, registre de participació, registre manual de sessions, diari de camp, instruments no estàndard per a l'observació, entrevista de grup (EG) i entrevista individual (EI), tots descrits en el capítol VI.

Per a l'anàlisi i tractament de les dades procedents d'aquests instruments hem fet servir els *softwares Statgraphics Plus 4.1, Microsoft Office Excel 2007 i Atlas.ti 7.*

Per a la descripció dels efectes del programa en cada un dels seus participants i en el grup en general, seguirem els cinc àmbits sobre els quals vol incidir el VAFiD –que són els referents per al procés avaluador- partint dels raonaments exposats anteriorment¹²³ i dels estàndards definits per a l'anàlisi de la qualitat del programa¹²⁴, al final hi afegirem un apartat dedicat a la percepció o no de millores arrel de la participació en el programa. Per a això, agrupem l'anàlisi de les dades en els següents apartats:

- a. **Participació activa:** es fa constar l'assistència de cada participant tenint en compte tant les sessions a les quals ha assistit com a les que no. Per a les que ha assistit es valora si ha necessitat motivació especial per fer-ho i per a les que no, els motius de la no assistència.

¹²³ Vegeu capítol VI, punt 4.4.1 (dimensions anàlisi: persona gran)

¹²⁴ Vegeu capítol VI, punt 4.6.2 (criteris, instruments i estàndards per a l'anàlisi de la qualitat)

També s'analitza la durada de la resposta adequada de cadascú. Es consideren totes les respostes adequades (motores, verbals, expressives i d'interacció amb els altres) que la persona fa durant tot el temps que se l'observa, ja sigui en temps de compromís motor (TCM) o en altres temps (TA). Són les corresponents als següents codis de l'INE: MIG, MIPG, MIIn, MEI, VIE, VE, VEV, VEN, EEA, IIV, IIA¹²⁵. Sobre aquest mateix aspecte, també s'analitza –mitjançant el model de regressió lineal– l'evolució que cadascú experimenta en el transcurs de les observacions que se li han fet durant el període de recerca.

Finalment, es valora la qualitat de la resposta (motora, verbal o expressiva) segons si és més autònoma (espontània) i idònia o menys autònoma (induïda per una altra persona de manera més general o més individualitzada) i no idònia. Per a això es consideren totes les respostes¹²⁶ (menys les no observades o observables) ordenades en quatre nivells. El nivell d'autonomia 1 (més espontani i adequat) inclou: MEI, VE, VEV, VEN, EEA. El nivell 2 correspon a les respostes que són conseqüència de l'acció de l'educadora o d'algun participant que anava adreçada al grup en general, i inclou: MIG, VIE. El nivell 3 correspon a les respostes que són induïdes per l'acció de l'educadora o d'algun participant que anava adreçada a la persona directament. Inclou: MIPG. El nivell 4 correspon a les respostes espontànies (autònomes) però no idònies, incloent: MEnI, CR, EEP.

- b. **Satisfacció personal:** partint de la premissa que l'expressió i les relacions amb els altres són fonts de satisfacció, considerem com a indicadors de satisfacció les respostes expressives espontànies actives (EEA), les valoracions verbals (VEV) i les interaccions entre iguals (IIV-IIA)¹²⁷. Es valora –mitjançant el model de regressió lineal– quina és la tendència d'aquests tipus de respostes en el transcurs de les observacions que s'han fet a cadascú durant el període de recerca. Aquesta anàlisi es complementa amb les dades recollides en l'informe valoratiu participant (IVP), en l'entrevista de grup (EG) i en l'entrevista individual (EI).

Complementàriament s'analitza la regularitat de la participació en el programa –segons el que consta en el registre de participació– valorant si s'assisteix de manera continuada i si, en algun moment de la implementació, es deixa d'assistir a més de quatre sessions seguides sense un motiu justificat (malaltia o altres obligacions).

- c. **Prevenició i salut:** en aquest aspecte es tenen en compte les manifestacions verbals de cadascú valorant el programa com a font de prevenició i/o salut i emmarcant-les en les dimensions actitudinals de *gratificació*, *autonomia* o *seguretat*¹²⁸. Aquestes valoracions verbals s'extreuen de l'entrevista de grup (EG), de l'entrevista individual (EI), de l'informe valoratiu participant (IVP) i de l'informe valoratiu sessió (IVS).

Per tal de veure si la persona és capaç d'identificar les seves possibilitats i limitacions elaborant respostes que no comporten risc, també es valora la presència o no de conductes de risc durant el desenvolupament del programa.

¹²⁵ Vegeu definicions al capítol VI, punt 4.5.2.5

¹²⁶ Vegeu definicions al capítol VI, punt 4.5.2.5

¹²⁷ Vegeu definicions al capítol VI, punt 4.5.2.5

¹²⁸ Vegeu capítol VI, punt 4.4.1

S'analitza, també, la quantitat de no resposta (NR) en els temps de compromís motor en què s'ha observat a la persona (TCM), determinant el percentatge de NR dins TCM. En el moment en què es faci l'anàlisi de grup es podrà determinar quines són les persones més o menys actives del grup.

Finalment, aquestes anàlisis es complementen amb la descripció de com respon la persona en el conjunt de la sessió i especialment quan té dificultats per respondre a alguna proposta que s'hi planteja. Això es fa a partir de l'anàlisi de l'informe valoratiu participant (IVP) i de les entrevistes.

- d. **Competència funcional:** a partir de l'IVP es fa un comentari sobre la seva forma de moure's i les capacitats o limitacions observades durant les sessions. També es mostren les dades obtingudes en l'aplicació PRE i POST del *Senior Fitness Test* (SFT)¹²⁹ a cada participant. Per a cada una de les sis proves de la bateria (força de cames, força de braços, resistència, flexibilitat de cames, flexibilitat de braços i agilitat) es valora si els resultats del control POST indiquen que hi hagi hagut millora, manteniment o pèrdua de capacitats respecte del control PRE.

Aquestes dades es complementen amb una referència a l'Índex de Barthel (IB)¹³⁰ de cadascuna de les persones grans participants, i també en control PRE i POST, segons les dades que figuren en la documentació de la residència. La finalitat és veure, igual que en SFT, si les dades del control POST indiquen millora, manteniment o pèrdua de funcionalitat en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) respecte del control PRE.

- e. **Competència social:** s'indica la durada de les interaccions entre iguals de cadascú durant el temps en què se l'ha observat. Es diferencia entre les que es donen en el temps de compromís motor (TCM) i les que es donen dins d'altres temps (TA). Habitualment les primeres estan condicionades per la situació de treball que s'ha creat en la sessió, i les segones són més espontànies i estan més lligades a la capacitat i interès de la persona per establir contacte amb els altres. Podem dir que és una interacció més "lliure" i espontània. En el moment en què es faci l'anàlisi de grup es podrà determinar quines són les persones més o menys interactives del conjunt.

A partir de l'informe valoratiu participant (IVP) i les entrevistes individual (EI) i de grup (EG), aquestes dades es complementen amb una descripció sobre com es relaciona cadascú amb les altres persones del grup.

Les dades relatives al grup es complementen amb una valoració respecte de la capacitat del grup per treballar conjuntament i compartir decisions, extreta de l'informe valoratiu sessió (IVS).

- f. **Percepció de millores:** recollim l'opinió dels participants sobre si consideren que la seva participació en el programa VAFiD els aporta millores o no. Es tenen en compte les expressions verbals que s'han enregistrat en l'informe valoratiu participant (IVP), en l'informe valoratiu sessió (IVS), en l'entrevista individual (EI) i en la de grup (EG).

¹²⁹ Vegeu capítol VI, punt 4.5.1.3

¹³⁰ Vegeu capítol VI, punt 4.5.1.3

3.1 (PCG)

3.1.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència¹³¹: és una persona que, tot i que assisteix al 76% de les sessions, necessita motivació especial en diverses ocasions. Quan no hi assisteix diu que té altres obligacions o que no es troba bé. En algunes ocasions desconeixem els motius de la no assistència i en d'altres també manifesta que no hi vol participar.

Taula 67. Assistència. Participant: PCG

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	61/80	76%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	48	79%	
No assistència	Total	19/80	24%	
	Motiu de no assistència	No vol	2	11%
		No se sap	5	26%
		Malaltia	4	21%
Altres obligacions		8	42%	

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament durant el 65% del temps en que se l'ha observat, cosa que la situa a la banda alta del nivell de resposta, en relació al conjunt del grup. Aquesta dada es complementa amb l'informe valoratiu participant (IVP) on consta que habitualment respon a totes les propostes que es fan durant la sessió.

Taula 68. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: PCG

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
5:10:37	3:23:08	65%

Taula 69. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda d'aquest aspecte, veiem que l'evolució de la senyora PCG pel que fa a la resposta adequada en el transcurs de tot el període de recerca, ha tingut una tendència negativa, tal com es mostra en les següents dades, que no presenten una relació estadísticament significativa ($p=0,2067$).

**Taula 70. Resposta adequada.
Participant: PCG**

Observació	RESP_A
1	0:31:23
2	0:39:08
3	0:29:20
4	0:25:21
5	0:21:04
6	0:32:33
7	0:24:19

¹³¹ Vegeu capítol VI punt 4.5.2.2

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 2106,57 - 91,3571 \cdot OBS$

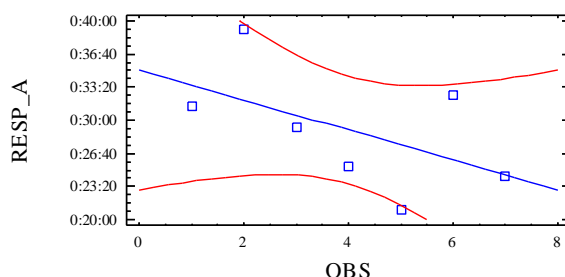
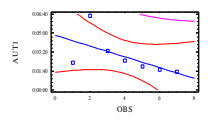
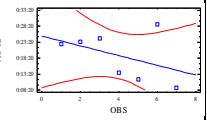
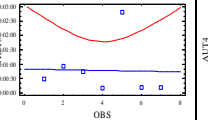
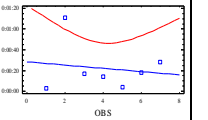


Figura 34. Tendència resposta adequada. Participant: PCG

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren, per una banda, que les respostes de més durada són les induïdes de manera general; les espontànies tot i representar un percentatge petit en relació al conjunt del grup, representen un percentatge més alt (situat en el quartil 3). Aquestes respostes corresponen a propostes que la senyora PCG fa de manera espontània i adequada, mostrant una certa iniciativa i capacitat per triar o decidir sobre activitats de la sessió¹³². En poques ocasions aquesta persona ha necessitat estímuls individuals i, en menys encara, ha elaborat respostes no idònies.

Per altra banda, analitzades les dades a partir del model de regressió lineal, s'observa que totes les respostes mostren una tendència negativa (amb una relació que no és estadísticament significativa) en el transcurs del període estudiat.

Taula 71. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: PCG.

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:02:24	0:22:41	0:00:29	0:00:03
2	0:06:32	0:23:28	0:00:56	0:01:11
3	0:03:25	0:24:27	0:00:44	0:00:17
4	0:02:34	0:13:47	0:00:10	0:00:14
5	0:02:05	0:11:41	0:02:48	0:00:04
6	0:01:46	0:28:59	0:00:11	0:00:18
7	0:01:36	0:08:59	0:00:11	0:00:28
Total	0:20:22	2:14:02	0:05:29	0:02:35
Tendència	AUT1 = 288,286 - 28,4286*OBS	AUT2 = 1516,0 - 91,7857*OBS	AUT3 = 49,8571 - 0,714286*OBS	AUT4 = 28,4286 - 1,57143*OBS
Valor P	0,1545	0,3274	0,9535	0,7542
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,6%	43,2%	1,8%	0,8%

Taula 72. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

¹³² Vegeu IVP_PGC a l'annex 23

3.1.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la senyora PCG en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 325,714 + 18,6071 \cdot OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,7508$). En l'IVP¹³³ consta diverses vegades que es mostra animada, tranquil·la, contenta, que parla amb els altres.

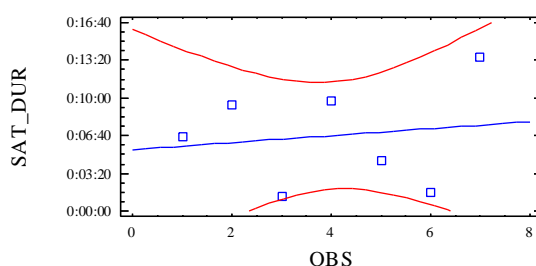


Figura 35. Tendència durada satisfacció personal. Participant: PCG

Si analitzem les manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa, expressa (en EI i en EG) en diverses ocasions ($n=8$) que li agrada participar-hi i que s'hi troba bé (ex: "*És curtet i et passa de seguida. A mi m'agrada*").

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del que ja hem comentat en el punt anterior (3.1.1), veiem que assisteix amb regularitat i continuïtat. Mai no deixa de participar en més d'una sessió sense justificar. També cal destacar que en algunes ocasions necessita motivació especial: d'entrada diu que no vol participar, però finalment ho fa, i de forma adequada.

3.1.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: totes les valoracions que fa aquesta persona respecte de la utilitat de la seva participació en el programa o les raons per participar-hi, s'emmarquen en la dimensió actitudinal de gratificació: fa referència a que li agrada participar ($n=8$), que "*he après molt*" i, en una ocasió, diu que el considera útil perquè es distreu. Mai no fa referència a altres valors relacionats amb l'autonomia o la seguretat.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica aquesta persona només ha presentat una conducta de risc (durada=0:00:03) en tot el període de recerca, de manera que per aquest aspecte és evident que quan participa ho fa amb prudència i pràcticament mai no va més enllà de les seves possibilitats.

¹³³ Vegeu IVP_PCG a l'annex 23.

- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que la senyora PCG no ha respost al 22% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR baix.

Taula 73. No resposta dins TCM observat. Participant: PCG

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:30:53	0:47:12	22

Taula 74. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de les entrevistes i de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta, a vegades es queixa però continua treballant, i que habitualment es mostra participativa responnent a totes les propostes durant la sessió (a vegades amb algunes aturades).

3.1.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Quant al desenvolupament físic general durant les sessions, en l'IVP consta que tot i que conserva la coordinació general i específica de moviments bàsica, té algunes dificultats en les situacions més complexes. Els moviments localitzats són poc amplis, poc precisos i poc enèrgics. Posa expressió en els desplaçaments quan hi ha música, però en algunes ocasions camina amb una actitud decaiguda. A vegades fa moviments repetitius amb la boca. Camina sense cap ajuda.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades a la senyora PCG, en totes presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE.

Taula 75. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: PCG

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	9	15	63	0	-11	12,0
POST	7	12	53	-21	-22	14,5

For-EEII = Força extremitats inferiors

For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors

Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=95% i en el POST un IB=85%, de manera que en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) també s'observa una davallada durant l'any que ha durat la recerca.

3.1.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la senyora PCG es relaciona amb els altres durant un 13% del temps en

que se l'ha observat (per sobre de la mitjana del conjunt del grup) i ho fa més durant el TCM que durant el tA.

Taula 76. Interaccions entre iguals. Participant: PCG

II dins TCM	% II dins TCM	II dins tA	% II dins tA	II Total	Temps total observat	% II
0:31:20	15%	0:10:29	11%	0:41:49	5:10:37	13%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

tA= altres temps.

Taula 77. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals en el temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres de la senyora PCG han mostrat una tendència positiva ($II = 252,429 + 29,5714 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,6055$).

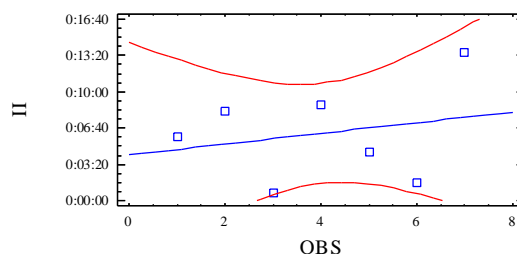


Figura 36. Tendència interaccions entre iguals. Participant: PCG.

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que habitualment es relaciona espontàniament amb els altres, sobretot amb les persones que estan més properes. Busca el contacte. També fa intervencions generals adreçades al grup. En l'EI manifesta que es troba bé amb el grup, encara que diu: *“no sóc gaire xerraire... Em faig amb tothom”*.

3.1.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora PCG expressa en una ocasió que no ha experimentat millores pel fet de participar en el programa. En dues altres ocasions diu que sí que ha trobat millores però no les concreta. També diu que *“sempre s'aprèn alguna cosa”*, que mou els braços molt més i que es troba més bé. En general ho fa amb poca concreció.

3.1.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats descrits per a cada un dels aspectes analitzats ens mostren una tendència positiva en alguns i negativa en d'altres.

La participació en el programa és força elevada, tot i que en alguns moments necessita motivació per assistir i en algunes ocasions manifesta que no vol participar. La tendència de les respostes adequades és negativa i majoritàriament respon a les propostes que

s'adrecen al grup, tot i que mostra una certa iniciativa fent propostes i intervencions espontànies.

Expressa verbalment que està satisfeta de participar en el programa i la tendència de les seves respostes indicadores de satisfacció és positiva. Assisteix amb continuïtat a les sessions.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, considera que li és útil perquè es distreu i ha après coses, té un bon coneixement de les seves possibilitats perquè no té conductes de risc. Sol respondre a totes les propostes i el seu nivell de no resposta dins del TCM es situa entre el segon i tercer quartil del conjunt de dades del grup. Aquest temps de no resposta és degut al marge de temps que hi ha entre el moment en què finalitza la proposta i aquell en què la persona inicia la resposta, també a algunes aturades dins del TCM. A banda, davant d'una dificultat, intenta respondre.

Ha experimentat pèrdues funcionals en totes les capacitats avaluades. Aquesta davallada també es reflecteix en les dades relatives a les ABVD.

No mostra dificultats en l'àmbit relacional i és espontània, experimenta una tendència positiva en el transcurs del període de recerca.

La seva percepció sobre els beneficis que li aporta el programa és poc explícita i un punt contradictòria. Parla de les millores que ha experimentat (trobar-se millor, moure més els braços) però en una ocasió també diu que no ha notat canvis.

3.2 (MCS)

3.2.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: aquest senyor té un nivell de participació molt alt, només ha deixat de participar en tres sessions per motius de salut. Sempre assisteix per iniciativa pròpia i no necessita mai motivació especial.

Taula 78. Assistència. Participant: MCS

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	77/80	96%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	77	100%	
No assistència	Total	3	4%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	3	100%
		Altres obligacions	0	0%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament en el 76% del temps en què se l'ha observat. Aquesta dada es complementa amb l'informe valoratiu participant (IVP) on consta que habitualment respon a totes les propostes que es fan durant la sessió. En relació a la resta del grup, és la persona amb més resposta adequada.

Taula 79. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MCS

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:28:15	3:24:28	76%

Taula 80. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.

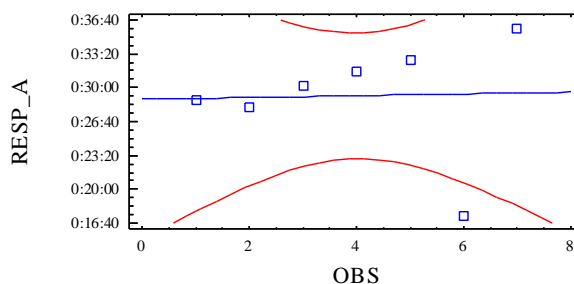
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda d'aquest aspecte, veiem que l'evolució del senyor MCS pel que fa a la resposta adequada en el transcurs de tot el període de recerca, ha tingut una lleugera tendència positiva, tal com es mostra en les següents dades, que no presenten una relació estadísticament significativa ($p=0,9433$).

Taula 81. Resposta adequada. Participant: MCS

Observació	RESP_A
1	0:28:44
2	0:28:02
3	0:30:12
4	0:31:33
5	0:32:43
6	0:17:26
7	0:35:48

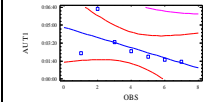
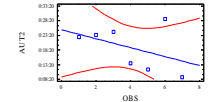
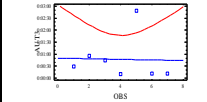
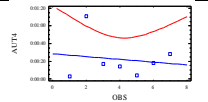
Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1731,0 + 5,39286 \cdot OBS$

**Figura 37. Tendència resposta adequada. Participant: MCS**

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren, per una banda, que les respostes de més durada són les induïdes de manera general (36%); les espontànies, tot i que amb un percentatge més baix (14,7%), també tenen una representació important. El senyor MCS és la persona del grup que dóna més respostes espontànies. Aquesta dada coincideix plenament amb el què es fa constar en l'informe valoratiu participant (IVP)¹³⁴: decideix espontàniament, fa propostes adequades a la situació, accepta les propostes dels altres, mostra iniciativa i fa moltes valoracions espontànies sobre les activitats que es duen a terme durant la sessió. En poques ocasions ha necessitat estímuls individuals o ha elaborat respostes no idònies, tot i que en aquest darrer aspecte, en relació al conjunt del grup, el seu percentatge de respostes no idònies es situa a la banda alta.

¹³⁴ Vegeu IVP_MCS a l'annex 23

Taula 82. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MCS.

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:05:10	0:08:26	0:00:00	0:00:10
2	0:11:14	0:10:15	0:00:45	0:00:05
3	0:05:09	0:11:33	0:01:50	0:00:00
4	0:04:53	0:12:03	0:00:00	0:00:00
5	0:04:14	0:20:28	0:00:00	0:02:42
6	0:02:37	0:10:41	0:00:06	0:00:00
7	0:06:09	0:23:08	0:00:08	0:00:00
Total	0:39:26	1:36:34	0:02:49	0:02:57
Tendència	AUT1 = 468,286 - 32,5714*OBS	AUT2 = 365,857 + 115,464*OBS	AUT3 = 47,5714 - 5,85714*OBS	AUT4 = 7,85714 + 4,35714*OBS
Valor P	0,3299	0,0587	0,5020	0,7387
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	14,7%	36,0%	1,1%	1,1%

Taula 83. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

Per altra banda, analitzades les dades a partir del model de regressió lineal, s'observa que les respostes del nivell d'autonomia 1 i 3 tenen una tendència negativa (amb una relació que no és estadísticament significativa) i les respostes del nivell d'autonomia 2 i 4 tenen una tendència positiva (la primera amb una relació estadísticament significativa i la segona no significativa) en el transcurs del període estudiat. Aquesta situació es pot interpretar com una progressiva davallada en el nivell d'autonomia, ja que les respostes espontànies disminueixen i les que són més dirigides augmenten.

3.2.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes del senyor MCS té una tendència clarament descendent ($SAT_DUR = 1098,43 - 102,179*OBS$) i amb una relació estadísticament significativa ($p=0,0293$). Malgrat que en l'IVP consta que es una persona que habitualment es mostra alegre, canta, se'l veu content i fa bromes, la intensitat d'aquestes expressions de satisfacció ha disminuït en el transcurs del període de recerca.

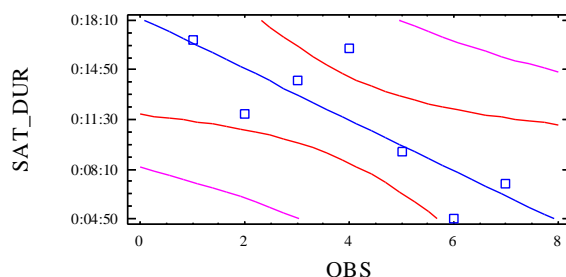


Figura 38. Tendència durada satisfacció personal. Participant: MCS

Si analitzem les manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa, expressa (en EI i en EG) en diverses ocasions (n=10) que li agrada participar (ex: *“m’agrada el tipus de gimnàstica que feu”*, *“és curtet, et passa ràpid. A mi m’agrada”*, *“i després... que fem una activitat que val la pena”*).

- b) Regularitat en l’assistència: observant la seva participació, a banda del què ja hem comentat en el punt anterior (3.2.1), veiem que assisteix amb regularitat i continuïtat, sempre puntualment, sense haver-lo d’avisar i sense necessitat de motivació especial.

3.2.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les raons que dóna aquesta persona per participar en el programa i la utilitat que li atribueix es reparteixen entre les tres dimensions actitudinals descrites: gratificació (*“m’agrada perquè m’hi trobo bé”*), autonomia (*“vinc perquè m’agrada bellugar-me”*, *“Això també ho faig a dalt -referint-se a la seva habitació- , eh. Deu vegades, quan he acabat de fer això, deu vegades... procuro bellugar-me”*), i seguretat (*“em fas moure i considero que és necessari”*, *“a més que m’agrada, em va bé”*, *“fem una activitat que val la pena”*). També expressa que li agrada el tipus de gimnàstica i la manera com es fa l’activitat.
- b) Conductes de risc:segons les dades obtingudes en l’observació sistemàtica, aquesta persona només ha tingut una conducta de risc (durada=0:00:16) en tot el període recerca, de manera que és evident que quan participa ho fa amb prudència i pràcticament mai va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR)dins el temps de compromís motor (TCM): l’observació sistemàtica i el tractament de les dades ens indiquen que el senyor MCS no ha respost al 14% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa el nivell més baix de NR.

Taula 84. No resposta dins TCM observat. Participant: MCS

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:14:36	0:26:31	14%

Taula 85. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de les entrevistes i l'IVP, que és una persona que respon a totes les propostes. No sol tenir dificultats, però quan en té, ho verbalitza, ho comparteix amb els altres i adopta mesures adequades (ex: si es cansa s'asseu una mica i després hi torna).

3.2.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Amb referència al desenvolupament físic general durant les sessions, en l'IVP consta que és una persona que conserva una bona mobilitat i coordinació generals, camina amb bastó però sense dificultat, posa expressió en els desplaçaments, la seva actitud postural és en flexió anterior de tronc i a vegades manifesta que es cansa.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades al senyor MCS, presenta pèrdues en totes excepte en la prova de resistència, en què s'observa una millora molt petita en el control POST.

Taula 86. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MCS

Prova	For-EEII (n ^o rep)	For-EESS (n ^o rep)	Resistència (n ^o rep)	Flex-EEII (cms)	Flex-EESS (cms)	Agilitat (segons)
PRE	8	17	59	-5	-18	00:09,6
POST	6	14	60	-10	-29	00:10,0

For-EEII = Força extremitats inferiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors

For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

Complementàriament a aquestes dades, val a dir que ell manifesta –en l'EI feta una vegada acabat el període de recerca- que tendeix a sentir-se amb menys força (Diu: “ara acabo la corda, saps?”) i preguntat sobre si ha experimentat millores, diu que no ho pot assegurar però que “hi ha algunes coses com aquestes de les cames, que trobo que les milloro bastant”. També valora que li va bé pels ànims.

- b) Índex de Bathel (IB): en el control PRE presenta un IB=75% i en el POST un IB=90%, de manera que aquesta dada no coincideix amb les proves del SFT.

3.2.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que en MCS es relaciona amb els altres durant un 24% del temps en que se l'ha observat (en relació a la resta del grup representa el nivell màxim de relació). Interacciona amb els altres amb igual intensitat en el TCM i en el TA.

Taula 87. Interaccions entre iguals. Participant: MCS

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:45:44	24%	0:17:21	24%	1:03:05	4:28:15	24%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 88. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres del senyor MCS han mostrat una tendència negativa ($II = 849,286 - 71,6429 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,1707$).

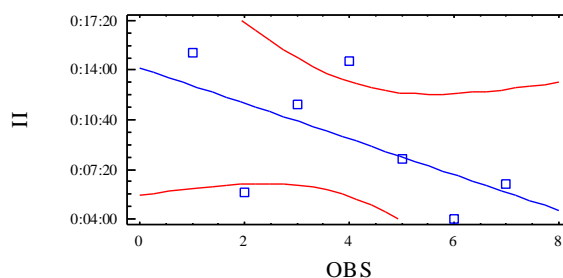


Figura 39. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MCS

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP, és una persona que habitualment es relaciona espontàniament i molt sovint amb els altres, sobretot amb les persones amb qui té més afinitat. Habitualment es mostra amable, dóna la seva opinió i accepta les dels altres. Manifesta que es troba bé amb les persones del grup i que des de que va començar fins que s'ha acabat el període de recerca, no ha canviat res sobre la seva relació amb els altres (diu: *"com que sóc un xerraire i xerro amb tothom, és difícil que canviï res"*).

3.2.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

El senyor MCS expressa que es troba més lleuger (*"Em trobo més lleuger. Sí, fins i tot em veig amb cor de ballar"*), que la participació en el programa influeix en els ànims, que la relació entre els membres del grup és millor, que li ha anat bé per a les cames i que, en general va bé. No pot dir que li hagi anat bé per dormir millor.

3.2.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats obtinguts sobre cada un dels aspectes analitzats ens indiquen que es tracta d'una persona molt participativa tant en l'assistència –que és molt regular i continuada– com en la seva resposta durant les sessions. Es mostra molt actiu i respon adequadament a les propostes, cosa que tendeix a millorar lleugerament en el transcurs de la recerca. Al mateix temps, la seves respostes tenen molts punts d'espontaneïtat, cosa que denota un bon nivell d'autonomia.

Es mostra satisfet amb el programa –ho verbalitza en diverses ocasions i assisteix amb regularitat– però, en canvi, l'observació sistemàtica ens mostra que les respostes indicadores de satisfacció disminueixen la seva durada a mida que avança el programa.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, considera que, a més d'agradar-li, li va bé, sobretot pels ànims, i que moure's és necessari. Respon sempre a totes les propostes i el seu nivell de no resposta és el més baix de tot el grup.

Funcionalment ha experimentat pèrdues i una millora molt petita en la resistència. Ell mateix explica que sent disminuir les seves capacitats. Tot i així, en les ABVD es registra una millora.

Quant a relacinar-se, és una persona molt interactiva, amb iniciativa i que busca el contacte amb els altres, però cal destacar que, tot i aquestes característiques, la durada de les seves interaccions ha tendit a disminuir en el transcurs de l'any d'implementació del programa.

La seva percepció sobre les millores que li ha aportat la participació en el projecte es centren en aspectes físics, però també esmenta millores en l'aspecte anímic i relacional. No li ha influït per a obtenir una millora en el son.

3.3 (JFG)

3.3.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: és una persona que assisteix al 78% de les sessions. Hi ha un percentatge elevat de sessions en les quals no hi participa i se'n desconeixen els motius. En altres ocasions no assisteix perquè ha d'atendre altres obligacions.

Taula 89. Assistència. Participant: JFG

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	62/80	78%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	62	100%	
No assistència	Total	18/80	23%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	14	78%
		Malaltia	0	0%
		Altres obligacions	4	22%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament en el 60% del temps en què se l'ha observat. Aquesta dada es complementa amb l'IVP on consta que habitualment respon a les propostes però ho fa amb irregularitat i li costa posar atenció de manera continuada. A vegades intercala altres accions espontànies o aturades a les seves respostes.

Taula 90. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JFG

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:13:34	2:31:28	60%

Taula 91. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup.

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

Pel que fa a la resposta adequada, veiem que l'evolució de la senyora JFG en el transcurs del període de recerca ha tingut una tendència negativa, tal com es mostra en les següents dades, que no presenten una relació estadísticament significativa ($p=0,2029$).

Taula 92. Resposta adequada.
Participant: JFG

Observació	RESP_A
1	0:31:00
2	0:37:30
3	0:19:07
4	0:20:07
5	0:18:58
6	0:24:46

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 2029,27 - 147,029 \cdot OBS$

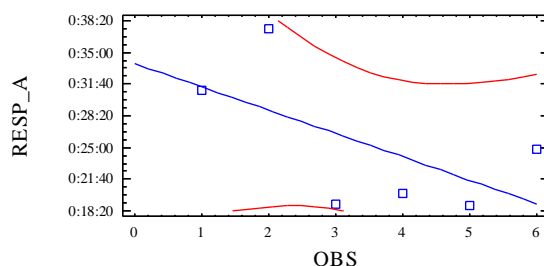


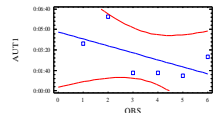
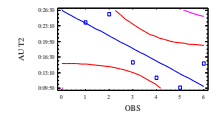
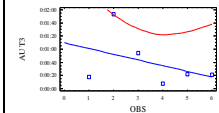
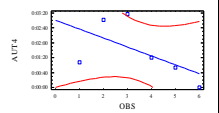
Figura 40. Tendència resposta adequada. Participant: JFG

- c) Qualitat de la resposta: per una banda, les dades obtingudes ens mostren que les respostes de més durada són clarament les induïdes de manera general, les espontànies –tot i representar un percentatge petit-, hi són presents, i corresponen a intervencions verbals espontànies o a propostes que fa al grup. És capaç de triar i decidir sobre coses senzilles. Si té una dificultat per elaborar una resposta, en algunes ocasions necessita ajuda, en altres no la fa, i en altres imita¹³⁵. En poques ocasions ha necessitat estímuls individuals en relació al conjunt del grup, es situa per sota del quartil 2. Cal destacar que, tot i que amb un percentatge petit, elabora respostes no idònies que, en relació el grup, la situen per sobre del quartil 3. Aquesta circumstància es confirma en l'IVP en què, en més d'una vegada, consta que durant la sessió elabora respostes que no tenen res a veure amb la situació de treball (ex: beure aigua, comentaris no relacionats amb la situació, buscar dins la seva bossa...). En algunes ocasions necessita ajuda i/o algun aclariment, ja sigui per a la comprensió de la consigna o bé per a l'elaboració de la resposta.

Per altra banda, analitzades les dades a partir del model de regressió lineal, s'observa que totes les respostes mostren una tendència negativa en el transcurs de la implementació del programa. Els nivells d'autonomia en la resposta 1, 3 i 4 no mostren una relació estadísticament significativa, però en el nivell 2, sí.

¹³⁵ Vegeu IVP_JFG a l'annex 23

Taula 93. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JFG

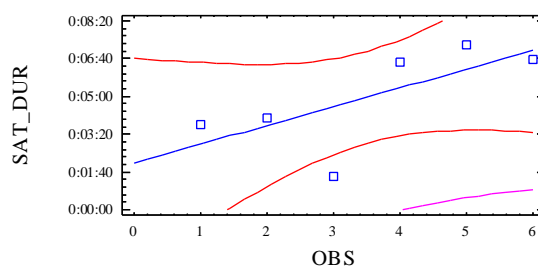
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:03:52	0:23:56	0:00:18	0:01:08
2	0:06:03	0:25:39	0:01:53	0:03:01
3	0:01:27	0:15:18	0:00:54	0:03:17
4	0:01:27	0:12:04	0:00:08	0:01:21
5	0:01:14	0:09:55	0:00:22	0:00:54
6	0:02:46	0:15:07	0:00:21	0:00:00
Total	0:16:49	1:41:59	0:03:56	0:09:41
Tendència	AUT1 = 287,867 - 34,2 *OBS	AUT2 = 1586,93 - 162,029*OBS	AUT3 = 69,7333 - 8,68571*OBS	AUT4 = 180,533 - 23,9143*OBS
Valor P	0,2425	0,0608	0,4149	0,2242
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,6%	40,2%	1,6%	3,8%

Taula 94. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.3.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció personal: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la senyora JFG en el transcurs del període de recerca té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 123,8 + 49,6286*OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,1253$). En l'IVP consta ($n=4$) que se la veu satisfeta, que es mostra alegre, que es relaciona espontàniament amb els altres i que fa bromes, valoracions verbals espontànies, i canta.

**Figura 41. Tendència satisfacció personal. Participant: JFG**

Sobre el seu grau de satisfacció amb el programa, no disposem de l'opinió de la senyora JFG perquè no se li va poder fer l'entrevista individual, ni va participar en la de grup –en ambdues ocasions per raons de salut- .

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del què ja hem comentat en el punt anterior (3.3.1), veiem que, al principi del període objecte

d'estudi, hi ha diverses no assistències de les quals no coneixem els motius. Durant la resta de l'any s'observa una participació continuada amb alguns dies de no assistència. Durant els últims dos mesos cal recordar-li el dia de l'activitat i acompanyar-la.

3.3.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: atès que no ha participat en les entrevistes, no podem valorar aquest aspecte a partir de la seva opinió. Revisant les intervencions verbals espontànies realitzades durant el desenvolupament de les sessions, no n'hi ha cap en què faci aquest tipus de reflexió.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica, aquesta persona no ha presentat cap conducta de risc. Cal destacar, però, que per la seva malaltia té períodes amb moviments coreics molt marcats i descontrolats, que comporten un risc elevat de caiguda. Aquesta situació fa que sigui molt difícil de distingir quines representen conductes de risc produïdes per un desconeixement de les pròpies possibilitats, de les que són conseqüència de la seva pròpia situació de salut bio-psico-social.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que la senyora JFG no ha respost al 26% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, la situa cap a la banda alta de NR (un punt per sobre de la mitjana).

Taula 95. No resposta dins TCM observat. Participant: JFG

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:03:43	0:47:27	26%

Taula 96. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de l'IVP, que és una persona que és activa i participativa durant les sessions, però irregular. En diverses ocasions es comenta que està poc concentrada, que es distreu. Quan no pot fer una cosa, a vegades intenta respondre, d'altres no fa res, i si se li proposa una alternativa, l'accepta amb naturalitat.

3.3.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Amb referència al seu desenvolupament físic general durant les sessions, en l'IVP consta que, en general, els seus moviments són poc precisos i té dificultats importants per controlar-los, però conserva un bon grau de força.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades a la senyora JFG, en totes presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE, excepte en la de flexibilitat de cames, que es manté.

Taula 97. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JFG

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	9	17	66	0	-17	00:11,7
POST	5	13	60	0	-25	00:18,9

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=85% i en el POST un IB=50%, de manera que en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) també s'observa una davallada que coincideix amb un empitjorament de la seva salut durant l'any de la recerca.

3.3.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la senyora JFG es relaciona amb els altres durant un 11% del temps en què se l'ha observat (just en la mitjana del conjunt del grup) i ho fa en la mateixa proporció en TCM que en TA.

Taula 98. Interaccions entre iguals. Participant: JFG

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:19:54	11%	0:07:24	11%	0:27:18	4:13:34	11%

II = interaccions entre iguals.

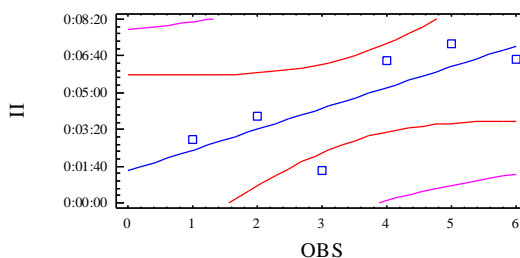
TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 99. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres de la JFG han mostrat una tendència clarament positiva ($II = 86,6 + 56,6857 \cdot OBS$) amb una relació estadísticament significativa ($p=0,0801$).

**Figura 42. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JFG.**

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que habitualment es relaciona espontàniament amb els altres, es mostra amable i algunes vegades és ella qui inicia la relació. Fa comentaris generals al grup i a l'educadora directament.

3.3.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

No s'han registrat valoracions verbals d'aquesta senyora quant a aquest tema.

3.3.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats descrits per a cadascun dels aspectes analitzats es resumeixen així:

La seva participació en el programa és força elevada i es desconeixen les raons per les quals no hi ha assistit en moltes ocasions en què no s'hi ha presentat. La tendència de les respostes adequades és clarament negativa i majoritàriament respon a les propostes que s'adrecen al grup. Mostra algunes conductes no idònies i alguna vegada ha necessitat estímuls directes. També s'observa que la seva resposta durant les sessions és irregular i, si té dificultats per elaborar la seva resposta, a vegades necessita ajuda.

Durant el desenvolupament del programa se la veu satisfeta i alegre i les conductes relacionades amb els nivells de satisfacció amb el programa, tenen una clara tendència positiva.

Habitualment respon a les propostes i el seu grau de no resposta dins del TCM es situa una mica per sobre de la mitjana del conjunt del grup. Aquesta situació és deguda a la seva irregularitat en la resposta. Per altra banda, davant d'una dificultat també presenta reaccions irregulars: unes vegades respon, d'altres no ho fa i end'altres intenta buscar una solució. En les situacions més complexes necessita ajuda o una explicació complementària.

Ha experimentat pèrdues quant a la seva condició física funcional en totes les proves excepte en la de flexibilitat de cames. A nivell d'ABVD també es veu una clara davallada que és deguda a una problemàtica de salut.

La seva relació amb els altres es situa, quantitativament, en la mitjana del grup. Té un perfil relacional espontani, amb una certa iniciativa, i no mostra dificultats en aquest aspecte.

3.4 (RGS)

3.4.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: el senyor RGS assisteix al 85% de les sessions i ho fa sempre sol, sense necessitat de motivació especial. Els motius de no assistència es reparteixen entre els desconeguts, malaltia i altres obligacions, mai no diu que no vé perquè no vol o perquè no en té ganes.

Taula 100. Assistència. Participant: RGS

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	68/80	85%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	68	100%	
No assistència	Total	12/80	15%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	5	42%
		Malaltia	2	17%
		Altres obligacions	5	42%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament durant el 60% del temps en què se l'ha observat, igual com ho fan el 50% de les persones del grup. En l'IVP consta que respon a totes les propostes que es fan durant la sessió, però a vegades triga a fer-ho perquè no ha entès la consigna donada (és molt sord) i altres vegades s'atura perquè es cansa.

Taula 101. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: RGS

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
3:49:47	2:17:21	60%

Taula 102. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

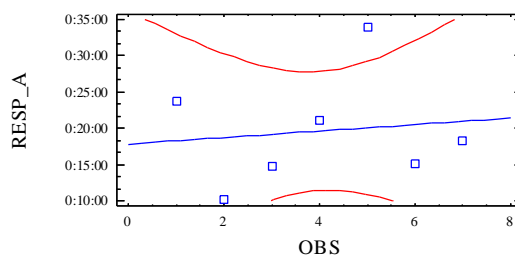
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda d'aquest aspecte, veiem que el senyor RGS mostra una lleugera tendència a incrementar la durada de les respostes adequades en el transcurs de la implementació del programa, tal com es pot veure en les següents dades, que no mostren una relació estadísticament significativa ($p=0,7906$).

Taula 103. Resposta adequada. Participant: RGS

Observació	RESP_A
1	0:23:48
2	0:10:14
3	0:14:49
4	0:21:06
5	0:33:59
6	0:15:05
7	0:18:20

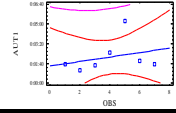
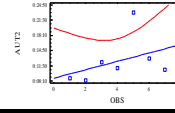
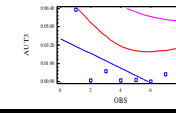
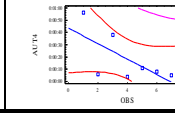
Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1070,43 + 26,7143 \cdot OBS$

**Figura 43. Tendència resposta adequada. Participant: RGS**

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren, per una banda, que les respostes de més durada són clarament les induïdes de manera general; les espontànies, tot i representar un percentatge molt petit, hi són presents i, en algunes ocasions, corresponen a propostes i, en d'altres, a moviments adequats que ell fa lliurement sense que sigui una proposta adreçada al grup. En relació al conjunt del grup el percentatge de les respostes espontànies es situen per sobre del quartil 3. Mostra capacitat per triar i decidir, encara que en algunes ocasions es deixa portar o imita al company. Crida l'atenció la necessitat d'estímul individual que necessita el senyor RGS, que el situa a la banda alta del conjunt del grup. Observant les dades, creiem que es deu a una situació especial, perquè només en una de les set observacions fetes hi figura molt temps (0:06:34) dedicat a aquest tipus de respostes. El percentatge de respostes no idònies es situa en el centre del conjunt del grup.

Per altra banda, un cop analitzades les dades a partir del model de regressió lineal, s'observa que en el període estudiat les respostes més autònomes tenen una tendència positiva i les menys autònomes i les no idònies tendeixen clarament a disminuir (totes elles amb una relació que no és estadísticament significativa).

Taula 104. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: RGS

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:01:36	0:08:48	0:06:34	0:00:56
2	0:01:05	0:08:18	0:00:07	0:00:06
3	0:01:29	0:12:19	0:00:57	0:00:38
4	0:02:34	0:11:03	0:00:06	0:00:04
5	0:05:15	0:23:14	0:00:10	0:00:11
6	0:01:52	0:13:03	0:00:00	0:00:08
7	0:01:35	0:10:36	0:00:40	0:00:05
Total	0:15:26	1:27:21	0:08:34	0:02:08
Tendència	AUT1 = 87,0 + 11,3214*OBS	AUT2 = 527,429 + 55,3214 *OBS	AUT3 = 233,857 - 40,1071*OBS	AUT4 = 43,4286 - 6,28571*OBS
Valor P	0,5316	0,3805	0,1490	0,1031
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,7%	38,0%	3,7%	0,9%

Taula 105. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.4.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes del senyor RGS en el transcurs del període de

recerca, té una lleugera tendència negativa ($SAT_DUR = 256,286 - 2,46429 \cdot OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,9570$).

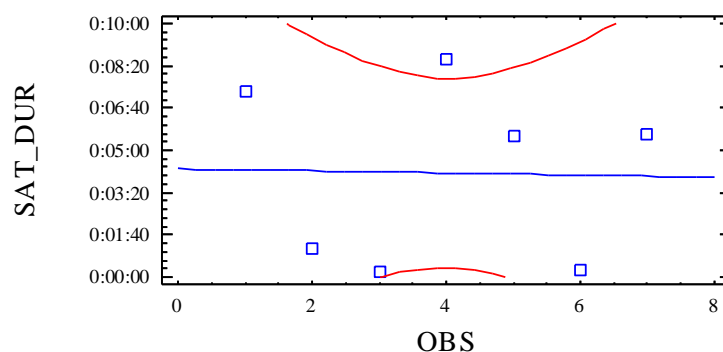


Figura 44. Tendència satisfacció personal. Participant: RGS

En l'IVP consta que se'l veu alegre, content i que sovint riu. Fàcilment s'afegeix a les bromes del grup o dels companys.

Sobre la seva satisfacció en relació al programa diu que li agrada ($n=3$), que s'ho passa bé i que troba que està bé (ex: "...m'agrada i trobo que està bé. Que em va bé pel cos").

- b) Regularitat en la participació: la seva participació és continuada, a banda del què ja hem comentat en el punt anterior (3.4.1), i veiem que hi acut amb regularitat, només ha passat una part de l'estiu (6 sessions) en què no hi ha assistit, per raons justificades. Cal destacar que sempre que s'hi presenta ho fa autònomament i sense necessitat de motivació especial, i sempre recorda quan és dia de sessió.

3.4.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: aquest senyor explica repetidament que participa en el programa perquè passa millor l'estona (gratificació), perquè va bé i "perquè és interessant" (seguretat). També fa referència a actituds relacionades amb l'autonomia: explica que "...jo al matí, agafat a la cadira ja faig les meves gimnàstiques. Potser si veiessis el què faig, potser... em sembla que ho faig bé". És una persona sensibilitzada sobre la necessitat i la importància de l'activitat física.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica, aquesta persona no ha presentat mai cap conducta de risc, cosa que també queda reflectida en l'IVP on es destaca que es mou amb molta prudència i, si se sent insegur fent una activitat (sobretot les d'equilibri), deixa de fer-la.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens indiquen que el senyor RGS no ha respost al 20% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR que es situa en direcció a la banda baixa.

Taula 106. No resposta dins TCM observat. Participant: RGS

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:32:49	0:30:13	20%

Taula 107. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de les entrevistes i de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta deixa de fer-la. Quan es cansa s'asseu, reposa i, més tard continua. Si es veu capaç respon normalment, si no s'atura i no respon a la proposta.

3.4.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Pel que fa al seu desenvolupament físic general durant les sessions, en l'IVP consta que té bona disponibilitat, conserva una bona coordinació general i específica, posa expressió en els seus desplaçaments amb música. Tal com ell mateix també destaca en l'EI, si l'activitat té una mica d'intensitat, es cansa ("*Cosa que em canso de seguida, és clar, em canso*"). Necessita moure's sense presses i li agraden els moviments repetitius.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades al senyor RGS, presenta millores en les proves de resistència i agilitat, manteniment en la de força de cames i pèrdues en les de força de braços i flexibilitat de cames i braços.

Taula 108. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: RGS

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	6	12	45	-6	-14	00:20,7
POST	6	10	52	-9	-19	00:13,2

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel: en el control PRE presenta un IB=100% i en el POST un IB=95%, de manera que en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) s'observa una lleugera davallada durant l'any de la recerca.

3.4.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que en RGS es relaciona amb els altres durant un 11% del temps en què se l'ha observat, just en la mitjana del conjunt del grup, i ho fa més durant el temps TA que durant el TCM.

Taula 109. Interaccions entre iguals. Participant: RGS

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:15:48	10%	0:09:26	12%	0:25:14	3:49:47	11%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 110. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres d'en RGS han mostrat una tendència molt lleugerament positiva ($II = 222,143 + 0,178571 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,9967$).

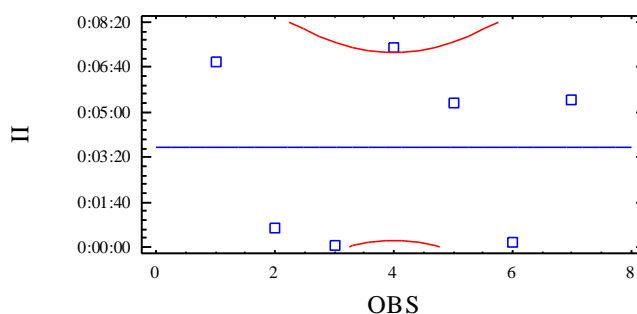


Figura 45. Tendència interaccions entre iguals. Participant: RGS.

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que es mostra amable amb tothom i s'hi relaciona espontàniament. Habitualment estableix contacte amb un dels companys del grup, al qual imita en moltes ocasions. A vegades treballa sol però no aïllat. En l'EI manifesta que no té cap problema amb ningú i que es fa amb tothom ("No tinc enveja, ni critico ningú. Jo faig la meua vida i...o sigui que... em faig amb tothom. No tinc cap pega de cap persona").

3.4.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

El senyor RGS parla de manera poc concreta sobre les millores que ha percebut, diu que sí que es troba més bé, que la relació amb els altres és millor, però ho fa amb poca precisió.

3.4.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats obtinguts sobre cada un dels aspectes analitzats ens indiquen que es tracta d'una persona que participa amb continuïtat i per ella mateixa. Es mostra participatiu encara que a vegades triga a iniciar la resposta perquè pateix una hipoacúsia important. Respon adequadament a les propostes i s'observa una clara tendència positiva en aquest tipus de respostes a mida que passen els mesos. Té iniciativa. És molt prudent i no se li observen mai conductes de risc, si té una dificultat o se sent insegur en l'execució d'alguna tasca, deixa de fer-la.

Manifesta que li agrada participar i valora la utilitat del programa tant pel seu interès global, com perquè representa una manera de distreure's i passar-ho bé. Fora del programa té l'hàbit de fer els seus exercicis físics diaris. Sol respondre a totes les propostes i el seu nivell de no resposta dins el TCM es situa per sota del primer quartil del conjunt de dades del grup, cosa que, tenint en compte la seva sordesa, indica un alt nivell de resposta.

Funcionalment ha experimentat pèrdues en la força de braços i la flexibilitat de cames i de braços. Es manté en la força de cames i millora en agilitat. També s'observa una davallada en l'IB. En tasques de força i de resistència es cansa, però conserva bona coordinació general.

No té cap dificultat quant a relacionar-se, és espontani i amable amb tothom, i manté aquestes característiques durant tot el període de recerca.

La seva percepció sobre millores és poc concreta i detallada, però esmenta el fet de trobar-se millor i l'aspecte relacional.

3.5 (EGV)

3.5.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: és una persona que assisteix al 65% de les sessions. Quan participa ho fa sense necessitat de motivació especial, però en diverses ocasions no assisteix perquè marxa a passejar per fora de la residència. També ha passat períodes amb problemes de salut que li han impedit assistir a les sessions.

Taula 111. Assistència. Participant: EGV

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	52/80	65%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	51	98%	
No assistència	Total	28/80	35%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	13	46%
		Malaltia	14	50%
		Altres obligacions	1	4%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquest senyor ha respost adequadament en el 62% del temps en què se l'ha observat. En l'IVP consta que habitualment respon a totes les propostes, però necessita un cert interval de temps per comprendre les indicacions o situacions (és sord-mut) i a vegades és irregular en la seva resposta.

Taula 112. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: EGV

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
3:32:21	2:12:05	62%

Taula 113. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

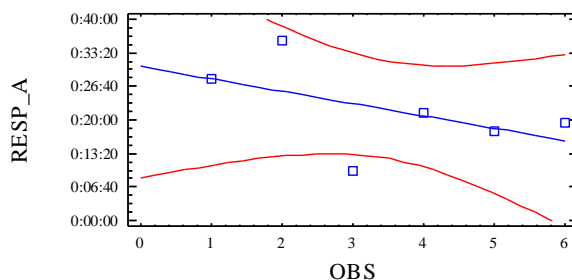
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda d'aquest aspecte, observem que l'evolució del senyor EGV pel què fa a la resposta adequada ha tingut una tendència clarament negativa, tal com es mostra en les següents dades, que no obstant això no representes una relació estadísticament significativa ($p=0,2960$).

Taula 114. Resposta adequada. Participant: EGV

Observació	RESP_A
1	0:28:03
2	0:35:43
3	0:09:52
4	0:21:25
5	0:17:38
6	0:19:24

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1836,53 - 147,343 \cdot OBS$



Taula 115. Tendència resposta adequada. Participant:EGV

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes en l'observació sistemàtica ens mostren que, fonamentalment, respon a les propostes induïdes de forma general. En algunes ocasions el senyor EGV ha necessitat estímuls individuals (aclariments per facilitar la comprensió de les indicacions donades) i, encara que poques, ha elaborat algunes respostes no idònies. Les respostes amb un component més elevat d'autonomia tenen poca durada, però hi són presents. Tenint en compte la seva sordesa-mudesa, aquesta és una dada important perquè indica espontaneïtat i una certa iniciativa, tot i patir unes deficiències que fàcilment podrien comportar aïllament. En l'IVP també es reflecteix aquesta conducta activa de fer propostes i elaborar respostes espontànies i adequades a la situació.

Taula 116. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: EGV

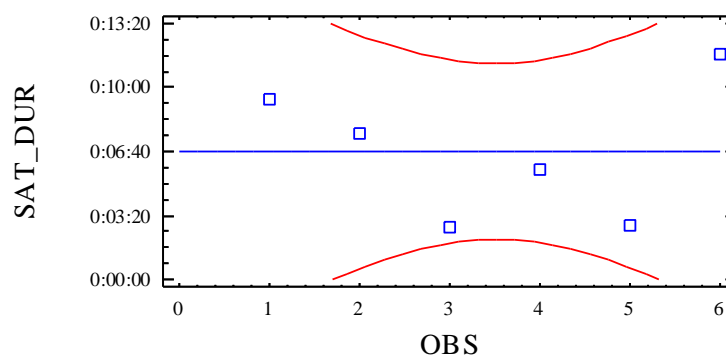
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:01:03	0:17:48	0:00:09	0:00:23
2	0:03:20	0:24:51	0:00:39	0:00:36
3	0:00:47	0:06:41	0:00:03	0:00:04
4	0:02:07	0:13:56	0:00:27	0:00:00
5	0:02:53	0:09:06	0:03:23	0:00:00
6	0:00:25	0:07:34	0:00:00	0:00:02
Total	0:10:35	1:19:56	0:04:41	0:01:05
Tendència	$AUT1 = 124,933 - 5,45714 \cdot OBS$	$AUT2 = 1346,33 - 156,286 \cdot OBS$	$AUT3 = -0,266667 + 13,4571 \cdot OBS$	$AUT4 = 32,5333 - 6,2 \cdot OBS$
Valor P	0,7877	0,1281	0,5324	0,0746
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	5,0%	37,6%	2,2%	0,5%

Taula 117. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.5.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: l'observació sistemàtica ens indica que en el transcurs del període de recerca, la tendència ($SAT_DUR = 397,733 + 0,6 \cdot OBS$) en la durada de les conductes indicadores de satisfacció és estable i no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,9922$).

**Figura 46. Tendència satisfacció personal. Participant: EGV**

En l'IVP consta que habitualment es mostra content, alegre, que riu i fa bromes. En l'EI (feta conjuntament amb el seu fill, que fa de traductor) diu que li agrada participar, però el traductor comenta que li sembla diu que sí per compromís.

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del què ja hem comentat en el punt anterior (3.5.1), veiem que durant els sis primers mesos és irregular en l'assistència i es combinen períodes de malaltia amb dies que surt a passejar o d'altres dels que desconexem els motius pels quals no participa en la sessió. En els últims sis mesos assisteix amb més regularitat.

3.5.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: el senyor EGV fa poques valoracions sobre el programa, però diu que hi participa perquè li ho demanem els professionals i, més aviat, troba que no és pas una pràctica molt forta. A la pregunta de si li agrada participar respon que "*bé, normal. No és pas fer peses*". De manera que no queda clar que doni algun valor al programa.
- b) Conductes de risc: en el procés d'observació sistemàtica es constata que el senyor EGV presenta algunes conductes de risc (durada=0:00:27) que es donen sobretot a l'inici del període de recerca. Aquesta dada també consta en l'IVP.

- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que el senyor EGV no ha respost al 20% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR baix perquè es situa per sota del primer quartil.

Taula 118. No resposta dins TCM observat. Participant: EGV

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:24:09	0:29:30	20%

Taula 119. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

A partir de l'entrevista i de l'IVP observem que és una persona que no té dificultats importants per seguir les tasques que es realitzen durant les sessions, i quan en té alguna, -per exemple de comprensió-, observa els altres i en funció d'això respon.

3.5.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

En aquest aspecte, és una persona que no té dificultats importants per desenvolupar-se durant la sessió, cosa que ell mateix confirma en l'EI. Té una bona mobilitat, conserva la força, la seva coordinació general és bona, però té certa dificultat per localitzar i controlar els moviments amb precisió. Es mostra molt expressiu en el moviment.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): el senyor EGV obté les mateixes puntuacions en els controls PRE i POST de les proves de flexibilitat de cames i d'agilitat. Per a la resta de proves administrades presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE.

Taula 120. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: EGV

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	12	14	58	-4	-19	9,3
POST	8	9	45	-4	-20	9,3

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=100% i en el POST un IB=95%, de manera que en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) també s'observa una davallada durant l'any que ha durat la recerca.

3.5.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): tant per les dades extretes de l'observació sistemàtica com per les anotacions en l'IVP, el senyor EGV es relaciona molt amb els altres, un 17% del temps en què se l'ha observat i, proporcionalment, ho fa pràcticament amb la mateixa intensitat en el TCM i en el TA. Val la pena destacar que, en relació a la resta del grup, és de les persones que es relaciona més (per sobre del tercer quartil) tot i ser sord-mut.

Taula 121. Interaccions entre iguals. Participant: EGV

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:24:21	17%	0:11:11	16%	0:35:32	3:32:21	17%

II = interaccions entre iguals.

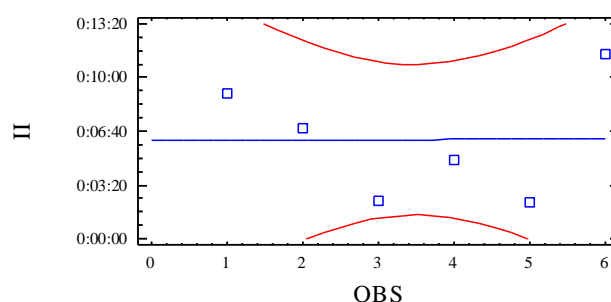
TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 122. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, la durada de les interaccions amb els altres de l'EGV ha mostrat una tendència molt lleugerament positiva ($II = 365,533 + 0,942857 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,9880$).


Figura 47. Tendència interaccions entre iguals. Participant: EGV

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP es relaciona habitualment de manera espontània amb tothom, es mostra amable i sempre està disposat a ajudar a qui ho necessita. Sol fer bromes adreçades a les persones del grup i moltes vegades és ell qui inicia la relació. És una persona ben acollida pel grup i diu que s'hi troba bé, però també diu que li agradaria més si el cercle fos de persones sord-mudes.

3.5.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

No s'han registrat valoracions d'aquest senyor amb referència a aquest tema.

3.5.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats descrits per a cada un dels aspectes analitzats ens mostren que el senyor EGV no és de les persones que assisteixen amb més assiduitat, però quan ho fa respon de manera adequada a les propostes, tot i que en alguna ocasió presenta conductes de risc.

Expressa que li agrada participar però també diu que ho fa perquè se li demana. En l'observació sistemàtica el seu nivell de satisfacció és molt estable, però hem de destacar que durant les sessions es mostra habitualment content i alegre, fent bromes i essent molt ben acollit pel grup.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, no expressa si el fet de participar en el programa li és útil o no, no dóna clarament cap valor explícit al programa. Respon sempre a totes les propostes i els seu nivell de no resposta dins del TCM és baix comparat amb la resta del grup.

Funcionalment experimenta una davallada en quatre de les sis capacitats avaluades i en les relatives a les ABVD. Tot i així, segueix les sessions sense dificultats importants. És una persona molt expressiva i això ho reflecteix en el moviment.

És molt espontani en les seves relacions, se'l veu content i alegre. El grup l'acull molt bé i interacciona molt amb els altres fent bromes, ajudant, deixant-se ajudar. Aquest nivell de relació ha estat molt estable durant tot el període de recerca.

3.6 (JGC)

3.6.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: el senyor JGC és una persona que assisteix a pràcticament a totes les sessions (98%) i ho fa de manera totalment autònoma. No cal avisar-lo, ni motivar-lo, ni recordar-li que és el dia de l'activitat física, sempre és puntual a la cita. En tot el període de recerca només ha deixat d'assistir en dues ocasions, una de les quals estava justificada.

Taula 123. Assistència. Participant: JGC

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	78/80	98%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	78	100%	
No assistència	Total	2/80	3%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	1	50%
		Malaltia	0	0%
		Altres obligacions	1	50%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens indica que ha respost adequadament durant el 58% del temps en què se l'ha observat. En l'IVP consta que habitualment respon a totes les propostes, però que ho fa amb lentitud i, a vegades, triga a començar.

Taula 124. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JGC

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:46:33	2:44:56	58%

Taula 125. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

Pel que fa a la seva evolució en el transcurs del període de recerca, observem que mostra una tendència clarament positiva (amb una relació estadísticament significativa. $p=0,0287$) en la quantitat de temps dedicat a elaborar respostes adequades.

Taula 126. Resposta adequada. Participant: JGC

Observació	RESP_A
1	0:17:23
2	0:21:52
3	0:20:53
4	0:26:45
5	0:19:51
6	0:27:46
7	0:30:26

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 985,857 + 106,964 * OBS$

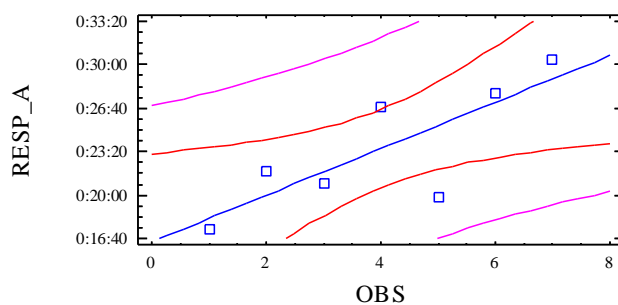
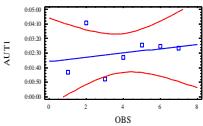
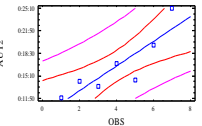
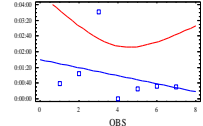
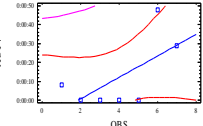


Figura 48. Tendència resposta adequada. Participant: JGC

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes en l'observació sistemàtica ens mostren que el tipus de respostes més freqüents són les induïdes de manera general; les espontànies, tot i representar un percentatge petit, hi són presents i indiquen una certa predisposició a fer propostes i elaborar respostes espontànies adequades, aspecte que es destaca en l'IVP. Té creativitat i capacitat per decidir i triar. També fa valoracions espontànies sobre l'activitat. En relació al conjunt del grup, el percentatge de respostes espontànies adequades del senyor JGC, es situa per sobre del quartil 2. I les no idònies, en el quartil 1.

Tal com es pot observar en la següent taula, la tendència de les respostes més autònomes és positiva en el transcurs del període de recerca, les induïdes a nivell individual tendeixen a disminuir i les respostes no idònies tendeixen a augmentar tot i que són de molt poca durada i representen un proporció molt baixa en el conjunt de respostes.

Taula 127. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JGC

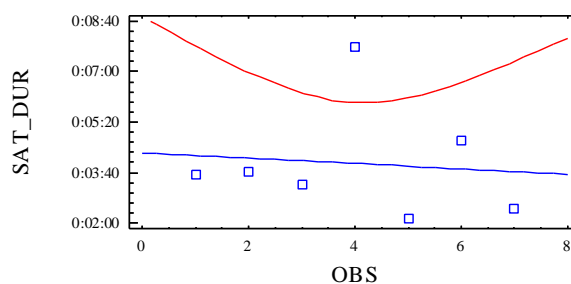
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:01:25	0:11:59	0:00:39	0:00:08
2	0:04:14	0:14:21	0:01:05	0:00:00
3	0:01:01	0:13:39	0:03:41	0:00:00
4	0:02:15	0:17:01	0:00:00	0:00:00
5	0:02:58	0:14:35	0:00:25	0:00:00
6	0:02:54	0:19:45	0:00:32	0:00:48
7	0:02:47	0:25:07	0:00:31	0:00:29
Total	0:17:34	1:56:27	0:06:53	0:01:25
Tendència	AUT1 = 121,571 + 7,25*OBS	AUT2 = 559,857 + 109,571*OBS	AUT3 =99,8571 - 10,2143 *OBS	AUT4 = -10,5714 + 5,67857*OBS
Valor P	0,5989	0,0098	0,5158	0,1185
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,1%	40,6%	2,4%	0,5%

Taula 128. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.6.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes, en el transcurs del període de recerca, té una tendència descendent ($SAT_DUR = 258,714 - 5,21429*OBS$) amb una relació que no és estadísticament significativa ($p=0,8333$). En l'IVP no figuren anotacions relatives a que es mostri alegre, però sí que en diverses ocasions s'hi fan constar les seves intervencions espontànies i que, algunes vegades –no sempre, perquè tendeix a treballar en solitari-, es relaciona espontàniament amb els altres. De manera que les seves conductes no són massa indicadores de satisfacció, però tampoc d'insatisfacció.

**Figura 49. Tendència satisfacció personal. Participant: JGC**

Si ens fixem en les seves manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa, podem dir que n'està satisfet perquè tant en l'EI com en la de grup manifesta que li agrada participar i que li agraden les activitats que es fan (n=8) (ex: "Sí, m'agrada". "És curtet i et passa de seguida. A mi m'agrada").

- b) Regularitat en l'assistència: el senyor JGC és molt regular en la participació i assisteix de manera continuada i sense necessitat de motivació especial.

3.6.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: ell dóna diverses raons per participar i valora la utilitat del programa. Els seus arguments s'emmarquen en la dimensió actitudinal de gratificació valorant que es distreu i que li agrada la companyia i la relació amb els altres ("Perquè m'agrada la companyia". "M'agrada parlar". "Almenys passes una horeta distreta"). Però també dóna arguments relacionats amb l'autonomia i els beneficis físics ("Un no s'encalla tant". "Perquè no ens adormim de cames i braços". "Potser ens ajuda una mica al cos"). Mai no fa referència a valors relacionats amb la seguretat.
- b) Conductes de risc:segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica al senyor JGC només se li ha observat una conducta de risc (durada:0:00:08) en tot el període de recerca, de manera que està clar que respon d'acord amb les seves possibilitats i pràcticament mai no va més enllà.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM):l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens diuen que el senyor JGC no ha respost al 26% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, el situa una mica per sobre del segon quartil. Això representa un nivell mitjà però amb tendència a fer una NR alta dins del TCM. Aquesta dada es complementa amb l'IVP, en el qual es destaca que, a vegades, triga a iniciar la resposta a les propostes perquè primer observa als altres i després respon.

Taula 129. No resposta dins TCM observat. Participant: JGC

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:28:42	0:54:37	26%

Taula 130. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de les entrevistes i de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat per a l'elaboració de la resposta intenta buscar una solució, s'esforça per resoldre-la i, si convé, demana ajuda. Habitualment respon a totes les propostes.

3.6.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

En l'IVP consta que els seus moviments són poc harmònics, i que presenta una certa descoordinació i dificultat per controlar-los. Això és degut a la seva malaltia de base. Té capacitat per caminar durant un període llarg de temps (10') sense cansar-se. Necessita temps per asseure's i aixecar-se, segueix les sessions però ho fa amb lentitud. Li costa relaxar-se.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades, s'observen pèrdues en quatre (força braços, resistència, flexibilitat de cames i de braços) de les sis proves. Es manté en la força de cames i millora en la prova d'agilitat.

Taula 131. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JGC

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	8	15	28	-15	-63	00:40,6
POST	8	9	26	-16	-48	00:30,3

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): tant en el control PRE com en el control POST presenta un IB=75%, mantenint la seva funcionalitat en les ABVD.

3.6.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que el senyor JGC es relaciona amb els altres durant el 8% del temps en què se l'ha observat (a la part baixa del conjunt del grup) i ho fa més durant el TCM que durant el TA.

Taula 132. Interaccions entre iguals. Participant: JGC

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:20:21	10%	0:03:00	4%	0:23:21	4:46:33	8%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 133. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca les seves interaccions amb els altres han mostrat una tendència lleugerament positiva ($II = 204,571 + 0,357143 \cdot OBS$) amb una relació que no és estadísticament significativa ($p=0,9892$).

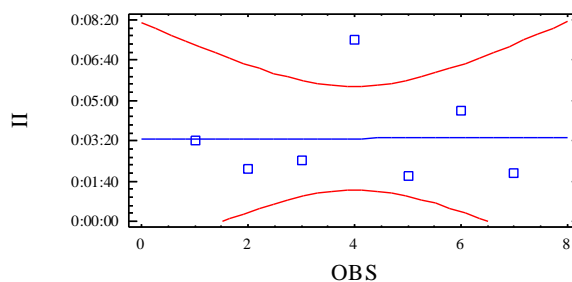


Figura 50. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JGC

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP, es relaciona espontàniament amb els altres però ho fa poques vegades, principalment en situacions de treball compartit, en les quals li agrada imposar el seu criteri; en les altres situacions tendeix a treballar en solitari, però està pendent dels altres. Tot i la poca relació que hi manté ell diu: *“m'agrada parlar, m'agrada d'allò amb els altres”*.

3.6.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

Aquest senyor expressa que es troba *“quasi igual”* després de participar en el programa, no explicita que hagi experimentat cap tipus de millora.

3.6.7 A MANERA DE SÍNTESI

Es tracta d'una persona que assisteix de manera regular i continuada al programa. En general elabora poques respostes adequades, però han tingut una tendència clarament positiva i significativa durant l'any en que s'ha realitzat l'estudi. A més, és una persona creativa i que fa propostes. Aquesta poca durada de les respostes adequades és deguda al seu ritme de treball –en diverses ocasions es comenta que és lent en les seves respostes i que triga a iniciar-les-. Per tant, és un senyor que quantitativament no respon massa, però les seves respostes tenen qualitat en el sentit que les elabora de manera autònoma fent propostes i decidint.

En diverses ocasions diu que li agrada participar en el programa, això queda reflectit en la seva continuïtat i autonomia en l'assistència. L'observació sistemàtica ens indica una lleugera tendència negativa en les conductes indicadores de satisfacció. Globalment podem dir que les seves conductes no són indicadores de satisfacció, però tampoc d'insatisfacció.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, valora la relació/companyia que li aporta el grup i la distracció com a elements gratificants. També valora els aspectes més relacionats amb l'autonomia que li proporciona el programa (moure's, no quedar-se encallat...). Té un bon coneixement de les seves possibilitats perquè no té conductes de risc i el seu nivell de no resposta es situa una mica per sobre del segon quartil del conjunt de dades del grup. Aquest temps de no resposta és degut a que triga a iniciar la resposta un cop llançada la proposta. Una altra característica important és que respon a totes les propostes i que quan té una dificultat fa diversos intents per superar-la i, si ho necessita, demana ajuda.

Funcionalment ha experimentat una certa davallada en les seves capacitats, millorant només en l'agilitat.

Es tracta d'una persona que no presenta dificultats per relacionar-se, perquè és espontani i no rebutja la interacció, però tendeix a treballar en solitari.

Sobre les millores que ha experimentat amb el programa, expressa que es troba igual.

3.7 (AJR)

3.7.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: el senyor AJR assisteix al 98% de les sessions, tot i que comença a participar en el programa una vegada iniciat el període de recerca, i no requereix un procés de motivació especial per fer-ho. Només ha deixat d'assistir a una sessió i ha estat per una raó justificada. Habitualment participa en el programa acompanyat per la seva senyora.

Taula 134. Assistència. Participant: AJR

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	57/58	98%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	57	100%	
No assistència	Total	1/58	2%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	0	0%
	Altres obligacions	1	100%	

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament en el 50% del temps en que se l'ha observat. El l'IVP consta que no sempre respon a totes les propostes, a vegades necessita estímul directe i, quan respon, ho fa durant poca estona. En relació al conjunt del grup, el seu nivell de resposta es situa a la banda baixa, per sota del primer quartil.

Taula 135. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: AJR

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:09:02	2:05:09	50%

Taula 136. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda, veiem que l'evolució d'aquest senyor pel que fa a la resposta adequada, ha experimentat una tendència clarament positiva, tal com es mostra en les següents dades, que no mostren una relació estadísticament significativa ($p=0,3287$).

Taula 137. Resposta adequada. Participant: AJR

Observació	RESP_A
1	0:15:36
2	0:26:24
3	0:31:53
4	0:20:21
5	0:30:55

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1059,3 + 147,5 \cdot OBS$

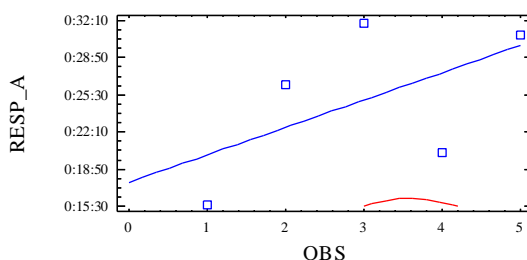


Figura 51. Tendència resposta adequada. Participant: AJR

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren, per una banda, que les respostes de més durada són les induïdes de manera general; les espontànies hi són en un percentatge molt petit, però per sobre del quartil 1 en relació al conjunt del grup; les induïdes individuals es situen a la banda alta (per sobre del quartil 3) en relació al grup, però mostren una tendència clarament negativa en el transcurs del període de recerca i amb una relació estadísticament significativa. Les respostes no idònies també tenen aquesta tendència. La qualitat de la resposta del senyor AJR ha evolucionat positivament en el transcurs de l'any estudiat.

Per altra banda, tot i l'estímul individual que necessita, conserva una certa capacitat per fer propostes o decidir si se l'ajuda i si ha entès bé el què se li demana.

Taula 138. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: AJR

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:01:11	0:09:08	0:03:40	0:00:22
2	0:00:58	0:20:37	0:01:37	0:00:07
3	0:02:28	0:19:41	0:01:35	0:00:09
4	0:04:18	0:06:25	0:00:47	0:00:00
5	0:01:43	0:22:25	0:00:34	0:00:00
Total	0:10:38	1:18:16	0:08:13	0:00:38
Tendència	$AUT1 = 48,4 + 26,4 \cdot OBS$	$AUT2 = 716,6 + 74,2 \cdot OBS$	$AUT3 = 225,2 - 42,2 \cdot OBS$	$AUT4 = 22,9 - 5,1 \cdot OBS$
Valor P	0,3723	0,6641	0,0329	0,0406
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	4,3%	31,4%	3,3%	0,3%

Taula 139. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.7.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes té una tendència clarament ascendent ($SAT_DUR = 15,9 + 104,1 \cdot OBS$) en el transcurs del període de recerca, tot i que no representa una relació estadísticament significativa ($p=0,1176$). En l'IVP consta que se'l veu content i que fa algunes bromes (a vegades amb un to desinhibit), es relaciona principalment amb la seva senyora, i amb els altres ho fa si és necessari.

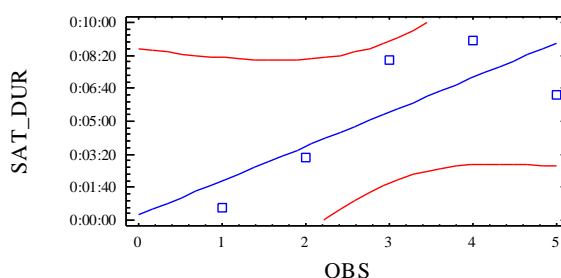


Figura 52. Tendència satisfacció personal. Participant: AJR

Si analitzem les seves manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa diu que *“está bien”*, que li agrada en general i que li agrada tot ($n=5$). Ho relaciona amb què li permet distreure's, però al mateix temps comenta que fa el què li manen.

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del que ja hem comentat en el punt anterior (3.7.1), veiem que assisteix amb regularitat i continuïtat. En el període durant el qual la seva senyora no ha pogut assistir, cal recordar-li el dia de l'activitat, perquè si no ho recorda i cal acompanyar-lo, però sempre està disposat a participar. Aquesta circumstància la reafirma ell mateix en l'EI quan diu que si no li ho diguessin no hi aniria perquè *“no sabría yo si la estaban haciendo o no”*

3.7.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: concreta poc en la seva opinió respecte de les aportacions que li proporciona el programa, únicament valora el fet de distreure's (*“Se distrae uno con ella”*), de manera que cal emmarcar la seva valoració en la dimensió actitudinal de gratificació. En l'EG, en una ocasió diu que és bo per a la salut (dimensió actitudinal seguretat). No fa referència a altres valors relacionats amb l'autonomia.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica el senyor AJR no elabora cap conducta de risc en tot el període de recerca. No va mai més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que el senyor AJR no ha respost al 38% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un alt nivell de NR. Aquesta dada es reafirma en l'IVP on es comenta, en diverses ocasions, que respon a la

majoria de les propostes –no a totes-, però que fa poques repeticions i que en algunes necessita estímul individual.

Taula 140. No resposta dins TCM observat. Participant: AJR

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:15:06	1:15:04	38%

Taula 141. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

En la mateixa línia observem, a partir de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat per respondre a una proposta, no la fa i es queda aturat o bé li demana a la seva senyora que la faci per ell. Mostra una clara tendència a mantenir actituds passives.

3.7.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

En aquest aspecte, el senyor AJR es mou amb poca amplitud i poca precisió. L'execució dels moviments no sempre és correcta i les seves capacitats de coordinació són limitades. Conserva la força, l'equilibri i la resistència bàsiques per desenvolupar-se de manera global, però no per fer tasques més precises i exigents. La seva manera de moure's transmet poca energia.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades al senyor AJR, en el control POST presenta millores en les proves de resistència i flexibilitat de braços i pèrdues en la resta. Preguntat sobre si ha experimentat millores amb el programa (en EG) respon encongint-se d'espatlles i sense precisar (“*más o menos*”).

Taula 142. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: AJR

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	4	16	6	-21	-45	00:10,7
POST	3	14	31	-24	-31	00:16,2

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE té un IB=65 i en el POST un IB=60% de manera que també es veu una davallada en les ABVD.

3.7.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que el senyor AJR es relaciona amb els altres durant un 10% del temps en que se l'ha observat (lleugerament per sota del quartil 2) i ho fa principalment durant el TCM.

Taula 143. Interaccions entre iguals. Participant: AJR

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:23:26	12%	0:02:24	4%	0:25:50	4:09:02	10%

II = interaccions entre iguals.

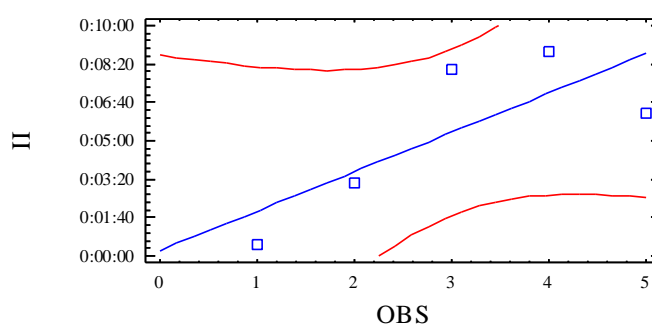
TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 144. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres han mostrat una tendència clarament positiva ($II = 14,5 + 102,5 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,1233$).

**Figura 53. Tendència interaccions entre iguals. Participant: AJR**

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que tendeix a relacionar-se poc amb els altres, ho fa principalment amb la seva senyora, qui habitualment n'està molt pendent. Quan està en petit grup, o bé quan per la situació del grup sencer es troba allunyat de la seva senyora, es relaciona més amb els altres. En l'EI diu que es troba bé amb el grup, que es relaciona amb tots, però que al qui no l'entén no li parla ("Bien, pero a la que no entiendo no le hablo").

3.7.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

Preguntat sobre si ha obtingut millores físiques pel fet de participar en el programa, respon sense concreció ("más o menos") i encongint les espatlles.

3.7.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats descrits per a cada un dels aspectes analitzats ens mostren una tendència clarament positiva en diversos àmbits: qualitat de la resposta, satisfacció, competència social. Però al mateix temps ens dóna un perfil de persona amb tendència a la passivitat i certa davallada funcional.

La participació en el programa és alta i continuada, però respon poc a les propostes. De fet, és una de les persones del grup hi que respon menys. En canvi, si ens fixem en la tendència de les respostes més autònomes, observem que és positiva i que la de les que són més dirigides o no idònies és negativa. Això indica una millora en la qualitat de les poques respostes que fa.

Expressa verbalment que li agrada participar, assisteix amb regularitat, se'l veu content i la tendència de les seves respostes indicadores de satisfacció és clarament positiva.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, valora que d'aquesta manera es distreu i que va bé per a la salut. No fa conductes de risc, però respon poc a les propostes i tendeix a mantenir una actitud passiva. Quan se li presenta una dificultat no respon o intenta que ho faci un altre per ell.

Funcionalment experimenta una davallada, tot i que en les proves del SFT millora en la de resistència i flexibilitat de braços. En les ABVD també s'observa un empitjorament. En general els seus moviments són poc precisos i enèrgics.

Quant a l'aspecte relacional és una persona que interactua poc amb els altres però s'observa una tendència clarament positiva en el transcurs del període de recerca. Es relaciona més amb els altres durant el TCM, cosa que indica que li és més fàcil quan hi ha una certa mediació de la situació de treball. Verbalitza que es troba bé amb el grup.

La seva resposta verbal indica que no ha percebut millores arran de participar en el programa.

3.8 (CMG)

3.8.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: és una persona que assisteix al 50% de les sessions, però quan ho fa és sense necessitat de motivació especial. Quan no assisteix dóna raons relacionades amb que té altres obligacions. En altres ocasions desconeixem els motius de la no assistència. Segons es desprèn de l'EI i per les dades que figuren a la residència, és una persona que ha passat un període llarg de temps pendent del seu marit (amb problemàtica de salut important) i que manté activitats fora de la residència de manera habitual.

Taula 145. Assistència. Participant: CMG

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	40/80	50%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	39	98%	
No assistència	Total	40/80	50%	
	Motiu de no assistència	No vol	1	3%
		No se sap	14	35%
		Malaltia	2	5%
		Altres obligacions	23	58%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que la senyora CMG ha respost adequadament en el 63% del temps en que se l'ha observat. En relació a la resta del grup es situa a la banda alta del nivell quantitatiu de resposta (en el quartil 3). Aquesta dada es complementa amb l'IVP on consta que habitualment respon a totes les propostes, però fa algunes aturades i, en algunes ocasions, fa poques repeticions.

Taula 146. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: CMG

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
3:39:49	2:16:54	63%

Taula 147. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

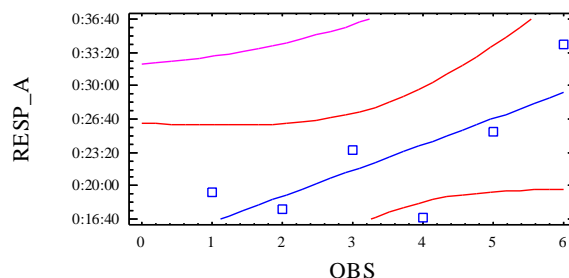
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

La seva evolució pel que fa a la resposta adequada en el transcurs del període de recerca, ha tingut una tendència clarament positiva i amb una relació estadísticament significativa ($p=0,0887$).

Taula 148. Resposta adequada. Participant: CMG

Observació	RESP_A
1	0:19:21
2	0:17:37
3	0:23:35
4	0:16:48
5	0:25:26
6	0:34:07

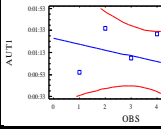
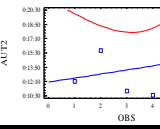
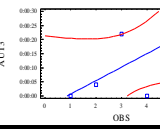
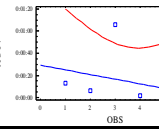
Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 826,0 + 155,143 \cdot OBS$

**Figura 54. Tendència resposta adequada. Participant: CMG**

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren una certa irregularitat en totes les conductes observades durant el període de recerca. Les respostes espontànies mostren una tendència negativa i, en relació al conjunt del grup, es situen entre el quartil 3 i 2, cosa que indicaria poca resposta autònoma. Les induïdes de manera individual mostren una tendència positiva, però comparant amb el grup, són de curta durada. Les respostes induïdes de manera general mostren una tendència positiva, i en relació al conjunt del grup la situen lleugerament per sobre del quartil 1. Elabora poques conductes no idònies. Totes aquestes dades s'han analitzat a partir del model de regressió lineal i cap d'elles no presenta una relació estadísticament significativa.

Complementàriament l'IVP no indica que sigui una persona que faci propostes o expressi la seva opinió de manera espontània, més aviat tendeix a anar seguint la sessió de manera reservada i discreta; també consta ($n=4$) que pren decisions si se li demana directament.

Taula 149. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: CMG

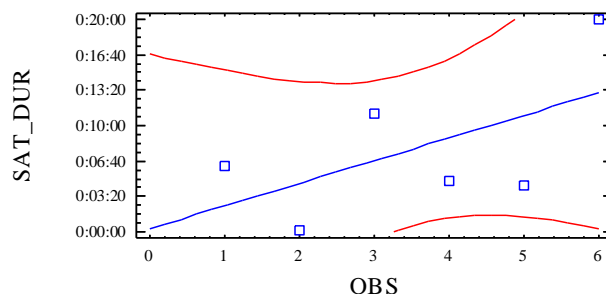
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:55	0:12:11	0:00:00	0:00:13
2	0:01:35	0:15:47	0:00:04	0:00:06
3	0:01:08	0:11:04	0:00:22	0:01:06
4	0:01:30	0:10:36	0:00:00	0:00:02
5	0:01:03	0:19:42	0:00:24	0:00:00
6	0:00:33	0:13:14	0:00:26	0:00:00
Total	0:06:44	1:22:34	0:01:16	0:01:27
Tendència	AUT1 = 85,7333 - 5,25714*OBS	AUT2 = 726,467 + 28,3429 *OBS	AUT3 = -4,13333 + 4,8*OBS	AUT4 = 29,2 - 4,2*OBS
Valor P	0,3961	0,6238	0,1105	0,5557
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	3,1%	37,7%	0,6%	0,7%

Taula 150. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.8.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la senyora CMG en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 19,3333 + 127,714*OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,2330$). En l'IVP consta en una ocasió que se la veu més contenta que habitualment, i també s'hi diu que es mostra inexpressiva, amb poca energia i que parla poc amb els altres.


Figura 55. Tendència satisfacció personal. Participant: CMG

Si analitzem les manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa, expressa que li va bé perquè “no penso tant” però diu que hi participa perquè se li demana i que “si fos per mi no la faria –referint-se a l’activitat-. Tant em fa

fer gimnàs, com fer memòria, com fer això, com fer allò. M'estimo més no fer res. Perquè...què? No tinc cap il·lusió".

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del que ja hem comentat en el punt anterior (3.8.1), veiem que no assisteix amb regularitat. Durant tot el període de recerca no ha assistit a més de quatre sessions seguides. Tot i que en moltes ocasions ha justificat la seva absència, en d'altres, no.

3.8.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les valoracions –poques- que fa la senyora CMG respecte de la utilitat del programa o les raons per participar-hi, són imprecises (“*perquè sé que va bé*”) o s'emmarquen en la dimensió actitudinal de seguretat. Diu que li va bé mentalment, perquè es distreu i no pensa tant (n=2). Però al mateix temps manifesta que hi participa “*perquè m'hi fan venir*”.
- b) Conductes de risc: en tot el període de recerca no se li han observat conductes de risc, de manera que és evident que quan participa ho fa amb prudència i mai no va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades indiquen que la senyora CMG no ha respost al 25% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR normal (situat just en el quartil 2)

Taula 151. No resposta dins TCM observat. Participant: CMG

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:42:43	0:40:11	25%

Taula 152. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Quant al seu nivell de resposta en l'IVP consta que respon a la majoria de les propostes però amb algunes aturades o trigant una mica a iniciar la resposta si no ho ha entès (observa els companys i després respon). Habitualment té poques dificultats per seguir les propostes de la sessió, però si en té alguna, o bé primer observa els altres i després els imita, o bé s'atura i no la fa.

3.8.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Els seus moviments són poc amplis tot i que té bona disponibilitat física. En l'IVP es parla sovint que es mou amb poc to i energia. Conserva la coordinació, la força i la mobilitat suficients com per desenvolupar-se de manera autònoma. Té certa dificultat en l'equilibri. També li costa ser precisa en els seus moviments localitzats. En algunes ocasions verbalitza que es cansa.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): els resultats de les proves administrades indiquen que en el control POST ha experimentat pèrdues respecte del control PRE en totes, exceptuant en la prova d'agilitat.

Taula 153. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: CMG

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	8	15	23	-10	-16	00:12,6
POST	6	10	26	-16	-21	00:09,7

For-EEII = Força extremitats inferiors
 For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
 Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=95% i en el control POST un IB=100%, de manera que s'observa una certa millora en la seva funcionalitat per a les ABVD.

3.8.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la CMG es relaciona amb els altres durant un 21% del temps en que se l'ha observat (per sobre del quartil 3 del conjunt del grup) i ho fa més durant el TA que durant el TCM. Això indica que la seva interacció amb els altres no depèn tant de la mediació de la situació de treball creada.

Taula 154. Interaccions entre iguals. Participant: CMG

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:31:42	19%	0:13:40	24%	0:45:22	3:39:49	21%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 155. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions de la senyora CMG amb els altres han mostrat una tendència clarament ascendent ($II = 17,9333 + 127,257 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,2338$).

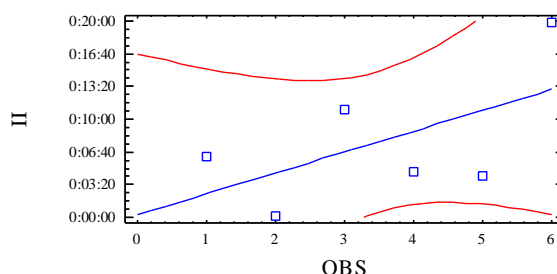


Figura 56. Tendència interaccions entre iguals. Participant: CMG

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP, és una persona que es relaciona poc amb els altres, però quan és necessari ho fa sense cap dificultat. Li és més fàcil interactuar

en les distàncies curtes, es mostra amable amb tothom i és discreta en les seves relacions. Sol passar desapercibuda però manté una relació cordial amb tothom. No sol fer intervencions generals adreçades al grup.

3.8.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora CMG s'expressa amb poc detall i, només en una ocasió, esmenta que participar en el programa li ha anat bé mentalment.

3.8.7 A MANERA DE SÍNTESI

Els resultats descrits per a cada un dels aspectes analitzats ens mostren a una persona discreta que participa una mica "per obligació", però que ho fa de manera tranquil·la.

La participació en el programa és baixa, la més baixa del grup. Ella fa altres activitats i també expressa clarament que si fos per ella no assistiria ni a aquesta activitat, ni a cap altra. Està desanimada. La tendència de les respostes més autònomes és descendent i la de les induïdes individualment ascendent, cosa que indica una certa propensió a mostrar-se menys autònoma en les seves actuacions. Conserva la capacitat de decisió però la fa servir només quan se li demana.

No expressa una clara satisfacció personal en relació al programa, però les dades de l'observació sistemàtica mostren una tendència positiva al llarg de l'any de recerca. No assisteix amb continuïtat i regularitat a les sessions.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut no és massa clara, diu que sap que va bé però no concreta. En dues ocasions valora que li va bé per no pensar en altres preocupacions. Sol respondre a la majoria de les propostes i el seu nivell de no resposta dins del TCM es situa en el segon quartil del conjunt de dades del grup. Per altra banda, davant d'alguna dificultat o bé observa els companys i després els imita, o bé no respon.

Funcionalment ha experimentat pèrdues en totes les capacitats avaluades, excepte en l'agilitat i en les ABVD.

No mostra dificultats per les relacions. L'observació sistemàtica indica que les seves interaccions amb els altres tenen una tendència positiva, que el seu grau de relació es situa a la banda alta del conjunt del grup i que es produeix més durant el TA que durant el TCM. Però al mateix temps, l'IVP parla d'una relació discreta, amable i sense dificultats però amb tendència a establir poc contacte amb els altres.

La seva percepció de millora no és expressada amb detall i només esmenta benefici de tipus mental.

3.9 (DMP)

3.9.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: la senyora DMP assisteix al 96% de les sessions i sempre necessita motivació especial per iniciar la participació. D'entrada ella no vol moure's de la sala

on està habitualment i , a més, cal recordar-li el dia que hi ha activitat física i acompanyar-la, perquè ella no ho recorda. Les poques vegades que no ha participat han estat justificades i en una ocasió no ha volgut venir.

Taula 156. Assistència. Participant: DMP

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	77/80	96%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	77	100%	
No assistència	Total	3	4%	
	Motiu de no assistència	No vol	1	33%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	0	0%
		Altres obligacions	2	67%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens indica que aquesta persona ha respost adequadament al 53% del temps en que se l'ha observat, cosa que en relació al conjunt del grup, la situa en un nivell de resposta adequada baix. En l'IVP es confirma aquesta dada perquè s'hi fa constar que respon a la majoria de les propostes—no a totes—, amb algunes aturades i que fa poques repeticions.

Taula 157. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: DMP

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:15:17	2:16:16	53%

Taula 158. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

Pel que fa a la seva evolució en la durada de la resposta adequada ha experimentat una tendència lleugerament descendent. Les dades mostren una relació que no és estadísticament significativa ($p=0,8711$).

Taula 159. Resposta adequada. Participant: DMP

Observació	RESP_A
1	0:18:38
2	0:16:20
3	0:13:44
4	0:34:34
5	0:27:28
6	0:10:12
7	0:15:20

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1240,29 - 18,0714 * OBS$

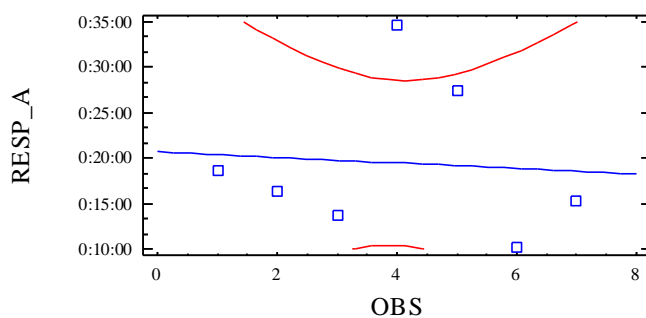


Figura 57. Tendència resposta adequada. Participant: DMP

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren que les respostes més autònomes tenen una tendència positiva i el percentatge de la durada d'aquest tipus de respostes és baix però lleugerament per sobre del quartil 1 del conjunt del grup. Les respostes induïdes de manera general tenen una tendència descendent igual que les induïdes individualment, però amb un pendent menys pronunciat.

Cal destacar tendència clarament negativa (amb una relació estadísticament significativa) de les respostes no idònies, tot i que en relació al conjunt del grup, es situen a la banda alta. Això està relacionat amb el què indica l'IVP, que a la senyora DMP li costa concentrar-se durant períodes llargs de temps i sovint està pendent d'altres coses o fa moviments que no tenen res a veure amb la situació del moment (es frega la roba). Tot i així, mostra una certa iniciativa amb algunes respostes espontànies i amb capacitat per triar o decidir sobre situacions senzilles. Es pot dir que la seva resposta té una certa irregularitat, a vegades decideix i és espontània, d'altres se la veu absent i poc concentrada en la situació.

Taula 160. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: DMP

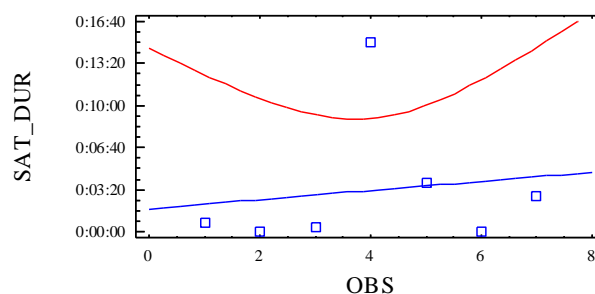
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:01:14	0:17:21	0:00:00	0:01:59
2	0:01:42	0:14:30	0:00:08	0:00:52
3	0:00:43	0:11:36	0:01:25	0:00:38
4	0:01:07	0:18:09	0:00:16	0:01:56
5	0:01:14	0:22:27	0:00:03	0:00:22
6	0:00:43	0:09:22	0:00:03	0:00:23
7	0:02:30	0:09:46	0:00:21	0:00:02
Total	0:09:13	1:43:11	0:02:16	0:06:12
Tendència	AUT1 = 58,8571 + 5,03571*OBS	AUT2 = 1074,43 - 47,5*OBS	AUT3 = 23,5714 - 1,03571*OBS	AUT4 = 113,857 - 15,1786*OBS
Valor P	0,5259	0,4384	0,8733	0,0774
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	3,6%	40,4%	0,9%	2,4%

Taula 161. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.9.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la senyora DMP en el transcurs del període de recerca, té una tendència lleugerament ascendent ($SAT_DUR = 109,0 + 21,7857 * OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,7560$). En l'IVP consta ($n=1$) que té un posat seriós però en diverses ocasions somriu, canta seguint la música que sona, se la veu tranquil·la i contenta ($n=3$).

**Figura 58. Tendència satisfacció personal. Participant: DMP**

Si analitzem les seves manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa expressa, que li agrada el què s'hi fa i que s'hi troba bé ($n=3$).

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del què ja hem comentat en el punt anterior (3.9.1), veiem que assisteix amb regularitat i continuïtat encara que se li ha de recordar i se l'ha d'acompanyar. Sempre necessita motivació especial: d'entrada diu que no hi vol participar però finalment ho fa i es mostra tranquil·la.

3.9.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: totes les valoracions que fa la DMP sobre la utilitat de la seva participació en el VAFiD o les raons per participar-hi, s'emmarquen en la dimensió actitudinal de gratificació: fa referència a què hi participa perquè li agrada el què s'hi fa ("m'agrada el què feu") i les persones que hi ha en el grup. També respon que sí a les preguntes de si li serveix per relacionar-se i si la relació amb els altres és millor. En una conversa informal i espontània, en el camí de retorn després de la sessió, diu "quasi ja hem passat el dia" valorant el fet de distreure's. Mai no fa referència a altres valors relacionats amb l'autonomia o la seguretat.

- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica aquesta persona només ha presentat una conducta de risc (durada=0:00:08) en tot el període de recerca, de manera que participa amb prudència i pràcticament mai no va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens indiquen que la senyora DMP no ha respost al 22% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR baix.

Taula 162. No resposta dins TCM observat. Participant: DMP

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:05:39	0:41:39	22%

Taula 163. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta, és irregular en les seves respostes: unes vegades s'atura i no respon i d'altres ho fa a la seva manera. En l'EI (EI) explica que "*si diuen de fer això, jo miro de fer-ho i fer-ho bé*".

3.9.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora DMP es desplaça amb caminadors i els seus recorreguts són de curta durada – sovint refereix dolor a les cames-. En els que són acompanyats amb música hi posa expressió, segueix bé el ritme de la música (li agrada molt). Fa bé els moviments localitzats i té una certa limitació en el moviment de les espatlles. Conserva la capacitat de coordinació específica bàsica (donar/rebre/llançar). En l'EI explica que les activitats no les troba difícils, que va seguint al ritme de tots.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades a la senyora DMP, en la de força de cames es manté i en tota la resta presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE.

Taula 164. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: DMP

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	6	13	48	0	-8	00:16,2
POST	6	15	-	-8	-8	00:22,3

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE té un IB=85% i en el control POST un IB=80%, de manera que en les ABVD també s'observa una davallada durant l'any que ha durat la recerca.

3.9.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la DMP es relaciona amb els altres durant un 8% del temps en què se l'ha observat (en el quartil 1 del conjunt del grup) i ho fa més durant el TCM, cosa que indica que necessita la mediació de la situació de treball per relacionar-se.

Taula 165. Interaccions entre iguals. Participant: DMP

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:19:24	10%	0:01:39	2%	0:21:03	4:15:17	8%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 166. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca les seves interaccions amb els altres han mostrat una tendència ascendent ($II = 83,4286 + 25,4286 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,7207$).

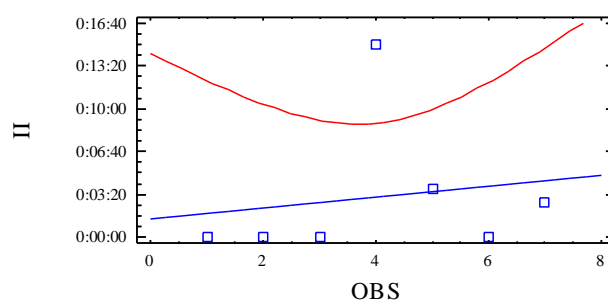


Figura 59. Tendència interaccions entre iguals. Participant: DMP

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que es relaciona poc amb els altres. tot i així ho fa quan és necessari, però poques vegades és ella qui inicia la relació. Tendeix a treballar en solitari. En el treball en grup sap gaudir de la relació i en les distàncies curtes, alguna vegada fa broma amb el company.

3.9.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora DMP diu en una ocasió que des de que participa en el programa es troba igual, que no ha experimentat canvis. Però en una altra ocasió esmenta que "les comes no em fan tant mal" i que considera que la relació entre els participants ha millorat. Tot i així és poc explícita i un punt contradictòria en les seves valoracions.

3.9.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora DMP ha assistit al programa de manera continuada i constant, ha faltat a molt poques sessions. Habitualment necessita motivació especial, és necessari recordar-li el dia de l'activitat i cal acompanyar-la fins a l'espai de treball. Quantitativament parlant, mostra

un baix nivell de resposta adequada, encara que respon a la majoria de les propostes, ho fa amb aturades i poques repeticions. Pel que fa a l'aspecte qualitatiu cal destacar que les respostes espontànies –les més autònomes- han tingut una tendència ascendent al llarg de l'any i les no idònies una inclinació significativament negativa. Les respostes induïdes de manera general han tendit a disminuir. És una persona que és irregular en la qualitat de les seves respostes, unes vegades necessita estímul individual i d'altres mostra espontaneïtat i capacitat de decisió.

Expressa verbalment que li agrada el que es fa en el programa i que s'hi troba bé i la pensió de les respostes indicadores de satisfacció és positiva.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, valora aspectes que li són gratificants: la distracció i la relació amb els altres. Pràcticament no elabora conductes de risc i el seu nivell de no resposta dins del temps de compromís motor és baix. Quan se li planteja una dificultat durant les sessions també és irregular en la seva resposta: unes vegades respon a la seva manera i altres vegades no fa res. Ella mateixa diu que sempre intenta fer les coses i fer-les bé.

Funcionalment ha experimentat una davallada en totes les capacitats avaluades, excepte en la força de cames. En el seu desenvolupament durant les sessions no se li observen dificultats massa importants (ella mateixa verbalitza que no ho troba difícil), sap localitzar els moviments, i conserva la coordinació específica bàsica. Li agrada molt la música i això es transmet als seus moviments quan es fan activitats que la utilitzen.

Es relaciona poc amb els altres i poques vegades pren la iniciativa, però en les distàncies curtes gaudeix de la relació i en alguna ocasió fa broma amb els companys. En el període de recerca ha mostrat una tendència ascendent en la durada de les interaccions entre iguals.

La seva percepció sobre les millores que li aporta el programa són un pèl contradictòries perquè diu que no ha trobat canvis però, en una altra ocasió, esmenta millores físiques i de relació. És poc concreta.

3.10 (MPA)

3.10.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: la senyora MPA és una de les quatre persones que s'incorporen al programa tres mesos més tard d'iniciar la recerca¹³⁶. Assisteix al 78% de les sessions i sense necessitat de motivació especial. Registra un període de quasi dos mesos de no participació per un problema de salut derivat d'una caiguda.

¹³⁶ Vegeu capítol VI, punt 4.3.2.

Taula 167. Assistència. Participant: MPA

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	46/59	78%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	46	100%	
No assistència	Total	13/59	22%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	12	92%
	Altres obligacions	1	8%	

b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament al 45% del temps en que se l'ha observat. Aquest és el nivell més baix de resposta registrat en el conjunt del grup. Aquesta dada es complementa i coincideix amb l'IVP, on consta que mostra una actitud més aviat passiva, respon a la majoria de propostes -no a totes- però fa poques repeticions i algunes aturades. A vegades necessita estímul directe.

Taula 168. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MPA

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
2:54:31	1:18:23	45%

Taula 169. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

Veiem que l'evolució de la durada de les respostes adequades de la senyora MPA ha tingut una tendència negativa, tal com es mostra en les següents dades, que no indiquen una relació estadísticament significativa ($p=0,5415$)

Taula 170. Resposta adequada. Participant: MPA

Observació	RESP_A
1	0:18:17
2	0:13:44
3	0:15:07
4	0:19:06
5	0:12:09

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1064,8 - 41,4 * OBS$

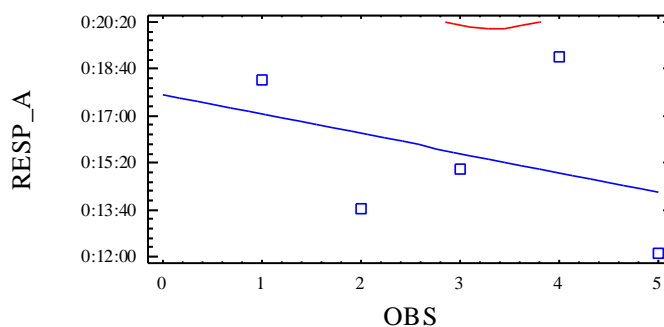
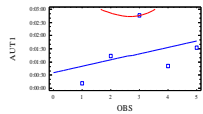
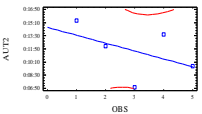
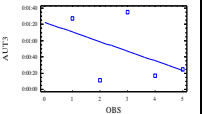
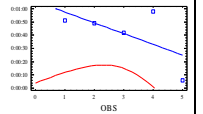


Figura 60. Tendència resposta adequada. Participant: MPA

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens diuen que les respostes més autònomes tendeixen a créixer tot i que, comparant amb la resta del grup, representen un nivell baix (lleugerament per sobre del primer quartil). En aquest aspecte l'IVP destaca que té dificultats per decidir –necessita ajuda- i que no expressa la seva opinió espontàniament, mostrant poc grau d'autonomia. Les respostes induïdes de manera general també són de poca durada i, si ho comparem amb el grup, el seu rang està per sota del primer quartil. Segons aquestes mateixes dades les respostes induïdes individualment mostren una tendència negativa i es situen en el nivell mitjà del grup. Finalment, les respostes no idònies també tendeixen a disminuir, però en relació al grup, es situen a la banda alta.

Cap de les dades analitzades a partir del model de regressió lineal tenen una relació estadísticament significativa.

Taula 171. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MPA

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:11	0:15:24	0:01:27	0:00:51
2	0:01:13	0:12:09	0:00:11	0:00:49
3	0:02:46	0:06:59	0:01:35	0:00:42
4	0:00:51	0:13:38	0:00:17	0:00:58
5	0:01:33	0:09:40	0:00:25	0:00:06
Total	0:06:34	0:57:50	0:03:55	0:03:26
Tendència	AUT1 = 36,2 + 14,2*OBS	AUT2 = 873,7 - 59,9*OBS	AUT3 = 82,4 - 11,8*OBS	AUT4 = 65,5 - 8,1*OBS
Valor P	0,5155	0,4173	0,4358	0,2594
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	3,8%	33,1%	2,2%	2,0%

Taula 172. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.10.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica de la senyora MPA veiem que la durada d'aquest tipus de respostes en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 56,7 + 21,5*OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,6330$). En l'IVP consta que es mostra tranquil·la i observadora, en una ocasió es destaca que fa broma. Habitualment parla poc amb els altres, està pendent del seu marit, qui també participa en l'activitat.

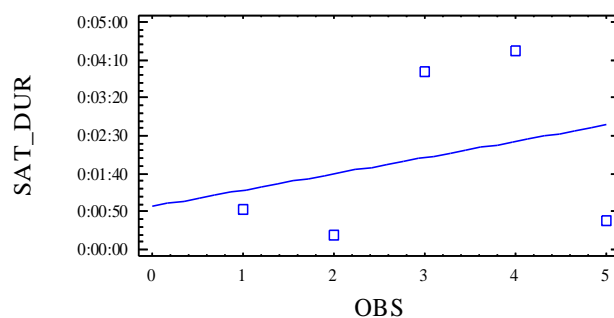


Figura 61. Tendència satisfacció personal. Participant: MPA

Si analitzem les manifestacions verbals sobre la seva satisfacció en relació al programa, en l'EI expressa que li agrada participar-hi (n=3), que tot li agrada (*“yo la encuentro bien. Todo lo encuentro bien”*), però sense donar més detalls.

- b) Regularitat en l'assistència: mentre no ha tingut problemes de salut ha participat sempre amb regularitat i puntualitat. Tampoc no ha necessitat mai que se li recordi el dia de l'activitat, ni motivació especial perquè hi assisteixi.

3.10.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les valoracions que fa sobre la utilitat de la participació en el programa o les raons per fer-ho, fan referència al fet de distreure's (n=2) (*“también te distraes un poco, y mira... ya es diferente”*), de manera que es situaria en la dimensió actitudinal de gratificació. En una ocasió, durant l'EI, sembla indicar –no ho diu clarament– que hi participa perquè se li demana (*“Esto hay que hacerlo y se hace y ya está”*).
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica la senyora MPA només ha presentat una conducta de risc (durada=0:00:3) en tot el període de recerca, de manera que està clar que no va mai més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades indiquen que la senyora MPA no ha respost al 43% del TCM observat. És qui ha fet més temps de NR dins del TCM del grup. Tal com explicàvem més amunt, aquesta dada coincideix amb les ressenyes a l'IVP, el qual diu que tendeix a mostrar una actitud passiva.

Taula 173. No resposta dins TCM observat. Participant: MPA

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:11:25	0:56:49	43%

Taula 174. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta, alguna vegada espera, observa els altres i després els imita, i moltes vegades no fa res, no respon.

3.10.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora MPA es mou amb l'ajut de caminadors i durant les sessions camina durant poca estona i a poc a poc. Els seus moviments són poc amplis i imprecisos, conserva la coordinació específica més bàsica (donar/agafar/llançar). En general té poca energia i es mostra molt més activa quan fa servir material i/o quan treballa amb una altra persona, que quan ho fa individualment. En l'EI ella diu que no troba les activitats difícils (*"Difícil no encuentro nada, lo encuentro bien"*) i, respecte de si ha trobat canvis pel fet de participar en el programa, comenta que no.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): els resultats de les proves administrades en control PRE i POST indiquen que la senyora MPA ha experimentat una davallada en totes les capacitats avaluades, excepte en la flexibilitat de braços, que es manté.

Taula 175. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MPA

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	4	14	67	-1	-41	00:21,4
POST	3	13	39	-7	-41	00:29,1

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): tant en el control PRE com en el control POST té un IB=70%. Manté la seva funcionalitat per a les ABVD.

3.10.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la MPA és qui es relaciona menys amb els altres, només durant un 5% del temps en què se l'ha observat. Quan ho fa més és durant el TCM, cosa que indica que necessita la mediació de la situació de treball per relacionar-se.

Taula 176. Interaccions entre iguals. Participant: MPA

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:07:40	6%	0:01:30	3%	0:09:10	2:54:31	5%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 177. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions de la senyora MPA amb els altres han mostrat una tendència positiva ($II = 54,1 + 20,7 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,6505$).

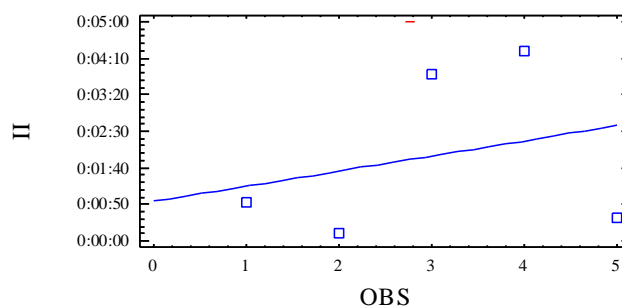


Figura 62. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MPA

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que tendeix a relacionar-se només amb el seu marit i ho fa poc. Només interactua amb les altres persones del grup quan és imprescindible.

3.10.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora MPA expressa que no ha experimentat canvis pel fet de participar en el programa i, en una ocasió, accepta que la relació entre els companys és millor. És poc explícita i no dóna detalls.

3.10.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora MPA ha participat en el programa d'una manera una mica peculiar: és una de les quatre persones que inicien la seva participació més tard que la resta d'integrants del grup i, posteriorment, està un període en que no hi pren part per problemes de salut. Sempre que hi assisteix autònomament, puntualment i sense necessitat de motivació especial. El seu nivell de resposta adequada (durada) és més aviat baix i mostra una tendència descendent en el transcurs del període de recerca. De l'aspecte qualitatiu de la seva resposta, destaca la tendència positiva de les respostes més espontànies i que la necessitat d'estímul individual durant les sessions és semblant al nivell mitjà del grup.

Expressa verbalment que està satisfeta amb el programa. Durant el desenvolupament de les sessions se la veu tranquil·la, però no consten expressions com riure, cantar, parlar amb els altres...

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, valora el fet que es distreu i diu que hi participa "perquè s'ha de fer", sense concretar més. No té conductes de risc i, per tant, no va més enllà de les seves possibilitats. El seu nivell de NR durant el TCM és el més alt de tot el grup. En les situacions de treball que li presenten alguna dificultat tendeix a no respondre, tot i que ella mateixa diu que no troba difícils les activitats que es fan.

Funcionalment ha mantingut la flexibilitat de braços i les ABVD, per a la resta de capacitats ha experimentat una davallada durant el període de recerca.

E l'àmbit relacional, tot i que ha experimentat una tendència ascendent, és una persona que interactua poc amb els altres i només ho fa quan és necessari.

No té percepció de millores pel fet de participar en el programa, només amb referència a les relacions i encara ho manifesta de manera poc explícita.

3.11 (MPC)

3.11.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: la senyora MPC assisteix al 91% de les sessions i ho fa sempre sense necessitat de motivació especial. Les ocasions en què no ha assistit són totes justificades, excepte una de la qual es desconeix el motiu. Exceptuant els primers mesos del període de recerca, cal anar a buscar-la i acompanyar-la per la seva dificultat en el desplaçament.

Taula 178. Assistència. Participant: MPC

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	73/80	91%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	73	100%	
No assistència	Total	7/80	9%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	1	14%
		Malaltia	1	14%
		Altres obligacions	5	71%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens indica que aquesta persona ha respost adequadament durant el 66% del temps en que se l'ha observat. En relació al conjunt del grup, es situa per sobre del tercer quartil, de manera que el seu nivell de resposta adequada és alt.

Taula 179. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MPC

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
5:00:47	3:18:43	66%

Taula 180. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

A banda d'aquest aspecte, veiem que l'evolució de la senyora MPC pel que fa a la resposta adequada en el transcurs del període de recerca, ha tingut una tendència lleugerament negativa, tal com es mostra en les següents dades, que no tenen una relació estadísticament significativa ($p=0,9255$).

Taula 181. Resposta adequada. Participant: MPC

Observació	RESP_A
1	0:25:57
2	0:14:56
3	0:31:44
4	0:27:17
5	0:32:47
6	0:17:47
7	0:26:52
8	0:21:23

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1518,18 - 6,17857 * OBS$

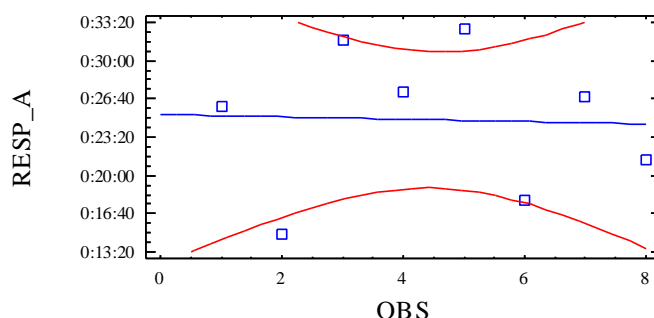


Figura 63. Tendència resposta adequada. Participant: MPC

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes indiquen que la senyora MPC té un alt nivell de respostes adequades de més autonomia alt en relació al conjunt del grup (per sobre del quartil 3), però en l'anàlisi a partir del model de regressió lineal s'observa una propensió a disminuir. En les respostes induïdes de manera general, la tendència és lleugerament positiva i, en relació al conjunt del grup, és la persona amb un percentatge més alt. Les respostes induïdes individualment mostren una tendència molt lleugerament negativa, i les no idònies, ascendent. En l'anàlisi de totes aquestes dades no s'observa una relació estadísticament significativa.

Taula 182. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MPC

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:02:34	0:21:18	0:00:00	0:00:14
2	0:02:50	0:09:42	0:01:02	0:00:39
3	0:04:04	0:14:26	0:04:24	0:02:01
4	0:02:16	0:23:29	0:00:57	0:00:00
5	0:02:01	0:18:13	0:00:04	0:00:00
6	0:02:05	0:14:11	0:00:56	0:00:13
7	0:03:13	0:18:47	0:02:07	0:00:43
8	0:01:29	0:18:20	0:00:39	0:01:46
Total	0:20:32	2:18:26	0:10:09	0:05:36
Tendència	AUT1 = 192,143 - 8,47619*OBS	AUT2 = 978,357 + 13,3095*OBS	AUT3 = 80,3571 - 0,940476*OBS	AUT4 = 23,7857 + 4,04762*OBS
Valor P	0,2882	0,7696	0,9495	0,6165
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,8%	46,0%	3,4%	1,9%

Taula 183. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

A l'IVP consta repetidament que és una persona molt autònoma, amb capacitat de decisió i que habitualment expressa espontàniament la seva opinió; que fa alguna proposta i que és exigent amb ella mateixa i amb els altres. Per la seva situació física, necessita ajuda individual per a algunes activitats (ex: aixecar-se de la cadira).

3.11.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la MPC en el transcurs del període de recerca, té una tendència negativa ($SAT_DUR = 318,286 - 14,0357 \cdot OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,7702$). En l'IVP consta que se la veu contenta, tranquil·la i amb interès pel que fa ella mateixa i els altres, malgrat que en dues ocasions es comenta que no està contenta i que se la veu resignada.

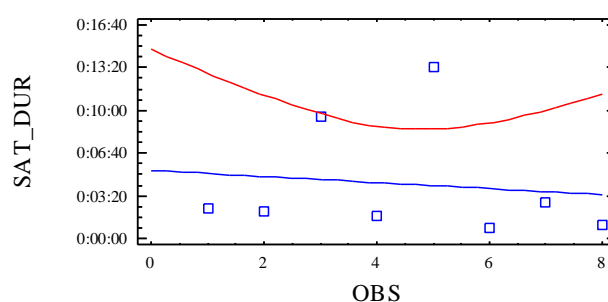


Figura 64. Tendència satisfacció personal. Participant: MPC

Si mirem les seves manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa, en les entrevistes individual i de grup expressa que li agrada molt ($n=3$), que hi està bé i que ha millorat (*"M'agrada, m'agrada molt. Sí perquè és diversa..."*). *"...jo com que hi he millorat, i com que jo hi estic a gust, continuaré venint"*).

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del que ja hem comentat en el punt anterior (3.11.1), veiem que assisteix amb regularitat i continuïtat i, si no assisteix, ho fa per una causa justificada.

3.11.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les valoracions que fa la senyora MPC respecte de la utilitat de participar en el programa o les raons per participar-hi, són variades i argumentades. S'emmarquen en les dimensions de gratificació (valora que li permet distreure's i relacionar-se amb persones que habitualment no estan a la seva planta), d'autonomia (valorant que l'activitat física li proporciona mobilitat i que això li interessa molt perquè aquest és un problema important que té, i que també va bé per a la memòria) i en la dimensió de seguretat, parlant de les conseqüències de participar (valora que va bé perquè *"es desperti i es bellugui"* el cos i també que li proporciona companyia dos dies per setmana).
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica la senyora MPC ha tingut algunes conductes de risc ($n=4$, durada=0:03:10) en tot el temps en què

se l'ha observat. Comparant amb el conjunt del grup és la persona que en té més. Aquesta dada també consta en l'IVP, on en dues ocasions es diu que elabora respostes difícils per a ella i que comporten risc per a la seva seguretat.

- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que la senyora MPC no ha respost al 26% del TCM observat. Comparant amb la resta del grup, el seu nivell de NR estaria lleugerament per sobre del quartil 2.

Taula 184. No resposta dins TCM observat. Participant: MPC

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:45:23	0:58:22	26%

Taula 185. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de les entrevistes i de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta intenta superar-la, busca alternatives i si no li surt, s'enfada (*"Intento fer-ho. Però no em queda bé i m'enfado. Jo havia sigut molt primmirada amb les coses, m'agradava que quedessin perfectes. I ara com que no em surt perfecte, m'enfado jo mateixa. I em desanimo molt"*). En aquest punt cal destacar que es tracta d'una persona amb limitacions físiques molt importants.

3.11.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora MPC es mou molt lentament i té limitacions importants en la mobilitat i la força. A l'inici del període de recerca es desplaça amb l'ajuda d'un bastó, posteriorment fa servir el caminador i en els últimes mesos es desplaça fins a la sala de treball en cadira de rodes, i durant la sessió, empra el caminador. Conserva la capacitat de coordinació bàsica general (caminar, doble pas). Es cansa amb facilitat. Necessita ajuda per aixecar-se de la cadira. En l'EI refereix dificultats per caminar i per manipular objectes (*"Ja em costa caminar, per començar una mica... i després activitats si són de pilota o això, ja no les puc fer"*) i en una ocasió considera que el programa no li ha aportat millores físiques (*"El que passa és que a mi potser no m'ha servit de gran cosa"*), però en una altra diu que ha millorat sense concretar en quins aspectes.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades, en totes presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE. N'hi ha dues que no les pot fer en el control POST.

Taula 186. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MPC

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	2	20	24	-28	-15	00:43,9
POST	0	13	16	-24	-23	-

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=65% i en el control POST un IB=60%, de manera que en les ABVD també s'observa una davallada durant l'any que ha durat la recerca.

3.11.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la MPC es relaciona amb els altres durant un 9% del temps en que se l'ha observat (lleugerament per sobre del quartil 1 de les dades del conjunt del grup) i ho fa més durant el TCM que durant el TA.

Taula 187. Interaccions entre iguals. Participant: MPC

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:22:55	10%	0:03:42	5%	0:26:37	5:00:47	9%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 188. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions de la MPC amb els altres han mostrat una tendència lleugerament negativa ($II = 267,321 - 10,0714 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,8284$).

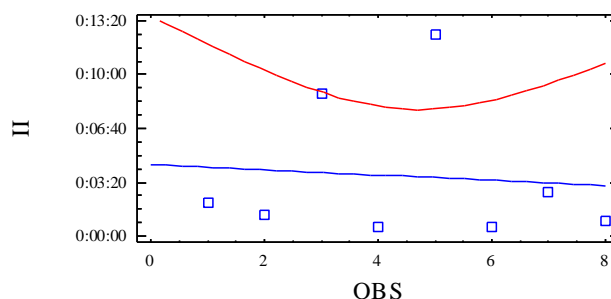


Figura 65. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MPC

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP i de l'EI, la senyora MPC és una persona que es mostra espontània però habitualment fa comentaris generals (adreçats al grup) i en les interaccions més directes no té dificultats i es mostra amable, però intervé poc. És exigent amb ella mateixa i amb els altres, li costa acceptar que a algú o a ella mateixa no li surtin bé les coses.

3.11.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora MPC creu que el programa és útil però diu que "el què passa és que a mi potser no m'ha servit de gran cosa" tot i que participar en el programa li ha influït quant a la seva relació amb les altres persones –cosa que esmenta en més d'una ocasió-, una mica físicament –en una ocasió diu que ha reforçat una mica els braços- i gens anímicament. És concreta en els seus arguments.

3.11.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora MPC ha participat en el programa de manera continuada i constant. Tot i que cal anar a buscar-la, no és necessari motivar-la perquè assisteixi. Habitualment respon adequadament a les propostes i mostra un alt nivell d'autonomia, i habitualment fa propostes i valoracions espontànies. És qui més respon a les propostes induïdes de forma general i mostra una tendència ascendent en les respostes no idònies.

Mostra una tendència descendent en les conductes indicadores de satisfacció envers el programa, però expressa verbalment i repetida que li agrada molt participar. Assisteix regularment a les sessions.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, considera que el programa li és útil tant per a la mobilitat (aspecte físic), com per a la memòria (aspecte cognitiu), com per a la relació (aspecte social). En relació al conjunt del grup, és qui mostra un grau més alt de CR de manera que, en aquestes ocasions, no respon d'acord amb les seves possibilitats. El seu nivell de NR dins del TCM es situa lleugerament per sobre del segon quartil de les dades del conjunt del grup. Per altra banda, quan té una dificultat, intenta respondre o busca una alternativa.

S'observa una clara davallada en la funcionalitat totes les capacitats avaluades. En aquest aspecte ella mateixa explica que no creu que el programa li hagi aportat millores a nivell físic, però en una altra ocasió diu que sí que ha millorat, però sense concretar en quins aspectes.

No mostra dificultats per a les relacions, i és amable però interacciona poc amb els altres i en el període de recerca mostra una tendència a fer-ho cada cop menys. Habitualment fa intervencions espontànies, però són dirigides al grup en general.

La seva percepció sobre les millores es centren en aspectes físics i relacionals, tot i que percep aquestes millores com a poc intenses. Expressa que anímicament, el programa no li ha aportat millores.

3.12 (ERP)

3.12.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: la senyora ERP és una de les quatre persones que s'incorporen al programa tres mesos més tard d'iniciar la recerca¹³⁷. Assisteix al 100% de les sessions i sense necessitat de motivació especial, però cal recordar-li sempre i acompanyar-la.

¹³⁷ Vegeu capítol VI, punt 4.3.2.

Taula 189. Assistència. Participant: ERP

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	56/56	100%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	56	100%	
No assistència	Total	0	0%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	0	0%
	Altres obligacions	0	0%	

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que la senyora ERP ha respost adequadament al 51% del temps en què se l'ha observat. En relació al grup, aquesta dada la situa a la banda baixa del nivell de resposta adequada (entre el quartil 1 i el valor mínim). En l'IVP consta, en més d'una ocasió, que respon a totes les propostes que es fan durant la sessió, però que triga a iniciar la resposta (té una hipoacúsia important) i que fa algunes aturades.

Taula 190. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: ERP

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
2:33:32	1:18:10	51%

Taula 191. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

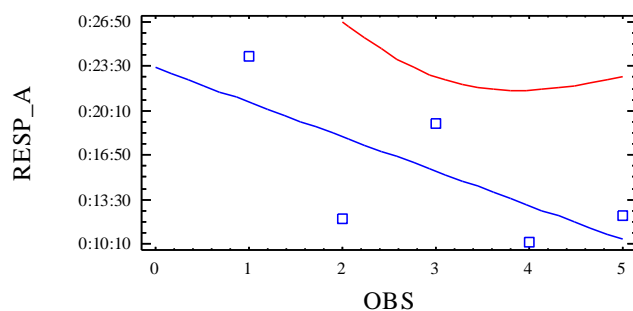
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

Analitzant l'evolució de l'aspecte quantitatiu de la seva resposta adequada, en el transcurs del període de recerca ha mostrat una tendència clarament descendent, tal com indiquen les següents dades, que no tenen una relació estadísticament significativa ($p=0,1992$).

Taula 192. Resposta adequada. Participant: ERP

Observació	RESP_A
1	0:24:17
2	0:12:05
3	0:19:14
4	0:10:17
5	0:12:17

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1402,4 - 154,8 * OBS$


Figura 66. Tendència resposta adequada. Participant: ERP

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren que dona poques respostes autònomes, en relació al conjunt del grup (per sota del quartil 1) però amb una tendència clarament positiva i amb una relació estadísticament significativa. Les respostes induïdes de manera general també es situen en un nivell baix en relació al grup (per sota del quartil 1) i amb una tendència clarament descendent (relació estadísticament no significativa). És qui té un nivell més alt de resposta induïda individualment del grup, tot i que la progressió en el transcurs del període de recerca és negativa. Les respostes no idònies es situen lleugerament per sobre del quartil 2 de les dades del grup i presenten una tendència ascendent durant l'any de desenvolupament del programa de recerca.

Per altra banda, en l'IVP consta que només pren decisions (resposta autònoma) si se li ajuda i si se li demana directament, si no, no té iniciativa i deixa que els altres decideixin per ella.

Taula 193. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: ERP

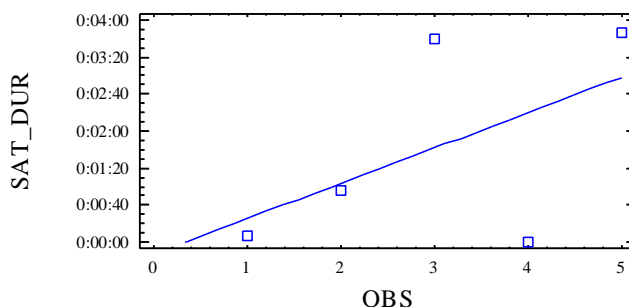
Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:17	0:12:42	0:11:11	0:00:08
2	0:00:31	0:10:23	0:00:15	0:00:00
3	0:00:37	0:14:54	0:00:04	0:00:04
4	0:01:07	0:06:29	0:02:41	0:01:15
5	0:02:17	0:05:23	0:00:51	0:00:06
Total	0:04:49	0:49:51	0:15:02	0:01:33
Tendència	$AUT1 = -25,0 + 27,6 * OBS$	$AUT2 = 931,8 - 111,2 * OBS$	$AUT3 = 508,6 - 109,4 * OBS$	$AUT4 = -2,7 + 7,1 * OBS$
Valor P	0,0313	0,1647	0,2694	0,5583
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	3,1%	32,5%	9,8%	1,0%

Taula 194. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.12.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de resposta de la senyora ERP en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = -12,8 + 38,2 \cdot OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,3521$). En l'IVP consta que se la veu participativa però algunes vegades està somnolenta i una mica aïllada per la seva hipoacúsia.

**Figura 67. Tendència satisfacció personal. Participant: ERP**

Si analitzem les seves manifestacions verbals respecte de la seva satisfacció en relació al programa expressa (en EI, EG i en situació informal en el desplaçament cap a/de la sessió) moltes vegades ($n=15$) que li agrada molt participar, que quan l'activitat no es fa a troba a faltar... (*"Quan més va més m'agrada. Seriosament, eh. Voldria que ho fessis cada dia". "Gaudeixo molt a la gimnàstica". "M'agradaria que n'hi hagués cada dia. És tant gust..."*).

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, no hi ha dubte que és regular i constant, ha assistit a totes les sessions i sempre mostrant-se molt disposada.

3.12.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les valoracions que fa la senyora ERP sobre la utilitat del programa o les raons per participar-hi, són generals –sense concretar gaire– però molt freqüents. Es situen tant en la dimensió actitudinal de gratificació perquè ho troba divertit i diu: *"és tant gust..."* - referint-se a l'activitat-, com a la d'autonomia valorant en diverses ocasions que amb l'activitat física es mou tot. També diu que *"és una cosa necessària"* i que va molt bé, que es sent més valenta, més lleugera i diu: *"estic més alegre, estic més contenta"* (dimensió actitudinal de seguretat).

- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica aquesta persona només ha presentat una conducta de risc (durada=0:00:03) en tot el període de recerca, de manera que quant a aquest aspecte és evident que participa amb prudència i pràcticament mai no va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades mostren que la senyora ERP no ha respost al 37% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR alt (per sobre del quartil 3)

Taula 195. No resposta dins TCM observat. Participant: ERP

TCM obs.	Temps de NR	% NR
1:59:46	0:43:50	37%

Taula 196. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta unes vegades intenta resoldre-la a la seva manera, i en d'altres s'atura i més tard reinicia la resposta.

3.12.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora ERP es desplaça amb caminadors i ho fa lentament. A l'IVP es fa notar repetidament que els seus moviments són molt poc precisos i amplis, que conserva la mobilitat dels braços i la coordinació específica bàsica (dona/agafar/lleçar). Triga a respondre als estímuls. Té dificultats per seguir tasques d'orientació i tasques amb seqüències de moviment.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades, quant a flexibilitat de cames presenta millora en el control POST respecte del control PRE; en la prova de força de braços es manté i en la resta s'observa una davallada.

Taula 197. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: ERP

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	9	12	39	-17	-12	00:22,3
POST	5	12	35	-4	-17	00:25,2

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE té un IB=55% i en el control POST un IB=60%. S'observa una millora en les ABVD, tot i que manté un nivell baix d'autonomia per a aquestes activitats.

3.12.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la senyora ERP es relaciona amb els altres durant un 5% del temps en què se l'ha observat (el valor mínim del conjunt del grup) i ho fa més durant el TCM que durant el TA.

Taula 198. Interaccions entre iguals. Participant: ERP

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:06:56	6%	0:01:6	3%	0:08:02	2:33:32	5%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 199. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions entre iguals de l'ERP han mostrat una tendència positiva ($II = -13,0 + 38,2 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,3508$).

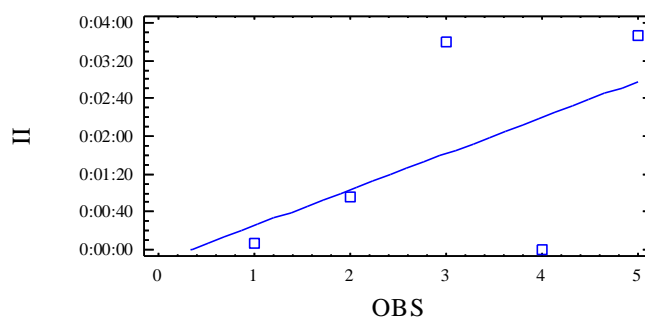


Figura 68. Tendència interaccions entre iguals. Participant: ERP

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP, poques vegades es relaciona espontàniament amb els altres, però si algú se li adreça es mostra amable. En més d'una ocasió s'indica que la interacció amb els altres és fruit de la situació de treball o de la proposta que es planteja durant la sessió.

3.12.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora ERP expressa repetidament que li agrada molt participar en el programa. Preguntada sobre les millores o influències de la seva participació en el VAFiD, diu que es troba més lleugera, que "estic més alegre, estic més contenta" però no dóna més detalls.

3.12.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora ERP és una de les quatre persones que han iniciat la participació en el programa uns mesos més tard que la majoria dels membres del grup. Participa de forma continuada i constant. Assisteix a totes les sessions i ho fa sense necessitat de motivació especial, tot i que cal recordar-li el dia i l'hora i cal acompanyar-la. Quantitativament té

poca resposta adequada i, qualitativament, la seva resposta és poc autònoma. En el transcurs del període de recerca les respostes induïdes de manera general tenen una tendència descendent i és qui necessita més estímulo individual del grup.

Expressa verbalment moltes vegades que li agrada molt participar en el programa i la tendència de les respostes indicadores de satisfacció que emet, durant el període de recerca, és ascendent.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, considera que és bo perquè permet moure's, perquè va bé. També dona arguments de caire gratificant com divertir-se i, a més, el valora com una cosa necessària, que es troba més valenta, més alegre i més contenta. Amb tot, el seu nivell de NR dins del TCM és alt, perquè triga a iniciar la resposta després de l'estímul (ordre, consigna), fa algunes aturades mentre dura la proposta o fa poques repeticions, encara que normalment respon a totes les propostes. Davant d'una dificultat és irregular, unes vegades intenta respondre a la seva manera, d'altres s'atura i no respon.

Funcionalment ha experimentat millora en una de les capacitats avaluades, manteniment en una altra i davallada en la resta. En les ABVD ha millorat encara que parteix d'un nivell baix. En general els seus moviments són molt poc precisos i amplis, conserva la mobilitat de braços i la coordinació específica bàsica.

Interacciona molt poc amb els altres i quan ho fa és, principalment, de manera mediatitzada per la situació de treball. La tendència en el transcurs de la recerca en la durada de les interaccions entre iguals és ascendent.

De la senyora ERP cal destacar que malgrat les seves limitacions importants tant físiques com cognitives i que presenta un grau de resposta baix durant les sessions, la seva percepció respecte del programa i la seva pròpia participació és molt bona, donant-li un valor molt alt.

Percep millores a nivell físic general (més lleugera) i anímic, tot i que les expressa amb poca precisió.

3.13 (DRB)

3.13.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

a) Assistència: la senyora DRB assisteix al 64% de les sessions, no necessita mai motivació especial, però cal recordar-li i cal acompanyar-la cada dia que hi ha sessió d'activitat física. Les cinc vegades que no assisteix són per motius justificats.

Taula 200. Assistència. Participant: DRB

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	75/80	94%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	75	100%	
No assistència	Total	5/80	6%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	0	0%
		Malaltia	1	20%
		Altres obligacions	4	80%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta senyora ha respost adequadament al 58% del temps en què se l'ha observat. Si ho comparem amb el conjunt del grup, es situa una mica per sota del quartil 2. Aquesta dada es complementa amb l'IVP, on consta que habitualment respon a totes les propostes, però ho fa amb algunes aturades i a vegades realitza poques repeticions.

Taula 201. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: DRB

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:20:36	2:30:57	58%

Taula 202. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

L'evolució de la senyora DRB pel que fa a la quantitat de resposta adequada en el transcurs del període de recerca és ascendent. Les dades analitzades no mostren una relació estadísticament significativa ($p=0,5573$).

**Taula 203. Resposta adequada.
Participant: DRB**

Observació	RESP_A
1	0:19:09
2	0:15:22
3	0:13:55
4	0:36:54
5	0:18:26
6	0:28:51
7	0:18:20

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1045,0 + 62,2143 \cdot OBS$

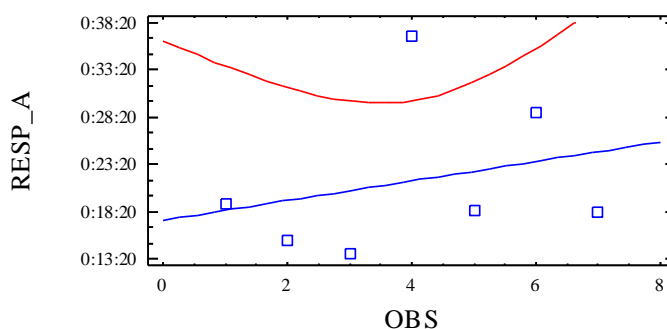


Figura 69. Tendència resposta adequada. Participant: DRB

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren, per una banda, que les respostes més autònomes han tingut una evolució clarament positiva (amb una relació estadísticament significativa) i les induïdes de manera individual han disminuït (amb una relació estadísticament no significativa), de manera que s'observa una millora en el seu grau de resposta autònoma, que, en relació al grup, és el més petit mentre que la necessitat d'estímul individual es situa per sobre del quartil 2. Per altra banda,

s'observa una tendència molt estable, però lleugerament positiva, en les respostes induïdes de manera general i, en comparació amb el grup, es situa a la banda alta (per sobre del quartil 3). Finalment, les respostes no idònies han disminuït clarament (amb una relació estadísticament significativa) i, en relació al conjunt del grup, és de les persones que en fa menys.

En l'IVP, respecte de la seva iniciativa per prendre decisions, consta que només decideix si se li demana directament i/o se l'ajuda. Ella prefereix que decideixin els altres. Només hi ha una anotació que diu que en una ocasió respon per iniciativa pròpia a una pregunta general feta al grup.

Taula 204. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: DRB

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:25	0:17:44	0:00:55	0:00:04
2	0:00:02	0:14:22	0:00:58	0:00:09
3	0:00:12	0:12:08	0:01:33	0:00:04
4	0:00:32	0:21:29	0:00:10	0:00:07
5	0:01:08	0:14:49	0:02:22	0:00:02
6	0:00:30	0:28:04	0:00:06	0:00:00
7	0:03:04	0:07:52	0:00:04	0:00:00
Total	0:05:53	1:56:28	0:06:08	0:00:26
Tendència	AUT1 = -33,7143 + 21,0357*OBS	AUT2 = 994,143 + 1,03571*OBS	AUT3 = 82,2857 - 7,42857*OBS	AUT4 = 8,28571 - 1,14286*OBS
Valor P	0,0636	0,9904	0,4976	0,0648
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	2,3%	44,7%	2,4%	0,2%

Taula 205. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.13.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes per part de la senyora DRB, en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 0,857143 + 48,2143*OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,5149$). En l'IVP consta que se la veu tranquil·la, amb un posat seriós i discret, amb poca energia, i que poques vegades es relaciona amb els altres.

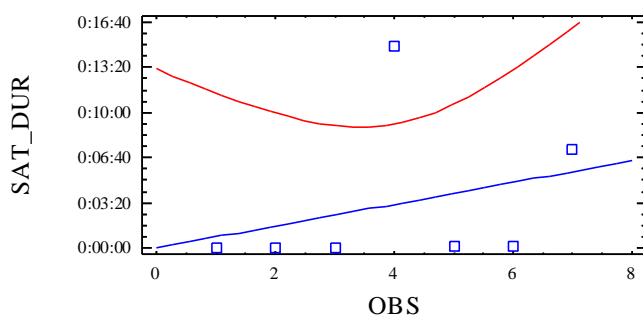


Figura 70. Tendència satisfacció personal. Participant: DRB

Si analitzem les seves manifestacions verbals sobre la seva satisfacció en relació al programa, expressa que li agrada participar (n=6) i que s'hi troba bé, però no dóna més detalls (*"I m'agrada, ja m'agrada. Com que m'agrada, doncs mira. Si no m'agradés també diria "no m'agrada". Però sí que m'agrada."*).

- b) Regularitat en l'assistència: assisteix regularment i de manera continuada. Sempre que no ha assistit ha estat per una raó justificada i, quan se la va a buscar, sempre hi està disposada i no necessita mai motivació especial.

3.13.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: la senyora DRB valora el programa com una font de distracció (*"Em distrec i marxem les coses de... Només penses en el què fas allà i... no penses en res més"*) i com una excusa per sortir de la planta (*"Per sortir de la planta, això sí"*). Preguntada directament sobre les relacions que li pot aportar, diu que sí, però sense donar detalls. En l'EI hi ha un moment en què comenta que participa en el programa *"perquè et desenvolles"*. Entenem que aquesta expressió fa referència al fet de moure's. Per tant, les seves valoracions s'emmarquen principalment en la dimensió actitudinal de gratificació. Mai no fa referència a altres valors relacionats amb l'autonomia o la seguretat. Totes aquestes opinions (n=5) les expressa amb poques paraules i poc detall.
- b) Conductes de risc: en tot el temps en què s'ha observat la senyora DRB, no s'ha registrat cap conducta de risc, de manera que és evident que participa amb prudència i mai no va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens indiquen que la DRB no ha respost al 23% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, la situa lleugerament per sobre del quartil 1 significat un baix grau de NR.

Taula 206. No resposta dins TCM observat. Participant: DRB

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:14:19	0:43:59	23%

Taula 207. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament a aquestes dades observem, a partir de l'IVP, que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta normalment intenta respondre o buscar una alternativa, però fa pocs intents i llavors s'atura. Si rep un estímul directe, reinicia l'activitat.

3.13.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora DRB utilitza caminadors i es trasllada lentament. Durant la sessió, quan fem desplaçaments, s'asseu aviat. Els seus moviments són poc amplis i té dificultat per localitzar-los, es mou amb poca energia. Conserva la coordinació específica bàsica (agafar/deixar) i aplica la memòria, l'orientació i l'expressió si es tracta senzilles, si són més complexes, necessita ajuda. Preguntada sobre si troba que les activitats que es fan durant les sessions són difícils respon: "No. Home, alguna cosa potser sí, però, no, molt difícil no". Quan li preguntem si ha experimentat millores des de que participa en el programa comenta que "en trobo més animada", però no fa cap valoració referent a la funcionalitat.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades a la senyora DRB, només presenta millores en la prova d'agilitat, per a la resta de proves en el control POST s'observen pèrdues respecte del control PRE.

Taula 208. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: DRB

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	8	11	49	-7	-22	00:22,0
POST	7	10	46	-9	-23	00:14,5

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE té un IB=55% i en el control POST un IB=65%. Tot i partir d'un nivell baix, s'observa una lleugera millora en la funcionalitat per a les ABVD.

3.13.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la DRB es relaciona amb els altres durant un 8% del temps en que se l'ha observat (just en el quartil 1 del conjunt del grup) i ho fa sempre durant el TCM, cosa que indica que interacciona poc amb els altres i ho fa de manera mediatitzada per la situació de treball.

Taula 209. Interaccions entre iguals. Participant: DRB

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:21:41	11%	0:00:17	0%	0:21:58	4:20:36	8%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 210. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions de la DRB amb els altres han mostrat una tendència positiva ($II = -0,571429 + 48,1071 \cdot OBS$), tot i que no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,5120$).

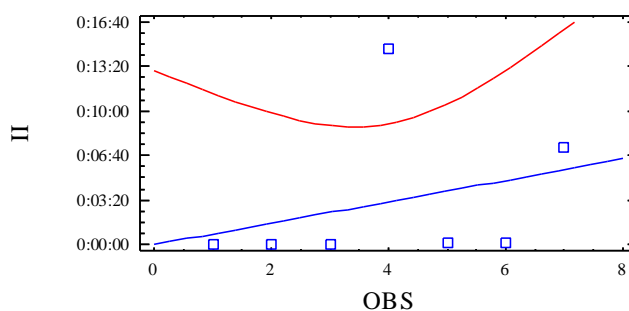


Figura 71. Tendència interaccions entre iguals. Participant: DRB

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP aquesta senyora es relaciona poc amb els altres i només ho fa quan és necessari o bé quan treballa en petits grups. En escasses ocasions inicia ella el contacte. Quan algú se li dirigeix es mostra amable i riu. Cal tenir en compte que quan parla costa d'entendre-la, perquè parla molt baix. En l'EI diu que es troba bé en el grup.

3.13.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

Les millores percebudes per part la senyora DRB en relació al programa es situen en l'aspecte físic i emocional. Explica molt breument que es troba més animada, que es distreu i que *"estic més bé, no em fan tant mal les cames"*.

3.13.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora DRB assisteix pràcticament a totes les sessions i, tot i que se li ha de recordar i se l'ha d'acompanyar, sempre està disposada a participar. Malgrat que la quantitat de resposta adequada es situa per sota del quartil 2 del conjunt del grup, la tendència durant el període de recerca ha estat positiva. Pel que fa a la qualitat de les respostes s'observa una millora en el nivell d'autonomia perquè disminueixen les respostes induïdes individualment i augmenten les respostes més espontànies. Tot i així el seu grau d'autonomia en general és baix, habitualment decideix si se li demana i algunes vegades ho fa amb suport.

Expressa verbalment que li agrada participar, però és poc explícita. La tendència de les respostes indicadores de satisfacció és ascendent i ella participa de manera continuada i constant i sense necessitat de motivació especial.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, tampoc no dóna gaires detalls. Principalment valora que el programa li serveix per distreure's, per sortir de la planta on

està habitualment i per no pensar. No té conductes de risc i el seu nivell de NR dins del TCM és més aviat baix i és degut a les aturades que fa, perquè en l'IVP consta que habitualment respon a totes les propostes, però que fa aturades o poques repeticions. I davant d'una dificultat intenta respondre però fa pocs intents.

Durant el període de recerca, només ha experimentat millores funcionals en la prova d'agilitat i en les ABVD; per a la resta de capacitats avaluades ha mostrat una davallada.

És una persona que es relaciona poc amb els altres, ho fa sempre en el TCM, però si algú se li adreça respon i es mostra amable.

La percepció de millores es situa en l'aspecte emocional i en el físic. Ho expressa molt breument.

3.14 (JRA)

3.14.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: el senyor JRA és una de les quatre persones que s'incorporen al programa tres mesos més tard d'iniciar la recerca¹³⁸. Assisteix al 98% de les sessions (només falta a una sessió) i ho fa de manera totalment autònoma i puntualment.

Taula 211. Assistència. Participant: JRA

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	58/59	98%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	58	100%	
No assistència	Total	1/59	2%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	1	100%
		Malaltia	0	0%
	Altres obligacions	0	0%	

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens indica que aquest senyor ha respost adequadament en el 55% del temps en què se l'ha observat. En comparació al conjunt del grup, aquesta dada el situa a la banda baixa (lleugerament per sobre del quartil 1). Complementàriament, a l'IVP consta que respon a totes les propostes però fa algunes aturades.

Taula 212. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JRA

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
3:50:38	2:06:24	55%

¹³⁸ Vegeu capítol VI, punt 4.3.2.

Taula 213. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

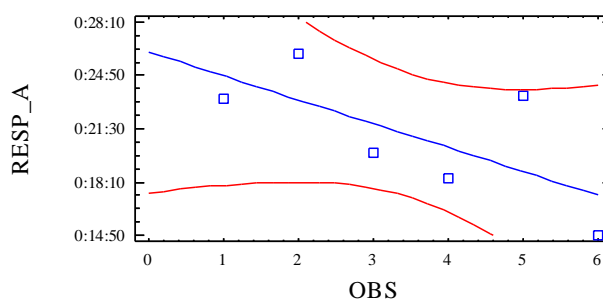
Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

L'evolució del senyor JRA en el transcurs del període de recerca pel que fa a la resposta adequada, ha tingut una tendència negativa, tal com mostren les següents dades, que no presenten una relació estadísticament significativa ($p=0,1405$).

Taula 214. Resposta adequada. Participant: JRA

Observació	RESP_A
1	0:23:25
2	0:26:11
3	0:19:58
4	0:18:24
5	0:23:36
6	0:14:50

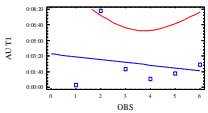
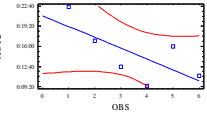
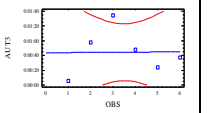
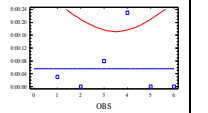
Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1577,4 - 89,5429 \cdot OBS$

**Figura 72. Tendència resposta adequada. Participant: JRA**

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren que tant la durada de les respostes més autònomes com la de les induïdes de manera general presenten una tendència descendent i que la de les induïdes individualment i de les no idònies tenen una lleugera tendència positiva però són molt estables durant tot el període (totes amb una relació estadísticament no significativa). En comparació amb el conjunt del grup, és un senyor que elabora força respostes espontànies (un punt per sota del quartil 3) i es situa en el punt mig quant a les respostes induïdes de manera general. Necessita alguns estímuls individuals (entre els quartils 1 i 2) i fa poques respostes no idònies.

En l'IVP consta que respon a totes les propostes però també es comenta que no té iniciativa, que no fa propostes i que no expressa la seva opinió, però que si se li demana pren decisions.

Taula 215. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JRA

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:15	0:22:31	0:00:06	0:00:03
2	0:08:08	0:16:59	0:00:58	0:00:00
3	0:01:58	0:12:40	0:01:34	0:00:08
4	0:00:52	0:09:28	0:00:48	0:00:23
5	0:01:27	0:16:00	0:00:24	0:00:00
6	0:02:23	0:11:09	0:00:37	0:00:00
Total	0:15:03	1:28:47	0:04:27	0:00:34
Tendència	AUT1 = 213,4 - 17,9714*OBS	AUT2 = 1265,73 - 107,971*OBS	AUT3 = 43,8 + 0,2*OBS	AUT4 = 5,66667 + 0,0*OBS
Valor P	0,7098	0,1131	0,9815	1,0000
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,5%	38,5%	1,9%	0,2%

Taula 216. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.14.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes per part del senyor JRA en el transcurs del període de recerca, té una tendència ascendent ($SAT_DUR = 59,4 + 36,0286*OBS$), tot i no presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,4747$). En l'IVP consta una vegada que es mostra seriós i que es relaciona poc amb els altres.

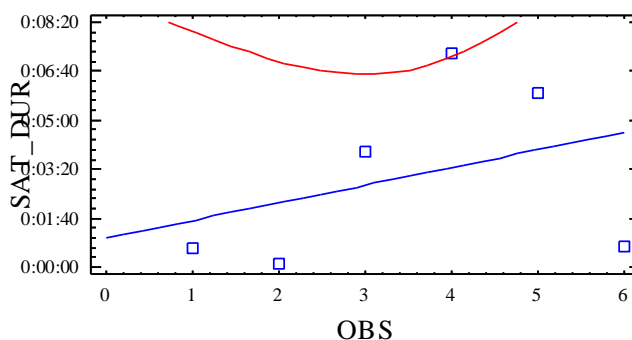


Figura 73. Tendència satisfacció personal. Participant: JRA

Si analitzem les manifestacions verbals (en EI) respecte de la seva satisfacció en relació al programa expressa que el programa li sembla bé (“A mí me parece bien la gimnasia”) i que li agrada (n=1) però no dóna més detalls.

- b) Regularitat en l'assistència: observant les seves assistències, veiem que participa de manera continuada i regular. Mai no cal motivar-lo, sempre assisteix per iniciativa pròpia.

3.14.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: totes les valoracions (n=6) que fa sobre la utilitat de participar en el programa o les raons per participar-hi, s'emmarquen en les dimensions actitudinals de gratificació (li agrada, es distreu) i d'autonomia, donant importància al fet de moure's (*"Porque se distrae y me gusta. (Pausa) A mí me gusta. No es aquello de decir... pues la gimnasia es buena en el sentido de que coges... haces ejercicios... los huesos se mueven y... no sé cómo decir. Es otra cosa, no queda el cuerpo muerto. Si no lo mueves... que es lo que le hace falta al cuerpo, moverse"*).
- b) Conductes de risc: en tot el període en què s'ha observat el senyor JRA no s'ha registrat cap CR, de manera que en aquest aspecte és evident que quan participa ho fa amb prudència i mai no va més enllà de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens mostren que el senyor JRA no ha respost al 33% del temps en què se l'ha observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un alt grau de NR (per sobre del quartil 3), que coincideix amb el que s'explica en l'IVP: fa pauses en les respostes i en diverses ocasions triga a iniciar-les, esperant poder observar què fan els altres.

Taula 217. No resposta dins TCM observat. Participant: JRA

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:41:47	0:52:38	33%

Taula 218. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta intenta respondre i, encara que no li surti bé, continua treballant. En altres ocasions espera, observa els altres i després els imita. Habitualment es mostra participatiu, però en alguna ocasió també mostra una actitud més passiva, té un cert punt d'irregularitat.

3.14.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

El senyor JRA camina amb bastó, però durant la sessió el sol deixar a la cadira. Té una marxa asimètrica i amb un balanceig important del cos, però és segura. No posa expressió al moviment lliure i amb música. Els seus moviments no són gaire precisos, però conserva la coordinació general i la força per desenvolupar-se de manera autònoma. Si es concentra és capaç de fer tasques d'associació de dificultat mitjana. Mostra dificultat per seguir un ritme. Preguntat sobre si troba les activitats difícils diu que no, i ell considera que ha

experimentat millores (“...en el caminar, en moverme... en todo”) des de que participa en el programa.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com es pot veure en els resultats de les proves administrades, en les de flexibilitat de cames i d’agilitat millora, en la de força de braços es manté i en les de força de cames i de resistència presenta pèrdues en el control POST respecte del control PRE.

Taula 219. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JRA

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	9	10	58	-18	-33	00:14,2
POST	8	10	42	-14	-37	00:13,1

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=70 i en el POST un IB=90, de manera que, en aquest aspecte, sí que s’observa una millora durant el període de recerca.

3.14.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d’interacció entre iguals (II): les dades de l’observació sistemàtica ens mostren que el senyor JRA interacciona amb els altres durant un 7% del temps en que se l’ha observat. En comparació amb el conjunt del grup, és una persona que es relaciona poc (el seu nivell es situa entre el mínim i el quartil 1) i ho fa, sobretot, en el TCM, cosa que indica que la mediació de la situació de treball hi té influència.

Taula 220. Interaccions entre iguals. Participant: JRA

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:15:19	9%	0:01:49	3%	0:17:08	3:50:38	7%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 221. Distribució en quartils del % d’interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions amb els altres han mostrat una tendència positiva ($II = 54,4667 + 36,2 \cdot OBS$), tot i que no representa una relació estadísticament significativa ($p=0,4683$).

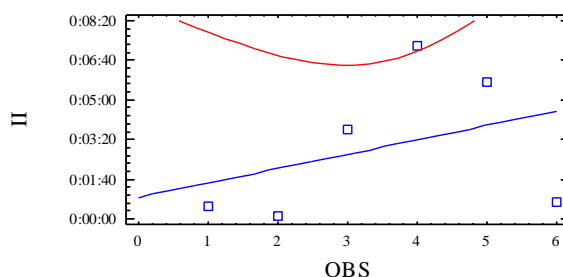


Figura 74. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JRA

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que habitualment es relaciona poc amb els altres, tendeix a treballar en solitari. Quan es relaciona ho fa amb les persones que té més a prop, es mostra amable, i en diverses ocasions es mostra disposat a ajudar altres persones del grup. Poques vegades inicia ell la relació.

3.14.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

El senyor JRA expressa repetidament que ha trobat millores a nivell físic (“*en... caminar por aquí, en moverme, en... todo*”) però sense concretar més.

3.14.7 A MANERA DE SÍNTESI

El senyor JRA assisteix pràcticament a totes les sessions, ho fa de manera autònoma i no necessita mai motivació especial. Tot i que respon a totes les propostes, el seu nivell de resposta en comparació amb el grup és baix, degut a que fa aturades i a vegades no inicia la resposta fins que ha pogut veure com responen els altres. L'evolució de la quantitat de resposta ha estat descendent. Qualitativament mostra cert nivell d'espontaneïtat i capacitat de decisió, però les respostes més autònomes i les dirigides de manera general tendeixen a disminuir i la necessitat d'estímul individual i les no idònies a incrementar-se.

Expressa verbalment que li agrada participar en el programa i que li sembla bé (n=2), però no concreta gaire, és regular en l'assistència i les respostes indicadores de satisfacció tendeixen a ascendir.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, considera que li aporta distracció i que d'aquesta manera fa una mica d'exercici i fa coses. Durant les sessions actua amb prudència i no presenta conductes de risc. El seu nivell de NR dins del TCM és alt, en comparació al conjunt del grup. A banda, davant d'una dificultat, la seva resposta és una mica irregular, unes vegades intenta respondre i d'altres es mostra més passiu.

Funcionalment presenta millores en l'agilitat, en la flexibilitat de les cames i en la capacitat per desenvolupar les ABVD. En la resta de les capacitats avaluades mostra pèrdues, però manteniment en la força de braços. El seu moviment és poc precís i poc expressiu, però conserva la coordinació i la força generals per desenvolupar-se autònomament durant les sessions. Ell valora que ha experimentat millora en el caminar.

Quant a relacionar-se, és una persona poc activa, però disposada a ajudar els altres si ho necessiten. No sol iniciar mai el contacte amb ells, però quan hi pren contacte es mostra amable. La tendència de les interaccions entre iguals en el període de recerca és positiva.

La seva percepció de millora es centra principalment en l'aspecte físic general (caminar), no expressa amb més concreció.

3.15 (JSS)

3.15.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: la senyora JSS assisteix al 83% de les sessions i per a algunes necessita motivació especial. De les sessions en què no ha participat s'han donat totes les situacions: en algunes ocasions no hi ha volgut assistir, en altres desconeixem les raons i, quant a la resta, ha estat per causes justificades (malaltia o altres obligacions). Algunes vegades cal recordar-li i acompanyar-la.

Taula 222. Assistència. Participant: JSS

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	66/80	83%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	53	80%	
No assistència	Total	14/80	18%	
	Motiu de no assistència	No vol	4	29%
		No se sap	4	29%
		Malaltia	4	29%
		Altres obligacions	2	14%

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que la senyora JSS ha respost adequadament en el 65% del temps en que se l'ha observat. En relació al conjunt del grup, representa un alt nivell de resposta adequada (per sobre del quartil 3). Aquesta dada es complementa amb l'IVP, on consta que habitualment respon a totes les propostes que es fan durant la sessió, a vegades amb alguna pausa breu.

Taula 223. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: JSS

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
3:45:34	2:25:36	65%

Taula 224. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

L'evolució de la senyora JSS pel que fa a la resposta adequada ha tingut una tendència descendent, tal com es mostra en les següents dades, que no presenten una relació estadísticament significativa ($p=0,2965$).

Taula 225. Resposta adequada. Participant: JSS

Observació	RESP_A
1	0:31:08
2	0:30:40
3	0:36:16
4	0:22:24
5	0:25:08

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 2112,0 - 121,6 * OBS$

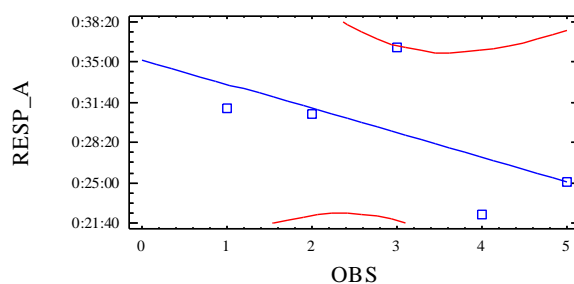


Figura 75. Tendència resposta adequada. Participant: JSS

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens indiquen que la JSS mostra iniciativa durant les sessions, (en relació al conjunt del grup es situa lleugerament per sota del quartil 3) i amb una tendència ascendent durant tot el període de recerca. El seu nivell de resposta davant de les indicacions donades al grup en general es situa lleugerament per sobre de la mediana del grup i amb una tendència descendent. La necessitat d'estímul individual es situa a la banda alta (lleugerament per sota del quartil 3) i propensió a augmentar. Les respostes no idònies tenen una clara inclinació negativa i, en relació al grup es situa lleugerament per sota del quartil 1. Les dades sobre la tendència no mostren una relació estadísticament significativa.

En relació a aquest aspecte més qualitatiu de la resposta, en l'IVP consta que és una persona que decideix, que mostra iniciativa –especialment en les activitats expressives- i que fa propostes. Si no ha entès l'ordre o la situació, pregunta.

Taula 226. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: JSS

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:57	0:17:48	0:01:06	0:00:10
2	0:02:14	0:22:15	0:01:39	0:00:22
3	0:03:23	0:24:12	0:01:00	0:00:25
4	0:05:57	0:05:49	0:02:14	0:00:00
5	0:01:23	0:17:18	0:01:02	0:00:00
Total	0:13:54	1:27:22	0:07:01	0:00:57
Tendència	$AUT1 = 84,3 + 27,5 * OBS$	$AUT2 = 1362,2 - 104,6 * OBS$	$AUT3 = 76,1 + 2,7 * OBS$	$AUT4 = 24,0 - 4,2 * OBS$
Valor P	0,5491	0,5211	0,8309	0,3245
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	6,2%	38,7%	3,1%	0,4%

Taula 227. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.15.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes de la JSS, en el transcurs del període de recerca, té una tendència descendent ($SAT_DUR = 598,5 - 45,3 \cdot OBS$), sense presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,4599$). En l'IVP consta en diverses ocasions que se la veu contenta, alegre i participativa, sovint somriu o riu i busca el contacte amb els altres.

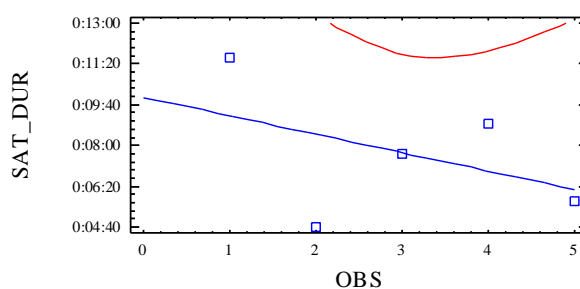


Figura 76. Tendència satisfacció personal. Participant: JSS

Si analitzem les manifestacions verbals (en EI) respecte de la seva satisfacció en relació al programa, expressa que li agrada i que s'hi troba bé ($n=3$), però no dóna gaires arguments. Preguntada per quines raons li agrada el programa respon: *“no ho sé, perquè m'hi trobo bé. M'hi trobo bé”*.

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació, a banda del que ja hem comentat en l'apartat anterior (3.15.1), veiem que passa gairebé dos mesos sense participar. Al principi d'aquest període és perquè no es troba bé, però a aquesta situació s'afegeix amb la mort del seu marit, cosa que la fa passar un temps més trista i sense ganes de participar. Durant la resta del període de recerca participa de manera continuada, encara que en algunes ocasions necessita motivació especial.

3.15.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: en les entrevistes dóna pocs arguments per participar, diu que li agrada ($n=3$) però sense concretar. Durant l'EG, valora que el programa va bé per *“tenir memòria”* i *“per a la salut, i tant”*, en ambdues ocasions ho fa reafirmant opinions que acaben de donar altres persones. Aquestes respostes s'emmarcarien en les dimensions actitudinals de gratificació i de seguretat, la primera amb més pes.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica, la senyora JSS ha fet diverses CR ($n=11$) de curta durada en total (0:00:33). En relació al conjunt del grup és de les persones que n'ha fet més. En l'IVP s'indica que, durant els moviments articulars que habitualment es fan durant les sessions, ella fa el moviment d'hiperextensió del cap¹³⁹.

¹³⁹ Sempre aconsellem de no fer aquest moviment per evitar marejos i una excessiva pressió sobre les cervicals amb artrosi.

- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): l'observació sistemàtica i el tractament de les dades ens diuen que la senyora JSS no ha respost al 27% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un rang de NR que tendeix a ser alt (es situa prop del quartil 3).

Taula 228. No resposta dins TCM observat. Participant: JSS

TCM obs.	Temps de NR	% NR
2:27:59	0:39:44	27%

Taula 229. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta és irregular, unes vegades intenta elaborar la seva resposta i d'altres no fa res. Si la dificultat és de comprensió de la consigna (aquest aspecte es comenta repetidament en l'IVP), pregunta o confirma (repeteix) l'ordre donada.

3.15.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

La senyora JSS té bona disponibilitat física, es mou amb agilitat i conserva una bona coordinació, mobilitat i força. No té dificultats importants per seguir la sessió, aspecte que ella mateixa confirma en l'EI. Sap seguir el ritme de la música i habitualment és expressiva en els seus moviments. Es desenvolupa autònomament, no fa servir cap ajuda tècnica.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): D'acord amb els resultats obtinguts en les proves administrades a la senyora JSS, en dues presenta millores (flexibilitat de cames i de braços), en una es manté (força de cames) i en tres presenta pèrdues (força de braços, resistència i agilitat).

Taula 230. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: JSS

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	8	15	35	-22	-35	00:10,0
POST	8	13	38	-12	-27	00:12,8

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE presenta un IB=90% i en el POST un IB=85%, experimentant una davallada en la seva capacitat per desenvolupar-se en les ABVD.

Preguntada sobre si ha experimentat millores durant el període en què ha participat en el programa VAFiD, diu que no, que es troba igual.

3.15.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que la JSS es relaciona amb els altres durant un 16% del temps en què se l'ha observat. En relació al conjunt del grup és una de les persones que estableix més

contacte amb els altres (per sobre del quartil 3) i ho fa una mica més en el TA que en el TCM.

Taula 231. Interaccions entre iguals. Participant: JSS

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:23:17	16%	0:12:53	17%	0:36:10	3:45:34	16%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 232. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les interaccions entre iguals de la senyora JSS han mostrat una tendència negativa ($II = 589,4 - 47,2 \cdot OBS$), però sense presentar una relació estadísticament significativa ($p=0,4270$).

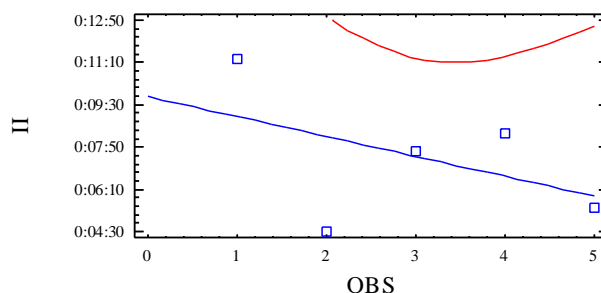


Figura 77. Tendència interaccions entre iguals. Participant: JSS

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que es relaciona espontàniament amb els altres. Normalment és ella qui inicia el contacte, unes vegades amb la paraula, altres vegades amb el gest i l'expressió. Fa bromes. Es mostra amable amb tothom. En l'EI diu que es troba bé en el grup, però que no és una persona de relacionar-se gaire (*"Mira no en sóc gaire d'això, de relacionar-me massa. No ho sóc massa"*), però que *"accepto la gent tal com són"*.

3.15.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

La senyora JSS diu per una banda que el programa no li ha influït en res i, per l'altra, comenta que ha trobat un canvi a nivell anímic i que dorm més bé. S'expressa amb poca precisió i amb certa contradicció.

3.15.7 A MANERA DE SÍNTESI

La senyora JSS té una participació en el programa força elevada, però en algunes ocasions ha necessitat motivació especial i en altres no ha volgut assistir-hi. Presenta una alta quantitat de respostes adequades, però la tendència en el període de recerca és negativa. En la qualitat de les respostes, és una persona que té iniciativa i fa propostes adequades – aquestes tendeixen a incrementar-. Però al mateix temps, les induïdes de manera general tendeixen a disminuir i a augmentar la necessitat d'estímul directe.

Expressa verbalment que li agrada participar en el programa (n=3) però sense donar gaires detalls. La tendència de les respostes indicadores de satisfacció és descendent. Assisteix amb continuïtat i regularitat, excepte durant dos mesos en què no participa per raons relacionades amb la família.

Sobre la comprensió del programa com a font de salut, encara que ho diu –utilitza la paraula salut- és poc explícita. En diverses ocasions fa CR, de manera que sembla que no és massa conscient del què pot fer i del què no. El seu nivell de NR dins del TCM també és alt, per les aturades que fa i perquè en algunes ocasions, si no ha entès l'ordre, espera a veure què fan els altres. Davant de les dificultats és irregular en la seva resposta: a vegades intenta respondre, d'altres no fa res i d'altres pregunta i després respon.

Funcionalment ha experimentat millores en dues de les capacitats avaluades, s'ha mantingut en una i ha davallat en tres i en les ABVD. Camina sense cap ajuda tècnica i té bona disponibilitat física, posa expressió al moviment.

Ès una persona que sovint estableix contacte amb els altres és ella qui enceta aquest contacte i s'hi mostra amable. Però la tendència de les interaccions entre iguals durant el període de recerca és descendent.

La seva percepció de millores és poc clara i amb un punt de contradicció. Parla de no haver experimentat millores però, al mateix temps, diu que es troba millor anímicament i que dorm més bé.

3.16 (MYB)

3.16.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: el senyor MYB ha participat durant tot el període de recerca, però assistint a les sessions només un dia per setmana¹⁴⁰. Assisteix al 87% de les cites i només en una ocasió necessita motivació especial. Quan no hi assisteix és per raons justificades, i en alguna ocasió cal recordar-li que és el dia d'activitat física i acompanyar-lo fins a l'espai corresponent.

Taula 233. Assistència. Participant: MYB

Assistència/no assistència		N sessions	% de sessions	
Assistència	Total	34/39	87%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	33	97%	
No assistència	Total	5/39	13%	
	Motiu de no assistència	No vol	0	0%
		No se sap	4	80%
		Malaltia	1	20%
Altres obligacions		0	0%	

¹⁴⁰ Assisteix al centre de dia tres dies per setmana i només un (els divendres) coincideix amb les sessions del VAFiD, que es fan dos cops per setmana. Per a les dades percentuals relatives a l'assistència, prenem com a referència el nombre de sessions a les quals hauria d'haver assistit (n=39) segons el seu règim d'assistència al centre de dia.

- b) Quantitat de resposta adequada: l'observació sistemàtica ens permet veure que aquesta persona ha respost adequadament durant el 61% del temps en què se l'ha observat. En relació al conjunt del grup es tracta d'un nivell de resposta mitjà (lleugerament per sobre del quartil 2). En l'IVP consta que respon a totes les propostes que es fan durant la sessió, però amb algunes pauses.

Taula 234. Resposta adequada dins Temps observat. Participant: MYB

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
4:43:56	2:52:03	61%

Taula 235. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

L'evolució de la resposta adequada durant el període de recerca del senyor MYB ha tingut una tendència negativa, tal com es desprèn de les següents dades, que no mostren una relació significativa ($p=0,1439$).

**Taula 236. Resposta adequada.
Participant: MYB**

Observació	RESP_A
1	0:33:45
2	0:27:09
3	0:19:36
4	0:24:06
5	0:28:44
6	0:16:17
7	0:22:26

Anàlisi de les dades a partir del model de regressió lineal: $RESP_A = 1873,71 - 99,75 \cdot OBS$

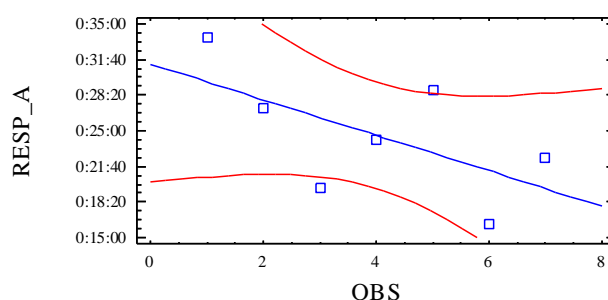


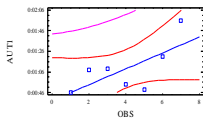
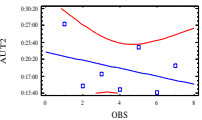
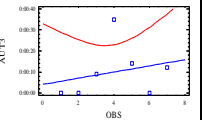
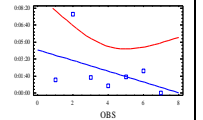
Figura 78. Tendència resposta adequada. Participant: MYB

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes ens mostren una tendència significativa i clarament ascendent en les respostes més autònomes però, al mateix temps, també es comprova un increment en la durada de les respostes induïdes de manera individual. Les respostes induïdes de manera general i les no idònies tenen una tendència descendent (amb una relació que no és estadísticament significativa). Si posem atenció en la durada dels diferents tipus de resposta en relació al conjunt del grup, veiem que el senyor MYB és dels que elabora poques respostes espontànies adequades (entre el mínim i el quartil 1), que respon més a les propostes fetes de manera general, que

poques vegades necessita estímuls individuals, i qui dóna una quantitat més alta de respostes no idònies.

A tenor d'aquest aspecte més qualitatiu de la resposta, en l'IVP consta que és una persona que té capacitat per decidir i ho fa, que mostra iniciativa i que, tot i que respon a totes les propostes, en diverses ocasions fa altres "activitats" que no tenen res a veure amb la situació de treball (cordar-se els pantalons, eixugar-se la suor...) durant el TCM.

Taula 237. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Participant: MYB

Observació	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
1	0:00:46	0:27:19	0:00:00	0:01:16
2	0:01:08	0:15:06	0:00:00	0:07:43
3	0:01:09	0:17:29	0:00:09	0:01:31
4	0:00:54	0:14:25	0:00:35	0:00:42
5	0:00:49	0:22:45	0:00:14	0:01:34
6	0:01:21	0:13:47	0:00:00	0:02:11
7	0:01:56	0:19:06	0:00:12	0:00:00
Total	0:08:03	2:09:57	0:01:10	0:14:57
Tendència	AUT1 = 38,1429 + 7,71429*OBS	AUT2 = 1302,57 - 47,1786*OBS	AUT3 = 4,14286 + 1,46429*OBS	AUT4 = 255,143 - 31,75*OBS
Valor P	0,0867	0,4522	0,5858	0,3146
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	2,8%	45,8%	0,4%	5,3%

Taula 238. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

3.16.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: a partir de l'observació sistemàtica veiem que la durada d'aquest tipus de respostes procedents del senyor MYB, té una tendència descendent (SAT_DUR = 535,143 - 62,3929*OBS), però no presenta una relació estadísticament significativa (p=0,1810). En l'IVP consta, només en una ocasió, que se'l veu content; altres vegades es parla que fa alguna broma, però que tendeix a treballar en solitari.

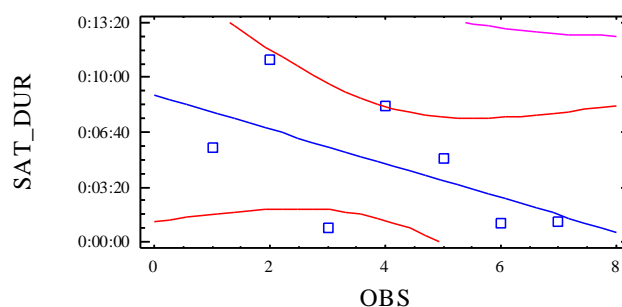


Figura 79. Tendència satisfacció personal. Participant: MYB

Si ens fixem en les manifestacions verbals que emet quant a de la seva satisfacció envers el programa, en l'EI expressa que li agrada participar i diu: "ho faig... amb ganes i amb gust" (n=3).

- b) Regularitat en l'assistència: observant la seva participació assisteix amb regularitat i continuïtat en el programa. Mai no diu que no vol assistir-hi.

3.16.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: les valoracions que fa el senyor MYB respecte del programa són poc precises, diu que li agrada participar (gratificació) i valora el fet de moure's perquè es troba més lleuger (seguretat), però no concreta més. ("*...si ens movem i fem moviments, i caminem, i ens aixequem, i anem a allà fora i donem un parell de voltes allà a fora. Perfecte. Ara mateix, ara, encara que tingui això així del peu i la cama, em trobo més lleuger.*"). Així doncs, la seva valoració s'emmarca en les dimensions actitudinals de gratificació i de seguretat.
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica a aquesta persona no se li ha observat mai cap CR, de manera que és evident que durant les sessions actua i respon a les propostes amb prudència i sempre tenint en compte les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): L'observació sistemàtica i el tractament de les dades evidencien que el senyor MYB no ha respost al 23% del TCM observat, cosa que, en relació a la resta del grup, representa un nivell de NR baix (lleugerament per sobre del quartil 1).

Taula 239. No resposta dins TCM observat. Participant: MYB

TCM obs.	Temps de NR	% NR
3:16:38	0:45:20	23%

Taula 240. Distribució en quartils del % de NR dins TCM de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
14%	22%	25%	28%	43%

Complementàriament observem, a partir de l'IVP, que és una persona que quan té una dificultat en la resolució d'una proposta s'atura en un primer moment, però després

intenta respondre a la proposta tal com s'ha demanat o bé fent-hi una adaptació. Habitualment respon a totes les propostes i està atent.

3.16.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

El senyor MYB camina amb bastó –a vegades no el recolza a terra-, ho fa lentament i aixeca poc els peus del terra. Camina amb flexió anterior de tronc. Els seus moviments són poc amplis i té certa dificultat per localitzar-los –sobretot els del cap-. Conserva la coordinació general i específica bàsiques. Porta a terme correctament les activitats d'associacions (ex: número/moviment), conserva la força de braços, però li costa aixecar-se de la cadira.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): tal com s'extreu del resultat de les proves administrades, presenta millores en les de força i de flexibilitat de braços. En la resta ha fet una puntuació pitjor en el control POST respecte del control PRE.

Taula 241. Resultats SFT en control Pre i Post. Participant: MYB

Prova	For-EEII	For-EESS	Resistència	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Unit. mesura	(nº rep)	(nº rep)	(nº rep)	(cms)	(cms)	(segons)
PRE	8	14	62	-5	-54	00:21,5
POST	5	17	55	-15	-50	00:27,2

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

- b) Índex de Barthel (IB): en el control PRE té un IB=60% i en el POST un IB=70, de manera que observa una millora en la seva capacitat per desenvolupar-se en les ABVD.

3.16.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que el senyor MYB es relaciona amb els altres durant un 11% del temps en què se l'ha observat (just en el quartil 2) i ho fa molt més en els TA que en el TCM.

Taula 242. Interaccions entre iguals. Participant: MYB

II dins TCM	% II dins TCM	II dins TA	% II dins TA	II Total	Temps total observat	% II
0:13:25	7%	0:18:47	22%	0:32:12	4:43:56	11%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

Taula 243. Distribució en quartils del % d'interaccions entre iguals dins temps total observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
5%	8%	11%	14%	24%

En el transcurs del període de recerca, les seves interaccions amb els altres han mostrat una tendència negativa ($II = 528,857 - 61,75 \cdot OBS$), sense una relació estadísticament significativa ($p=0,1831$).

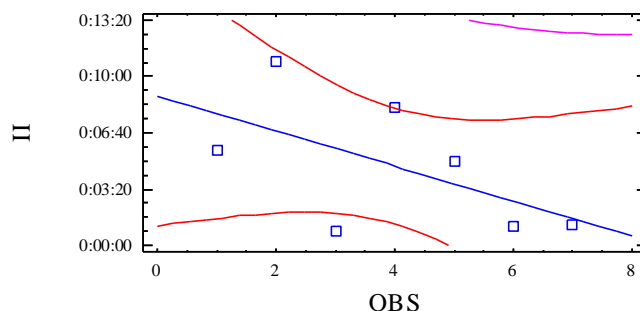


Figura 80. Tendència interaccions entre iguals. Participant: MYB

- b) Perfil relacional: segons es desprèn de l'IVP és una persona que tendeix a treballar en solitari, que es relaciona quan és necessari i que, en algunes ocasions, és ell qui inicia el contacte amb les persones que té més a prop. En el treball per parelles treballa bé i intenta ajudar a la companya. En l'EI diu que es troba bé amb el grup i esmenta que li agrada especialment treballar amb una de les persones en concret (*"Força bé, sobretot amb aquella que es diu J, ens avenim sempre. Ja faig parella amb ella. Quan ens veiem ens donem la mà i tot... Molt bé. Però m'hi trobo bé, eh"*).

3.16.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

El senyor MYB percep, per una banda, que el programa no li ha aportat millores i, per l'altra, diu que es troba més lleuger. En ambdues ocasions ho expressa de manera molt breu.

3.16.7 A MANERA DE SÍNTESI

El senyor MYB participa en el programa a raó d'un dia per setmana. Assisteix amb regularitat i continuïtat, només en una ocasió necessita motivació especial, i en algunes ocasions cal recordar-li i acompanyar-lo. La durada de les seves respostes adequades i en relació al conjunt, el situen a la banda alta del grup, però presenta una tendència descendent en el transcurs del període de recerca. Qualitativament, les seves respostes més habituals són les induïdes de manera general. També és poc espontani, però va seguint sense necessitat d'estímul individual. Té un alt nivell de respostes no idònies.

Expressa verbalment que li agrada participar en el programa i que ho fa de gust, però la inclinació que s'observa durant el període de recerca és negativa. És regular en l'assistència i mai no ha dit que no hi vol participar.

És poc explícit pel que fa referència a la comprensió del programa com a font de salut, diu que li agrada i valora el fet de moure's. No fa CR i el seu nivell de NR dins del TCM, en comparació amb el grup, es situa a la banda baixa. Habitualment respon a totes les propostes i quan té una dificultat, intenta superar-la.

Funcionalment ha experimentat millores en la força, la flexibilitat de braços i les ABVD. Per a la resta de capacitats avaluades, ha experimentat pèrdues. Camina amb bastó, conserva la coordinació bàsica, els seus moviments tendeixen a ser poc amplis i li costa aixecar-se de la cadira.

Tendeix a treballar en solitari però també té moments d'iniciativa en la seva interacció amb els altres i s'hi relaciona sempre que és necessari. Expressa que es troba bé formant part del grup.

La percepció de millores és molt poc explícita, molt breu i contradictòria: per una banda diu que es troba més lleuger i per l'altra diu que no ha experimentat canvis.

3.17 CONJUNT DEL GRUP

Després de l'anàlisi individualitzada de cada participant, en aquest apartat intentarem buscar les regularitats i les diferències que puguin existir entre ells. Tal com proposa Stake (1998; 2006b) per als estudis de casos múltiples, utilitzem una doble estratègia: analitzar els casos individuals –tal com hem fet en els punts anteriors-, i la suma. L'objectiu és poder extreure conclusions considerant, també, el conjunt.

3.17.1 PARTICIPACIÓ ACTIVA

- a) Assistència: observant el registre de les assistències de totes les persones del grup, es pot veure clarament que és alta (85%) i que, en el 97% de les ocasions no necessiten una motivació especial per participar, cosa que indica una bona predisposició a formar part del programa. Pel que fa a les no assistències, el 59% tenen causes justificades i per al 36,2% de les ocasions en desconexem el motiu. Poques vegades els participants diuen que no volen venir (4,6%).

Taula 244. Assistència del grup

Assistència/no assistència		N assistències		% assistències	
Assistència	Total	980/1151		85%	
	Assistència sense necessitat de motivació especial	951		97%	
No assistència	Total	171/1151		14,8%	
	Motiu de no assistència	No vol	8	101	4,6%
		No se sap	62		36,2%
		Malaltia	44		59%
		Altres obligacions	57		

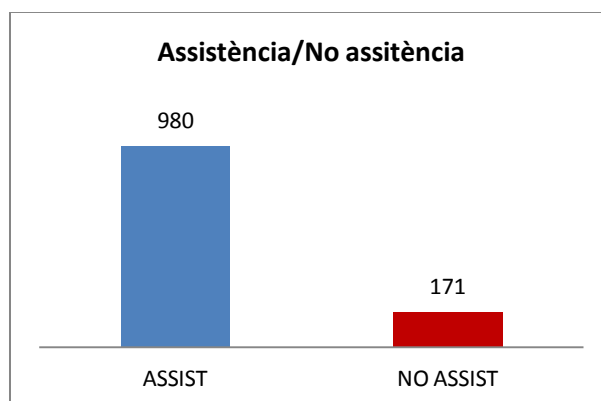


Figura 81. Representació gràfica de la freqüència d'assistències i no assistències del conjunt del grup.

Atenent-nos al registre de participació de tots els membres del grup, observem que el més habitual és assistir de manera autònoma (S) (n=630, 64% de les assistències), seguida de les persones que necessiten que se'ls recordi el dia i el moment de l'activitat a més d'acompanyar-les (R-A) (n=255, 26% de les assistències), que només cal que se les avisi o se'ls recordi (R) (n=49, 5%) o que se les acompanyi (A) (n=17, 2% de les assistències).

Els motius més freqüents de la no assistència són els desconeguts (N) (n=62, 36% de les no assistències), les altres obligacions (AO) (n=57, 33% de les no assistències), la malaltia (M) (n=44, 26% de les no assistències) i, el que menys és la negativa a assistir (NV) (n=8, 5% de les no assistències).

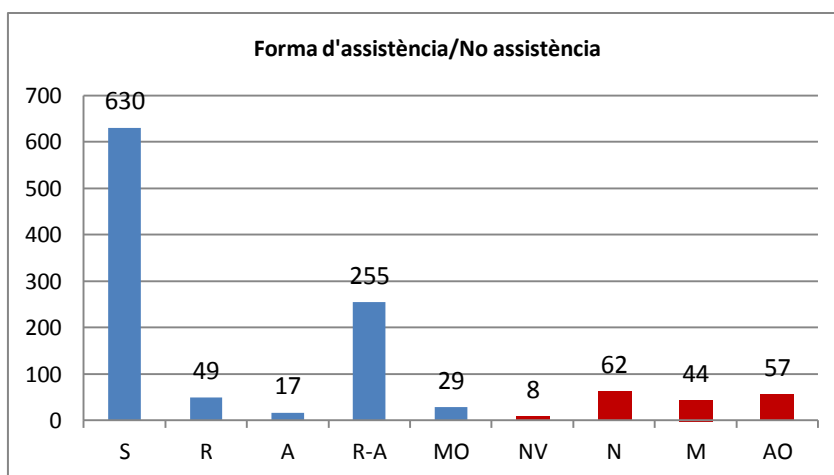


Figura 82. Representació gràfica de la freqüència de la forma d'assistència i no assistència del conjunt del grup.

Si ens fixem en les assistències i no assistències de cada participant, veiem que el grau de participació és alt: onze persones han assistit a més del 80% de les sessions, quatre entre el 80% i el 60%, i una al 50%.

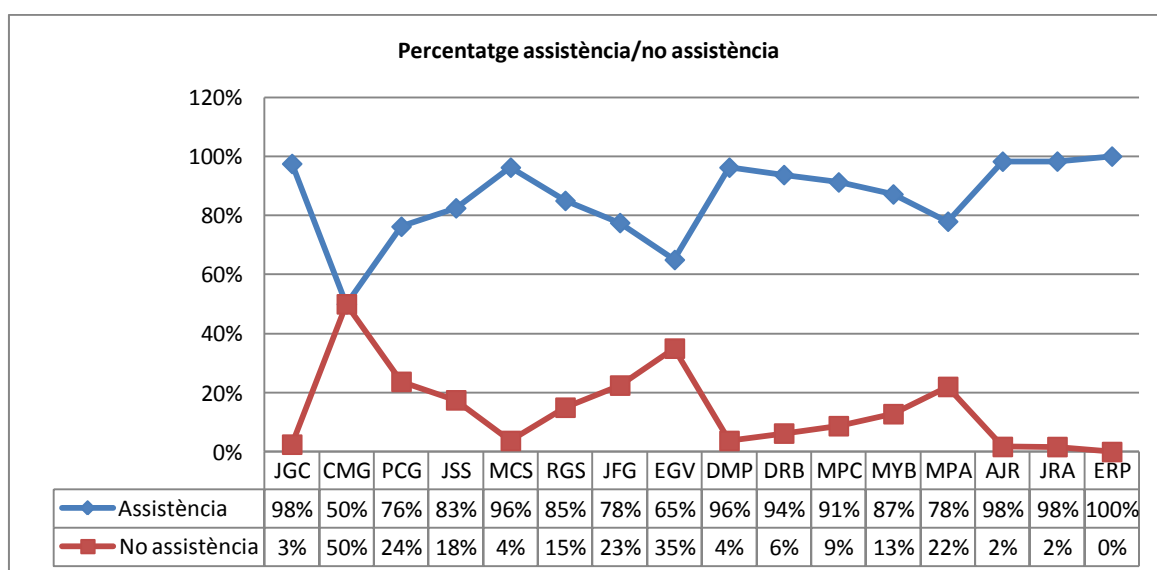


Figura 83. Representació gràfica del percentatge d'assistència i no assistència per participant.

- b) Quantitat de resposta adequada: les dades del grup ens mostren que, en el seu conjunt, el grup respon adequadament durant el 60% del temps en que s’ha observat a tots els participants. La resta del temps correspon al temps de no resposta i al temps dedicat a les respostes no idònies i/o no observables. En la distribució en quartils de les dades, veiem que aquest percentatge es situa just en el segon quartil.

Taula 245. Resposta adequada dins Temps observat. Grup.

Temps obs.	Temps de Resp_A	% Resp_A
65:13:49	39:02:01	60%

Taula 246. Distribució en quartils del % de RA dins Temps observat de tot el grup

Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
45%	54%	60%	63%	76%

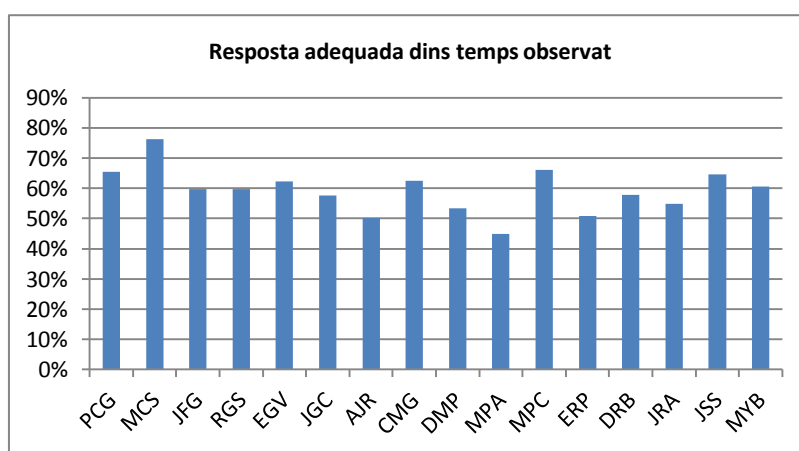


Figura 84. Representació gràfica del percentatge de resposta adequada dins temps observat, tots els participants.

Analitzant l’evolució d’aquest tipus de respostes durant tot el període de recerca i de tots els participants, s’observa una tendència lleugerament descendent. L’anàlisi de les dades s’ha fet a partir del model de regressió lineal ($RESP_A = 1483,0 - 1,79802 \cdot ORDRE$) i no mostra una relació estadísticament significativa ($p=0,2287$).

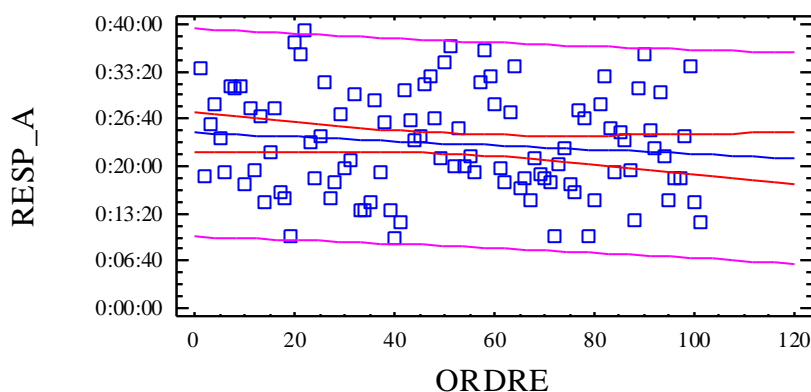
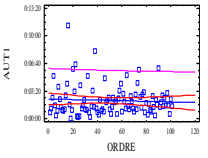
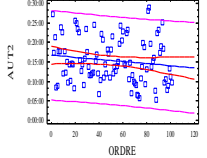
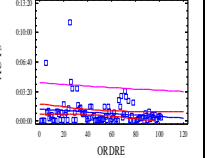
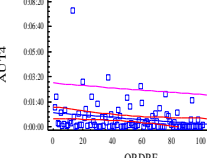


Figura 85. Tendència resposta adequada. Grup.

- c) Qualitat de la resposta: les dades obtingudes per al conjunt del grup ens mostren que en tots els nivells hi ha una tendència negativa pel que fa a la durada del tipus de

resposta corresponent. En les respostes més autònomes (Aut1) aquesta tendència és lleugera, i s'observa certa dispersió en les dades. El mateix passa amb les respostes induïdes de manera general (Aut2), que encara mostren més dispersió. Les respostes que són producte d'un estímul més individual presenten menys dispersió i una relació estadísticament significativa, i això mateix passa amb les respostes no idònies, amb la diferència que aquestes últimes són molt poc freqüents.

Taula 247. Durada i anàlisi de la resposta segons qualitat/autonomia. Grup

Temps	Nivell Aut 1 (R. Espontànies adequades)	Nivell Aut 2 (R. Induïdes general)	Nivell Aut 3 (R. Induïdes individuals)	Nivell Aut 4 (R. No idònies)
Total grup	3:41:35	25:49:01	1:31:59	0:55:37
Tendència	AUT1 = 143,064 - 0,224123*ORDRE	AUT2 = 1002,29 - 1,60953*ORDRE	AUT3 = 80,6711 - 0,510344*ORDRE	AUT4 = 55,8954 - 0,448154*ORDRE
Valor P	0,5486	0,1689	0,0931	0,0279
Representació gràfica				
% Respecte del temps total observat	5,7%	39,6%	2,4%	1,4%

Taula 248. Distribució en quartils del % de resposta segons qualitat/autonomia del grup

	Mínim	Q1	Q2	Q3	Màxim
Nivell Aut 1	2,3%	3,5%	5,6%	6,6%	14,7%
Nivell Aut 2	31,4%	37,2%	38,6%	41,3%	46,0%
Nivell Aut 3	0,4%	1,4%	2,2%	3,2%	9,8%
Nivell Aut 4	0,2%	0,5%	0,9%	1,9%	5,3%

El conjunt de les dades ens indiquen que es tracta d'un grup heterogeni en les respostes més autònomes, amb una lleugera tendència a disminuir la quantitat d'aquest tipus de respostes en el transcurs del període de recerca, aspecte que possiblement estigui relacionat amb una davallada en les capacitats de les persones que el constitueixen. Les respostes menys autònomes i les no idònies tenen poca durada i menys dispersió, cosa que indica que es concentren més en determinades persones. El fet que tinguin una tendència negativa, és positiu en el sentit que podria explicar un cert aprenentatge i adaptació a la dinàmica del programa.

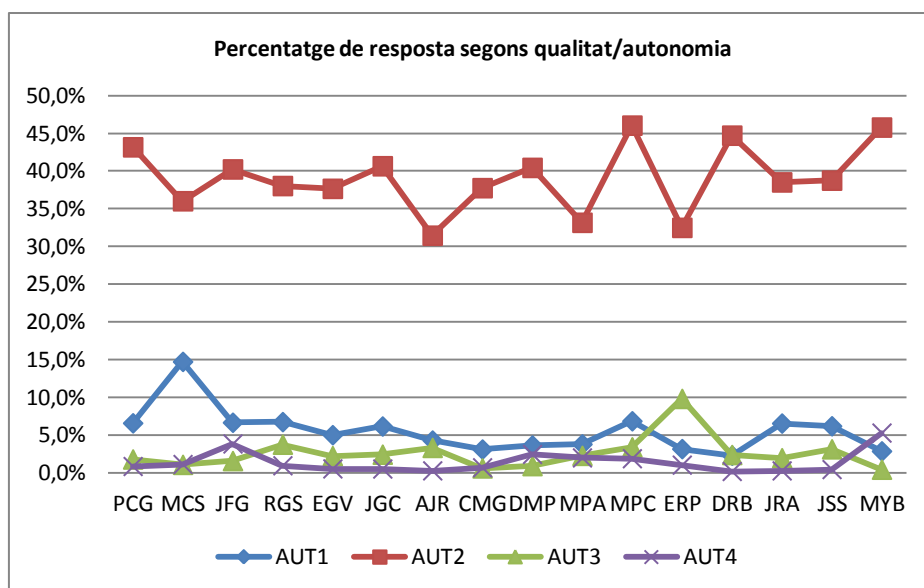


Figura 86. Representació gràfica del percentatge de resposta segons qualitat/autonomia, tots els participants

3.17.2 SATISFACCIÓ PERSONAL

- a) Respostes indicadores de satisfacció: les dades obtingudes per al conjunt del grup ens indiquen que la durada d'aquest tipus de respostes per part de tots els participants (8:35:52h), durant el període de recerca, té una tendència lleugerament ascendent ($SAT_DUR = 297,524 + 0,175131 \cdot ORDRE$). No obstant això, no presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,8511$).

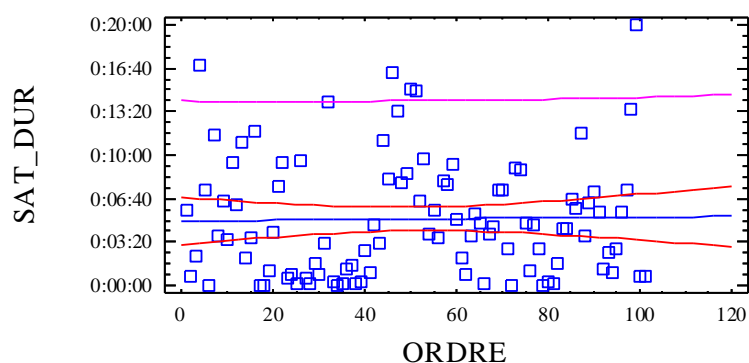


Figura 87. Tendència satisfacció personal. Grup

Recopilant les manifestacions verbals de tots els participants respecte de la seva satisfacció en relació al programa, tots expressen que els agrada participar, que s'hi troben bé. Uns ho fan de manera més clara i intensa argumentant la seva opinió, d'altres de manera més superficial i menys argumentada. En tot el grup hi ha dues persones que diuen que hi participen perquè se'ls demana; una que no ha opinat perquè no se li han pogut fer les entrevistes; sis persones diuen que els agrada, però sense donar gaires detalls sobre el per què, i set persones ho manifesten intensament i/o donen arguments sobre els motius de la seva satisfacció amb el programa.

- b) Regularitat en l'assistència: observant la regularitat i continuïtat en l'assistència al programa, la majoria dels participants ho fan de manera continuada. Sis persones (CMG, PCG, RGS, JFG i EGV) tenen no assistències més o menys repartides durant tot el període de recerca (entre 4 i 1 no assistències seguides). Dues persones més (JSS, MPA) tenen un període llarg de no assistència degut a problemes de salut o familiars. La resta de participants (n=7) hi assisteixen de forma regular amb alguna no assistència esporàdica i una persona hi assisteix sempre.

3.17.3 PREVENCIÓ I SALUT

- a) Manifestació verbal valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: revisant el conjunt de valoracions de tots els participants respecte de la utilitat del fet de participar en el programa o les raons per participar-hi, observem que els arguments majoritaris es situen en la dimensió actitudinal de *gratificació*. Tothom qui ha opinat, excepte dues persones que diuen que assisteixen al programa perquè se'ls ho demana, fa esment d'aquesta dimensió donant raons i arguments relacionats amb sensacions agradables i amb el benestar (n=13) (“m’agrada”, “em distrec”, “m’agrada la companyia”, “estar una estona alegre”).

Les sis persones que donen arguments relacionats amb la dimensió actitudinal d'*autonomia* parlen d'aspectes més concrets relacionats amb les seves capacitats, amb els efectes que troben en ells mateixos o bé expliquen que fan exercici autònomament en d'altres situacions (“m’agrada bellugar-me i faig els meus exercicis a l’habitació”, “no s’adormen les cames i els braços”, “ho mous tot”, “haces ejercicios... los huesos se mueven...”). Cal destacar que les valoracions d'aquesta dimensió actitudinal sempre van acompanyades de les fetes en la dimensió *gratificació* i, en dos casos, també de les de la dimensió *seguretat*.

Hi ha vuit persones que –situades en la dimensió actitudinal de *seguretat*- parlen de les conseqüències positives de fer exercici. Ho fan de manera general (“sé que va bé”, “és bo per a la salut”, “és interessant”, “és necessari moure’s”) i, excepte una persona, també combinen aquests arguments amb els de la dimensió *gratificació*.

No hi ha ningú que s'expressi opinions contràries envers el programa o cap a la seva utilitat.

En conclusió:

1. En el conjunt del grup hi ha nou persones¹⁴¹ que donen arguments positius sobre el valor del programa com a font de salut de manera repetida (n≥3) i/o molt argumentada.
2. Cinc¹⁴² persones també donen arguments positius, però ho fan amb menys precisió i menys intensitat.
3. No podem conèixer clarament els arguments de dues¹⁴³ persones sobre aquest tema.

¹⁴¹ PCG, MCS, RGS, JGC, MPC, ERP, DRB, JRA, JSS.

¹⁴² AJR, CMG, DMP, MPA, MYB.

¹⁴³ JFG (no es pot fer entrevista), EGV (arguments poc concrets i entrevista amb traductor)

Respecte de la utilitat que els participants li donen al programa, destaquen els arguments que fan referència al fet de que participar en el programa proporciona distracció o ocupació del temps i els arguments relacionats amb la necessitat o la importància de moure's. En menys grau es donen raons referides al fet de que és una font de relació i que va bé per exercitar la memòria. La distribució de freqüències és la següent:

1. Distracció = 17
 2. Moviment = 15
 3. Relació = 5
 4. Memòria = 4
- b) Conductes de risc: segons les dades obtingudes en l'observació sistemàtica i el què s'ha registrat en els IVP i IVS, durant les sessions s'han produït molt poques conductes de risc. Del temps total en que s'ha observat a algun dels participants (65:13:49) les conductes de risc han tingut una durada de 0:04:48 (dels quals 0:03:10 corresponen a una sola persona), cosa que representa un 0,1%. Aquesta dada ens indica que els participants es mouen amb prudència i que són conscients de les seves possibilitats.
- c) No resposta (NR) dins del temps de compromís motor (TCM): de l'observació sistemàtica i el tractament de les dades en podem concloure que el conjunt del grup no ha respost al 26% del TCM en què s'ha observat el conjunt dels participants.

Taula 249. No resposta dins TCM observat. Grup

TCM obs.	Temps de NR	% NR
46:55:37	12:13:06	26%

Si ens ho mirem individualment, observem que cinc persones del grup superen aquest nivell (26%) de NR dins del TCM, quatre de les quals ho fan de manera molt clara, essent les menys actives del grup.

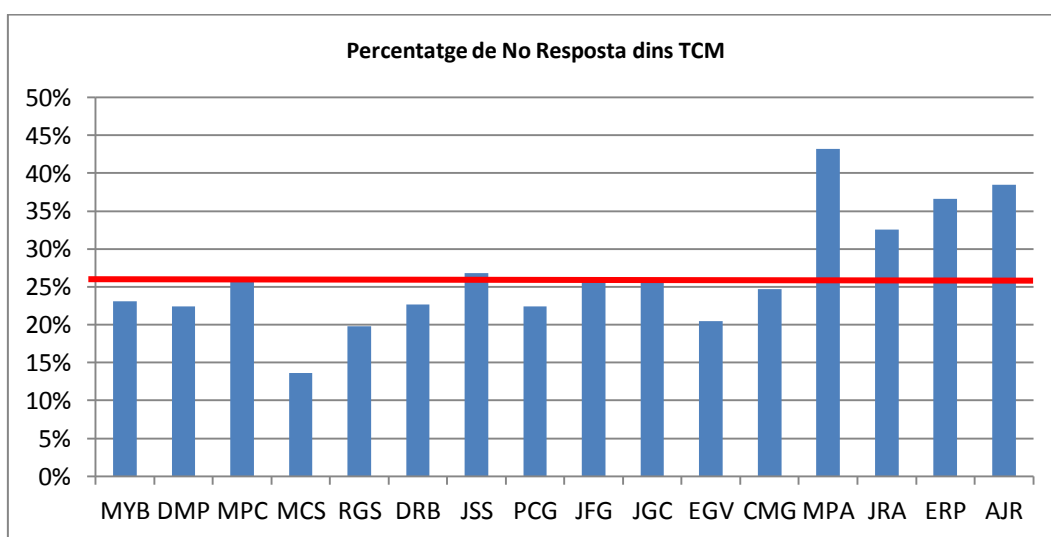


Figura 88. Representació gràfica del percentatge de no resposta dins TCM observat, tots els participants

Aquests temps de NR dins del TCM i tenint en compte les observacions fetes, són deguts principalment a tres factors:

1. Aturades/pauses que la persona gran fa ja sigui perquè es cansa o bé perquè té alguna dificultat en l'execució de la tasca
2. Dificultat per mantenir l'atenció –i per tant l'activitat- mentre dura la proposta (aquesta circumstància està relacionada amb les capacitats cognitives)
3. Algunes persones triguen a iniciar la resposta un cop se'ls ha donat la consigna (lligada a la velocitat de reacció)

Complementàriament, revisant què fan les persones del grup quan tenen una dificultat, veiem que és una situació davant la qual obtenim diferents reaccions:

1. Seguir la sessió sense dificultats importants (EGV, JSS, MCS, PCG)
2. Intentar respondre a la seva manera (JGC, JSS, MCS, MPC, PCG)
3. Seguir la sessió normalment però enfront de la dificultat, imitar els altres (JRA)
4. Fer aturades quan es cansa (aquesta conducta la té tothom en algun moment)
5. Irregularitat: en algunes ocasions respondre a la seva manera i en d'altres no respondre (CMG, DMP, DRB, ERP, JFG, MYB, RGS)
6. No respondre i/o necessitar l'estímul d'alguna altra persona per respondre (AJR, MPA)

De manera que podem dir que hi ha un subgrup de persones que utilitzen més habitualment les seves capacitats residuals per respondre a les propostes que els són difícils (EGV, JSS, MCS, PCG, JGC, MPC, JRA), un altre subgrup que és més irregular (CMG, DMP, DRB, ERP, JFG, MYB, RGS) i encara un altre subgrup que pràcticament a l'hora d'aplicar-les, no les utilitza mai davant d'una dificultat (AJR, MPA), i que manté una actitud més passiva.

3.17.4 COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Tal com ja hem explicat anteriorment (punt 5.3.2 del capítol VI), aquest és un grup de persones que poden caminar per elles mateixes, amb fragilitat i –algunes- amb un punt d'heteronomia.

El seu desenvolupament durant les sessions és heterogeni i variable durant el període de recerca, sovint alterats per problemes de salut transitoris o permanents que condicionen les seves capacitats i, per tant, la seva manera de moure's.

- a) *Senior Fitness Test* (SFT): amb les dades del conjunt del grup en el control POST respecte del control PRE, observem que en totes les proves hi ha més persones que presenten pèrdues que no pas millores o manteniment.

Taula 250. Resultats SFT en control Pre i Post. Grup

Prova	For-EEII		For-EESS		Resistència		Flex-EEII		Flex-EESS		Agilitat	
	(nº rep)		(nº rep)		(nº rep)		(cms)		(cms)		(segons)	
Unitat mesura	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
PCG	9	7	15	12	63	53	0	-21	-11	-22	00:12,0	00:14,5
MCS	8	6	17	14	59	60	-5	-10	-18	-29	00:09,6	00:10,0
JFG	9	5	17	13	66	60	0	0	-17	-25	00:11,7	00:19,0
RGS	6	6	12	10	45	52	-6	-9	-14	-19	00:20,7	00:13,2
EGV	12	8	14	9	58	45	-4	-4	-19	-20	00:09,3	00:09,3
JGC	8	8	15	9	28	26	-15	-16	-63	-48	00:40,6	00:30,3
AJR	4	3	16	14	6	31	-21	-24	-45	-31	00:10,7	00:16,2
CMG	8	6	15	10	23	26	-10	-16	-16	-21	00:12,6	00:09,7
DMP	6	6	13	15	48	0	0	-8	-8	-8	00:16,2	00:22,3
MPA	4	3	14	13	67	39	-1	-7	-41	-41	00:21,4	00:29,1
MPC	2	0	20	13	24	16	-28	-24	-15	-23	00:43,9	No pot
ERP	9	5	12	12	39	35	-17	-4	-12	-17	00:22,3	00:25,2
DRB	8	7	11	10	49	46	-7	-9	-22	-23	00:22,0	00:14,5
JRA	9	8	10	10	58	42	-18	-14	-33	-37	00:14,2	00:13,1
JSS	8	8	15	13	35	38	-22	-12	-35	-27	00:10,0	00:12,8
MYB	8	5	14	17	62	55	-5	-15	-54	-50	00:21,5	00:27,2

For-EEII = Força extremitats inferiors
For-EESS = Força extremitats superiors

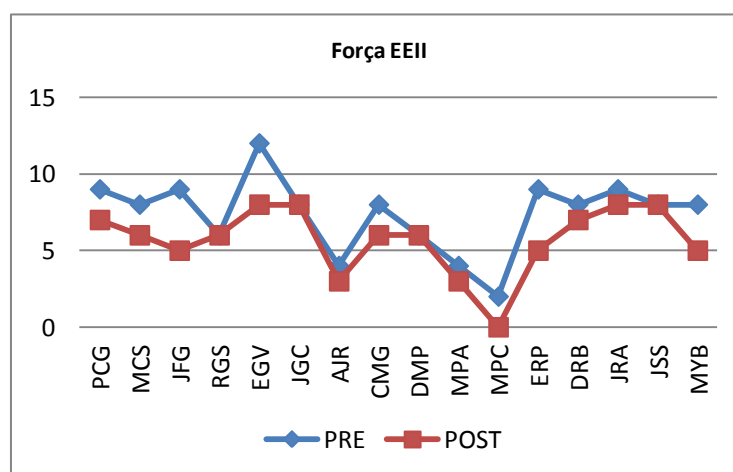
Flex-EEII = Flexibilitat extremitats inferiors
Flex-EESS = Flexibilitat extremitats superiors

Vejam quantes persones presenten millores, manteniment o pèrdues per a cada una de les proves:

Taula 251. Nombre de persones que presenten millores, manteniment o pèrdues en SFT

	For-EEII	For-EESS	Resist.	Flex-EEII	Flex-EESS	Agilitat
Millores	0	2	5	3	4	5
Manteniment	4	2	0	2	2	1
Pèrdua	12	12	11	11	10	10

Durant el període de recerca han predominat clarament les pèrdues de capacitats. Les gràfiques que mostrem a continuació il·lustren aquesta realitat.

**Figura 89. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de força EEII. Tots els participants**

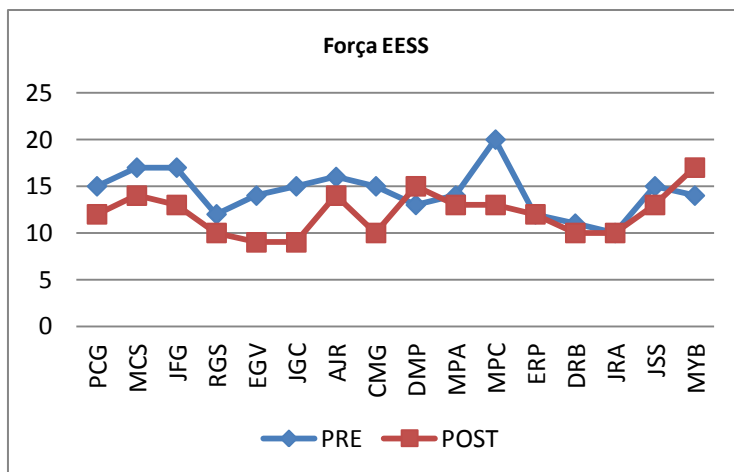


Figura 90. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de força EESS. Tots els participants

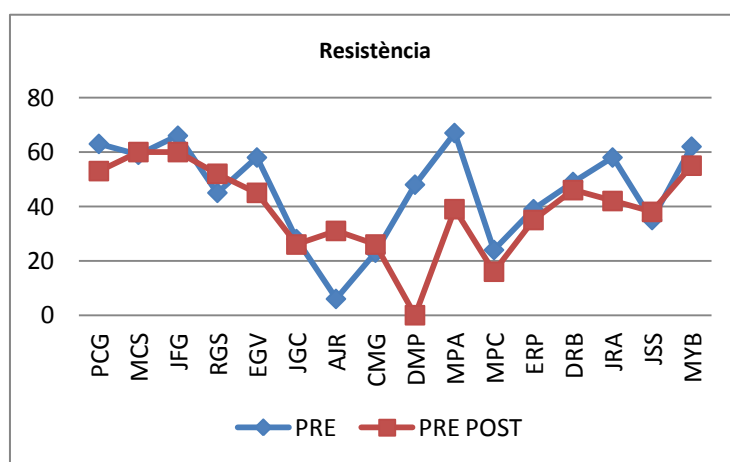


Figura 91. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de resistència. Tots els participants

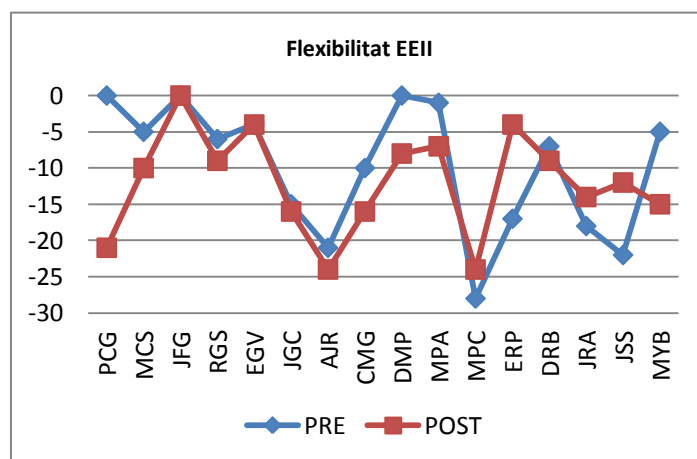


Figura 92. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de flexibilitat EEII. Tots els participants

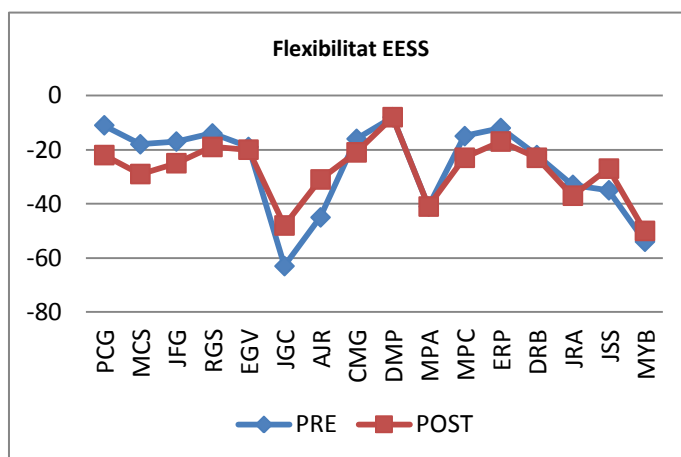


Figura 93. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova de flexibilitat EESS. Tots els participants

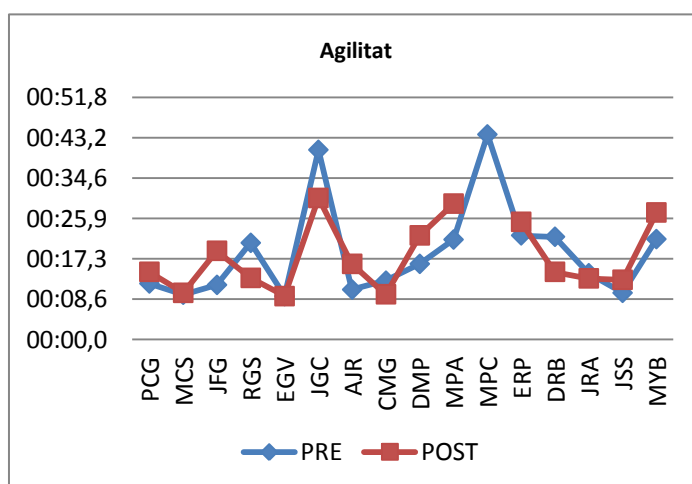


Figura 94. Representació gràfica del control PRE i POST de la prova d'agilitat. Tots els participants

- b) Índex de Barthel (IB): les dades relatives a l'IB la següent taula també ens mostren que predominen les pèrdues. Hi ha cinc persones que milloren, dues que es mantenen i nou que presenten una davallada en les seves capacitats per desenvolupar-se en les ABVD.

Taula 252. Resultats IB en control Pre i Post. Grup

Prova	IB	
	PRE	POST
Participant		
PCG	95	85
MCS	75	90
JFG	85	50
RGS	100	95
EGV	100	95
JGC	75	75
AJR	65	60
CMG	95	100
DMP	85	80
MPA	70	70
MPC	65	60
ERP	55	60
DRB	55	65
JRA	70	90
JSS	90	85
MYB	60	70

Per tant, podem dir que la participació en el programa no ha comportat millores funcionals per a les persones que n'han format part, excepte en capacitats i persones molt concretes. Ha predominat el procés involutiu funcional per sobre de l'activació de capacitats que pot proporcionar el programa VAFiD.

3.17.5 COMPETÈNCIA SOCIAL

- a) Quantitat d'interacció entre iguals (II): les dades de l'observació sistemàtica ens mostren que les persones del grup han interaccionat entre elles un 12% del temps en què se les ha observat i que aquestes mateixes interaccions ocupen un 12% del TCM (12%) i un 11% del TA (11%). Així doncs, la proporció d'interaccions mediatitzades per la situació de treball és lleugerament superior a la corresponent a les que es produeixen durant els períodes de temps dedicats a altres tasques, i que són les interaccions més espontànies per estar menys condicionades per la situació de treball. Si mirem la proporció de les interaccions entre iguals en relació al total de temps en què els participants han interaccionat i segons si s'han produït dins del TCM o durant el TA, observem que el 75% de les interaccions entre iguals tenen lloc en el primer i el 25% restant en el segon.

Taula 253. Interaccions entre iguals. Grup

	II dins TCM		II dins TA		II Total	TTo	% II
	Durada	%	Durada	%			
En relació al temps total observat (TTo)	5:43:13	12%	1:56:38	11%	7:39:51	65:13:49	12%
En relació al total d'interaccions entre iguals		75%		25%			100%

II = interaccions entre iguals.

TCM= Temps de compromís motor.

TA= altres temps.

En el transcurs del període de recerca les interaccions entre iguals del conjunt del grup han mostrat una tendència positiva ($II = 254,548 + 0,571275 \cdot \text{ORDRE}$), tot i que no

presenta una relació estadísticament significativa ($p=0,5203$). Com sigui que les II es produeixen en més proporció durant el TCM, part d'aquesta tendència respon a l'estructura del programa, que dóna més importància als aspectes relacionals creant situacions propícies a la interacció durant la primavera i l'estiu, per més que aquest aspecte és un dels puntals del programa, i que sempre es té en compte.

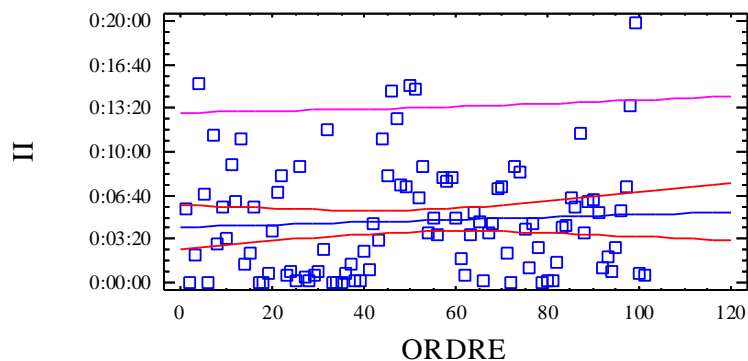


Figura 95. Tendència interaccions entre iguals. Tots els participants

- b) Perfil relacional: segons es desprèn dels 72 informes valoratius de sessió (IVS) fets¹⁴⁴, habitualment hi ha bon ambient de grup. En algunes ocasions es **destaca** especialment la relació de grup ja sigui per la intensitat de determinades situacions o pel caire general de la sessió (n=33). En d'altres es fa esment de l'ambient relacional però amb un plantejament de **normalitat** i sobretot centrada en la relació general de grup (n=18). També es reflecteixen sessions amb una evident **poca** relació entre els participants (n=13).

Sobre la capacitat de treball compartit entre els participants en els IVS hi predominen les anotacions en què es fa notar que és difícil prendre decisions conjuntament, organitzar-se autònomament per fer un treball compartit (n=15). Són molt menys freqüents (n=7) les anotacions més positives sobre aquest aspecte en què el grup o part del grup ho aconsegueix i treballa bé compartint i organitzant-se autònomament.

3.17.6 PERCEPCIÓ DE MILLORES

Les valoracions dels participants respecte de les millores que han experimentat amb la seva participació en el programa són poc explícites i n'hi ha pocs que argumentin la seva opinió esmentant aspectes concrets. Les persones que diuen haver experimentat millores fan referències generals a aspectes físics (trobar-se més lleuger/a, trobar-se millor, moure més els braços...), de tipus emocional (trobar-se més animat/da) i relacional (tenir millor relació amb els companys). En poques ocasions ens donen detalls concrets i amplis sobre les millores que han experimentat.

Set persones del grup¹⁴⁵ diuen que no han notat canvis o millores pel fet de participar en el programa i, d'aquestes, n'hi ha quatre que es contradueixen (en algun moment diuen que no han millorat en res i en un altre donen algun argument de millora).

¹⁴⁴ Vegeu annex 22: Informe Valoratiu Sessions (IVS)

¹⁴⁵ PCG, JGC, AJR, DMP, MPA, JSS, MYB.

3.17.7 A MANERA DE SÍNTESI

Tal com ja esmentàvem més amunt, aquesta síntesi parteix de la consideració de les dades del grup com un estudi de casos múltiples.

La **participació activa** en el programa es comprova més clarament en alguns aspectes que en d'altres. Ha estat un grup amb un alt nivell d'assistència, essent-ne el tipus més habitual la de les persones que van a la sessió de manera autònoma (no cal avisar-les, ni acompanyar-les). Els principals motius de no assistència o bé es desconeixen o bé són deguts a que la persona té altres obligacions.

El temps de resposta adequada tendeix a ser baix si tenim en compte la distribució que presenta el conjunt del grup. I la tendència en el transcurs del període de recerca és lleugerament negativa.

Sobre l'aspecte més qualitatiu de la resposta, observem que es tracta d'un grup heterogeni. Tant en les respostes més autònomes com en les induïdes de forma general hi ha molta dispersió i una tendència lleugerament negativa en el transcurs del període de recerca. Això podria ser explicat, en part, per la davallada funcional experimentada pel conjunt del grup. En canvi, la necessitat d'induir individualment en la resposta i la durada de les conductes de risc també disminueixen lleugerament i amb una relació estadísticament significativa, cosa que podria indicar una certa compensació de la davallada funcional amb aprenentatges relacionats amb la situació i la forma de treball. O sigui, la durada de la resposta tendeix a disminuir, però la necessitat d'estímul directe (la dependència dels altres per respondre) i les conductes de risc, també.

Les respostes de **satisfacció personal** respecte del programa tenen una tendència lleugerament positiva durant el període de recerca. Els participants manifesten verbalment que els agrada participar i que s'hi troben bé. Quan aprofundim més sobre els arguments que donen formar part del programa, set dels participants expressen clarament, repetidament i amb detall que se'n senten satisfets. Uns altres sis també expressen aquesta satisfacció però sense tant detall; dues persones diuen que tot i que els agrada, hi assisteixen perquè els ho hem demanat; i desconeixem l'opinió d'un dels participants.

La majoria de les persones assisteixen amb regularitat, només dues tenen períodes de més de quatre sessions seguides sense assistir (per raons justificades). La resta de participants assisteixen amb continuïtat però, d'aquests, n'hi ha quatre –dos dels quals són els que diuen que hi assisteixen perquè se'ls demana- que tenen no assistències (de menys de quatre sessions seguides) distribuïdes durant tot el període de recerca.

La **comprensió del programa com a font de salut** és clara. Destaca que la utilitat que li donen al programa es situa en la dimensió de *gratificació*. Els participants valoren clarament sensacions grates que els proporciona el programa (agradar, aprendre, passar-ho bé...), amb menys intensitat valoren beneficis concrets o la transferència de l'exercici físic a altres situacions o moments del dia (dimensió actitudinal *autonomia*). En la dimensió actitudinal de *seguretat* també hi ha diversos arguments quant a les conseqüències positives i generals que té fer activitat física. Però el més interessant de tot

és que hi ha més de la meitat del grup que dóna arguments que es situen en més d'una de les tres dimensions que s'han tingut en compte, cosa que dóna solidesa a les seves raons.

Aquesta dada es complementa amb la poca presència de conductes de risc en el conjunt del grup, la qual cosa ens indica que poquíssimes vegades van més enllà de les seves possibilitats o fan moviments no adequats.

Si ens ho mirem des de la perspectiva de la quantitat de no resposta dins del temps de compromís motor, observem que tendeix a ser una mica alta però que sobretot els nivells de NR superiors es concentren principalment en quatre persones. La resta –excepte una que és molt activa– es concentra en una franja percentual més o menys semblant.

Per contra, també observem que la majoria de persones –excepte dues que habitualment es mostren més passives– intenten respondre o buscar solucions a les situacions que els són problemàtiques o dificultoses.

Sobre la **competència funcional**, les dades ens indiquen que en poques ocasions els participants experimenten millores i que, si ho fan, és en capacitats puntuals. En el conjunt de les dades s'observa clarament que predominen les pèrdues respecte de les millores o el manteniment.

La **competència social** del grup està més mediatitzada per la situació de treball ja que, proporcionalment, hi ha més interacció entre iguals durant el TCM que durant el TA. Si tenim en compte la proporció de temps dedicat a la interacció (dins de cadascun dels temps), en relació al temps total en què s'ha observat a algú, observem que és lleugerament més elevada durant el TCM que en el TA.

El perfil relacional del conjunt del grup és actiu i destacable en més de la meitat de les sessions, però els IVS també reflecteixen la dificultat que suposa realitzar un treball compartit de forma autònoma, encara que en alguna ocasió es destaquen aspectes positius en aquest sentit.

La **percepció de millores** relacionades amb el programa és poc explícita i, en algunes ocasions, contradictòria. Hi ha diverses persones que diuen no haver notat canvis havent participat en el programa. Les persones que han percebut millores les situen en els aspectes físics, en els anímics i en els relacionals.

CAPÍTOL VIII: VALORACIÓ DEL PROGRAMA

Vistos els antecedents, les activitats realitzades i els efectes obtinguts amb la implementació del programa, en aquest capítol farem l'avaluació definitiva del VAFiD. Valorarem la seva coherència (teòrica, lògica i entre planificació i implementació) per acabar comprovant la seva qualitat absoluta¹⁴⁶.

Seguint l'esquema d'avaluació responent de Stake (Stake, 1967; Stake, 1968), ens situem en la matriu valorativa o de judici:

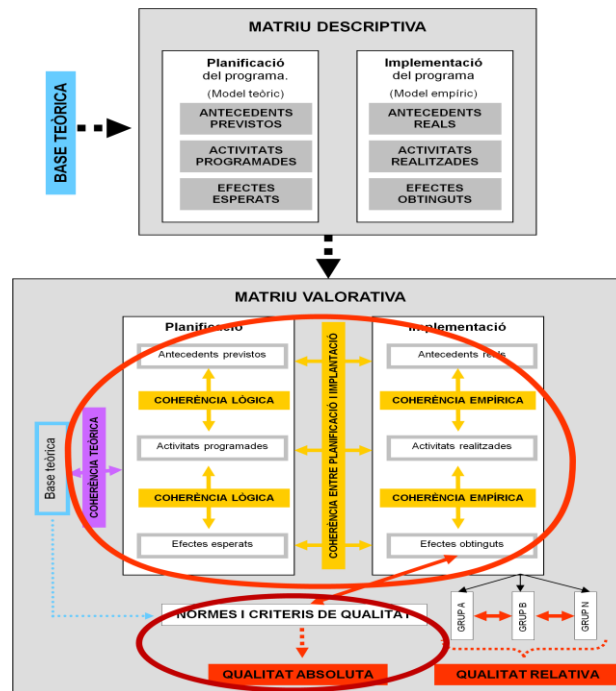


Figura 96. Esquema d'avaluació responent de Stake (1967).
Adaptat d'Arnal, Latorre y del Rincón (1992) i Pujolàs Maset (2002).

1 ANÀLISI DE LA COHERÈNCIA TEÒRICA I DE LA COHERÈNCIA LÒGICA DEL PROGRAMA

Per a l'anàlisi de la *coherència teòrica*, per saber si les actuacions que preveu el programa són coherents amb els plantejaments teòrics en els quals es basa, i, a més, per saber fins a quin punt, considerant els antecedents (les característiques de la situació de partida), dur a la pràctica les activitats, les actuacions i estratègies que configuren el programa

¹⁴⁶ Vegeu capítol VI, punt 3.3.

suposaran aconseguir els efectes esperats, és a dir, la nova situació (*coherència lògica*), hem utilitzat les taules elaborades expressament per a aquesta funció¹⁴⁷.

Tal com ja hem explicat en el capítol VI, punt 4.2, el programa ha estat sotmès a judici d'experts, als quals se'ls va presentar el propi programa i les taules per poder valorar tant la coherència teòrica com la coherència lògica. En total, es va presentar a deu experts que van manifestar disposició per col·laborar en el judici, dels quals finalment vuit ens han ofert la seva resposta.

1.1 COHERÈNCIA TEÒRICA

Les taules presentades als experts analitzaven les quatre unitats de treball contemplades en el programa (tardor, hivern, primavera i estiu). Els resultats obtinguts són els següents:

La pregunta formulada als experts és: "Les actuacions, les activitats i els procediments previstos en el programa VAFiD són coherents i es corresponen amb els principis generals descrits a la taula com a fonamentació teòrica?"			
Unitats de treball	Sí	No	Total
Tardor	8	0	Tots els experts consideren que hi ha coherència teòrica, que els plantejaments del VAFiD estan d'acord amb els principis teòrics que el fonamenten.
Hivern	8	0	
Primavera	8	0	
Estiu	8	0	

Vistes les valoracions dels experts, podem concloure que les propostes del programa VAFiD són coherents amb els plantejaments teòrics que el fonamenten. Cal, però, tenir en compte els suggeriments que alguns d'ells fan sobre aspectes concrets i puntuals del programa. Els exposem en el punt següent.

1.1.1 OBSERVACIONS DELS EXPERTS SOBRE LA COHERÈNCIA TEÒRICA

Tardor: hi ha un expert que proposa incloure estratègies d'incidència en els aspectes emocionals per minimitzar els efectes de la tristesa i la malenconia que, segons Courchinoux (2002), són les emocions que corresponen a aquesta època de l'any. Per això considera que s'haurien d'incloure més activitats recreatives i relacionals que generin optimisme per compensar aquestes inèrcies més negatives. Hi hauria d'haver, també, treball en cercle, activitats que incloguin cantar –per contribuir al treball respiratori- i l'ús de la música i les activitats rítmiques com a elements clau per a la consecució del benestar dels participants.

Dos experts hi troben a faltar activitats relacionades amb l'olfacte.

Un altre expert la veu com una unitat de treball amb poca mobilitat i proposa de fer un canvi més progressiu entre l'estiu i la tardor mitjançant un treball d'equilibri dinàmic menys intens que el de la primavera.

¹⁴⁷ Vegeu annexos 2 i 3.

Un altre expert proposa de treballar la percepció del propi cos observant la postura d'un mateix en comparació amb la dels altres participants.

Hivern: un dels experts remarca que donaria continuïtat al treball suggerit en la tardor pel que fa a la compensació d'aspectes emocionals negatius. També proposa de treballar la memòria a partir de cançons.

Un expert proposa d'utilitzar una tècnica anomenada "*motor imagery*" –basada en un procés mental en el qual la persona simula una acció concreta- per treballar la mobilitat articular.

Primavera: un expert comenta que en aquesta unitat de treball hi afegiria la creació de coreografies a partir d'un suport musical, amb seqüències rítmiques de moviments. També proposa de posar èmfasi en l'aprenentatge de coses noves i desconegudes (coreografies, músiques...) i introduir activitats on l'element sorpresa sigui important (ombres del propi cos en moviment...).

Un altre expert destaca el fet de potenciar les passejades a l'exterior aprofitant el bon temps.

Estiu: un dels experts destaca la importància de les activitats lúdiques del programa i proposa que es facin activitats en què, d'una manera natural, es rigui. Per exemple jocs tradicionals basats en el llenguatge (joc dels disbarats, endevinalles...).

Donat que l'estiu és una època d'expansió relacional, un altre expert proposa d'incorporar activitats complementàries que comportin contacte d'amb altres persones de fora del grup o d'altres grups, com per exemple intercanvis.

Conjunt del programa: un dels experts comenta que tot i que les activitats responen clarament a la fonamentació teòrica, el fet de dividir el programa segons les estacions comporta un problema greu en la continuïtat del treball, ja que hi ha aspectes que s'han de treballar sempre (resistència aeròbica, força, flexibilitat...). Argumenta que els beneficis obtinguts en un programa d'exercici físic s'adquireixen a poc a poc però es perden ràpidament en cas de no mantenir l'activitat.

Un altre dels experts també proposa de posar sempre l'accent en activitats expressives, lúdiques i relacionals del programa.

Un altre expert proposa de treballar, en totes les unitats de treball, l'equilibri dinàmic, ja que és un element de seguretat bàsic per a aquells qui mantenen la marxa.

Un altre expert proposa d'afegir l'estratègia de "reforçar i facilitar la verbalització de les pròpies sensacions" en totes les unitats de treball.

1.2 COHERÈNCIA LÒGICA

Les taules presentades als experts analitzaven les quatre unitats de treball contemplades en el programa (tardor, hivern, primavera i estiu) i relacionaven els antecedents, les activitats i els efectes esperats. Els resultats obtinguts són els següents:

La pregunta formulada als experts és: “Tenint en compte els antecedents descrits a la columna (a), realitzar les activitats, els procediments i les actuacions de la columna (b) en cada una de les unitats de treball del programa, produirà els efectes descrits a la columna (c)?”			
Unitats de treball	Sí	No	Total
Tardor	8	0	Tots els experts consideren que hi ha coherència lògica, que en base als antecedents, sembla raonable que les activitats previstes produeixin els efectes descrits.
Hivern	8	0	
Primavera	8	0	
Estiu	8	0	

Les valoracions dels experts sobre la coherència lògica del programa també són favorables. Segons les seves respostes, tenint en compte els antecedents, implementar el programa planificat produiria conseqüentment els efectes esperats. En aquest cas també cal prendre en consideració les seves observacions i propostes –que exposem en el següent punt- en el moment de desenvolupar-lo.

1.2.1 OBSERVACIONS DELS EXPERTS

Tardor: un expert comenta que afegiria algun treball relacionat amb l'aspecte emocional i en les activitats preferents, alguna que tingués a veure amb la música i el fet de cantar.

Una altra observació d'un dels experts suggereix que caldria incorporar, tant en la columna d'antecedents com en la d'efectes, un apartat dedicat a la capacitat de relaxament.

Hivern: en aquesta unitat hi ha dos comentaris dels experts. El primer proposa afegir, en la columna dels efectes, algun aspecte emocional relacionat amb el reconeixement de la por, el dubte i els propis límits per buscar una estabilitat no només física, sinó també emocional.

Un segon comentari apunta que l'ús de materials personals (objectes significatius, fotografies...) pot enfortir la memòria des d'una perspectiva de reforçament de la pròpia identitat i la revalorització personal.

Primavera: Els comentaris de dos dels experts fan referència a que no queda prou clar amb quines activitats es treballarà l'antecedent relacionat amb la capacitat de comunicació amb els altres. Un altre proposa de relacionar més explícitament alguns aspectes de les columnes dedicades als antecedents, les activitats i els efectes; més concretament: la comunicació amb els altres, la lateralitat i la coordinació de moviments.

Estiu: un dels experts proposa de donar més força al treball de contacte amb els altres. El comentari d'un altre expert proposa d'afegir un efecte relacionat amb l'alegria i el fet de riure. També hi ha el suggeriment, per part d'un altre expert, de fer servir activitats de doble tasca (*dual task*) per treballar la coordinació de moviments.

Una quarta proposta és la d'incorporar en els efectes la consolidació de l'obertura cap als altres. Finalment, el darrer expert, apunta que la utilització de músiques i cançons per part dels participants, facilitaria la interacció social.

Conjunt del programa: dos experts fan esment a què en les taules de valoració hi troben a faltar informació respecte de com s'avaluaran (procés, continguts, mostra, criteris...) els

efectes esperats. Encara que no se'ls demanava això, un d'ells diu que, en no haver-hi aquesta informació, no pot opinar sobre la utilitat de la recerca.

Un altre expert apunta que, en relació a algun dels objectius generals del programa (participació activa, satisfacció i prevenció de la salut) i als efectes esperats, al final de cada sessió i en totes les unitats de treball s'hauria de reforçar la participació activa, la comunicació i l'expressió a través de la valoració personal de l'experiència. Argumenta que això tindria efectes beneficiosos en els aspectes psicològics, relacionals i de satisfacció subjectiva i permetria un sentit de continuïtat en cada una de les unitats.

2 ANÀLISI DE LA COHERÈNCIA ENTRE LA PLANIFICACIÓ I LA IMPLEMENTACIÓ

Per tal de comprovar que el programa planificat es correspon amb el que hem dut a terme, hem fet una comparació entre antecedents previstos (descripció de les característiques generals de les persones grans en situació de dependència)¹⁴⁸ i antecedents reals (perfil dels participants en el programa en el període de recerca)¹⁴⁹; entre la planificació del programa (programació de referència)¹⁵⁰ i el treball realment realitzat durant la seva implementació (activitats realitzades)¹⁵¹. Acabarem comprovant si els criteris de qualitat s'han complert d'acord amb els estàndards establerts (relació entre els efectes esperats¹⁵² i els efectes realment obtinguts¹⁵³).

Per a la comprovació de la coincidència entre el model teòric i el model empíric, per assegurar-nos que no hi ha diferències significatives entre allò previst i allò que realment ha acabat succeint, hem comparat les anàlisis corresponents fetes fins ara.

2.1 ANTECEDENTS PREVISTOS VS ANTECEDENTS REALS

Partim dels cinc aspectes que hem fet servir de referència per definir el perfil de les persones a qui va adreçat el programa, que són:

- a. Aspectes generals: sexe, edat, situació familiar, vinculació a una institució d'atenció a les persones grans i nivell d'estudis.
- b. Aspectes biomèdics: malalties cròniques diagnosticades i funcionalitat.
- c. Aspectes psicològics, emocionals i cognitius: perfils psicològic i emocional i capacitats cognitives.
- d. Capacitat de comunicació
- e. Aspectes socials: característiques generals.

Vejam a continuació si les característiques generals que es van descriure sobre el perfil de les persones a qui va adreçat el programa coincideix amb el de les persones que realment

¹⁴⁸ Vegeu capítol V, punt 1.3

¹⁴⁹ Vegeu capítol VII, punt 1.1

¹⁵⁰ Vegeu capítol V, punt 5.1

¹⁵¹ Vegeu capítol VII, punt 2

¹⁵² Vegeu capítol V, taula 12

¹⁵³ Vegeu capítol VII, punt 3

hi han participat. En el següent quadre indiquem, de forma resumida, cada un dels aspectes considerats tant en els antecedents previstos, com en els antecedents reals descrits anteriorment i si són coherents els uns amb els altres.

Taula 254. Anàlisi antecedents previstos vs antecedents reals

	Antecedents previstos	Antecedents reals	Coherència
Aspectes generals			
Sexe	Indiferent però amb predomini de les dones	Dones= 9 Homes= 7	Sí
Edat	Més grans de 70 anys, encara que menys edat no exclou de la participació en el programa	La mitjana d'edat del grup és de 83,75 anys, essent la persona més jove de 70 anys i la més gran de 96.	Sí
Situació familiar	Indiferent. Diversitat de situacions familiars	Persones solteres = 3 Persones casades = 6 Persones vídues = 7 Amb fills = 10 Sense fills = 6	Sí
Institució	Vinculades a una institució d'atenció a les persones grans	Residència = 13 Residència o centre de dia + la pròpia llar = 3	Sí
Estudis	Indiferent.	Sense estudis o molt pocs = 5 Amb estudis bàsics = 7 Amb estudis mitjans = 4	Sí
Aspectes biomèdics			
Malalties cròniques diagnosticades	Presentar dues o més malalties cròniques	P. amb 2 malalties= 2 P. amb 4 malalties= 2 P. amb 5 malalties= 5 P. amb 6 malalties= 6 P. amb 7 malalties= 1	Sí
Funcionalitat	Capacitat per desplaçar-se (50 metres), per aixecar-se i mobilitzar-se per sí mateixa sense cansar-se en excés. Algunes limitacions en mobilitat articular, força o coordinació.	50 metres= 16 (1 persona amb irregularitat i una altra només al principi del període de recerca). Aixecar-se= 16 (1 persona no pot al final del període de recerca) Algunes limitacions en mobilitat, força o coordinació = 16	Sí (amb canvis una vegada iniciada la recerca)
Aspectes psicològics, emocionals i cognitius			
Perfil psicològic i emocional	Realitats diverses, no associades a conductes patològiques.	No hi ha persones amb trastorns de conducta que afectin a la convivència, a la relació o al contacte amb els altres.	Sí
Capacitats cognitives	Capacitat per comprendre i respondre a ordres senzilles	Tothom compleix aquesta condició, uns amb més facilitat que d'altres (en el grup hi ha 8 persones amb funcionament cognitiu deficitari)	Sí
Capacitat de comunicació			
Perfil comunicatiu	Capacitat per contactar amb l'entorn, expressar-se i relacionar-se amb els altres	Tothom compleix aquestes condicions	Sí
Aspectes socials			
Perfil social	Realitats diverses quant a relació social i contacte amb la família	Tothom rep visites d'amics o familiars a la residència o a casa: algunes persones més habitualment que altres. Persones que surten habitualment (mínim 1 cop per setmana) de casa o de la residència = 5. Persones que surten més esporàdicament = 11	Sí

Vista la comparació, podem dir que el perfil dels participants en la recerca coincideix amb el que estava previst. En qualsevol cas, cal destacar –tal com ja hem apuntat anteriorment– que aquest és un grup heterogeni atès que es parteix d’una situació “natural”, condició que hem considerat important de complir i mantenir ja en els plantejaments inicials de la tesi.

2.2 ACTIVITATS PREVISTES VS ACTIVITATS REALITZADES

A continuació, comprovem fins a quin punt les activitats previstes en el programa han coincidit amb les que realment s’han acabat desenvolupant durant el període de recerca. Per fer aquesta comprovació tindrem en compte tots els elements que formen part de la **dimensió d’anàlisi de la sessió**. Ens regirem pels estàndards definits a partir de quatre criteris (continguts i activitats, ús del material, ús de la música, organització del grup) i els complementarem amb d’altres dades recollides (ús del temps i globalitat de la sessió) que ens ajudaran a donar una visió més completa de com s’ha acabat implementant el programa.

En els següents apartats i taules reproduïm els estàndards establerts¹⁵⁴ i els resultats obtinguts en l’anàlisi del desenvolupament del programa corresponents a cada un dels criteris¹⁵⁵. Finalment incloïm les anàlisis complementàries fetes sobre l’ús del temps i sobre la globalitat de la sessió.

2.2.1 CRITERI N. 1: CONTINGUTS I ACTIVITATS

Taula 255. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d’anàlisi: Sessió. Criteri n 1: Continguts i activitats¹⁵⁶

Crteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Es considerarà que allò realitzat coincideix amb allò planificat quan:	1. La coincidència dels continguts treballats (prioritaris o complementaris) és igual o superior en el 80% de les sessions, respecte dels planificats.	Continguts treballats (primer nivell de planificació): - En cap dels àmbits de continguts no hi ha hagut diferències significatives entre la freqüència de treball prevista i la real. - El 90% de les sessions fetes han format part de la planificació. - Els continguts es treballen en l’ordre que estava previst en el programa (segons distribució del treball en el temps previst) en un 85,02%.	Sí
	2. Les tasques realitzades no difereixen essencialment de les planificades per a la sessió.	Modificacions en les sessions fetes en relació a les sessions planificades (segon nivell de planificació). Les sessions s’han desenvolupat: - Tal com estaven previstes: n=65 (16,2%) - Amb modificacions sense trencar l’essència de la sessió prevista: n=13 (81,2%) - Especials (difereixen clarament d’allò previst): n=2 (2,5%).	Sí

Un cop comprovat que els continguts previstos coincideixen (tant en freqüència com en ordre) amb els realment treballats, aprofitem per explicar que les unitats de treball en què s’ha treballat més d’acord amb el que estava previst són les de *l’hivern*, *l’estiu* i la *primavera* (amb un grau de seguiment superior al 80%). La de la *tardor* és la que s’ha allunyat més del programa previst amb un grau de seguiment del 78,8%.

¹⁵⁴ Vegeu Capítol VI, punt 4.6.2

¹⁵⁵ Vegeu Capítol VII, punt 2

¹⁵⁶ Vegeu Capítol VII. Punt 2.2.2

En el segon nivell de planificació –el de la sessió– on també s’ha comprovat que hi ha coherència entre allò planificat i allò realment desenvolupat durant la sessió, volem destacar especialment que l’existència de modificacions en les tasques previstes –sempre que no transformin la tasca o la seva raó de ser en una altra¹⁵⁷– són un indicador de qualitat perquè indiquen que hi ha una adaptació a la resposta del grup, cosa molt important en el plantejament del VAFiD.

2.2.2 CRITERI N. 2: DIVERSITAT DE MATERIAL

Taula 256. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d’anàlisi: Sessió. Criteri n 2: Diversitat de material¹⁵⁸

Crítteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Es considerarà que s’empra material suficientment divers:	1. En una mateixa sessió es fan servir entre 0 i 3 objectes diferents (quan es facin servir diferents objectes al mateix temps i dins d’una mateixa situació de treball es considerarà com a un objecte únic i es denominarà “variati”)	Nombre d’objectes que s’han fet servir en una mateixa sessió: - Cap objecte= 10% de les sessions - Un objecte= 45% de les sessions - Dos objectes= 28,8% de les sessions - Tres objectes= 15% de les sessions - Quatre objectes= 0% de les sessions - Cinc objectes= 1,3% de les sessions De tot el material utilitzat durant les sessions i tenint en compte la freqüència, el convencional s’ha fet servir en n=68 ocasions (47,8%) i l’alternatiu en n=74 ocasions (52,1%).	Sí
	2. Com a mínim en el 75% de les sessions del programa es fa servir algun tipus de material.	S’ha fet servir material en 72 sessions, cosa que en representa el 90%	Sí
Entenem que es fa un ús adequat del material quan es fa servir tant individualment, com de manera compartida.	Es considerarà que l’ús del material és adequat si, en el conjunt del programa, l’ús compartit supera l’ús individual.	Forma d’ús de material per sessions: - Exclusivament individual: n=32 ses. (40%) - Exclusivament compartida: n=14 ses. (17,5%) - Individual i compartida: n=26 ses. (32,5%) - No ús de material: n=8 ses. (10%)	No

Sobre l’ús del material de manera compartida o individualment, hem de destacar que en el plantejament inicial dels estàndards no vam preveure que hi hauria sessions en què el material s’empria d’ambdues maneres. Tot i així, si consideréssim que en aquestes sessions el 50% correspon a l’ús individual i l’altre 50% correspon a l’ús compartit, aquest darrer tampoc superaria l’ús individual, tal com indica l’estàndard.

¹⁵⁷ El tipus de modificacions que hem considerat que no transformaven l’essència de la tasca són: canviar l’ordre de les tasques, eliminar part d’una progressió, afegir una tasca que complementa l’anterior, canviar el material o la música, canviar l’organització del grup, ampliar o reduir la durada d’una tasca o situació.

¹⁵⁸ Vegeu Capítol VII. Punt 2.2.3

2.2.3 CRITERI N 3: DIVERSITAT EN L'ÚS DE LA MÚSICA

Taula 257. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 3: Diversitat en l'ús de la música¹⁵⁹

Crítteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que hi ha diversitat en l'ús de la música quan es fan servir totes les modalitats d'ús.	Es considerarà que l'ús de la música és adequat si, en el conjunt del programa es fan servir les quatre modalitats d'ús de la música que s'hi defineixen: fons sonor, mitjà d'inspiració, guia del moviment i manteniment de l'activitat.	Freqüència d'ús de les diferents modalitats durant el desenvolupament del programa: - Fons sonor: n=58 ocasions (50,4%) - Manteniment de l'activitat: n=35 (30%) - Guia: n=15 (13%) - Mitjà d'inspiració: n=7 (6%)	Sí

Sobre l'ús de la música, i per complementar les dades del quadre, observem que el més freqüent és fer servir dues modalitats en una mateixa sessió (45,2%), tot i que també és molt habitual fer-ne servir només una (36,3%), en poques sessions es fan servir tres modalitats i en un 13,7% de les sessions no es fa servir música. La combinació més habitual de modalitats és la de fons sonor i manteniment de l'activitat. La música és present a la majoria de les sessions (85%) perquè és un element de motivació i facilitador del moviment molt útil i potent.

2.2.4 CRITERI N 4: DIVERSITAT EN L'ORGANITZACIÓ DEL GRUP

Taula 258. Anàlisi activitats previstes vs activitats reals. Dimensió d'anàlisi: Sessió. Criteri n 4: Diversitat en l'organització del grup¹⁶⁰

Crítteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Es considerarà que l'organització del grup és variada en la justa mesura quan:	1. En una mateixa sessió s'hagin fet servir entre 2 i 3 formes d'organització diferents.	Nombre de tipus d'organització del grup que s'han fet servir en una mateixa sessió: - Un tipus: n=8 (10%) - Dos tipus: n=50 (62,5%) - Tres tipus: n=21 (26,2%) - Quatre tipus: n=1 (1,2%)	Sí
	2. En el conjunt de sessions del programa, s'hagin fet servir tant formes de treball individual (50%), com compartit (50%).	Formes de treball que s'han fet servir en el conjunt del programa: - Individual: n=134 (57%) - Compartit: n=101 (43%)	No

Complementàriament a les dades del quadre anterior, destaquem que quan en una sessió es fan servir dos o més tipus diferents d'organització, les combinacions més habituals són: dispersió/cercle, dispersió/cercle/petits grups i dispersió/petits grups.

Tot i que el segon estàndard d'aquest criteri no es compleix tal com estava definit, cal destacar que pràcticament en totes les sessions (90%) es treballa tant de manera compartida com individual. Considerem que aquesta combinació constant de treball individual i compartit és una bona pràctica del programa, en totes les sessions del qual hi

¹⁵⁹ Vegeu Capítol VII. Punt 2.2.4

¹⁶⁰ Vegeu Capítol VII. Punt 2.2.5

ha una part de treball individual. Només en un 10% de les sessions es treballa exclusivament de manera individual.

2.2.5 ÚS DEL TEMPS

Les dades obtingudes sobre l'ús que s'ha fet del temps durant les sessions del període de recerca¹⁶¹ ens indiquen que el TCM és superior al TA, tal com ha de ser en una sessió d'activitat física. D'una sessió de d'uns 56 minuts, 41 (72,6%) corresponen al TCM i 15 minuts (27,5%) a TA. Aquest temps que es dedica a altres activitats –a banda de com hagi estat gestionat per l'educadora- en part està condicionat per la velocitat de resposta i de comprensió dels participants després d'una ordre (ex: recollir material o organitzar-se en grups) o de l'explicació de la tasca (ex: necessitat de repetició de consignes). Aquesta circumstància és important per a la participació activa dels membres del grup, ja que han de poder-ho fer de manera autònoma però al seu ritme.

Pel que fa a l'evolució d'ambdós temps en el transcurs de la implementació del programa, les gràfiques ens indiquen una millora en el sentit que al final del període el TCM és més alt que al començament i el TA és menor al final que al principi. No podem determinar si aquesta evolució positiva és deguda a la millora de la resposta del grup, a la millora de la gestió del temps per part de l'educadora o a d'altres factors.

2.2.6 GLOBALITAT DE LA SESSIÓ

De l'anàlisi feta dels IVS, obtenim que els aspectes i les característiques més destacades del conjunt de les sessions són les següents:

- a. Les incidències més freqüents que s'han produït durant el desenvolupament del programa són les interrupcions de la sessió per l'entrada o la sortida de persones a l'espai de treball.
- b. Les valoracions dels participants consisteixen majoritàriament en la verbalització de sensacions generades per les activitats o situacions de treball.
- c. En els aspectes relacionals de la globalitat de la sessió es destaca el paper del treball en petits grups o per parelles com a sistemes d'organització que faciliten la presa de contacte entre els participants.
- d. Els mètodes de treball que es fan servir en la majoria de les sessions són una combinació de treball dirigit i semidirigit, de manera que en una sessió hi ha situacions més dirigides i situacions més obertes.

2.3 EFECTES ESPERATS VS EFECTES OBTINGUTS

Vejam a continuació les coincidències i les divergències que hi ha hagut entre els efectes que esperàvem obtenir amb la implementació del programa i els que realment hem obtingut. Per fer aquesta comprovació tindrem en compte tots els elements que formen part de la **dimensió d'anàlisi persona gran**. Ens regirem pels estàndards definits a partir dels cinc criteris establerts (participació activa, satisfacció, prevenció i salut, competència funcional i competència social).

¹⁶¹ Vegeu Capítol VII, punt 2.2.6

En els següents apartats i quadres reproduïm els estàndards establerts¹⁶² i els resultats obtinguts de l'anàlisi del desenvolupament del programa corresponents a cada un dels criteris¹⁶³. En aquest punt prendrem com a referència l'anàlisi feta al conjunt del grup, que al seu torn prové de les anàlisis individuals fetes a cada participant i que hem detallat entre els punts 3.1 i 3.16 del capítol VII d'aquesta tesi.

2.3.1 CRITERI N 1: PARTICIPACIÓ ACTIVA

Taula 259. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 1: Participació activa

Criteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que la persona està motivada per participar quan: 1. Accedeix, la majoria dels dies, a anar a la sessió d'AF sense necessitat de reforçar-li que és bo que hi participi. 2. Hi va sola a l'hora corresponent	Es considerarà que la persona gran està motivada si accedeix a més del 75% de les sessions sense necessitat de motivació especial.	Assistències / no assistències del conjunt del grup durant el període de recerca: - Assistències: n=980 (85%) - No assistències: n=171 (14,8%) - Assistències sense necessitat de motivació especial: n=951 (97% de les assistències) Totes les persones del grup assisteixen a més del 75% de les sessions sense necessitat de motivació especial. Formes d'assistència: - Assisteix la persona sola: n=630 (64% de les assistències) - Cal recordar-li i acompanyar-la: n=225 (26% de les assistències) - Cal recordar-li: n=49 (5% de les assistències) - Cal acompanyar-la: n=17 (2% de les assistències)	Sí
Entenem que participar activament en les sessions també vol dir que la persona respon (resposta motora, verbal o expressiva) adequadament a les situacions que es produeixen durant les sessions:	Dimensió quantitativa: respon adequadament, com a mínim, a més del 50% del temps en que se l'ha observat Dimensió qualitativa: la resposta motora ordenada segons si és més autònoma (espontània) o més dirigida (induïda): 1. Espontània i idònia (AUT1) 2. Induïda per l'acció de l'educadora o d'una altra persona del grup, adreçada al grup. (AUT2) 3. Induïda per l'acció de l'educadora o d'una altra persona del grup, adreçada a la persona gran individualment o a un grup reduït de persones (AUT3) 4. Espontània no idònia (no adequada a la situació) (AUT4)	Quantitat de resposta adequada del conjunt del grup: - Temps observat: 65:13:49h - Temps de resposta adequada: 39:02:01h. El conjunt del grup ha respost adequadament al 60% del temps en què s'ha observat a tots els participants. Tipus de resposta segons nivell d'autonomia i idoneïtat: - AUT 1: 3:41:35h (5,7% del temps total observat) - AUT 2: 25:49:01h (39,6% del temps total observat) - AUT 3: 1:31:59h (2,4% del temps total observat) - AUT 4: 0:55:37h (1,4% del temps total observat).	Sí
			Ordre del tipus de resposta segons nivell d'autonomia i idoneïtat: 1. AUT 2 2. AUT 1 3. AUT 3 4. AUT 4

¹⁶² Vegeu Capítol VI, punt 4.6.2

¹⁶³ Vegeu Capítol VII, punt 3

Complementàriament a les dades del quadre anterior, hem de destacar que les assistències indiquen una bona adherència al programa per part de les setze persones participants. Només n'hi ha dues que no arriben a assistir al 75% de les sessions. Per altra banda, en les no assistències destaquen per ordre d'importància: els motius desconeguts (n=62, 36% de les no assistències), les altres obligacions (n=57, 33% de les no assistències), la malaltia (n=44, 26% de les no assistències) i la negativa a participar (n=8, 5% de les no assistències). De manera que quasi els 60% de les no assistències es justifiquen per motius de malaltia o haver de complir amb d'altres obligacions. Cosa que reafirma l'adherència al programa.

Sobre la quantitat de resposta adequada, tot i situar-se per sobre del 50% del temps en què s'ha observat als participants, només hi ha un participant que superi el 70%, n'hi ha vuit que estan en la franja entre el 60-69%, cinc en la franja de 50-59% i una persona per sota del 50%. Observant l'evolució d'aquest aspecte quantitatiu en el transcurs del període de recerca s'observa una lleugera tendència negativa, cosa que podria estar relacionada amb la davallada funcional (alentiment en l'inici de la resposta per motius físics o bé cognitius) que ha experimentat el grup durant l'any que ha durat l'estudi.

Sobre l'aspecte qualitatiu de la resposta volem destacar que es tracta d'un grup molt heterogeni en les respostes més autònomes, i que les tendències de tots els tipus de resposta estudiats han estat negatives. La de les respostes més desitjables (AUT1 i AUT2) també podrien estar relacionades amb la davallada de les capacitats dels participants. La de les respostes menys desitjables (AUT3, AUT4) podrien indicar un cert aprenentatge i adaptació a la dinàmica del programa, cosa que valorem molt positivament tenint en compte les característiques i circumstàncies de les persones que hi han participat.

2.3.2 CRITERI N 2: SATISFACCIÓ PERSONAL

Taula 260. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran.
 criteri n 2: Satisfacció de la persona gran

Crítéri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que la persona gran se sent satisfeta quan: 1. Té una actuació lliure i espontània durant les sessions. 2. Es mostra tranquil·la i amb bon humor. No mostra neguit o malestar.	Es considerarà que la persona gran ha millorat o mantingut la seva satisfacció (en relació al programa) quan: 1. Hi hagi un increment o un manteniment de la durada de les respostes indicadores de satisfacció observats a través de l'INE (EEA-VEV-IIV-IIA)	Durada de les respostes indicadores de satisfacció del conjunt del grup: - SAT_DUR: 8:35:52h Evolució en el transcurs del període de recerca: - Lleugerament positiva (amb una relació estadísticament no significativa)	Sí
3. Manifesta verbalment que li agrada participar o es troba bé en el grup 4. Desenvolupa relacions interpersonals	2. La persona ho manifesti verbalment en qualsevol moment de la recerca.	Manifestacions verbals: - Persones que manifesten la seva satisfacció intensament i amb arguments detallats: n=7 - Persones que manifesten la seva satisfacció, però sense donar arguments massa detallats: n=6 - Persones que diuen que els agrada participar, però també diuen que ho	Sí

satisfactòries		fan perquè se'ls ho demana: n=2 - Persona a qui no s'ha pogut demanar l'opinió: n=1	
	3. La persona hagi participat de manera continuada (no ha faltat a més de 4 sessions seguides per raons no justificades ¹⁶⁴) en el programa.	Regularitat en l'assistència: - Persones assistència continuada: n=1. - Persones amb alguna no assistència esporàdica: n=7. - Persones amb no assistències (no superiors a 4 sessions seguides) repartides durant tot el període: n=6 - Persones amb períodes llargs (justificats) de no assistència: n=2	Sí

Tant per les observacions fetes com per les expressions verbals dels participants, i per la seva continuïtat en l'assistència al programa, es constata que les persones que han format part del grup n'estan satisfetes, que s'hi senten bé i que per això hi participen.

2.3.3 CRITERI N 3: PREVENCIÓ I SALUT

Taula 261. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 3: Prevenció i salut

criteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que la persona gran compren l'AF com a font de salut i benestar quan dóna arguments positius que s'emmarquen en alguna/es de les tres dimensions actitudinals següents: 1. Gratificació 2. Autonomia 3. Seguretat	Es considerarà que la persona gran entén l'AF com a font de salut o benestar quan doni arguments positius respecte de la utilitat o raons per participar en el programa, que es puguin emmarcar en alguna de les tres dimensions actitudinals.	Manifestacions verbals valorant el programa com a font de prevenció i/o salut: - Persones que donen arguments repetits (n≥3) i precisos: n=9 - Persones que donen arguments menys repetits (n≤3) i menys precisos: n=5 - Persones de qui no podem conèixer clarament els arguments: n=2 - Persones que donen arguments negatius o contraris: n=0. Dimensió actitudinal on es situen els arguments de cada participant: - Gratificació (n=13 persones) - Autonomia (n=6 persones) - Seguretat (n=8 persones)	Sí (exceptuant dues persones del grup)
Entenem que una persona és capaç d'identificar les seves capacitats i limitacions quan: 1. No elabora respostes que van més lluny de les seves possibilitats (que poden ser perilloses per a la seva integritat física: caigudes, contusions...) 2. Fa servir les seves capacitats residuals per respondre a propostes que li	Es considerarà que la persona té un bon autoconeixement si: 1. No presenta més d'un 1% del temps en què se l'ha observat amb conductes de risc.	Conductes de risc de tot el grup: - Durada de CR: 0:04:48h (0,1% del temps total en què s'ha observat a algun dels participants)	Sí
	2. El temps de no resposta (NR) dins el TCM és inferior al 30% del total.	NR dins el TCM de tot el grup: - Temps de NR dins TCM: 12:13:06 (26% del TCM observat)	Sí

¹⁶⁴ Entenem com a raons no justificades: quan la persona manifesta que no vol venir o dóna excuses de manera continuada i ho argumenta amb motius evidentment falsos o poc consistents. Per raons justificades entenem: problemes de salut transitoris o continuats i de curta (dies) o de llarga (mesos) durada, necessitats de fer gestions diverses (anar al metge, anar al banc...) i atendre visites.

són difícils: busca alternatives adequades per poder respondre a les propostes.			
---	--	--	--

Complementàriament a les dades exposades en el quadre anterior, hem analitzat si les persones del grup, davant d'una dificultat, fan ús de les seves capacitats conservades¹⁶⁵. Hem observat que hi ha un subgrup de persones que utilitzen habitualment les seves capacitats residuals per respondre a les propostes que els són difícils (n=7), un altre subgrup que és més irregular (n=7) i un altre que pràcticament mai no les fa servir davant d'una dificultat (n=2).

També volem destacar que la utilitat que els participants li donen al programa es situa principalment en els àmbits de la distracció/ocupació del temps (n=17) i en la necessitat de moviment (n=15). Amb menys freqüència parlen del programa com a font de relació (n=5) o com a eina per exercitar la memòria (n=4).

2.3.4 CRITERI N 4: COMPETÈNCIA FUNCIONAL

Taula 262. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran. Criteri n 4: Competència funcional

Criteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que els nivells de competència bàsica funcional de la persona gran estan lligats a les habilitats motrius bàsiques i són: 1. Capacitat per caminar 2. Capacitat per mantenir l'equilibri 3. Capacitats de força i flexibilitat	Es considerarà que la competència funcional ha millorat o s'ha mantingut si les dades de les proves administrades, així ho indiquen.	Senior Fitness Test (SFT): Força EEII: - Persones amb millores: n=0 - Persones amb manteniment: n=4 - Persones amb pèrdues: n=12 Força EESS: - Persones amb millores: n=2 - Persones amb manteniment: n=2 - Persones amb pèrdues: n=12 Resistència: - Persones amb millores: n=4 - Persones amb manteniment: n=0 - Persones amb pèrdues: n=12 Flexibilitat EEII: - Persones amb millores: n=3 - Persones amb manteniment: n=2 - Persones amb pèrdues: n=11 Flexibilitat EESS: - Persones amb millores: n=4 - Persones amb manteniment: n=2 - Persones amb pèrdues: n=10 Agilitat: - Persones amb millores: n=5 - Persones amb manteniment: n=1 - Persones amb pèrdues: n=10	No (predominen les pèrdues sobre el manteniment o la millora de capacitats)
		Índex de Barthel (IB): - Persones amb millores: n=5 - Persones amb manteniment: n=2 - Persones amb pèrdues: n=9	

¹⁶⁵ Tal com ja hem explicat anteriorment, considerem que aquesta és una conducta coherent amb el interès per mantenir-se actiu utilitzant al màxim les pròpies possibilitats i, per tant, que la persona participant valora la seva importància i utilitat.

El programa ha aportat poques millores funcionals i poc manteniment de capacitats, predominant clarament la pèrdua de capacitats. Vista aquesta realitat, quedaria per veure si la intensitat d'aquesta davallada funcional hagués estat la mateixa si no s'hagués participat en el programa.

2.3.5 CRITERI N 5: COMPETÈNCIA SOCIAL

Taula 263. Anàlisi efectes previstos vs efectes obtinguts. Dimensió d'anàlisi: Persona gran.
Criteri n 5: Competència social

Criteri	Estàndard	Resultats obtinguts	Coherència
Entenem que la interacció entre iguals és més significativa i que treballen millor entre ells quan: 1. La durada de les interaccions, ja siguin espontànies o bé generades per la situació de treball, tenen una tendència ascendent. 2. Comparteixen criteris o opinions a l'hora de decidir. Parlen entre ells per poder prendre una decisió.	Es considerarà que la interacció entre iguals és significativa si, com a mínim, la seva durada està d'acord amb la planificació estacional del programa de manera que en tot el període de recerca presenta una tendència ascendent.	Quantitat d'interacció entre iguals: La tendència en el període de recerca és positiva, cosa que està d'acord amb la planificació estacional seguida per a la implementació del programa (<i>tardor</i> i <i>hivern</i> comporten menys interaccions, <i>primavera</i> i <i>estiu</i> en comporten més)	Sí
	Es considerarà que treballen millor entre ells si són capaços d'organitzar-se o posar-se d'acord més fàcilment.	Capacitat de treball compartit: - Anotacions indicant que el grup –o part del grup- és capaç d'organitzar-se i compartir decisions de forma autònoma: n=7 - Anotacions indicant que el grup té dificultats per organitzar-se i compartir decisions de forma autònoma: n=15	No (predomini de les dificultats)

A la comprovació dels estàndards, hem d'afegir que les interaccions entre iguals es donen més en el TCM (12%) que en el TA (11%), encara que amb molt poca diferència. Això indicaria que pràcticament la meitat de les interaccions entre iguals estan mediatitzades per la situació de treball i que es complementen amb les que són més espontànies i autònomes, les que es produeixen mentre s'estan fent altres activitats (esperar, recollir material...).

Quant al perfil relacional del grup sovint es destaca el bon ambient (n=33), en d'altres ocasions es comenta que la interacció entre ells s'emmarca en els límits de la normalitat (n=18) i en d'altres ocasions es parla de sessions en que hi ha hagut poca relació entre els participants (n=13). De manera que, en general, es pot parlar d'un bon ambient de grup.

3 ANÀLISI DE LA QUALITAT DEL PROGRAMA

Analitzades les coherències teòrica i lògica del programa i vista la concordança entre els estàndards establerts per a la qualitat del programa i els nivells assolits en les dues dimensions d'anàlisi (sessió i persona gran) i, més concretament, en els respectius elements i variables analitzades, podem extreure diverses conclusions sobre la qualitat del programa.

En el capítol VI ens preguntàvem com havia de ser un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència i/o heteronomia, quines característiques havia de tenir. Amb la nostra recerca ens proposàvem respondre aquesta pregunta però, a més, volíem implementar-lo i avaluar-lo per saber fins quin punt el programa definit a partir de fonaments teòrics i de l'experiència pràctica, es podia portar a la pràctica i, el què és més important, com el valoren i com responen les persones que hi participen, què els aporta, quines repercussions té en aquestes persones. En definitiva, comprovar la qualitat del programa.

3.1 SOBRE LA COHERÈNCIA TEÒRICA DEL PROGRAMA

El programa VAFiD definit en el capítol V planteja l'organització del treball a partir de les estacions de l'any, adequant els aspectes organitzatius del grup, el tipus d'activitats, l'espai de treball i les estratègies a utilitzar en el seu desenvolupament a aquest plantejament general del treball. Es tracta d'una combinació d'estratègies i recursos que, partint dels principis generals i els referents teòrics, ha confegit un programa fonamentat prou genèric com per poder ser adaptat a l'heterogeneïtat i a la dinàmica particular dels grups i, al mateix temps, prou concret com per definir una línia de treball coherent, ordenada i que contempla el treball a partir de la globalitat de la persona. Defuig la consideració exclusiva dels aspectes físics i dóna prioritat a un procés de treball que potenciï la vivència positiva del present a través de les situacions de treball basades en el moviment.

De les valoracions extretes del judici d'experts hem comprovat que les actuacions, les activitats i els procediments que preveu el programa són coherents amb la fonamentació teòrica que pren com a referència. Tots els experts han considerat que el programa tenia coherència teòrica, que el plantejament teòric era adequat.

Tot així, ens interessa destacar i prendre en consideració els matisos i les opinions aportades pels experts. És per aquesta raó que, en el replantejament del programa que caldrà aplicar a partir d'aquesta recerca, haurem de procurar:

- a. Posar elements més recreatius i activitats amb música per compensar la inclinació a estats emocionals de tristesa i malenconia propis de la tardor i l'hivern.
- b. Incorporar activitats relacionades amb el sentit de l'olfacte en aquesta mateixa època.
- c. Dinamitzar una mica més la tardor, de manera que el pas de l'estiu a la tardor sigui més progressiu.
- d. Continuar, durant l'hivern, amb la proposta d'activitats lúdiques per compensar el treball d'interiorització proposat per a aquesta unitat de treball.
- e. Fer servir, també durant l'hivern, tècniques que comportin el procés mental d'imaginar accions/moviments per treballar la mobilitat articular.
- f. A la primavera introduir activitats o estratègies que comportin novetat, sorpresa.
- g. Per a la unitat de treball més oberta a l'expressió i al contacte amb els altres – l'estiu- hauríem d'incorporar intercanvis o activitats compartides amb d'altres grups o persones i activitats molt lúdiques que facilitin el riure i l'expressió d'alegria.

- h. En el conjunt del programa caldrà vetllar especialment la continuïtat del treball dels diferents aspectes relacionats amb capacitats com la residència, la flexibilitat, la força o l'equilibri.
- i. No oblidar la importància de facilitar i promocionar la verbalització de les pròpies sensacions durant tot el procés de treball.

3.2 SOBRE LA COHERÈNCIA LÒGICA DEL PROGRAMA

L'adequació i la qualitat d'un programa no només depèn de que estigui ben fonamentat, sinó que també ha de procurar una connexió coherent entre les característiques de les persones a qui va adreçat, les activitats, els procediments o les actuacions que preveu i els efectes que s'espera que tinguin en els qui hi participen.

El VAFiD és un programa que procura exercitar les capacitats de la persona, donant més importància al procés de treball que als resultats a llarg termini. Més ben dit, els resultats es situen en l'ara i l'aquí. Però això no significa que el circuit antecedents/activitats/efectes no hagi de tenir una seqüència lògica.

Els experts consultats també han considerat que el VAFiD té coherència lògica, però han aportat consideracions que tenim en compte per al seu perfeccionament:

- a. Incorporar, en la unitat de la tardor, alguna activitat que inclogui cantar, algun efecte relacionat amb l'aspecte emocional i un altre que tingui a veure amb la capacitat de relaxament.
- b. En la unitat de treball de l'hivern, incorporar algun treball amb component emocional per tal de buscar l'estabilitat no només física sinó també l'emocional.
- c. En aquesta mateixa època fer servir materials o objectes personals per reforçar la memòria des de la pròpia identitat.
- d. A la primavera, determinar amb més claredat les activitats que ens han de permetre treballar la capacitat de comunicació amb els altres, la lateralitat i la coordinació de moviments¹⁶⁶.
- e. A l'estiu incorporar activitats de doble tasca per treballar la coordinació de moviments. En l'apartat dels efectes afegir l'expressió i la manifestació de l'alegria (riure, expressar...).

Per a aquesta recerca, que els experts considerin coherent el VAFiD és el primer i més important dels passos encaminats a avaluar el programa; això ens indica que el punt de partida és correcte. A més, tenint en compte que aquest programa es continua desenvolupant una vegada finalitzada la tesi, per a nosaltres tenen un gran valor les seves observacions que, a hores d'ara, ja l'han enriquit.

Tornant a la recerca, hem de dir que algunes de les observacions que han fet els experts coincideixen amb aspectes ja expressats en la descripció detallada del programa. Probablement això sigui degut a que, tot i que els experts van disposar del programa igualment detallat, les taules per analitzar les coherències només incloïen els aspectes més importants i les idees clau.

¹⁶⁶ En la descripció detallada del programa ja es defineixen les característiques que han de complir les activitats que s'utilitzaran per treballar aquests aspectes.

3.3 SOBRE LA COHERÈNCIA ENTRE LA PLANIFICACIÓ I LA IMPLEMENTACIÓ

La comprovació d'aquesta coherència és clau per garantir que allò que estava planificat coincideix amb allò que s'ha acabat implementant i, el que és la culminació de la recerca, comprovar la resposta dels participants i els efectes –tant els esperats com els no esperats- que ha tingut el programa en les persones grans que hi han participat. És just en aquest últim punt on es situen els criteris de qualitat que vam definir prèviament i que han servit per fer l'avaluació del programa.

L'anàlisi de les dades ens indica que hi ha hagut coherència entre la planificació i la implementació però, per ser precisos, volem fer algunes puntualitzacions sobre els resultats obtinguts.

3.3.1 DELS ANTECEDENTS

El perfil previst dels participants a qui va adreçat el VAFiD, coincideix amb el perfil del grup de persones sobre el qual s'ha implementat el programa per a aquesta recerca. Les principals característiques del grup –tenint en compte que qualsevol grup és heterogeni- són: persones molt grans (entre 70-96 anys), vinculades a una institució d'atenció, amb més de dues malalties cròniques diagnosticades, amb capacitat de comunicació/comprensió mínima per atendre ordres senzilles (8 persones amb funcionament cognitiu deficitari), amb capacitat per desplaçar-se autònomament, i amb un perfil psicològic divers però sense problemàtiques especials. El grup és més heterogeni pel que fa a la situació familiar, al nivell d'estudis i als hàbits i possibilitats de relació social.

Sobre el grup de persones que han participat en aquesta recerca, val la pena destacar que es tracta d'un grup natural per una opció volguda des del plantejament del projecte. Vam considerar que era interessant fer l'avaluació del programa en unes condicions el més reals possible. Aquesta realitat també ha fet canviar la mida del grup durant l'any i mig en què ha durat la recerca; algunes persones han estat èxites, d'altres han hagut d'abandonar el programa per motius de salut. Aquestes condicions apropen la recerca a la dinàmica habitual dels centres d'atenció a les persones grans però, al mateix temps, dificulten la generalització dels resultats.

3.3.2 DE LES ACTIVITATS

El desenvolupament del programa ha seguit els seus plantejaments inicials. Els criteris i estàndards establerts –sobre la dimensió d'anàlisi de la **sessió**- s'han complert amb algunes discrepàncies.

3.3.2.1 Criteri n 1 (sessió): Continguts i activitats

En el primer nivell de planificació, els continguts treballats han coincidit amb els previstos tant pel que fa a la freqüència com a l'ordre. En el segon, les sessions desenvolupades també han coincidit amb les previstes. En aquest punt volem destacar especialment el valor de les modificacions que s'han fet en les sessions planificades; que no han alterat l'essència de la tasca prevista però sí que s'han adaptat a la resposta del grup i de cada persona. Al nostre entendre, aquest és un indicador de qualitat en la praxi del dia a dia

perquè s'adapta a les possibilitats i a la resposta dels participants. La planificació és important per ordenar el treball i per donar-li coherència, però encara ho és més actuar/proposar/facilitar la resposta autònoma i adequada a les possibilitats i necessitats dels qui hi participen. Insistim una vegada més en que el punt de referència és la persona gran, no el programa, que és només una guia i una eina.

3.3.2.2 Criteri n 2 (sessió): Diversitat de material

Pel què fa a la diversitat en l'ús de material (nombre d'objectes i de sessions en què s'ha fet servir material), s'han complert els estàndards establerts. No ha estat així en la manera com s'ha emprat aquest material¹⁶⁷. Atribuïm aquesta circumstància a dos factors: el primer és que en realitat s'ha treballat de forma individual més del que hauria estat desitjable segons es defineix en el plantejament teòric del programa. Aquest fet també es constata en el criteri sobre la "Diversitat en l'organització del grup" que analitzarem més endavant. El segon factor fa referència a una limitació en la definició de l'estàndard perquè no vam preveure que en una mateixa sessió, es fessin servir ambdues modalitats d'ús del material i, per tant, no podem dir que s'hagi complert plenament aquest estàndard.

3.3.2.3 Criteri n 3 (sessió): Diversitat en l'ús de la música

Aquest criteri s'ha complert tal com estava definit en l'estàndard. Cal destacar el paper importantíssim que té la música en el VAFiD i això s'ha constatat en la recollida de dades que hem fet. S'ha utilitzat la música en un percentatge molt elevat de sessions.

Si ens fixem en les modalitats d'ús que s'han fet servir, hem de dir que l'ús de la música com a mitjà d'inspiració ha estat el menys utilitzat. Atenent a la idea de facilitar l'expressió i la connexió amb els aspectes emocionals a través de la música, constatem que no ho hem treballat –explícitament- amb massa intensitat.

3.3.2.4 Criteri n 4 (sessió): Diversitat en l'organització del grup

L'organització del grup durant les sessions ha estat prou diversificada com per complir l'estàndard establert. En pràcticament totes les sessions s'han fet servir més de dues formes diferents d'organització. Aquesta també és una condició important definida en els plantejaments generals del VAFiD perquè incideix de manera important tant en les relacions que estableixen els participants durant la pràctica, com en les seves percepcions –sobretot espacials-.

L'estàndard no s'ha complert en les formes de treball que s'han portat a terme, tal com també passava en l'ús del material. El treball individual ha superat el treball compartit. Pensem que les raons són les mateixes que explicàvem més amunt. Val a destacar, però, que la combinació constant de treball individual i compartit és una bona estratègia per a aquest tipus de grups. Treballar d'aquesta manera facilita un constant anar i venir entre el suport individual que algunes persones necessiten –per raons físiques o cognitives-, la

¹⁶⁷ L'estàndard preveia que l'ús compartit del material havia de superar l'ús individual.

seguretat que això proporciona, i l'autonomia i l'estímul que genera el treball compartit amb una o més persones del grup.

3.3.2.5 Ús del temps

Durant la implementació del programa el temps de compromís motor ha superat els altres temps, tal com ha de ser en un programa d'activitat física. Tot i així, aquest darrer temps és considerablement elevat si el comparem amb els estudis que ressenya Pieron (1999) sobre la gestió del temps en les classes d'educació física a primària. És evident que el tipus de grup objecte d'estudi en aquesta tesi no té res a veure amb els alumnes de primària, però sí que es tracta de sessions d'activitat física.

Al nostre entendre, la gran proporció de temps destinat a altres activitats és degut al perfil de les persones que hi participen, el seu ritme de treball i de comprensió requereix temps. Un temps que no és perdut, es guanya en la possibilitat de decidir segons el propi criteri, es guanya en la possibilitat d'actuar a partir de les pròpies capacitats, encara que sigui a un ritme més lent. En moltes ocasions es podria estalviar temps, sobretot en les tasques d'organització, si les fes la pròpia educadora o alleugerís els desplaçaments amb tècniques invalidants de les capacitats (Exemple: arrossegar la cadira amb la persona asseguda en lloc d'esperar que la persona s'aixequi i es desplaci per ella mateixa).

3.3.2.6 Globalitat de la sessió

En general, les sessions del període de recerca s'han caracteritzat per:

- a. Tenir algunes incidències relacionades amb la interrupció de les sessions per l'entrada i/o sortida de persones de l'espai de treball.
Malgrat que les interrupcions de les sessions són elements que distorsionen la dinàmica de l'activitat i dificulten la concentració, el programa ha de ser flexible quan hi ha raons justificades per entrar-ne o sortir-ne. Per posar un exemple, a vegades és més important la visita d'un familiar o d'un amic que la sessió d'activitat física.
- b. La presència habitual de valoracions dels participants sobre les sensacions generades per les activitats i les situacions de treball.
Que els participants posin paraules a les seves sensacions i donin la seva opinió sobre les activitats que es fan forma part dels plantejaments del programa. Això dona seguretat i fa més paleses les sensacions contribuint a l'autoconeixement.
- c. Un ambient relacional (sorolls, riures, converses...) més intens durant els períodes de treball en petits grups. Aquesta constatació coincideix amb el que exposàvem en la taula 23 del capítol V, elaborat a partir de Peña-Casanova (1999a), sobre les distàncies i la ubicació de les persones en les interaccions.
- d. La combinació de mètodes de treball dirigits i semidirigits. El fet que sigui habitual utilitzar-la respon als mateixos principis que exposàvem sobre la combinació del treball individual i compartit. Les necessitats de suport per poder elaborar les respostes són habituals en el grup d'aquest estudi, això fa que calgui presentar situacions més dirigides, que donin seguretat i que ajudin a posar en joc les capacitats. Però en concret l'autonomia, la capacitat de decidir sobre la pròpia activitat, només es pot posar en joc amb situacions obertes que possibilitin la presa de decisions, ja sigui àmpliament o parcialment.

3.3.3 DELS EFECTES

La concordança entre els efectes esperats i els obtinguts correspon a la dimensió d'anàlisi de la **persona gran**. Aquesta comprovació ens serveix per determinar la qualitat absoluta del programa (vegeu figura 17 del Capítol VI), per veure fins a quin punt el programa ha aconseguit el que es proposava. Tenint en compte totes les dades, els criteris i estàndards establerts s'han complert amb algunes discrepàncies.

3.3.3.1 Criteri n 1 (persona gran): Participació activa

El grup ha mostrat un alt nivell de participació i adherència al programa, expressat a través de l'assistència continuada i les no assistències clarament justificades. Això, acompanyat d'una clara predisposició a participar en les sessions. Tot i que algunes persones han necessitat d'ajuda (per raons físiques, cognitives o ambientals) continuada per accedir a les sessions i, per tant, no ho han pogut fer de forma autònoma, hi han assistit i participat amb bona disposició.

Una vegada implicades en la sessió, aquestes persones han respost adequadament el 60% del temps en què se les ha observat. La resta de temps l'han dedicat a no fer res (NR) – perquè esperen, escolten o triguen a elaborar la seva resposta- o a respostes no idònies i/o no observables, com per exemple buscar dins d'una bossa o participar en una activitat estàtica. Al nostre entendre, aquest nivell de resposta és molt bo tenint en compte les característiques del grup, en el qual habitualment la velocitat de resposta després d'un estímul és lenta. No tenim la referència d'altres estudis que hagin quantificat aquest aspecte de forma igual o similar.

Sobre la resposta adequada també hem comprovat que la tendència del grup ha estat lleugerament negativa. Amb les observacions fetes i per les dades obtingudes, creiem que aquest aspecte podria ser degut a la davallada de capacitats que, en general, ha experimentat el grup durant l'any de la recerca.

Qualitativament parlant, hem observat que les respostes més desitjables presenten una tendència negativa: les autònomes es donen amb heterogeneïtat dins del grup i les més freqüents són les induïdes per l'educadora. L'evolució negativa de les respostes més autònomes podria ser deguda, per una banda, a la diversitat i evolució del grup quant a les seves capacitats i, per l'altra, a l'acció de l'educadora responent a aquesta mateixa evolució. La tendència negativa de les respostes induïdes per l'educadora podria ser deguda a l'estructura i el plantejament del programa, que preveu una actuació i un tipus d'activitats més obertes –en que es donen menys ordres- en les unitats de la *primavera* i l'*estiu*. Les respostes menys desitjables (les induïdes individualment i les no idònies) també mostren una propensió negativa que podria ser explicada per una progressiva adaptació i un procés d'aprenentatge del grup sobre la dinàmica de treball i les situacions que es plantegen durant les sessions.

3.3.3.2 Criteri n 2 (persona gran): Satisfacció dels participants

Els participants s'han mostrat clarament satisfets de participar en el programa. Ho hem constatat tant a través de l'observació sistemàtica, en què les respostes indicadores de satisfacció han mostrat una tendència positiva; a través del que han expressat verbalment, manifestant i argumentant repetidament que els agrada participar-hi i a través de la seva participació continuada i constant en les sessions. Els estàndards prèviament establerts s'han complert.

Atès que la situació de dependència en què es troben les persones que han participat en el programa i l'edat poden ser un motiu per expressar reticències a moure's o a limitar el seu grau d'activitat (Aymerich Andreu i Casas Aznar, 2005), considerem que aquesta dada és molt important per al programa. Tot i la seva situació, es mostren majoritàriament participatives i, el que és més important, satisfetes. Això, junt amb els resultats del punt anterior, ens permet reforçar la idea que, en aquest cas, la situació de dependència no està renyida ni amb la participació activa, ni amb la satisfacció de fer-ho.

3.3.3.3 Criteri n 3 (persona gran): Prevenció i salut

Els estàndards establerts per a l'anàlisi de la comprensió del programa com a font de salut i/o benestar, s'han assolit completament en dos dels tres factors considerats i parcialment en un dels factors.

Tots els participants excepte dos, han donat arguments valorant el programa com a font de salut de manera reiterada. Aquests arguments es situen principalment en la dimensió actitudinal de gratificació. Concretant més, la utilitat que li donen al programa es refereix principalment als àmbits de la distracció/ocupació i a la necessitat de moviment, de manera que valoren tant el vessant que podria estar més relacionat amb el benestar emocional com el relacionat amb la salut física.

Aquesta valoració verbal que fan sobre el programa es tradueix en una manera de respondre durant les sessions que s'hi adiu clarament: responen amb prudència, elaborant poques conductes de risc, cosa que indica un bon coneixement de les pròpies possibilitats i limitacions. La majoria dels participants (excepte quatre persones) responen activament durant el temps de compromís motor. I, finalment, davant d'una dificultat utilitzen les seves capacitats residuals per respondre a les propostes, encara que sigui mitjançant una adaptació.

Al nostre entendre, la concordança entre els que s'expressa verbalment i el que en realitat es fa dona consistència a l'argument que els participants valoren el programa com a font de salut i benestar.

3.3.3.4 Criteri n 4 (persona gran): Competència funcional

Les proves administrades en control PRE i POST ens indiquen que, globalment, hi ha hagut una davallada en les capacitats avaluades. Les capacitats en que hi ha més persones que han experimentat millores són la resistència (n=5) i l'agilitat (n=5). En la força de cames és on hi ha més persones que es mantenen (n=4), però també és en aquesta capacitat (n=12),

junt amb la força de braços (n=12), en la que hi ha més persones que presenten pèrdues. Pel que fa a les ABVD hi ha cinc persones que milloren, dues que es mantenen i nou que presenten una davallada.

Probablement, el fet que les capacitats en què hi ha més persones que han millorat siguin la resistència i l'agilitat, és degut al tractament global que es dona a les activitats que conformen el programa. Encara que es treballin la força i la flexibilitat, no es fa d'una manera prou intensiva com per presentar millores. Les dues primeres capacitats es treballen de manera indirecta pràcticament en totes les situacions plantejades en les sessions, mentre que les dues últimes requereixen d'un treball molt més específic i intens del que es fa habitualment en el VAFiD.

Està clar que no s'han complert els estàndards establerts quant a millores funcionals, només en algunes capacitats concretes d'algunes persones. La participació en el programa no n'ha comptat i ha predominat el procés involutiu.

Aquestes dades ens indiquen que, tot la importància de mantenir-se actiu físicament encara que es pateixin malalties cròniques, limitacions físiques i/o cognitives, el procés natural de progressiu declivi segueix el seu curs. Unes vegades es pot precipitar per raons relacionades amb la salut, en d'altres es va mantenint. Sigui com sigui, considerem que, més que la millora de les capacitats funcionals –de les quals no neguem la importància-, allò realment important és la manera com cadascú viu el seu dia a dia, el seu present. Poder gaudir de força, resistència o agilitat, permet indiscutiblement desenvolupar-se en aquest dia a dia d'una manera més satisfactòria, però això va acompanyat d'altres factors que no són funcionals, que es situen en les dimensions psicològic/emocional/social i que, conjuntament, configuren el desenvolupament satisfactori.

3.3.3.5 Criteri n 5 (persona gran): Competència social

Durant el decurs del programa la quantitat d'interaccions entre iguals del conjunt del grup ha experimentat una tendència lleugerament positiva. Mitjançant les observacions hem pogut constatar que aquestes interaccions ocupen una proporció lleugerament superior del TCM (12%) respecte del TA (11%). I que, del total de temps que es dedica a interaccions, una gran quantitat (el 75%) està situada dins del TCM. Aquestes dades ens permeten concloure que una part important de les interaccions estan mediatitzades per la situació de treball.

Per altra banda, l'evolució positiva de les interaccions entre iguals coincideix amb el plantejament general del programa, que dona més importància als aspectes relacionals en les dues últimes unitats de treball (primavera i estiu) que en les dues primeres (tardor i hivern). Així doncs, es compleix el primer dels estàndards plantejats sobre la competència social.

Sobre la capacitat de treballar de forma compartida, hem de dir que l'estàndard previst no s'ha complert donat que, al final de període de recerca, continuem detectant que els participants tenen certa dificultat per organitzar-se i prendre decisions conjuntament. Tot i així, hi ha un bon ambient de grup.

El conjunt de les dades obtingudes en aquest aspecte ens fan pensar que, tant la quantitat de relació com el fet que aquesta relació sigui positiva responen al plantejament general del programa, que dóna molta importància a la promoció de les relacions interpersonals. Però, al mateix temps, ens suggereix que la competència social no existeix pròpiament dita en les sessions del VAFiD, perquè no es tradueix clarament i de manera continuada en conductes que aboquin a la presa de decisions compartida. Les interaccions existeixen i són positives, però no es saben fer servir per treballar més i millor junts.

3.3.3.6 Percepció de millores

En aquest punt –encara que no correspon a cap dels criteris establerts- reflectim les valoracions que fan els membres del grup sobre les millores o no que creuen haver experimentat amb la seva participació en el programa. Hi ha set persones que en algun moment del procés de recerca diuen que no han notat millores i, d'aquestes set, n'hi ha cinc que es contradiuen (en altres moments diuen que sí que n'han observat).

Les persones que parlen de millores o canvis (n=12) donen arguments molt generals (més lleugeresa, millor relació, més animat/da), concretant poc, però de manera repetida. En el seu conjunt comenten millores o canvis tant en els aspectes físics com en el relacionals, i en els anímics. En aquest tipus d'arguments hi ha set persones que no es contradiuen.

En general sembla que la percepció de millores és global (bio-psico-social) però de baixa intensitat.

3.4 GRAU DE QUALITAT DEL PROGRAMA

En el plantejament de l'avaluació del programa VAFiD establíem uns criteris de qualitat que s'anunciaven: "El programa VAFiD serà de qualitat si...". A partir d'aquí definíem uns estàndards que hem volgut comprovar a través del procés de recerca. Considerant que tan importants eren els efectes (positius o negatius) obtinguts, com la manera en què es desenvolupava el programa, vam determinar dues dimensions d'anàlisi: la sessió i la persona gran. La primera dimensió ens parla d'alguns aspectes relatius a com s'ha desenvolupat el programa (com s'han distribuït els continguts, com s'ha fet servir la música o el material, com s'ha organitzat el grup...) i la segona, dels efectes que ha tingut en les persones que hi han participat (si ho han fet activament, si n'estan satisfetes, si ho consideren útil...).

Dels quatre estàndards sobre la dimensió d'anàlisi de la sessió, dos (continguts i activitats, ús de la música) s'han completat en la seva totalitat. Els altres dos (diversitat de material, organització del grup) s'han complert parcialment perquè contenen un subapartat que no s'ha assolit.

Dels cinc estàndards sobre la dimensió d'anàlisi de la persona gran, tres (participació activa, satisfacció personal, prevenció i salut) s'han complert totalment. Un altre (competència funcional) no s'ha complert i el darrer (competència social) s'ha complert parcialment, hi ha un subapartat que no s'ha aconseguit.

Així doncs, observem que el programa compleix amb els estàndards amb algunes discrepàncies. La més clara és la relativa a les competències funcionals de les persones que

hi han participat ja que, en el seu conjunt, no podem dir que s'hagin vist afavorides per l'acció del VAFiD. No obstant això, sí que hi ha algunes persones que han millorat o mantingut algunes de les capacitats avaluades.

Fetes les anàlisis corresponents, podem dir que el programa planificat coincideix amb el que s'ha acabat implementant. Que els antecedents, les activitats i els efectes del model teòric i els del model empíric no difereixen essencialment, cosa que, junt amb la coherència teòrica i la lògica, ens garanteix la coherència empírica (Arnal et al., 1992), que determina que els efectes obtinguts són principalment deguts al programa implementat.

CAPÍTOL IX: CONCLUSIONS I CONSIDERACIONS FINALS

En aquest capítol exposem les conclusions generals de la recerca, les propostes de millora del programa, les limitacions de la recerca i les línies de futur per a aquesta investigació.

Presentades les característiques del programa VAFiD, un cop implementat i analitzades les dades obtingudes del procés d'avaluació, passem a respondre les preguntes inicials de la recerca. Ho farem responnent primer la segona pregunta plantejada i a continuació la primera. Ja que la recerca pretenia, per una banda, descriure com ha de ser un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència i, per l'altra avaluar-lo, considerem que és a partir d'aquesta avaluació que podem extreure conclusions respecte de com ha de ser el programa. Si, tal com esmentàvem en el capítol dedicat al disseny de la recerca, partim de la idea que l'avaluació ha de servir per prendre decisions reciclades (Fernández-Ballesteros, 1995), només té sentit fer propostes "reciclades" després de l'avaluació.

1 CONCLUSIONS RELATIVES A L'AVALUACIÓ DEL VAFiD

1.1 SOBRE EL PROGRAMA I LES SESSIONS

El procés avaluador sobre el programa i les sessions ens permet concloure que:

- a. El programa VAFiD és coherent amb els plantejaments teòrics que el fonamenten.
- b. El VAFiD és un programa que tenint en compte els antecedents, implementar el programa planificat és lògic obtenir els efectes esperats. Per tant, és un programa que té coherència lògica.
- c. El perfil previst dels participants a qui va adreçat el VAFiD coincideix amb el perfil del grup de persones sobre el qual s'ha implementat el programa per a aquesta recerca. Les principals característiques del grup –tenint en compte que qualsevol grup és heterogeni- són: persones molt grans (entre 70-96 anys), vinculades a una institució d'atenció, amb més de dues malalties cròniques diagnosticades, amb capacitat de comunicació/comprensió mínima per atendre ordres senzilles (8 persones amb funcionament cognitiu deficitari), amb capacitat per desplaçar-se autònomament i amb un perfil psicològic divers però sense problemàtiques especials. El grup és més heterogeni pel que fa a la situació familiar, al nivell d'estudis i als hàbits i possibilitats de relació social
- d. El TCM és superior al TA en el conjunt de les sessions –cosa que és d'esperar en una sessió d'activitat física- en una relació aproximada de 3/1, que considerem adequada tenint en compte tant les característiques de les persones a qui va

adreçat el VAFiD, com el seu plantejament general. La relació entre ambdós temps ha millorat en el transcurs del programa.

- e. La majoria de les sessions es caracteritza per: haver tingut algunes incidències (sobretot interrupcions per entrades i sortides), experimentar un ambient relacional positiu i especialment significatiu en les situacions de treball en petits grups, treballar a partir de la combinació de mètodes dirigits i semidirigits.

1.2 SOBRE LES PERSONES GRANS PARTICIPANTS

El procés avaluador sobre les persones grans participants, ens permet concloure que:

- a. Les característiques de la resposta del grup quant a **participació activa** són:
 1. Un alt nivell d'assistència i adherència al programa.
 2. Respon adequadament el 60% del temps en què s'ha observat els participants, nivell de resposta que tendeix a disminuir en el transcurs de la implementació del programa.
 3. La seva resposta, qualitativament parlant, és principalment induïda per l'educadora. La necessitat d'estímul individual és poca i les respostes no idònies també.
- b. Les característiques del grup referides a la **satisfacció** dels participants respecte del programa són:
 1. Les respostes indicadores de satisfacció mostren una tendència positiva durant el període de recerca.
 2. La majoria dels participants manifesta clarament que està satisfet amb el programa i que li agrada participar-hi.
 3. La continuïtat i regularitat en l'assistència mostren una bona adherència al programa.
- c. Les característiques del grup sobre el seu grau de comprensió del programa com a font de **salut** són:
 1. Els participants el consideren útil i, sobretot, valoren els aspectes gratificants que els aporta el programa.
 2. Tothom és molt prudent en les seves respostes motores i en poquíssimes ocasions elaboren conductes de risc.
 3. La quantitat de NR dins del TCM és del 26%, però cal tenir en compte que una bona part es concentra en quatre persones que són les menys actives del grup.
 4. La majoria de persones del grup intenta, habitualment, elaborar respostes a les situacions que li comporta alguna dificultat.
- d. Quant a **competència funcional** del conjunt del grup observem que, en el transcurs del període de recerca, predomina la davallada en les capacitats avaluades, tot i que, en algunes persones, es detecta millora o manteniment d'una o més capacitats en concret.
- e. Les característiques del grup sobre el seu grau de **competència social** són:
 1. La quantitat d'interaccions entre els participants té una tendència positiva que coincideix amb el treball estacional del programa.
 2. Estan mediatitzades per la situació de treball, però també són freqüents durant els períodes de temps que no són de compromís motor.

3. Habitualment hi ha un bon ambient relacional, però també certa dificultat per treballar compartint i consensuant decisions.
- f. La **percepció de millores** per part dels propis participants té poca intensitat. Hi ha persones que diuen no percebre canvis pel fet de formar part del programa. Les que sí que n'han percebut els situen en els aspectes físics, en els emocionals i en els relacionals. Tots els arguments tendeixen a ser poc explícits i, en alguns casos, una mica contradictòris.

2 CONCLUSIONS RELATIVES A LES CARACTERÍSTIQUES QUE HA DE TENIR UN PROGRAMA D'ACTIVITAT FÍSICA ADREÇAT A PERSONES GRANS EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Tenint en compte les dades obtingudes en l'avaluació del programa i atès que la recerca ens indica que el VAFiD és coherent en els seus plantejaments teòrics i que és lògic esperar-ne els efectes descrits inicialment, podem concloure que un programa d'activitat física adreçat a persones grans en situació de dependència ha de tenir les característiques generals que descrivim a continuació.

2.1 SOBRE EL PLANTEJAMENT GENERAL DEL VAFiD

Ens reafirmem en la importància de plantejar un programa d'activitat física que consideri la persona com a centre d'atenció principal, que tingui en compte la seva globalitat i que visualitzi les seves capacitats així com les seves limitacions. Aquest plantejament inicial porta a extreure les següents conclusions:

- a. Ha de partir d'un procés de reflexió fruit de la planificació que orienta el procés a seguir i les raons que el justifiquen, al mateix temps que ha de ser flexible i s'ha d'adaptar sempre a la resposta de les persones que hi participen.
- b. Les finalitats, els objectius i els continguts han de contemplar la globalitat de la persona tenint en compte les dimensions biològica, psicomotora, perceptiva, socio-afectiva i cognitiva, en interacció constant.

2.2 SOBRE ELS RECURSOS A UTILITZAR

La importància de la diversitat en les activitats, en l'ús del material i en la música ha quedat palesa en la implementació del programa.

- a. La diversitat en de les activitats fa que es puguin adaptar i proporcionen múltiples oportunitats de moviment, però han de ser coherents amb les intencions i amb la resposta dels participants.
- b. El material i la música són excel·lents recursos per facilitar i propiciar el moviment encara que es tinguin poques capacitats. Cal utilitzar-los amb mesura i oportunitat d'acord amb la situació del grup, els aspectes a treballar i a les respostes de les persones grans que hi participen.

2.3 SOBRE L'ORGANITZACIÓ DEL TREBALL

Els diferents nivells d'organització del treball proposats s'han mostrat prou adequats per al grup concret en el qual s'ha implementat el VAFiD.

En el primer nivell, el de la planificació general, distribuir-lo segons les estacions de l'any és un bon recurs per donar un ordre coherent en el treball amb grups de característiques similars al d'aquesta recerca. Habitualment es tracta d'un treball continuat que no coneix el ritme dels cursos escolars, sinó el ritme del curs de l'any. En aquest cicle cal preveure el treball de tots els aspectes que inclouen els continguts, d'acord amb les característiques i amb l'evolució particular del grup i, sobretot, cal tenir capacitat per modificar-la sempre que calgui.

En el segon nivell de planificació, el de la sessió, continua essent important la flexibilitat però cal preveure una organització adequada de les tasques (progressió, intensitat, aspectes treballats...), una organització del grup que permeti treballar allò que es pretén i que potenciï, sobretot, el treball compartit i l'autonomia.

2.4 SOBRE LA MANERA COM ES DESENVOLUPA

Els mètodes que guien l'acció pedagògica han de tendir sempre a ser el menys directius possible per tal de promoure la màxima autonomia de les persones grans participants. Cal procurar, però, gestionar els suports que necessiten de manera prou oberta com per facilitar aquesta autonomia, i al mateix temps prou individualitzada com per donar seguretat i recolzament en les situacions més complexes o que comporten dificultats. Això es tradueix en una combinació de l'ús de mètodes més dirigits amb d'altres semi-dirigits.

La interacció entre les persones implicades (educadora i participants) ha d'ajudar a crear un bon ambient de grup: disposició per treballar, llibertat d'expressió i bon humor. Les dades de la recerca (entrevistes, observacions...) ens fan pensar que tenir cura d'aquest aspecte hi té un paper important.

2.5 SOBRE LA INFRAESTRUCTURA I ELS ASPECTES ORGANITZATIUS

Cal implementar el programa a partir d'unes condicions mínimes i organitzatives que es corresponguin amb el plantejament general del programa.

- a. Tot i la importància d'una certa homogeneïtzació del grup (amb criteris tan generals com, per exemple, capacitat per caminar o per comprendre ordres senzilles), cal tenir en compte que l'heterogeneïtat del grup és inevitable al mateix temps que desitjable.
- b. És important facilitar l'accés a l'espai de treball evitant, tant com sigui possible, els desplaçaments llargs i les barreres arquitectòniques.
- c. Cal que hi hagi continuïtat en el desenvolupament de les sessions, evitant les aturades.
- d. L'ús d'un espai de treball segur, espaiós, ben il·luminat, amb bona temperatura i tancat és important per poder treballar adequadament.

3 CONSIDERACIONS FINALS

3.1 PROPOSTES DE MILLORA

Acabada la recerca se'ns plantegen un seguit de reflexions que considerem que són importants per a la millora del programa que hem proposat i que hem avaluat.

Primerament, i en benefici de la coherència amb el discurs teòric, el nom del programa hauria d'incorporar un petit però important canvi: "*Vellesa, Activitat, Física i Dependència / Heteronomia*" (VAFiD/H). El procés de recerca ens ha permès comprendre i aprendre sobre la importància de fer servir les paraules amb propietat. Malgrat que des d'un principi hem tingut clar que no és adequat adjectivar les persones com a "dependents" i que la situació de dependència fa referència a la necessitat d'ajuda per a activitats concretes, quan ens referim a les persones a qui va adreçat el programa, en realitat ho fem a persones que necessiten ajuda/suports per desenvolupar-se en les activitats de la vida diària i/o per governar la seva pròpia vida. És per aquesta raó que considerem que el nom del programa seria més adequat i precís si incorporés la paraula *heteronomia*.

En segon lloc, i quant a la implementació del programa compartim les indicacions que han donat alguns dels experts respecte de la importància de compensar, amb activitats amb un caire una mica més recreatiu i lúdic, el predomini d'emocions negatives que s'evidencien durant la tardor i l'hivern.

Després de l'experiència obtinguda amb l'avaluació del programa, se'ns fa palesa la necessitat de fer més present l'avaluació continuada de tots els elements del procés d'implementació conjuntament amb els participants.

Finalment volem destacar no tant una millora, com una premissa important: atès que el programa s'inscriu en un procés de participació i atenció de les persones grans en situació de dependència/heteronomia, considerem que aquest procés serà adequat si el programa d'activitat física en forma part i, al mateix temps, se'n pot desvincular quan sigui necessari. Volem dir que, igual que el consideren un excel·lent recurs per contribuir a la participació i l'atenció, entenem que pot ser una mala praxi implementar-lo en condicions i circumstàncies que no siguin d'interès i amb significat per a les persones que hi participin.

3.2 LIMITACIONS

El resultat de la recerca està necessàriament subjecte a la realitat i a les característiques del grup objecte d'estudi. Som conscients que no podem fer generalitzacions respecte dels resultats obtinguts per tractar-se d'una recerca valorativa centrada en un cas concret i amb un grup reduït de persones. Malgrat això, considerem que el fet de plantejar l'avaluació del programa des d'una perspectiva tan àmplia com ho hem fet, compensa aquesta limitació. Des d'un bon principi volíem avaluar el programa partint d'una situació natural i amb la màxima amplitud possible. Érem conscients de la seva complexitat però ens interessava avaluar-lo sense perdre, tant com fos possible, el seu signe d'identitat: la globalitat, la concepció sistèmica/holística del programa i de les persones que hi participen.

En l'observació sistemàtica de la resposta dels participants durant el desenvolupament del programa hem analitzat les tendències en el transcurs de la seva implementació i, tal com ja hem exposat, moltes mostren una relació que no és estadísticament significativa. Creiem que això pot ser degut a dos factors, el primer és l'heterogeneïtat del grup, i el segon la diversitat d'activitats i situacions que es desenvolupen durant les sessions. Ambdues característiques contribueixen a què la diversitat de respostes sigui molt àmplia i, per tant, les tendències no siguin estadísticament significatives. Malgrat això, considerem que ens han proporcionat informació prou bona com per comprendre i objectivar la resposta d'aquest grup i de cada persona en particular.

Per a l'estabilitat del conjunt i tenint en compte la fragilitat de la situació de les persones grans participants, el període de recerca establert –un any amb un període previ de tres mesos– ha comportat la reducció del nombre de participants que hem pogut tenir en compte en la recerca. Tot i ser conscients a l'avançada d'aquest condicionant, hem considerat que era més significatiu i coherent avaluar el programa durant un període llarg i amb un període previ d'estabilització del grup, perquè això ens dóna una visió més clara i real de l'evolució, tant del programa com de les persones que hi participen.

Un altre condicionant que cal tenir en compte a l'hora de considerar la recerca és que l'educadora que ha implementat el programa objecte d'estudi és la doctoranda. Aquesta circumstància comporta el risc que es produeixin inferències insuficientment justificades en algun moment del procés. Conscients d'això, sempre hem procurat treballar amb el màxim rigor científic i ètic. Per altra banda, també considerem que aquesta circumstància té aspectes positius. L'experiència de més de vint anys treballant amb grups de persones similars al que ha participat en aquesta recerca, ens aporta recursos per identificar, observar i valorar les situacions que es produeixen en la situació de treball, a més d'una llarga trajectòria en la reflexió sobre el tema que ens ocupa.

3.3 LÍNIES DE FUTUR

El procés de recerca que hem seguit ens ha aportat bons i amplis aprenentatges, però també idees i preguntes per continuar-la.

La primera idea és que, a partir d'ara, i per ser coherents amb la idea de que en el VAFiD és tant o més important la manera com es desenvolupa en el dia a dia, que els aspectes que pretén treballar o les activitats i recursos que utilitza, caldria analitzar l'actuació de la persona que dirigeix les sessions: què diu, què fa, com s'expressa, com es mou... durant el desenvolupament de les sessions.

Una altra línia d'investigació, que és complementària a l'anterior, és la d'avaluar la implementació del programa en d'altres grups. D'aquesta manera podríem comprovar si els resultats obtinguts en aquesta tesi coincideixen amb els d'altres grups similars.

En un altre ordre de coses, però relacionat, pensem que seria molt interessant avaluar, primer, les característiques dels programes d'activitat física que es desenvolupen en els centres d'atenció a les persones grans (periodicitats, professionals que els dirigeixen, existència d'una planificació...). Això ens permetria conèixer la realitat d'aquest tipus de programes. I, segon, la percepció que en tenen els professionals i els directius d'aquests

centres perquè, al nostre entendre, el valor que donen aquests col·lectius a les accions que es desenvolupen en els centres és un condicionant per a la seva implementació i per a la seva qualitat.

Finalment, i per ser coherents amb la idea que el punt de referència principal en el desenvolupament de qualsevol acció adreçada, en aquest cas, a les persones grans en situació de dependència i/o heteronomia, ha de ser la persona gran, caldria plantejar recerques multidisciplinàries encaminades a conèixer amb profunditat la qualitat de l'atenció, no a partir d'una sola activitat –com és el cas d'aquesta recerca–, sinó a partir del conjunt d'intervencions que els professionals portem a terme habitualment.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abellán García, A., y Esparza Catalán, C. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, (99), 1-19. Recuperat a: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/index.html>
- Abellán García, A., Esparza Catalán, C., y Pérez Díaz, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 43-67.
- Abellan García, A. (2011). Epidemiology of disability and dependency in old age in Spain. *Gaceta sanitaria*, 25(SUPPL. 2), 5-11. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.010
- Abizanda, P., Romero, L., y Luengo, C. (2005). Uso apropiado del término fragilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(1), 58-59.
- Alomar Batle, A., (2007). *Un método de actividad física: cuerpo y conciencia, y la osteoporosis postmenopáusica*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de Barcelona, Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya; Barcelona.
- Alonso Trujillo, F. (2004). Longevidad y dependencia. Dins L. Salvador Carulla, A. Cano Sánchez y J. R. A. Cabo-Soler (Eds.), *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Panamericana.
- Alustiza Galarza, A., y Pérez Díaz, J. (2005). Los Mayores en la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*, (14). Madrid: IMSERSO
- Anguera, M. T. (1992). Incidence of cost-benefit and cost-effectiveness analysis & Program Administration: A case study. Dins M. I. Mayne, J. Bemelmans-Videc, Hudson & R. Conner (Eds.), *Advancing Policy and Program Evaluation: Learning from International Experiences*. (p. 181-188). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- (1995a). Metodología de la evaluación: evaluación cualitativa frente a evaluación cuantitativa. Dins Equipo del Gabinete Psicotécnico Municipal de Torrent. (Ed.), *La evaluación...¿proceso final?* (p. 27-36). Torrent.: Ajuntament de Torrent.
- (1995b). Diseños. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de programas sociales: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (p. 149-172). Madrid: Síntesis.
- (1996). Evaluación de intervenciones en situaciones aplicadas. Dins Universidad de Santiago de Compostela. (Ed.), *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la Evaluación Psicológica*. (p. 185-213). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

- (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción Psicológica*, 5(2), 87-101.
- Anguera, M.T. y Blanco-Villaseñor, A. (2003). Registro y codificación en el comportamiento deportivo. En A. Hernández Mendo (Coord.), *Psicología del Deporte* (Vol. 2). *Metodología* (p. 6-34). Buenos Aires: Efdeportes (www.efdeportes.com) [Reimpreso en A. Hernández Mendo (Coord.) (2005). *Psicología del Deporte, Vol. II, Metodología* (p. 33-66). Sevilla: Wanceulen]
- (2006). ¿Cómo se lleva a cabo un registro observacional? *Butlletí LaRecerca, Ficha 4*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació.
- Anguera, M. T., y Chacón, S. (1999). Dimensiones estructurales de diseño para la evaluación de programas. *Apuntes de Psicología*, 17(3), 5-22.
- (2008). Aproximación conceptual en evaluación de programas. Dins M. T. Anguera, S. Chacón y A. Blanco-Villaseñor (Eds.), *Evaluación de programas sociales y sanitarios* (pp. 17-36). Madrid: Síntesis.
- Anguera, M. T., Chacón, S., y Blanco-Villaseñor, A. (2008). *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico*. Madrid: Síntesis.
- Anguera, M. T., Magnusson, M. S., y Jonsson, G. K. (2007). Instrumentos no estándar: Planteamiento, desarrollo y posibilidades. *Avances En Medición*, 5, 63-82.
- Antonio, J. G., Parra, J. M. A., Díaz, A. J. C., Torrecillas, J. J. L., Justo, C. F., y Mañas, I. M. (2012). Programa de Natación Adaptada para Personas Mayores Dependientes: Beneficios Psicológicos, Físicos y Fisiológicos¹. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 125-133.
- Aragunde Soutullo, J. L. (2000). Equilibrio. Dins E.Trigo (Ed.), *Fundamentos de la motricidad. Aspectos teóricos, prácticos y didácticos* (p. 177-185). Madrid: Gymnos.
- Arnal, J., Latorre, A., y del Rincón, D. (1992). *Investigación educativa: fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor.
- Aymerich Andreu, M., y Casas Aznar, F. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. Dins S. Pinazo Hernandis, y M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. (p. 117-144). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Barenys, M. P., y Fundació Caixa de Pensions. (1991). *Residencias de ancianos: análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- Barnes, D. E., Yaffe, K., Satariano, W. A., & Tager, I. B. (2003). A longitudinal study of cardiorespiratory fitness and cognitive function in healthy older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 459-465.
- Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32(4), 407-414.

- Barry, H. C., & And Others. (1993). *How exercise can benefit older patients. A practical approach* [Com l'activitat física pot beneficiar als pacients vells. Una aproximació pràctica.] *Physician and Sportsmedicine*, 21(2), 124-126+129
- Baum, E. E., Jarjoura, D., Polen, A. E., Faur, D., & Rutecki, G. (2003). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: A randomized pilot trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(2), 74-80.
- Baur, R., y Egeler, R. (2001). *Gimnasia, juego y deporte para mayores*. Barcelona: Paidotribo.
- Bazo, M. (1990). *La Sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas : Siglo XXI.
- Bellero, O. (1983). *L'Anziano, il corpo, il movimento*. Roma: Nuova Italia scientifica.
- Benito Vallejo, J. (2001). *El cuerpo en armonía. Leyes naturales del movimiento*. Barcelona: Inde.
- Bermejo García, L. (2004). *Gerontología educativa. cómo diseñar proyectos eduactivos con personas mayores.* Madrid.: Médica Panamericana.
- Bermejo García, L. (Ed.). (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bermejo Pareja, F. (2008). *Más de cien escalas en neurología*. Madrid: Aula Médica.
- Binder, E. F., Schechtman, K. B., Ehsani, A. A., Steger-May, K., Brown, M., Sinacore, D. R., . . . Holloszy, J. O. (2002). Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12; 12), 1921-1928.
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., & Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical rehabilitation*, 23(10), 873-887. doi:10.1177/0269215509337449
- Blankevoort, C. G., van Heuvelen, M. J. G., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J., & Scherder, E. J. A. (2010). Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30(5), 392-402. doi:10.1159/000321357
- Blázquez Sánchez, D. (1990). *Evaluar en educación física*. Barcelona: Inde.
- Blázquez Sánchez, D., y Sebastiani y Obrador, E. M. (2010). *Enseñar por competencias en educación física* (2ª ed.). Barcelona: Inde.
- Boff, L., y Domínguez García, J. (2001). *Ética planetaria desde el gran Sur*. Madrid: Trotta.
- Boné Salat, C. (2004). Insuficiencia venosa. Dins L. Salvador Carulla, A. Cano Sánchez y J. Cabo-Soler (Eds.), *Longvidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.

- Borowiak, E., & Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(3), 212-220.
- Burriel Paloma, J., i Carrera Blancafort, I. (1986). Garantir un marc organitzatiu idoni. *Apunts: Educació Física i Esports, Dossier: un cos actiu més enllà dels 60 anys*(5), 37-45.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28 (7), 648-655.
- Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir*. (2^a ed.). Barcelona: Ariel.
- Cano, A., De Teresa, C., y Capdevila, C. (2004). Enfermedad cardiovascular. Aspectos generales. Dins L. Salvador Carulla, A. Cano Sánchez y J. Cabo-Soler (Eds.), *Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
- Cardona Moltó, M. C. (2002). *Introducción a los métodos de investigación en educación*. Madrid: Eos.
- Carrera Blancafort, I. (2004). Implementación de programas sociomotrices. aspectos didácticos. Dins: Universitat de Barcelona Virtual y Inefc (Ed.), *Curso programas sociomotrices para personas mayores* Barcelona: UB Virtual.
- Carter, N. D., Kannus, P., & Khan, K. M. (2001). Exercise in the prevention of falls in older people: A systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 31(6), 427-438.
- Casas Herrero, A., y Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 35(1), 69-85.
- Castañer Balcells, M. (2009). Sistema d'observació per a l'optimització de la comunicació paraverbal del docent (SOCOP). *Temps d'Educació*, (36), 231-246.
- Castañer Balcells, M., y Camerino Foguet, O. (1991). *La educación física en la enseñanza primaria*. Barcelona: Inde.
- (2006). *Manifestaciones básicas de la motricidad*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.
- Castejón Oliva, F. J. (2007). *Evaluación de programas en ciencias de la actividad física :una interpretación de la evaluación*. Madrid: Síntesis.
- Castillo Arredondo, S., y Cabrerizo Diago, J. (Eds.). (2004). *Evaluación de programas de intervención socioeducativa: Agentes y ámbitos*. Madrid: Pearson Educación.
- Chacón-Moscoso, S., Sanduvete, S., Portell, M. & Anguera, M.T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13 (1), 58-60
- Chen, H., & Rossi, P. H. (1983). Evaluating with sense: the theory-driven approach. *Evaluation Review*, 7, 283-302.

- Chin A Paw, M J M., de Jong, N., Schouten, E. G., van Staveren, W. A., & Kok, F. J. (2002). Physical exercise or micronutrient supplementation for the wellbeing of the frail elderly? A randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 36(2), 126-131.
- Ciairano, S., Liubicich, M. E., & Rabaglietti, E. (2010). The effects of a physical activity programme on the psychological wellbeing of older people in a residential care facility: an experimental study. *Ageing & Society*, 30, 609-626. doi:10.1017/S0144686X09990614
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46.
- Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J., & Pomeroy, S. H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1159-1168.
- Conner, R. F. (1984). The art of implementation. Dins: L. Rutman (Ed.), *Evaluation research methods: A basic guide*. (p. 191-218). Beverly Hills: Sage.
- Courchinoux, G. (2002). *Documentació del curs de formació: Método Cuerpo y Consciencia. Gimnasia suave y global*. Document no publicat. Barcelona: Inefc.
- Coutier, D., Camus, Y., y Sarkar, A. (1990). *Tercera edad, actividades físicas y recreación*. Madrid: Gymnos.
- Cristina, R. (2011). L'impacte de la Llei de Dependència en el model d'atenció social tradicional i en els serveis socials. *RTS.Revista de treball social*, 192, 79-94.
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco.: Jossey-Bas.
- Cuadrat, P. (1997). Mecanicismo y holismo en medicina. *Revista Natura Medicatrix*, V(46-47), 5-7. doi:0212-9078
- Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz..Significación psiconeurológica de los factores psicomotores*. Barcelona: Inde.
- Da Fonseca, V., Maria, A., Henriques, A., Passarinho, M., Mourao, G., y Afonso, M. (1987). Gerontopsicomotricidad: Una aproximación al concepto de retrogeneses psicomotora. *Psicomotricidad Citap.*, (25), 57-68.
- De Febrer de los Ríos, A., y Soler Vila, A. (1996). *Cuerpo, dinamismo y vejez* (2ª ed.). Barcelona: Inde.
- De Gracia, M., y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12(2), 285-292.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368-373.

- Delgado Fernández, M., y Tercedor Sánchez, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. Barcelona: Inde.
- Delgado, J. M. R., y Trigo, E. (2000). *Fundamentos de la motricidad: aspectos teóricos, prácticos y didácticos*. Madrid: Gymnos.
- Departamento de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y Asociación Internacional de Gerontología. (2002). Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 57-64.
- Durante, P., y Hernando, A. L. (1994). Actividad física en los muy viejos. Metodología y resultados. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 29(4), 197-203.
- Echeverría Videgain, B. (1999). *La influencia de un programa de educación física en la autoimagen y autoestima de la tercera edad*. Tesis doctoral no publicada.. Universitat de Zaragoza, Zaragoza.
- Ennuyer, B. (2003). *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*. Paris: Dunod.
- Escudero Escorza, T. (2003). Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa (RELIEVE)*, 9(1), 11-43. Recuperat a: http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1_1.htm
- España Catalán, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores*, (108) 1-2. Recuperat a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- España Catalán, C., Abellán García, A., y CSIC. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Primeros resultados. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, (87) Recuperat a: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/index.html>
- Evans, W. J. (1999). Exercise training guidelines for the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(1), 12-17.
- Evey, A. E., Evey, M. B., & Zalaguet, C. P. (2010). *International interviewing & counseling*. Belmont: CA: Books/Cole.
- Fernández del Valle, J. (1996). Introducción: evaluación de programas. *Intervención Psicosocial*, V(14), 7-8.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Valoración de programas. Dins R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Perámide.
- (1995). *Evaluación de programas una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- (1996). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., . . . Evans, W. J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine*, 330(25), 1769-1775.
- Fletcher, P. C., & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*, 33(3), 273-279.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Florence, J. (1991). *Tareas significativas en educación física escolar: una metodología para la enseñanza de los ejercicios en la animación del grupo-clase*. Barcelona: Inde.
- Fortuño Godes, J. (2004). Proceso de envejecimiento biológico. Dins: Universitat de Barcelona Virtual y Inefc (Ed.), *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- (2008). *Relació entre Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut i els usuaris de Programes d'Exercici Físic Comunitari per a Gent Gran de Catalunya*. Tesi doctoral no publicada. Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Fried, L., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 59(3), 255-263.
- Frizzell, L. B. (1991). *Promotion considerations for exercise and physical activity in mentally impaired, diseased, and disabled older adults*. U.S.; North Dakota:
- Fujita, K., Nagatomi, R., Hozawa, A., Ohkubo, T., Sato, K., Anzai, Y., . . . Tsuji, I. (2003). Effects of exercise training on physical activity in older people: A randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 13(2), 120-126.
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment, y Edad y Vida. (2004). *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Madrid; Barcelona: Edad y Vida.
- Galera, A. D. (2001). *Manual de didáctica de la educación física I. Una perspectiva constructivista moderada. Funciones de impartición*. Barcelona: Paidós.
- Garatachea Vallejo, N. (2006). *Actividad física y envejecimiento*. Sevilla: Wanceulen.
- García Arroyo, M. (1995). *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez: un modelo alternativo de educación para la salud*. Salamanca: Amarú.
- García Castillo, N., y Pérez Fonollá, M. D. (2006). Animación estimulativa psicomotriz en el anciano dependiente hospitalizado. *Geríatrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 22(3), 106-110.
- García Molina, V., Carbonell Baeza, A., y Delgado Fernández, M. (2010). Revisión: beneficios de la actividad física en personas mayores. [HEALTH BENEFITS OF

PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER PEOPLE] *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte*, 10(40), 556-576.

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. (2002). *Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Germain, P. (2003). *La armonía del gesto*. (2a ed.). Barcelona: La Liebre de Marzo.

Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.

Gómez i Serra, M. (2000). *Els Serveis socials i la seva avaluació: models d'avaluació aplicats als serveis i programes socials*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

González Gallego, J. (2006). Desarrollo de una batería de test para la valoración de la capacidad funcional en las personas mayores (VACAFUN-ancianos), y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud. *Estudios I+D+I*(45). Recuperat a: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imersoestudiosidi-45.pdf>

Graafmans, W. C., Lips, P., Wijlhuizen, G. J., Pluijm, S. M., & Bouter, L. M. (2003). Daily physical activity and the use of a walking aid in relation to falls in elderly people in a residential care setting. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie: Organ Der Deutschen Gesellschaft Für Gerontologie Und Geriatrie*, 36(1), 23-28.

Graña Menduïña, I. (2000). Temporalidad. Dins E. Trigo (Ed.), *Fundamentos de motricidad. Aspectos teóricos, prácticos y didácticos* (p. 225-234). Madrid: Gymnos.

Guinovart Garriga, C. (2011). *Estratègies de cura i presa de decisions en persones grans amb dependència ingressades en una unitat geriàtrica d'atenció intermèdia: estudi descriptiu*. Universitat de Vic. Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Universitat de Vic. Màster en Envel·liment Actiu. Disponible a: <http://hdl.handle.net/2072/172975>

Gutiérrez Brito, J., y Centro de Investigaciones Sociológicas. (2007). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., & Anderson, C. S. (2002). Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the perth community stroke study, 1989-1990. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 33(4), 1034-1040.

Hauer, K., Specht, N., Schuler, M., Bärtsch, P., & Oster, P. (2002). Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age and Ageing*, 31(1), 49-57.

Helbostad, J. L., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2004). Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: Effect on health-related quality of life and ambulation. *Clinical Rehabilitation*, 18(5; 5), 498-508.

Henderson, N. K., White, C. P., & Eisman, J. A. (1998). The roles of exercise and fall risk reduction in the prevention of osteoporosis. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 27(2), 369-387.

- Hernandez, S., Coelho, F., Gobbi, S., & Stella, F. (2010). Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), 68-74.
- Hernández-Mendo, A., y Anguera, M. T. (2001). Análisis psicosocial de los programas de actividad física: evaluación de la temporalidad. *Psicothema*, 13(2), 263-270.
- Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10), 1694-1704. doi:S0003999304003971 [pii]
- Hopkins, H. L., Smith, H. D., Allinder, J. E. J., y Koury, S. (1998). *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Houareau, M. (1986). *Guía práctica de las gimnasias suaves*. Barcelona: Martínez Roca.
- IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Informe 2004. Las Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- (2009). *Informe 2008. Las Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO. Recuperat a: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>
- (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO. Recuperat a: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm
- Jansson, S., & Söderlund, A. (2004). A new treatment programme to improve balance in elderly people--an evaluation of an individually tailored home-based exercise programme in five elderly women with a feeling of unsteadiness. *Disability & Rehabilitation*, 26(24), 1431-1443.
- Jirovec, M. M. (1991). The impact of daily exercise on the mobility, balance and urine control of cognitively impaired nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies*, 28(2), 145-151.
- Justine, M., & Hamid, T. A. (2010). A Multicomponent Exercise Program for Institutionalized Older Adults Effects on Depression and Quality of Life. *Journal of gerontological nursing*, 36(10), 32-41. doi:10.3928/00989134-20100330-09
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, E., . . . Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 382-394.
- Kalapocharakos, V. I., Michalopoulos, M., Strimpakos, N., Diamantopoulos, K., & Tokmakidis, S. P. (2006). Functional and neuromotor performance in older adults: Effect of 12 wks of aerobic exercise. *American Journal of Physical Medicine i Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 85(1), 61-67.
- Katz de Armoza, M. (1988). *Técnicas corporales para la tercera edad*. Barcelona: Paidós.
- Kirkwood, T. (2000). *El Fin del envejecimiento: ciencia y longevidad*. Barcelona: Tusquets.

- Knight, S., Bermingham, M. A., & Mahajan, D. (1999). Regular non-vigorous physical activity and cholesterol levels in the elderly. *Gerontology*, 45(4), 213-219.
- Kolb, B. (2006). *Neuropsicología humana*. (5ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Lattanzio, F., Gravina, E., & Bernabei, R. (2004). Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 59A(8), 833-7.
- Landi, F., Russo, A., & Bernabei, R. (2004). Physical activity and behavior in the elderly: A pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics. Supplement*, (9), 235-241.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, , 159-174.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 73-81.
- Latorre, A., Rincón Igea, D. d., y Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504. doi:noc00302 [pii]
- Lauritzen, J. B., McNair, P. A., & Lund, B. (1993). Risk factors for hip fractures. A review. *Danish Medical Bulletin*, 40(4), 479-485.
- Lavery, L. L., & Studenski, S. A. (2003). Tai chi, falls, and the heritage of JAGS. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1804-1805.
- Lázaro del Nogal, M., González Ramírez, A., y Palomo Iloro, A. (2005). Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(Supl 2), 54-63.
- Lazowski, D. A., Ecclestone, N. A., Myers, A. M., Paterson, D. H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C., . . . Cunningham, D. A. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(12), M621-8.
- Lehr, U., y Guera Miralles, A. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- León, O. G., y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación: en psicología y educación* (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Levy, L. L. (1998). Marco de referencia de la discapacidad cognitiva. *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- López García, A. (2012). *Influencia de un programa de ejercicio físico sobre la marcha y el equilibrio en personas con demencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia.

- Lord, S., Castell, S., Corcoran, J., Dayhew, J., Matters, B., & Shan, A. (2003). The effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1685-1692.
- Losada Baltar, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes Portal Mayores*, (14), 11/1/2011.
- Luria, A. R. (1988). *El Cerebro en acción* (2a revisada ed.). Barcelona: Fontanella.
- Maciaszek, J., & Osinski, W. (2010). The Effects of Tai Chi on Body Balance in Elderly People - A Review of Studies from the Early 21st Century. *The American Journal of Chinese Medicine*, 38(2), 219-229.
- Mañós Balanzó, Q. (1996). *Animació estimulativa per a gent gran discapacitada*. Barcelona: Pleniluni.
- (2005). La profesionalización en el campo gerontológico y geriátrico. un trabajo interdependiente. Dins: S. Pinazo Hernandis, y M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología. actualización, innovación y propuestas*. (p. 339-363). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Martínez de Miguel López, S. (2003). *Reconstruyendo la educación de personas mayores: estudio cualitativo de necesidades*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Martínez Rodríguez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Mascaró, J., Selva, A., y Espauella, J. (2005). Visión clásica de la enfermedad frente a nuevos enfoques. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 54-56.
- Mateu Serra, M. (2004). Actividades rítmico-expresivas. Dins Universitat de Barcelona Virtual y Inefc (Ed.), *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Mayán, J. M. (2005). *Enfermería en cuidados sociosanitarios*. Madrid: DAE, Difusión Avances de Enfermería.
- McDermott, M. M., Liu, K., Ferrucci, L., Criqui, M. H., Greenland, P., Guralnik, J. M., . . . Martin, G. J. (2006). Physical performance in peripheral arterial disease: A slower rate of decline in patients who walk more. *Annals of Internal Medicine*, 144(1), 10-20.
- Meléndez Ortega, A. (2000). *Actividades físicas para mayores. Las razones de hacer ejercicio*. Madrid: Gymnos.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (Parte 1). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(1), 55-63.
- Mishara, B. L., y Riedel, R. G. (1985). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

- Montorio Cerrato, I., y Carrobles, J. (1999). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. Dins I. Montorio, y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez* (p. 15-42). Madrid: Síntesis.
- Mora, S., Lee, I., Buring, J. E., & Ridker, P. M. (2006). Association of physical activity and body mass index with novel and traditional cardiovascular biomarkers in women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1412-1419.
- Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Morales-Sánchez, V., Hernández-Mendo, A., Sánchez-Algarra, P., Blanco-Villaseñor, A., & Anguera-Argilaga, M. T. (2009). Random PERT: Application to physical activity/sports program. *Quality & Quantity. International Journal of Methodology*, 43(2), 225-236.
- Moreno Martínez, N., Ruiz Hidalgo, D., Burdoy Joaquim, E., y Vázquez Mata, G. (2005). Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(Supl 2), 11-7.
- Morgan, R. O., Virnig, B. A., Duque, M., Abdel-Moty, E., & Devito, C. A. (2004). Low-intensity exercise and reduction of the risk for falls among at-risk elders. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(10), 1062-1067.
- Morin, E., i Comellas, P. (2001). *Tenir el cap clar: per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.
- Muchnik, E. (1998). El curso de la vida y la historia de vida. Dins L. Salvareza (Ed.), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. (p. 311-332). Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz Céspedes, J. M., y Tirapu Ustárriz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., . . . Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise*, 39(8), 1435.
- Olazarán, J., Muñoz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A. J., . . . Sevilla, C. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate alzheimer disease. *Neurology*, 63(12), 2348-2353.
- Ommo Grupe. (2001). El significado del movimiento, el juego y el deporte para las personas mayores. Dins R. Baur, y R. Egeler (Eds.), *Gimnasia, juego y deporte para mayores*. (p. 7-8). Barcelona: Paidotribo.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.
- (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32(S2), 74-105.

- OMS. Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud :CIF*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M. D., y Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española Salud Pública*, 78(2), 201-213.
- Padró López, F. (2004). Actividades rítmico-expresivas. Dins: Universitat de Barcelona Virtual y Inefc (Ed.), *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Peña-Casanova, J. (1999a). *Intervenció cognitiva en la malaltia d'Alzheimer: fonaments i principis generals*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- (1999b). *Malaltia d' Alzheimer: del diagnòstic a la teràpia. Conceptes i fets*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., . . . Blesa, R. (2009). Spanish multicenter normative studies (NEURONORMA project): Norms for verbal fluency tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(4), 395-411. doi:10.1093/arclin/acp042
- Perea, A., Alday, L., y Castellano, J. (2004). Software para la observación deportiva *Match Vision Studio.. III Congreso Vasco Del Deporte. Socialización y Deporte./ Kirolaren III Euskal Biltzarra Sozializazioa eraVirola.*, Vitoria.
- Pérez Díaz, J. (2002). Avantatges internacionals de l'envelliment demogràfic. *Revista de la DCidob*, 82, 14-17.
- Pérez Gómez, A. (1989). Métodos contemporáneos de evaluación. Dins J. Jimeno, y A. Pérez Gómez (Eds.). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (p. 426-449). Madrid: Akal.
- Pérez Jara, J., Enguix Armada, A., Fernández Quintas, J., Gómez Salvador, B., Baz, R., Olmos Zapata, P., y Rodríguez Arroyo, L. (2005). Estudio de la evolución del síndrome de temor a caerse entre pacientes mayores con mareos, caídas y síncope. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(Supl 2), 3-10.
- Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- Pérez-Ortíz, L. (2003). Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(6), 308-310.
- Pérez-Samaniego, V., y Devís Devís, J. (2010). Salud, Inclusión y Educación Física. Dins E.D Euesse Castro (Ed.). *Educación Física y Discapacidad. Prácticas corporales inclusivas*. (p. 21-47). Medellín: Funámbulos Editores.
- Pérez-Samaniego, V., Iborra Cuellar, A., Peiró Velert, C., y Beltrán-Carrillo, V. J. (2010). Actitudes hacia la actividad física: dimensiones y ambivalencia actitudinal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física*, 10(38), 284-301. Recuperat a: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista38/portada38.htm>

- Piedras Jorge, C., Melendez Mora, J., y Tomas Miguel, J. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(3), 131-135.
- Piéron, M. (1999). *Para una enseñanza eficaz de las actividades físico- deportivas*. Barcelona: Inde.
- Pont Geis, P. (1996). El material i la música com a recursos en un programa d'activitats físiques adreçat a la gent gran. *Apunts: Educació Física i Esports*, (43), 75-88.
- (2004a). Actividades gimnásticas. Dins Universitat de Barcelona Virtual y Inefc (Ed.), *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UBVirtual.
- (2004b). *Efectes d'un programa d'activitat física sobre la memòria en la gent gran*. Tesi doctoral no publicada. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Pont Geis, P., y Altimir Losada, S. (1994). *Tercera edad, actividad física y salud: teoría y práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Pujolàs Maset, P. (2002). El model d'avaluació basat en la negociació. Dins M. R. Carretero, P. Pujolàs Maset i J. Serra (Eds.). *Un altre assessorament per a l'escola. L'assessorament psicopedagògic des d'una perspectiva comunitària*. Barcelona: La Galera.
- Pujolàs Maset, P., i Bray Stainback, S. (2003). *Aprender juntos alumnos diferentes: els equips d'aprenentatge cooperatiu a l'aula*. Vic: Eumo.
- Pujolàs Maset, P. (1997). *Intervenció psicopedagògica i assessorament curricular a l'ensenyament secundari obligatori*. Tesi doctoral no publicada. Universitat de Girona, Girona.
- Querejeta González, M. (2004). *Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.
- Ramírez, M., Ostrosky Solís, F., Fernández, A., & Ardila Ardila, A. (2005). Semantic verbal fluency in Spanish-speaking people: A comparative analysis | Fluidez verbal semántica en hispanohablantes: Un análisis comparativo. *Revista de neurología*, 41(8), 463-468.
- Regàs, R. (2010). *L'hora de la veritat. Una mirada a la vellesa*. Badalona: Ara llibres.
- Requena Sánchez-Garrido, E. (2002). *Ejercicio físico en personas mayores: efectos de un programa de ejercicio específico*. Tesi doctoral no publicada. Universitat del País Basc, San Sebastián.
- Rey Cao, A., Canales Lacruz, I., y Táboas Pais, M. I. (2008). *Memoria en movimiento: programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores*. Santiago de Compostela: Obra Social Caixa Galicia.
- Risteen Hasseelkus, B. (1998a). Discapacidad funcional en ancianos. Dins H. L. Hopkins, y H. D. Smith (Eds.), *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- (1998b). Envejecimiento y salud. Dins H. L. Hopkins, y H. D. Smith (Eds.), *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.

- Rockwood, K., Howlett, S. E., MacKnight, C., Beattie, B. L., Bergman, H., Hébert, R., . . . McDowell, I. (2004). Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: Report from the canadian study of health and aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1310-1317.
- Rodríguez Rodríguez, P., y Fundación Alternativas. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia* (1a ed.). Madrid: Alternativas.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., . . . Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 158-165. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x
- Rose, D. J. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Barcelona: Paidotribo.
- Rudman, D., Drinka, P. J., Wilson, C. R., Mattson, D. E., Scherman, F., Cuisinier, M. C., & Schultz, S. (1994). Relations of endogenous anabolic hormones and physical activity to bone mineral density and lean body mass in elderly men. *Clinical Endocrinology*, 40(5), 653-661.
- Ruiz Torres, A. (2001). Envejecimiento: causa, mecanismos y regulación. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(S5), 13-19.
- Rydwik, E., Frändin, K., & Akner, G. (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Ageing*, 33(1), 13-23.
- Sáez Carreras, J. (2005). Gerontagogía: intervención socioeducativa con personas mayores. In S. Pinazo Hernandis, y M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. (p. 291-336). Madrid: Pearson Educación.
- Salvà, A., Bolibar, I., Pera, G., & Arias, C. (2004). Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Medicina clínica*, 122(5), 172-176.
- Sánchez-Algarra, P., y Anguera, M. T. (1993). Aproximación al PERT en evaluación de programas desde las técnicas matemáticas de análisis de grafos. *Anales de Psicología*, 9(2), 213-226.
- Sánchez-Algarra, P. & Anguera, M.T. (2013). Qualitative/quantitative integration in the inductive observational study of interactive behaviour: Impact of recording and coding predominating perspectives. *Quality & Quantity. International Journal of Methodology*, 47 (2), 1237-1257.
- Santos Urbaneja, F. (2005). Tres modelos de atención a las dependencias. *Revista Abogacía Española. Derecho y sociedad.*, (35), 32-33.
- Sartorio, A., Lafortuna, C., Capodaglio, P., Vangeli, V., Narici, M. V., & Faglia, G. (2001). Effects of a 16-week progressive high-intensity strength training (HIST) on indexes of bone turnover in men over 65 years: A randomized controlled study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 24(11), 882-886.

- Scherder, E. J. A., Van Paasschen, J., Deijen, J. -, Van Der Knokke, S., Orlebeke, J. F. K., Burgers, I., . . . Sergeant, J. A. (2005). Physical activity and executive functions in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 9(3), 272-280.
- Schoenfelder, D. P. (2000). A fall prevention program for elderly individuals. exercise in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3), 43-51.
- Schoenfelder, D. P., & Rubenstein, L. M. (2004). An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research: ANR*, 17(1), 21-31.
- Shimada, H., Uchiyama, Y., & Kakurai, S. (2003). Specific effects of balance and gait exercises on physical function among the frail elderly. *Clinical Rehabilitation*, 17(5), 472.
- Shin, Y. (1999). The effects of a walking exercise program on physical function and emotional state of elderly korean women. *Public Health Nursing*, 16(2), 146-154.
- Siedentop, D. (1998). *Aprender a enseñar la educación física*. Barcelona: Inde.
- Sihvonen, S. E., Sipilä, S., & Era, P. A. (2004). Changes in postural balance in frail elderly women during a 4-week visual feedback training: A randomized controlled trial. *Gerontology*, 50(2), 87-95.
- Simons, L. A., Simons, J., McCallum, J., & Friedlander, Y. (2006). Lifestyle factors and risk of dementia: Dubbo study of the elderly. *The Medical Journal of Australia*, 184(2), 68-70.
- Skelton, D., Salvà, A., y en nombre del grupo ProFaNe. (2005). Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(Supl 2), 64-9.
- Solà Santesmases, J. (2004). *Táctica, técnica i estratègia: un enfocament funcional*. Universitat Autònoma de Barcelona, 578, VII. (C267654960ES-BaCBU001; 2676-54960ES-BaCBU035).
- Soler Vila, A. (1995). Sollicitación corporal y demencia senil. Dins M. Boada Rovira, y L. Tarrega Mestre (Eds.), *El médico ante la demencia y su entorno*. Barcelona: Bayer.
- (2003). *Evaluación de la eficacia del programa de intervención psico-socio-motriz para ancianos (PIPSMA) sobre el bienestar de las personas mayores.*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- (2009). *Practicar ejercicio físico en la vejez: una intervención preventivo-educativa para lograr envejecer saludablemente*. Barcelona: Inde.
- Sordo Freire, J. A. (2007). *Evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física*. Tesis doctoral no publicada. Universidade de Coruña, A Coruña.
- Souchard, P. E. (2005). *Stretching Global Activo (I)*. Barcelona: Paidotribo.
- (2006). *Stretching Global Activo (II)*. Barcelona: Paidotribo.

- Spiriduso, W. W., & Cronin, D. L. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6 Suppl), S598.
- Stake, R. E. (1967). The countenance of educational evaluation. *Teacher College Record*, (68), 523-540.
- (1968). TESTING IN EVALUATION OF CURRICULUM DEVELOPMENT. *Review of Educational Research*, 38(1), 77-84.
- (1975). Program evaluation: particular responsive evaluation. "New Trends in Evaluation", Goteborg, Sweden.,, *Occasional Paper Series*(Paper 5)
- (2006a). *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Graó.
- (2006b). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.
- Stake, R. E., y Filella Escolà, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stevens, J., & Killeen, M. (2006). A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1 (Print)), 32-40.
- Stufflebeam, D. L., y Shinkfield, J. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Taguchi, N., Higaki, Y., Inoue, S., Kimura, H., & Tanaka, K. (2010). Effects of a 12-Month Multicomponent Exercise Program on Physical Performance, Daily Physical Activity, and Quality of Life in Very Elderly People With Minor Disabilities: An Intervention Study. *Journal of Epidemiology*, 20(1), 21-29.
- Takeuchi, R., Hatano, Y., & Yamasaki, M. (2011). The Influence of Different Exercise Intervention Programs on Changes in Quality of Life and Activity of Daily Living Levels among Geriatric Nursing Home Residents. *Journal of Physical Therapy Science*, 23(1), 133-136.
- Taylor, L., Whittington, F., Hollingsworth, C., Ball, M., King, S., Patterson, V., . . . Neel, A. J. (2003). Assessing the effectiveness of a walking program on physical function of residents living in an assisted living facility. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 15-26.
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., . . . Larson, E. B. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(15), 2015-2022. doi:10.1001/jama.290.15.2015 [doi]; 290/15/2015 [pii]
- Teri, L., Montorio, I., y Izal, M. (2000). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. *Intervención psicológica en la vejez*. (pp. 177-201). Madrid: Síntesis.

- Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., & Sulkava, R. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(12), 1106-1111.
- Tomás, C., Zunzunegui, M. V., Moreno, L. A., y Germán, C. (2003). Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 38*(6), 327-333.
- Toro Bueno, S., y Zanco Resa, J. A. (1998). *Educación física para niños y niñas con necesidades educativas especiales.* Archidona: Aljibe.
- Ueno, L. M., & Moritani, T. (2003). Effects of long-term exercise training on cardiac autonomic nervous activities and baroreflex sensitivity. *European Journal of Applied Physiology, 89*(2), 109-114.
- Vaitkevicius, P. V., Ebersold, C., Shah, M. S., Gill, N. S., Katz, R. L., Narrett, M. J., . . . Fleg, J. L. (2002). Effects of aerobic exercise training in community-based subjects aged 80 and older: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(12), 2009-2013.
- Valenzuela, T. (2012). Efficacy of Progressive Resistance Training Interventions in Older Adults in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(5), 418-428. doi:10.1016/j.jamda.2011.11.001
- Vallès, I., i Padró López, F. (1990). Les activitats rítmiques en un programa d'activitat física per a persones d'edat. *Apunts: Educació Física i Esports, (22)*, 45-50.
- Vázquez Gómez, B. (2001). *Bases educativas de la actividad física y el deporte.* Madrid: Síntesis.
- Vega Vega, J. L., y Bueno Martínez, M. B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento.* Madrid: Síntesis.
- Verdugo, M. A., y Gutiérrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. Dins I. Montorio, y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud.* (p. 43-57). Madrid: Síntesis.
- Viciana Ramírez, J. (2003). *Planificar en educación física.* Barcelona: Inde.
- Villar Posada, F. (2005). Enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. Dins S. Pinazo Hernandis, y M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología. actualización, innovación y propuestas.* Madrid.: Pearson Educación.
- Villareal, D. T., Binder, E. F., Yarasheski, K. E., Williams, D. B., Brown, M., Sinacore, D. R., & Kohrt, W. M. (2003). Effects of exercise training added to ongoing hormone replacement therapy on bone mineral density in frail elderly women. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(7), 985.
- Vincent, K. R., & Braith, R. W. (2002). Resistance exercise and bone turnover in elderly men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 34*(1), 17-23.
- Vincent, K. R., Vincent, H. K., Braith, R. W., Bhatnagar, V., & Lowenthal, D. T. (2003). Strength training and hemodynamic responses to exercise. *The American Journal of Geriatric Cardiology, 12*(2), 97-106.

- Vizcaíno Martí, J. (2000). *Envejecimiento y atención social: elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Herder.
- Vu, M. Q., Weintraub, N., & Rubenstein, L. Z. (2005). Falls in the nursing home: Are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3 Suppl), S82-7.
- Wenisch, E., Stoker, A., Bourrellis, C., Pasquet, C., Gauthier, E., Corcos, E., . . . Rigaud, A. (2005). [A global intervention program for institutionalized demented patients]. *Revue Neurologique*, 161(3), 290-298.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652-669. doi:10.1080/13607861003713232
- Wolf, S., Sattin, R. W., Kutner, M., O'Grady, M., Greenspan, A. I., & Gregor, R. J. (2003). Intense tai chi exercise training and fall occurrences in older, transitionally frail adults: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1693-1701.
- Wu, G. (2002). Evaluation of the effectiveness of tai chi for improving balance and preventing falls in the older Population—A review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 746-754.
- Zabala, A. (1995). *La Pràctica educativa: com ensenyar*. Barcelona: Graó.