



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



Modelo de Atención Centrado en la Persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana: Intervenciones Terapéuticas basadas en la Vida Cotidiana y las preferencias de los usuarios

Responsable: Marijo Garate Olazabal. Matia Fundazioa

Equipo de trabajo: Gabriela Mondragón Olán, Laura Agirregomezkorta Madinabeitia, Oscar García Alonso, M^a Sol Zozaia Mariezkurrena, Alicia Checa Hernández, Begoña Salaverría Trecu, Josetxo Miranda Callejo, Idoia Larrumbide Simón, Ane Gurrutxaga Elicegui, M^a Isabel Genua Goena.
Matia Fundazioa

Metodólogas: Izaskun Cuartango Acha e Igone Etxeberria Salaberría. Fundación Ingema.

**Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema)**

INDICE

0. REUNIONES Y AGENTES

1. INTRODUCCIÓN

2. ESTADO DEL ARTE Y BIBLIOGRAFÍA REVISADA

2.1. Calidad de Servicio-Calidad Asistencial.

2.2. Calidad de Vida

2.3. La naturaleza de los comportamientos

2.4. Intervenciones no farmacológicas

2.4.1. Programas de intervención centrados en la conducta

2.4.2. Programas de intervención ambiental

2.4.3. Programas de intervención centrados en la emoción

2.4.4. Programas de estimulación cognitiva

2.4.5. Programas de intervención centrados en la estimulación

2.4.6. Otras intervenciones

2.5. Intervenciones en MATIA FUNDAZIOA.

3. OBJETIVOS

4. METODOLOGÍA

4.1. Muestra de usuarios

4.2. Entrevistadores

4.3. Evaluaciones

4.4. Instrumentos de recogida de información

5. CRONOGRAMA.

6. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

6.1. Evaluación y Diagnóstico para el conocimiento de las preferencias de los usuarios

6.2. Intervenciones seleccionadas a partir del análisis de la valoración de los usuarios

6.3. Consenso y puesta en marcha de las intervenciones basadas en la vida cotidiana

6.3.1. Adaptación de los espacios y equipamiento

6.3.2. Selección y capacitación de los profesionales.

6.3.3. Otras actividades desarrolladas

6.4. Consentimiento informado de los familiares

7. RESULTADOS

7.1. Diseño de la muestra y valoración inicial

7.1.1. Diseño y descripción de la muestra

7.1.2. Evaluación y Diagnóstico para el control y seguimiento del proyecto

7.2. Resultados de la intervención

7.2.1. Resultados de la situación funcional y cognitiva de los usuarios.

7.2.2. Resultados de Calidad de Vida.

7.2.3. Comparativa Intragrupales

7.2.4. Comparativa con Grupo Control

7.3. Resultados de los trabajadores.

7.3.1. Situación del Burnout de los profesionales tras la intervención.

7.3.2. Entrevistas pre y post con Profesionales

7.4. Análisis de la encuesta de satisfacción a familiares

7.5. Resultados del Person-centered Care Assessment Tool

8. CONCLUSIONES

9. BIBLIOGRAFÍA

10 ANEXOS

ANEXO I. Procedimiento general aplicable a cualquier nueva intervención

ANEXO II. Registro de actividades en centro de día

ANEXO III. Programa de actividades en el centro de día

ANEXO IV. Modelo de consentimiento informado para entrevistas de historias de vida.

ANEXO V. Diagnóstico de necesidades y prescripción de productos de apoyo

0. REUNIONES Y AGENTES

Con el objetivo de informar sobre la puesta en marcha de este proyecto piloto y de otros que se van a aplicar en el centro de referencia de Julián Rezola perteneciente a MATIA FUNDAZIOA-INGEMA, fueron necesarias varias reuniones durante el desarrollo del proyecto

Para la puesta en marcha del proyecto de Intervenciones Cotidianas se reunió, formó e implicó al equipo líder del proyecto, logrando el compromiso y la asunción del liderazgo del mismo, así como el de los otros proyectos firmados bajo el convenio con el Gobierno Vasco con INGEMA.

Para informar sobre la aplicación del Modelo Centrado en la Persona y sus múltiples experiencias piloto que se acogen en el citado convenio, fue necesario realizar reuniones informativas con familiares, tanto de la unidad residencial como del Centro de Día, con los propios residentes, y con trabajadores del Centro Julián Rezola, logrando así el compromiso e implicación de todos.

Además, y con objeto de tener a las familias, usuarios y trabajadores informados en todo momento sobre el Modelo Centrado en la Persona, así como de todos los Subproyectos que se van a desarrollar en el centro se ha elaborado un documento de referencia, una especie de dossier para las familias, usuarios y trabajadores del Centro, que se presenta en el Proyecto 2.2.1.

Paralelamente también, se han mantenido reuniones con los responsables tanto del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco como con los Técnicos de la Diputación Foral de Guipúzcoa tal y como se ve reflejado en el proyecto 2.2.1

1. INTRODUCCIÓN

Las actividades que las personas mayores realizan a lo largo del día es un tema de creciente interés en el ámbito gerontológico. Este interés, tradicionalmente, ha estado asociado a un enfoque clínico que enfatiza las ideas de salud y autonomía y tan sólo en los últimos años se ha destacado el valor y la aportación de las actividades cotidianas de la persona mayor que envejece.

Observando que el actual modelo de atención en los centros gerontológicos no consigue llegar a todas las personas para cumplir las expectativas de incremento y mejora de la calidad de vida de cada uno de los diferentes perfiles, y teniendo en cuenta los modelos de atención de países con más experiencia en el terreno, se considera necesario impulsar, basándonos en la Historia de Vida de cada persona, las actividades que de forma cotidiana han desarrollado a lo largo de toda su vida en su hogar.

Actualmente, en los centros residenciales de nuestro país, se ha avanzado en el establecimiento de programas de intervención globales e individualizados, donde además de los aspectos básicos asistenciales y de integración social, se consideran aspectos de intervención terapéutico-rehabilitadores, con programas de psicoestimulación, reeducación y mantenimiento de las capacidades funcionales y cognitivas, además de programas de apoyo de asistencia y prevención sanitaria.

Este tipo de intervenciones se han realizado gracias a la profesionalización de las mismas. Se ha procedido a incorporar a diferentes profesionales tanto en el área sanitaria (médicos-enfermeras), como del área psicosocial (psicólogos-trabajadores sociales y monitores), quienes han definido, valorado e implantado diferentes intervenciones en ambas áreas, en los centros gerontológicos.

Sin embargo en estos momentos la comunidad científica y MATIA FUNDAZIOA/INGEMA en particular, se encuentran profundizando en nuevos modelos de atención Centrados en la Persona. Esta intervención está muy relacionada con la utilización de intervenciones cotidianas con el fin de conseguir efectos terapéuticos que hasta ahora se estaban realizando a través de intervenciones muy estructuradas como se ha mencionado anteriormente. Para ello se diseñarán Planes Personalizados de Atención (PPA), coparticipados desde los intereses y preferencias de cada una de las personas del centro. En estos planes se detallarán los deseos, preferencias y valores de los

residentes, haciéndolos compatibles con las formas de trabajo y de organización del centro. En esta herramienta de planificación se recogerá por escrito toda la información y conocimiento relativo a la persona y se registrará una propuesta de atención específica que será seguida por todo el equipo del centro.

2. ESTADO DEL ARTE Y BIBLIOGRAFÍA REVISADA

Durante las últimas décadas se ha producido, una transformación radical a todos los niveles en lo que, de manera tradicional, se ha venido a llamar el mundo de las residencias de ancianos.

En menos de medio siglo se ha dado un salto de gigante. Como señala Ribera (2002: 7):

“Hace apenas unos años, todavía se hablaba de “asilos”, entendiéndolos como tal almacenes más o menos primitivos para ancianos indigentes, normalmente ligados a instituciones religiosas de carácter benéfico, y carentes en la práctica de ninguna normativa más o menos reglada y universal sobre su funcionamiento”.

En la actualidad, las residencias son recursos de carácter sociosanitario que proveen a la persona mayor dependiente de un espacio vital y una atención integral que busca el fomento de la autonomía y el cuidado óptimo para lograr la calidad de vida apropiada a su situación y el mantenimiento de sus funciones y capacidades.

El camino recorrido por todos estos centros residenciales, en la implantación de modelos de calidad ha sido diverso, y en general, muy dispar. Como señala Garau (2005:6):

“Los Servicios Sociales se han desarrollado bajo una cierta concepción de que al ser servicios públicos, la mayoría gratuitos, con pocos recursos y para personas poco exigentes, no se les puede pedir un esfuerzo, una calidad como la exigida a las empresas privadas de bienes y servicios de consumo, en donde el cliente paga por lo que compra”.

Sin embargo el modelo actual de residencias en nuestro país todavía no responde a todos los deseos de las personas ni posibilita un trabajo de mejora de calidad de vida de las mismas. Por ese motivo se considera necesario tener en cuenta algunas experiencias internacionales como las

gestionadas en Suecia, Dinamarca, Alemania, Francia y Gran Bretaña para definir un nuevo modelo de atención residencial.

La apuesta de estos países para las personas mayores que necesitan cuidados y tienen que dejar su hogar, se dirige hacia lo que se denominan alojamientos con apoyos, donde además de prestar cuidados y servicios de atención personal, se garantiza la privacidad, la independencia, y el que la persona, independientemente de su grado de deterioro, pueda seguir con sus costumbres y ritmo de vida, cumpliendo sus deseos, y, en la medida de sus capacidades, ejerciendo control sobre su propia vida.

Por todo ello, se está tratando de sentar las bases de un nuevo modelo de atención en los centros gerontológicos, cuyo eje central sería conseguir el modelo de vida cotidiana que se realiza en domicilios.

El Modelo Centrado en la Persona, está basado en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra, que todos tenemos distintos intereses, necesidades y sueños y que, por tanto, la individualización debe ser el valor central de los servicios que prestan apoyos a personas. Tiene sus orígenes en el movimiento de inclusión social y en los principios de normalización y revalorización del rol social. Pero a diferencia de estas estructuras teóricas, la Planificación Centrada en la Persona, ofrece métodos específicos para producir cambios positivos en las vidas de las personas, constituyendo una potente herramienta para plantearse expectativas de una vida mejor. Por tanto se trata de una estrategia fundamentada en valores que ayuda a la persona a diseñar un futuro positivo y posible, contando con un círculo de apoyo comprometido con ella para alcanzar resultados personales deseados. Resulta fundamental entonces que las personas, los trabajadores y las familias que intenten implantar un Modelo Centrado en la Persona, conozcan tanto la metodología más adecuada a las características y expectativas de la persona central como los principios y valores en los que se sustenta.

La planificación centrada en la persona comprende la sumatoria de los esfuerzos y la coordinación de apoyos, tanto naturales como profesionales, para posibilitar la concreción del proyecto de vida según la historia de cada persona, basándose en los intereses, deseos y en las habilidades de ejecución que se hallan presentes en la persona, pudiendo alcanzar las metas delineadas para mejorar su vida.

Este modelo de atención es independiente de la situación cognitiva, motriz o psicosocial que presente la persona. Cuando se trabaja con personas mayores que presentan deterioro cognitivo grave, lo cual impide la expresión de preferencias y deseos de manera convencional, intervienen los apoyos naturales que tendrán un rol significativo y fundamental ya que por medio de estos se indagarán las preferencias y deseos de la persona.

Este modo de intervención posibilita reforzar y mejorar la autoestima, centrándose en las capacidades y puntos fuertes de cada persona.

Las actividades significativas para cada persona, hace que aumente el nivel de participación activa y mejoran notablemente el autoestima. Cuando se establecen las metas junto con cada persona, se debe ser cauteloso y contemplar las habilidades presentes con las exigencias del entorno y con la coherencia cultural.

Llevar a la práctica el modelo sobre el envejecimiento activo formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), cuya finalidad fundamental no es otra que mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecemos, implica el compromiso de poner en marcha en los distintos territorios estrategias que optimicen las oportunidades de salud, seguridad y participación de las personas mayores.

Pilar Rodríguez (2010) refiere que

“se considera preciso reflexionar en profundidad sobre un nuevo modelo de atención que tenga en cuenta los cambios sociales acaecidos, el avance en políticas sociales y en promulgación de derechos y que se fundamente sobre el conocimiento científico disponible. Las exigencias del nuevo modelo comportarán, nada más y nada menos, que un cambio de paradigma que afectará tanto al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar, como en lo que atañe a la intervención y la praxis profesional. En esta colaboración se formula una propuesta de aproximación al modelo que, partiendo de trabajos previos y enmarcado en la realidad actual, se apoya en un conjunto de principios y criterios de actuación que lo fundamentan.”

Observando que el actual modelo de atención en los centros gerontológicos consiga llegar a todas las personas para cumplir las expectativas de incremento y mejora de la calidad de vida de cada uno

de los diferentes perfiles, y teniendo en cuenta los modelos de atención de países con más experiencia en este ámbito, creemos necesario impulsar la potenciación de un cambio en los conceptos y metodología de la atención residencial, siendo la persona (calidad de vida, autonomía) el eje central de todo el proyecto.

Por lo tanto, la finalidad de éste, sería favorecer una atención centrada en la persona e incrementar, de este modo, su calidad de vida. Para lograr este propósito es necesario realizar una búsqueda de nuevas perspectivas de trabajo en las que los objetivos de los equipos Interdisciplinares y las expectativas de los residentes, confluyan en planes de atención personalizados.

2.1. Calidad de Servicio-Calidad Asistencial.

La satisfacción de la persona atendida en los centros residenciales, es el resultado final de una serie de medidas que afectan a la prestación del servicio en sí misma, al soporte técnico que se da, a la documentación, a la información y a la calidad del servicio.

Por tanto la calidad de servicio implica escuchar a la persona mayor, aprender de ella lo que necesita, incorporarlo en el proceso y actuar en consecuencia. Un principio básico en los servicios residenciales, es que la potencialidad mayor del servicio está en la relación que se establece con las personas mayores. No tiene sentido hacer grandes esfuerzos en inversiones, etc. si se descuida este aspecto que determina siempre la valoración final. Las personas mayores que ingresan en los centros, actualmente no demandan un servicio sino que exigen que este sea de un determinado nivel.

Se trabaja con las familias y las persona mayores para determinar las características del servicio, el modelo etc.

En el caso de las personas atendidas en este tipo de centros, personas mayores dependientes y sus familias se plantea una situación característica de relación de cuidados en la que la persona parte en una condición de dependencia, de ansiedad, etc., por lo que se genera una situación de dependencia respecto del personal que les atiende.

El concepto de calidad va desde la calidez de los ambientes, el universo de las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad y a tomar

decisiones en cualquier momento de nuestra vida, y otros muchos aspectos cualitativos, no tangibles, están poco pensados y menos sistematizados. Al menos, no debemos olvidar la trascendencia que tienen cuando hablamos de calidad de atención.

Uno de los objetivos que se debe trabajar en el marco de la mejora continua y de la personalización de la atención es intentar relacionar y unificar el concepto de calidad de vida y calidad de atención en un conjunto integrador y que permita profundizar en la calidad asistencial.

Entender la calidad desde el punto de vista de la persona mayor, implica ponerse en su situación. Si partimos de la base de una persona mayor que mantiene sus facultades mentales inalteradas pero sufre déficit físicos junto a una situación familiar que le lleva a ingresar en un centro, veremos que, quizá, esta persona valore en menor medida la higiene que la posibilidad de no tener que convivir con una persona con deterioro cognitivo, o la intimidad de una habitación individual a los beneficios de una dieta sin sal.

No estamos ante alguien que ha decidido contratar un servicio y que si no se encuentra bien puede marcharse y buscar a alguien que se lo preste mejor. Determinar el grado de satisfacción del residente y, por tanto, el grado de calidad que percibe, comportará necesariamente descartar la idea de la existencia de un residente tipo. Intentar valorar la calidad desde el punto de vista del usuario de una residencia donde conviven personas de diferentes características considerándolos por igual, siempre daría resultados distorsionados.

Debemos analizar cuales son las necesidades, las expectativas, deseos y características mas apropiadas del servicio que queremos ofrecer, con el fin de ajustar, en la medida de lo posible, las actuaciones en aquellos aspectos que más valor aportan a la calidad del servicio y a la satisfacción del cliente (persona mayor y su familia). Estas actuaciones, se pueden llegar a implementar a través de programas de intervención cotidianos.

Se pretende sistematizar en diferentes apartados aquellos aspectos que se consideran imprescindibles para que un centro gerontológico (residencia y centro de día), sea un lugar donde las personas que viven en ella, temporal o permanentemente, puedan disfrutar de una vida cotidiana digna, en la que los derechos y las obligaciones están asumidas por todos, personas mayores y trabajadores, cualquiera que sea su grado de responsabilidad.

2.2. Calidad de Vida

El interés actual en la calidad de vida se extiende más allá del tema de qué es calidad de vida y cómo se mide. Se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida, es un concepto amplio, no incluye sólo el estado de salud sino también los aspectos subjetivos de cómo percibe la persona su salud y su capacidad, etc. así como los aspectos económicos, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad de Vida es:

"La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas claves para conocer el significado del término calidad de vida, (Cummins, 1997, 1999):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Lawton estima que la conducta es producto de la relación entre ambientes y competencia de las personas. Desde su modelo, las exigencias del ambiente deben estar al nivel de competencia del sujeto de manera que si sobrepasa estas ni quede por debajo.

Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. **Calidad de vida física:** estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales, y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.
2. **Calidad de vida social:** incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social..
3. **Calidad de vida psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
4. **Calidad de vida percibida:** generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica

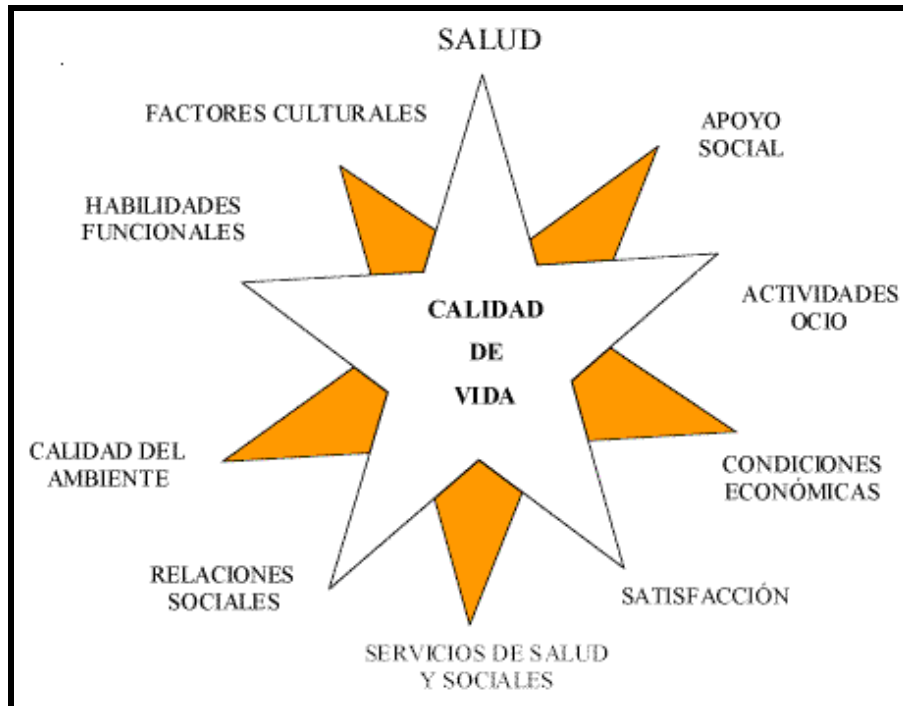


Gráfico 1. Dimensiones de la calidad de vida. **Fuente:** Calidad de vida en la vejez en distintos contextos (Fernández-Ballesteros, 1996)

La calidad de vida en la vejez significa vivir la vida en su máxima plenitud, o al menos en su máxima plenitud posible. “vivir la vida en su máxima plenitud, protegiendo la salud para que el envejecimiento se desarrolle normalmente, extendiendo la vida activa del individuo y produciendo las condiciones con la participación activa de los ancianos para el bienestar social, considerados como parte integrada en la sociedad”.

Los intentos llevados a cabo hasta ahora para medir la calidad de vida de una persona utilizaban uno de los dos enfoques: objetivo o subjetivo. El enfoque objetivo evaluaba indicadores sociales externos y objetivos, tales como niveles de vida, salud, educación, seguridad y ambiente próximo (vecindad). El enfoque subjetivo se basaba en la percepción y evaluación de la persona sobre sus experiencias de vida, centrándose en factores tales como bienestar físico y material, relaciones con otras personas, actividades en la comunidad, desarrollo personal, y ocio.

No se puede planificar o evaluar la calidad de vida de una persona en el vacío, sin contar con un modelo previo. Así, es necesario un modelo de trabajo relacionado con la calidad de vida que proporcione la guía y las directrices para la realización de actividades de planificación y evaluación basadas en la calidad de vida.

Una vez definido este modelo, se puede utilizar para poner en marcha una serie de programas o intervenciones, que podrían mejorar lógicamente la calidad de vida real o percibida de una persona. Es necesario integrar principios y procedimientos de control de la calidad dentro de la estructura de un programa, así como procesos y objetivos que aseguren que la mejora de la calidad de vida sea tanto un proceso como un resultado.

Para una evaluación basada en los resultados se tiene que utilizar indicadores objetivos de calidad de vida para evaluar la calidad de vida percibida de una persona. El obtener resultados de calidad de vida válidos y referidos a la persona, es una consecuencia del uso adecuado de técnicas de mejora de la calidad y evaluaciones basadas en los resultados. Así, la calidad debe ser planificada y evaluada. La planificación requiere que los servicios asuman un compromiso claro con objetivos de calidad, que pongan en práctica aquellas técnicas que puedan mejorar tanto el control del programa como la calidad de los servicios, y que utilicen datos de la evaluación longitudinal de indicadores críticos de calidad de vida para el feedback formativo, la evaluación interna del programa, y los cambios programáticos.

La mejora continua de la calidad de vida en los centros residenciales, entendiendo que dicha mejora implica poner los medios para que, por un lado, las personas que viven en las residencias tengan la oportunidad de seguir siendo ellas mismas y, en lo posible, de seguir eligiendo su estilo de vida, y para que, por otro lado, se respeten, en todas las pautas de organización y de actuación, los derechos básicos de los residentes (intimidad, dignidad, autonomía, elección, satisfacción, ejercicio de sus derechos y cuidados).

2.3. La naturaleza de los comportamientos.

Es importante señalar que bajo la denominación de síntomas “no cognitivos” se esconde un arduo debate sobre la definición de los mismos. Se ha mencionado anteriormente que la Asociación Internacional de Psicogeriatría denomina a estas alteraciones Problemas psicológicos y conductuales (SPCD) de las demencias, por lo que la comunidad psiquiátrica acepta esta terminología pero no es la única clasificación existiendo otras con importantes solapamientos entre las conductas que incluyen (Teri, Montorio e Izal, 1999). Asimismo se han utilizado infinidad de nomenclaturas para identificar estos síntomas tan frecuentes en pacientes con demencia como, síntomas neuropsiquiátricos, alteraciones de conducta, problemas de conducta etc. Sin embargo,

una de las categorizaciones más aceptadas es la formulada por Cohen-Mansfield, Werner, Watson, y Pasis (1995) que clasifica los problemas de conducta en: 1) Comportamientos físicamente agresivos, que incluyen golpear, morder etc. 2) Comportamientos físicamente no agresivos como deambular. 3) Agitación verbalmente no agresiva: repetición de frases o palabras y finalmente 4) Agresión verbal: gritar y blasfemar.

A pesar de lo complicado que se plantea ofrecer una definición exacta de “problema de conducta” Buhr y White (2006) se aventuran y afirman que se trata de una conducta que pone en peligro la seguridad y bienestar del paciente y de aquellos que le rodean. En el paciente con demencia, determinar si un comportamiento es problemático depende de diversos factores como las influencias ambientales, la percepción de los cuidadores y del significado de la conducta para el paciente (Remington, Abdallah, Melillo y Flanagan, 2006). De acuerdo con esta afirmación y siendo cierto que alguno de los comportamientos problemáticos puede ser consecuencia del daño neurológico ocasionado por la enfermedad, en muchos casos es un indicador de falta de confort o incluso una conducta adaptativa de la persona que trata de dar respuesta a un problema (Mittelman, Epstein, y Pierzchala, 2003). En cualquier caso y antes de intervenir sobre los problemas de comportamiento es imprescindible conocer el alcance de los mismos, es decir, cuantificar en términos de frecuencia y severidad los síntomas. En la medida de lo posible es preciso asimismo eliminar o al menos identificar las causas que precipitan el problema. Por último, se debería tener en cuenta a los cuidadores e informarles en todo momento de la naturaleza de los síntomas y de cuáles son los objetivos en la intervención dejando siempre claro que es posible que el comportamiento no se elimine por completo pero que puede reducirse su intensidad hasta niveles aceptables (Geldmacher, 2001).

Siendo compleja la naturaleza del problema no lo será menos el amplio abanico de tratamientos no farmacológicos existentes para el tratamiento de estos síntomas. Recordamos una vez más que las buenas prácticas clínicas aconsejan la utilización de este tipo de tratamientos por encima de los farmacológicos por lo que en los siguientes apartados de este trabajo se tratará de mostrar la dilatada oferta de intervenciones basadas en tratamientos no farmacológicos.

2.4. Intervenciones no farmacológicas

Tradicionalmente se ha centrado mucha atención en el abordaje de los problemas cognitivos en los pacientes con demencia. Sin embargo, los síntomas no cognitivos presentes en las demencias están

tomando cada vez más protagonismo. Nos referimos principalmente a las alteraciones de conducta frecuentemente presentes en estos pacientes que no sólo causan pesar a los propios enfermos (mayor declive cognitivo) sino que también a los cuidadores generando grandes niveles de estrés (Leroi, Voulgari, Breitner, y Lyketsos, 2003). Entre los más habituales encontramos los siguientes: agitación, agresión, alteraciones del estado de ánimo y alucinaciones. Menos frecuentes pero también importantes son los trastornos alimenticios, las desinhibiciones sexuales y las aberraciones verbales.

Todos estos síntomas han sido agrupados bajo el nombre de Problemas psicológicos y conductuales (SPCD) de las demencias por la Asociación Internacional de Psicogeriatría (Finkel, Costa de Silva, Cohen, Miller y Sartorius, 1996). La presencia de estos síntomas se convierte en predictor de institucionalización del enfermo y aumentan considerablemente el grado de estrés y sobrecarga del cuidador Schulz y Williamson, 1991). Una buena práctica clínica requiere asegurarse primero de que las alteraciones de conducta no están causadas por afecciones físicas (infecciones, dolor...) y segundo abordar dichas alteraciones mediante intervenciones no farmacológicas antes de considerar los tratamientos farmacológicos. No obstante en muchas ocasiones el uso de neurolépticos ante la presencia de estos síntomas en esta tipología de pacientes se convierte en muchos casos el tratamiento de primera elección (Douglas, James y Ballard, 2004).

Actualmente se puede encontrar una amplia gama de intervenciones no farmacológicas dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y aliviar los problemas conductuales de los pacientes con demencia. Cabe señalar que algunas de ellas se solapan y que es rara la ocasión en la que se utilice solamente una de ellas en el abordaje integral del paciente con demencia (Ballard, O'Brien, James, y Swann, 2001). Las ventajas que ofrecen estas intervenciones en el tratamiento de problemas de comportamiento son las siguientes: 1) Tratan de hallar la razón psicosocial o ambiental que subyace al comportamiento problemático. 2) No tienen efectos secundarios, como los fármacos ni problemas de dosis elevadas. 3) No enmascaran los síntomas que en ocasiones son la única vía de comunicación del paciente (Cohen-Mansfield, 2001). A continuación se van a enumerar una multitud de tratamientos no farmacológicos que han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas conductuales y en la disminución del impacto del deterioro cognitivo.

2.4.1. Programas de intervención centrados en la conducta

Estos programas se rigen por principios de modificación de conducta por lo que el objetivo que se persigue en primer lugar es analizar el alcance del problema cuantificándolo en términos de frecuencia, intensidad, duración o localización de un comportamiento específico. En segundo lugar, es muy importante valorar los antecedentes y consecuentes, es decir, los acontecimientos que ocurren antes y después de la conducta problemática, lo cual sugerirá posibles estrategias a utilizar en la futura intervención (Rabins, Bright_Long, Cohen, Katz, Rovner, Schneider, y Blacker, 1997).

Para que la intervención sea exitosa Emerson (1998) sugiere tener en cuenta tres aspectos: tener en cuenta las preferencias personales, cambiar el entorno en el que se produce el comportamiento problemático y por último, utilizar estrategias de reforzamiento para lograr que el comportamiento se reduzca. Además de éstas otras técnicas han demostrado tener resultados efectivos en poblaciones con deterioro cognitivo como son el control de estímulos, la extinción y el reforzamiento diferencial (Cohen-Mansfield, 2000). A continuación se van a enumerar una serie de estudios recogidos en la literatura científica que han obtenido resultados prometedores mediante la aplicación de las técnicas mencionadas.

Una de las áreas en la que se han aplicado estas técnicas es el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Tappen (1994) señaló que los residentes de un centro gerontológico mejoraban su estado funcional después de haber participado en un programa de entrenamiento que integraba diversas técnicas de modificación de conducta. La intervención en grupo estaba guiada por profesionales que utilizaban refuerzo verbal modelado en la realización de las AVD y técnicas de reforzamiento positivo.

Una de las actividades que más tensión producen tanto en los enfermos como en los cuidadores indiferentemente de si son formales o informales es la hora del baño. Ofrecer un breve curso o sesión de formación a los cuidadores dirigido a formarles en técnicas de distracción y otras técnicas de modificación de conducta reducen considerablemente los episodios de agresión y agitación en el enfermo (Mickus, Wagenaar, Averill, Colenda, Gardiner, y Luo, 2002).

La incontinencia es otro de los síntomas que antes o después padecen las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer, Skelly y Flint (1995) lograron reducir la incontinencia de pacientes con demencia mediante la utilización de técnicas de modificación de conducta y Ouslander y Schnelle (1993) obtuvieron resultados similares con residentes de un centro gerontológico.

De los estudios expuestos puede concluirse que logran efectos positivos en la reducción de los problemas de comportamiento, pero debe destacarse que en muchos de ellos se utilizan muestras limitadas o incluso estudios de caso. La particularidad de las alteraciones presentes en los pacientes y el curso cambiante de la enfermedad hacen difícil un abordaje sistemático de estos síntomas mediante técnicas de modificación de conducta. Sin embargo, las evidencias señalan un futuro prometedor en la aplicación individualizada o en grupos limitados de estas técnicas.

2.4.2. Programas de intervención ambiental

El entorno que rodea a la persona afectada de demencia puede tener un significativo efecto en el desarrollo de alteraciones de conducta. Un ambiente excesivamente ruidoso o incluso sobreestimulado puede generar confusión o incluso alimentar un sentimiento como el miedo en un paciente con demencia (Remington, Abdallah, Melillo y Flanagan, 2006). Los estímulos ambientales deberían favorecer la armonía, evitando los ambientes excesivamente estimulados, así como las privaciones sensoriales causantes del aburrimiento del enfermo que pueden tener como consecuencia comportamientos de agitación y confusión (Davis, Buckwalter, y Burgio, 1997).

Existen estudios que reseñan reducción de los niveles de comportamientos problemáticos después de modificar el ambiente de los pacientes afectados de demencia especialmente en investigaciones realizadas en entornos residenciales. Los comportamientos que más se han estudiado son los de agitación y deambulación. MCMinn y Hinton (2000) realizaron un estudio en el que observaron que el acceso libre de los residentes a un espacio abierto reducía considerablemente el comportamiento de agitación. Asimismo se ha observado que un entorno natural favorece la relajación del paciente a la hora del baño. En el estudio de Whall, Black, Groh, Yankou, Kupferschmid, y Foster (1997) lograron reducir el comportamiento de agitación manifestado en los 15 sujetos que participaron en el grupo experimental frente a los 16 controles, mediante la modificación del entorno y favoreciendo un entorno natural a los sujetos mientras se les bañaba. La deambulación es otro de los comportamientos que se han logrado reducir mediante la facilitación de ambientes naturales. En el estudio de Cohen-Mansfield y Werner (1998) compararon dos tipos de entornos. El entorno domiciliario cargado de estímulos visuales, auditivos y olfativos y un entorno en residencias que perseguía alcanzar un ambiente natural. Los autores observaron menor conducta de deambulación en el centro gerontológico lo que incluían menor grado de agitación e intentos de fuga en los residentes.

Meyer, Dorbacker, O'Rourke, Dowling, Jacques, Nicholas (1992) llevaron a cabo dos estudios en el cuales analizaron el efecto de dos ambientes con pocos elementos estimulantes. En el primero utilizaron paneles para tapar las puertas, colocaron mesas pequeñas para la hora de la comida, realizaron actividades en grupos reducidos, pintaron las paredes con colores neutros, quitaron la televisión, la radio y el teléfono (sólo para emergencias), se adoptó una actividad diaria rutinaria y finalmente se formó a los profesionales y a los cuidadores para que utilizaran el contacto ocular, el tacto, un tono de comunicación dulce y dejaran hacer elecciones a los usuarios. Con todo ello lograron reducir el comportamiento de agitación en los residentes. En su segundo estudio redujeron además el hilo musical y el personal utilizaba en todo momento un tono suave de voz. Modificaron, además la localización de la puerta de entrada de manera que los residentes no podían verla. Obtuvieron resultados similares que en el estudio previo en reducción del comportamiento de agitación.

2.4.3. Programas de intervención centrados en la emoción

Terapia de validación

La terapia de validación creada por Feil (1993) está basada en la creencia de que los sentimientos y los recuerdos de las personas con deterioro cognitivo deben ser respetadas y validadas incluso si son inconsistentes con la realidad. El objetivo de esta terapia es entender el significado que el comportamiento tiene para el enfermo, por lo que se centra en respetar el sentido de realidad que tiene el comportamiento problemático para la persona con deterioro cognitivo. En definitiva, se trata de buscar la emoción subyacente al comportamiento manifestado. Algunas de las técnicas que utiliza esta terapia son la escucha activa y parafraseo con objeto de facilitar la comunicación con el paciente. Existen escasas evidencias de la eficacia de esta terapia y las conclusiones a las que llegan afirman que esta terapia produce efectos positivos en los pacientes, pero que se centra excesivamente en la comunicación confusa de los pacientes descuidando otras posibles explicaciones tan simples como el dolor o el hambre (Hitch, 1994).

Reminiscencia

Se trata de un proceso ordenado de reflexión sobre los acontecimientos vitales de la persona con demencia. Algunos de los materiales comúnmente utilizados en esta terapia son las fotografías personales, música o sonidos familiares, comida, objetos que formen parte de su infancia o juventud

(Remington, Abdallah, Melillo y Flanagan, 2006). Algunos autores afirman que esta terapia mejora la comunicación y la autoestima de los pacientes y que incluso ayuda a los profesionales a entender mejor la vida de las personas con deterioro cognitivo además de generar relaciones más cercanas con ellos (Gibson, 2004). Se han llevado a cabo unos pocos estudios que avalen la eficacia de esta técnica y en la revisión llevada a cabo por Spector, Orrell, Davies y Woods (2002a) identificaron solamente dos estudios controlados, de cuyos resultados no se pueden obtener conclusiones. O'Donovan (1993) sin embargo, señaló que a pesar de existir poca evidencia de mejora cognitiva en los pacientes, se puede asegurar que se obtienen resultados satisfactorios en el bienestar, interacción social, autocuidado, motivación y conducta de los pacientes (Gibson, 1994). Una de las ventajas de esta terapia es su gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades del individuo lo cual hace posible que personas con deterioro cognitivo grave puedan beneficiarse de este tipo de tratamientos (Douglas, James y Ballard, 2004).

2.4.4. Programas de estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación y entrenamiento. Estos programas se vienen aplicando fundamentalmente en los centros de día psicogeriátricos, en centros residenciales y más recientemente se ofrecen de forma ambulatoria desde instituciones especializadas.

Orientación a la realidad

La orientación a la realidad (OR) es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva y es utilizada con personas con pérdida de memoria, desorientación espacial y temporal, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismos y de su entorno. El objetivo de este método es proporcionar de forma estructurada y repetida información básica a personas desorientadas y/o confusas, respecto a la orientación en el tiempo, en el espacio y respecto a las personas. Otro de los objetivos de esta técnica es conseguir una mejora de las conductas sociales y personales, así como estimular la comunicación y la interacción de las personas con demencia.

Una revisión realizada por Spector, Davies, Woods y Orrell en el año 2000, y publicada en la Cochrane Library examina la evidencia empírica de la efectividad de las sesiones de OR en personas

con demencia. De los 21 estudios controlados que analizan los autores concluyen que esta técnica tiene un efecto positivo tanto en el área cognitiva como conductual, aunque únicamente los resultados de un estudio (Breuil, De Retrou, Forette, Tortrat, Ganancia-Ganem., Frambourt, 1994) fueron estadísticamente significativos. Otra de las limitaciones de estos estudios se refiere a que no proporcionan evidencias sobre de los beneficios a largo plazo de las terapias de OR. Únicamente dos de estos estudios realizaron un seguimiento a largo plazo: Gerber, Prince, Snider Atchinson, Dubois, y Kilgour, 1991) descubrieron en un grupo que había recibido OR, que tras 10 semanas de seguimiento los sujetos rendían peor que antes del tratamiento. Sin embargo, Baldelli, Pirani, Motta, Abati, Mariani, Manzi (1993) encontraron que los participantes tenían puntuaciones mejores en el área cognitiva y su comportamiento se había visto sustancialmente mejorado incluso un mes después de haber interrumpido la intervención.

Ninguna de estas revisiones muestra evidencia de efectos negativos de la terapia de orientación a la realidad. Sin embargo, en una revisión más reciente realizada por O,Neil (2011) sobre intervenciones no farmacológicas para síntomas de comportamiento asociados a la Demencia se mencionan tres estudios en los que los cuidadores formales e informales detectaron un aumento de la tensión, miedo y agitación en los pacientes con demencia a los que se aplicó una intervención de orientación a la realidad. En la misma revisión, se menciona un estudio cualitativo en el que los cuidadores concluían que la orientación a la realidad puede ser más útil en las primeras fases de la demencia, pero no es adecuada para las personas en un estado más avanzado de la misma, ya que la orientación a la realidad puede llegar a causar mucha tensión a los pacientes. Por esta razón, los cuidadores preferían decir “pequeñas mentiras” que responder directamente a algunas preguntas de los pacientes con demencia avanzada y arriesgarse a deprimirlos.

Otro ejemplo de este tipo de programas es el desarrollado por Tárraga (1994) al que denomina **Programa de Psicoestimulación Integral (PPI)**. Este programa se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta. En un estudio llevado a cabo con 121 pacientes, se demostró que los pacientes mejoraban sus puntuaciones en el Mini Mental State (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) a los dos meses del inicio del estudio, manteniendo estas puntuaciones hasta el sexto mes. El estudio no aporta datos sobre parámetros conductuales.

Ermini-Fungschilling, Hendriksen, Meier, Regard, Stahelin (1998) realizaron un estudio controlado con 38 pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer leve. El entrenamiento cognitivo aplicado

fue semi estructurado y consistía en ejercicios cognitivos (orientación, cálculo, memoria y lenguaje) y ejercicios de relajación. Los autores defienden la intervención grupal en este estadio de la enfermedad, alegando que la interacción social favorece la competencia social. En el seguimiento al año de finalizar la intervención, los participantes del grupo experimental mantenían estables sus puntuaciones en el Mini Mental State (MMSE) y los niveles de depresión habían experimentado una gran mejora.

En el año 2003 se realizó un estudio (Frances, Barandiaran, Marcellán, Moreno, 2003) cuyo objetivo perseguía valorar la eficacia de los programas de psicoestimulación. Dicho programa se aplicó durante 6 meses en un grupo de 9 personas con enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado. Al cabo de 6 meses se observaron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en las puntuaciones obtenidas en el funcionamiento cognitivo, medido a través de la prueba ADAS-cog. Sin embargo no se observaron diferencias en las pruebas que medían capacidad funcional, conducta y estado afectivo.

Este tipo de intervenciones se consideran de especial importancia particularmente en estadios iniciales y moderados de la enfermedad de Alzheimer. Así un estudio llevado a cabo por investigadores de la universidad de Cambridge (Clare, Wilson, Carter, y Hodges, (2003) concluye que los programas de intervención neuropsicológica temprana en las fases iniciales de la enfermedad ayudan al refuerzo de las estrategias de afrontamiento de los problemas de memoria. En los estudios realizados por este grupo, se observa además que los sujetos no muestran aumento en las medidas de depresión y/o ansiedad durante la intervención. Los resultados apoyan la teoría de que la intervención neuropsicológica forma parte importante de un programa comprensivo de intervención para los pacientes con enfermedad de Alzheimer (Wilson, Mendes de León , Barnes, Schneider, Bienias, Evans, 2002).

Olazarán, Muñiz, Reisberg, Peña-Casanova, del Ser, Cruz-Jentoft y colaboradores, 2004) analizaron la eficacia de un programa cognitivo-motor en pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado y grave, tratados con acetilcolinesterásicos. Los autores concluyen que un tratamiento que combine la intervención cognitivo-motora con el tratamiento acetilcolinesterásico en pacientes en estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer produce beneficios cognitivos y posiblemente también afectivos.

Nuestro propio grupo de investigación ha llevado a cabo un estudio longitudinal entre los años 2001-2004 llamado: **Estudio Longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer** (Yanguas y cols, 2006) que tuvo como objetivo valorar la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en personas mayores con o sin deterioro cognitivo. La muestra fue dividida en tres submuestras según los criterios de la Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg, Ferris, De Leon, Crook, 1982): envejecimiento normal (GDS 1-2), deterioro cognitivo leve-moderado (GDS 3-4) y deterioro cognitivo grave (GDS 5-6). Asimismo, los 390 sujetos que conformaban la muestra fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones de tratamiento: experimental, placebo y control. El programa de intervención se basa en la idea de la existencia de un correlato anatomopatológico que afecta diferencialmente a las distintas áreas cerebrales en las diferentes fases de la enfermedad y que evoluciona de una manera determinada (Braak y Braak, 1991). Cada grupo de tratamiento participó durante dos años en un Programa que integraba sesiones de entrenamiento cognitivo con otras de fomento de la calidad de vida y de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

En este estudio se implementó un programa en el que se trabajaban todas las funciones cognitivas, de una manera adaptada al estadio de cada grupo de participantes. De esta manera, los diferentes grupos trabajaban en un programa de estimulación global del funcionamiento cognitivo con especial énfasis en las funciones que están conservadas para ese estadio concreto. Cuando, basándonos en el modelo teórico anteriormente citado, el substrato anatómico subyacente a una función cognitiva concreta se encuentra totalmente dañado, el trabajo en esa función es minimizado o eliminado, y sustituido por otro cuya base anatómica esté más conservada.

La intervención realizada con *el grupo experimental* respondía, además de al modelo teórico, a una lógica creada al efecto en la que se pretendía trabajar una misma función en todas las sesiones de una semana, con el objeto de reforzar las funciones trabajadas. También existía una estructura mensual, de manera que cada mes se trabajaban dos semanas de funcionamiento cognitivo, una de un ámbito que hemos llamado “calidad de vida” (en el que se incluyen aspectos como autoestima, aficiones, bienestar afectivo, apoyo y relaciones sociales, cultura y ocio,...) y otra semana de AVD (vestido, alimentación,... según el GDS del grupo con el que se estuviera trabajando).

Los resultados principales obtenidos en este estudio pueden resumirse en: En el grupo de *envejecimiento normal (GDS 1-2)* se destacan los resultados en potencial de aprendizaje y capacidad de abstracción, dos habilidades que resultan fundamentales para el manejo en la vida diaria, y en las que se han obtenido importantes mejorías a nivel significativo en el grupo experimental.

A su vez, en el grupo de personas con *deterioro cognitivo leve-moderado (GDS 3-4)*, en relación a las *variables cognitivas*, se destacan los resultados positivos obtenidos en memoria a corto plazo, comprensión escrita, velocidad visuomotora, fluidez fonética, coordinación bimanual, praxias, habilidades visuoespaciales, especialmente las dos últimas, que resultan fundamentales para el mantenimiento de la autonomía en la vida cotidiana, y para las que se ha probado que la intervención resulta exitosa. Es en el campo de las *alteraciones de conducta* donde se obtienen los resultados más alentadores de la intervención realizada. Por una parte, los sujetos del grupo experimental disminuyen en un gran número de alteraciones, y de manera estadísticamente significativa. Por otra parte, los sujetos del grupo placebo, aunque en menor medida que los experimentales, tienen una mejor situación conductual que los sujetos del grupo control, cuya alteración aumenta para casi todas las conductas analizadas.

Finalmente en el grupo de personas con *deterioro cognitivo grave (GDS 5-6)*, en referencia a la capacidad funcional, se observó un aumento en las puntuaciones de las *Actividades Básicas de la Vida Diaria* únicamente en el grupo experimental, lo que supone un aumento de la independencia de estas personas. Mientras que en el *rendimiento cognitivo*, se destacan los resultados en capacidad atencional, memoria remota, lenguaje, habilidad visuconstructiva y capacidad de categorización. Estos resultados denotan que, incluso en estadios avanzados de deterioro, existen posibilidades de estimulación si se hace a través de una intervención adecuada a sus capacidades y a su estado de afectación anatómica. Por último, en las *variables conductuales*, se observan tendencias claras a la mejora (disminución del trastorno) de la mayor parte de las conductas observadas en el grupo experimental, y a un empeoramiento (aumento del trastorno) en el grupo control. Muchas *alteraciones de conducta* disminuyen en las personas que conforman el grupo que recibe tratamiento, con las consecuencias que esto conlleva tanto para su bienestar (disminución de toma de neurolépticos y otros fármacos además de aumento de su calidad de vida), como para las de sus cuidadores y personas que les rodean.

Programas basados en las actividades del Método Montessori

El Método de Intervención Cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo grave basado en las Actividades del Método Montessori, es un programa que se realiza con buenos resultados en el Myers Research Institute de Cleveland (Ohio, EEUU), adaptado por Cameron Camp, basándose en las actividades creadas por Maria Montessori para el trabajo con niños con necesidades educativas

especiales. La filosofía de Montessori se basa en que el problema no está en el que aprende, sino en el que enseña, que no se adapta adecuadamente a las necesidades y características individuales del aprendiz. Esta teoría se adaptó y se utilizó para crear el Método Montessori para Personas con Demencia. La Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA, con financiación de la Fundación CajaMadrid, realizó una adaptación de este Método de intervención a la cultura local, y llevó a cabo un proceso de validación en el que se comprobó la eficacia de éste en la reducción de alteraciones conductuales y mantenimiento del estado funcional básico (Buiza, Etxeberria, Yanguas, Palacios, Yanguas, y Arriola, 2004). Los objetivos de esta intervención consistieron en:

- proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de AVD básicas, proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente, y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales.

Para alcanzar estos objetivos se realiza una intervención que puede ser en formato grupal o individual, en la que se trabajan actividades muy procedimentales, mediante las que se proporciona a los participantes estimulación cognitiva adaptada a su nivel, y realizada de una manera que no les resulta artificial, puesto que son tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria, y utilizando siempre materiales de uso cotidiano. Algunas de las actividades que se realizan son: verter, pensar, recoger con la mano, recoger usando instrumentos, clasificación por formas, objetos y categorías, discriminación sensorial, motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal, seriación,... Los resultados obtenidos indican que los tratamientos no farmacológicos resultan eficaces incluso en fases avanzadas de la demencia. Concretamente, los resultados de esta investigación avalan la eficacia del programa en reducción de alteraciones conductuales, fomento de la autonomía del paciente, y mejora de algunas de las funciones cognitivas (lenguaje, memoria y aritmética) al cabo de 6 meses de intervención.

Otra de las investigaciones que ha demostrado la efectividad de este método es la llevada a cabo por Orsulic-Jeras, Judge, y Camp (2000). Estos autores señalaron la eficacia de la intervención en un aumento del compromiso en la realización de las actividades, menor presencia de conducta pasiva y una mayor gratificación obtenida gracias a la participación en el programa. Al igual que en el estudio llevado a cabo por Buiza y cols (2004) otros autores han encontrado reducción de los

comportamientos problemáticos después de la participación en un programa basado en las actividades del método Montessori (Camp, Cohen-Mansfield, y Capezuti, 2002).

La satisfactoria experiencia de implementación y validación del programa Montessori para la estimulación de pacientes con deterioro cognitivo grave, impulsó al mismo equipo a afrontar un nuevo reto en este ámbito. Se desarrolló un programa conjunto familiar-paciente que tenía como objetivo establecer una mayor implicación de los familiares en el proceso de estimulación del paciente y mejorar la calidad de vida de los sujetos con deterioro cognitivo grave.

El objetivo general de este programa era potenciar de manera adaptada y muy estructurada para cada estadio de la enfermedad, las capacidades cognitivas residuales de los pacientes con demencia en fases avanzadas, por medio de actividades de estimulación controladas, con el fin de disminuir sus alteraciones conductuales, maximizar su capacidad de interacción con el medio, y su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, y mejorar por tanto su calidad de vida y el de las personas de su entorno. Asimismo, este proyecto pretendía proporcionar a los familiares herramientas que les permitan realizar una estimulación efectiva en los pacientes. Esta implicación de los familiares resulta especialmente efectiva para la disminución de alteraciones conductuales, muy frecuentes en este tipo de pacientes. Al mismo tiempo, otro objetivo de esta intervención fue mejorar la relación familiar-paciente, que en la mayoría de las ocasiones resulta difícil debido al avanzado estado de la enfermedad.

Las sesiones paciente-cuidador basadas en el método Montessori y dirigidas por un profesional cualificado, se desarrollaron a razón de dos veces por semana con una hora de duración y un periodo de tiempo de 6 meses.

En los resultados obtenidos en las variables cognitivas se observaron diferencias estadísticamente significativas en conceptualización, lenguaje y capacidad visoespacial en el grupo experimental respecto al grupo control. Asimismo, en las variables conductuales se observaron diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones conductuales, señalando un descenso en la frecuencia y severidad de las conductas problemáticas tras la intervención.

De los resultados obtenidos en este estudio se concluye que la intervención conjunta familiar-paciente mejora la calidad de vida de ambos, ofreciendo una mayor interacción entre ellos además de una mayor y una mejor comunicación. Asimismo en el caso de los pacientes, se redujeron de forma considerable las alteraciones de conducta. En el caso de los cuidadores, tras la

intervención se observó que la mayoría de ellos se sienten satisfechos con su participación en el programa y opinan que éste le ha proporcionado ideas o herramientas para llevar a cabo estas actividades en la vida diaria.

Shneider y Camp (2003) condujeron una investigación en la cual implicaban a los familiares cuidadores que visitaban a sus seres queridos afectados de demencia e ingresados en centros especializados. El objetivo del estudio pretendía analizar el efecto de la utilización de las actividades basadas en el método Montessori. Los resultados mostraron un mayor compromiso por parte de los pacientes con los familiares que les visitaban y una disminución de la conducta pasiva. La impresión de los cuidadores estaba marcada por una grata sensación de que los pacientes habían experimentado cambios positivos.

Programas de estimulación cognitiva basados en nuevas tecnologías

Se han desarrollado diversas técnicas de entrenamiento cognitivo mediante programas interactivos con ordenadores. Los programas existentes se pueden dividir en dos bloques en función de la finalidad para los que han sido desarrollados:

1. Programas dirigidos a la rehabilitación de procesos cognitivos específicos y al entrenamiento en habilidades concretas.
2. Programas dirigidos al entrenamiento de los sujetos en las principales funciones cognitivas, siguiendo una secuencia ordenada de programas de mayor a menor complejidad.

En España Franco, Orihuela, Bueno, Cid (2002) han desarrollado el **programa Grador**, un *sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica* por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones en *personas con deterioro cognitivo*. Tras un periodo de estudio de tres años, comprobaron que el grupo experimental mantenía sus puntuaciones en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y mejoraron sus puntuaciones en los aspectos tanto emocionales como comportamentales.

Otros programas interactivos de entrenamiento cognitivo que se han desarrollado son: **THINKable** y **Rehacom**.

El programa **THINKable** *trabaja la atención visual, discriminación visual, memoria visual y memoria de secuencias*. La eficacia del programa **THINKable** fue evaluada por Giaquinto y Fiori (1992). Los análisis revelaron que los problemas de memoria y funcionamiento cognitivo superior mejoran gracias al entrenamiento estructurado y que este tipo de programas es *beneficioso incluso para aquellas personas con enfermedad de Alzheimer*. Ruff, Mahaffey, Engel, Farrow, Cox, y Karzmark (1994) también analizaron la eficacia de este programa pero con *personas con deterioro cognitivo grave*. Su duración era de 20 horas y se incluían aspectos de rehabilitación de la atención y de memoria. Estos autores encontraron mejoras significativas en estas dos capacidades cognitivas.

En relación al **programa Rehacom**, *centrado en la rehabilitación de la atención visual, la rapidez perceptiva y la velocidad de ejecución*, Friedl-Francesconi y Biender (1996) realizaron un estudio para comprobar la eficacia de este programa. Los resultados revelaron que el grupo que fue tratado con el programa Rehacom obtuvo mejores resultados en el test de Hawie y en el test de Benton, además también mejoraron las puntuaciones asociadas a las dimensiones psicológicas propias del hemisferio derecho.

Un sistema multimedia para la psicoestimulación de personas afectadas de demencia es el denominado **Smart Brain** (Tárraga Boada, Modinos, Badenas, Espinosa., Diego y cols.). Los objetivos son *potenciar y acelerar los efectos de la psicoestimulación en el campo de la enfermedad de Alzheimer*, aprovechando las oportunidades que ofrece hoy la informática. El resultado es un programa de actividades interactivo por ordenador que fomenta la autonomía del paciente en el contexto del tratamiento. Con este programa se pretende frenar el ritmo de desarrollo de la enfermedad y recuperar funciones deficitarias en enfermos en fases leves o moderadas, incrementando así su calidad de vida. Los resultados de la eficacia de este sistema se encuentran actualmente en prensa.

Se ha podido comprobar que este tipo de programas tiene múltiples ventajas (posibilidad de graduación de la complejidad de las tareas, mayor tolerancia a los errores y a la frustración, posibilidad de trabajar en grupo con los pacientes o independientemente en el domicilio), pero a su vez tienen una serie de limitaciones o inconvenientes (dificultad de personalización de las necesidades de cada paciente en particular, escasa validez ecológica, efectividad a corto plazo, ignoran los aspectos cualitativos de la ejecución, precio elevado, disminución de la interacción paciente-terapeuta) (Muñoz, y Tirapu, 2001).

2.4.5. Programas de intervención centrados en la estimulación

Estos tratamientos incluyen terapias orientadas a la estimulación de diferentes sentidos que en el presente están ganando actualidad en el tratamiento de personas afectadas de demencia. Algunos de ellos actualmente tienen poca evidencia empírica (Marshall y Hutchinson, 2001) pero otros han demostrado tener efectos beneficiosos en el tratamiento de pacientes con demencia. A continuación se ofrece una revisión de algunas de las terapias más utilizadas.

Arte Terapia

Este tratamiento ha sido recomendado para personas con demencia porque proporcionan una estimulación llena de significado para los pacientes, mejoran la interacción social, y la comunicación y aumentan los niveles de autoestima (Killick y Allan, 1999). Esta terapia utiliza el dibujo y la terapia como medios de auto-expresión y ofrecen la oportunidad de dejar hacer elecciones a los pacientes tales como qué color utilizar o el tema que desean expresar (Gerdner, 2000).

Musicoterapia

La música puede tener efectos calmantes en los pacientes que exhiben problemas de conducta. Esta terapia se ha utilizado con una doble finalidad: como facilitadora de la relajación en actividades como el baño o la comida o como instrumento de estimulación sensorial. Las intervenciones que se recogen en la literatura científica abarcan un amplio rango de tratamientos que oscilan entre escuchar música en un CD y entre sesiones de musicoterapia lo cual incluye juegos musicales, baile y canto. Dos han sido los momentos elegidos por los investigadores para analizar el efecto de la música. Nos referimos a dos momentos delicados como lo son la hora del baño y de la comida. Los estudios que se señalan a continuación se han llevado a cabo en su gran mayoría en centros residenciales especializados.

Con respecto a la utilización de la música en el momento del baño dos estudios señalan los beneficios de escuchar música durante esa actividad en reducción de comportamientos de agresividad (Thomas, Heitman, y Alexander, 1997; Clark, Lipe, y Bilbrey, 1998). En la revisión realizada por Cohen-Mansfield (2001) de los tres estudios que analizaban los efectos de la música en los pacientes en el momento de la comida, dos señalan diferencias significativas en la reducción de la agitación (Godaer, y Abraham, 1994; Denney, 1997). En la misma revisión, se mencionan

estudios que evidencian reducción del comportamiento de agitación verbal y agitación en general mientras los pacientes escuchan cintas o CD con cascos (Tabloski, McKinnon–Howe, y Remington, 1995; Cohen–Mansfield, y Werner, 1997). Finalmente, la otra intervención que se mencionaba al inicio de este apartado hacía referencia a la utilización de la musicoterapia para lograr la reducción del comportamiento de agitación. En el estudio llevado a cabo por Brotons, y Pickett-Cooper (1996) concluyeron que la utilización de técnicas como el canto, el baile o incluso tocar instrumentos alivia en los pacientes con demencia la conducta de agitación.

Otra intervención que tenía como objetivo mejorar el estado de ánimo de las personas con deterioro cognitivo grave fue la que realizaron Van de Winckel, Feys, De Weerd y Dom (2004). En el estudio que realizaron evaluaron la efectividad de un programa de musicoterapia en el estado de ánimo y en el funcionamiento cognitivo en 25 mujeres con demencia en estadios moderado a grave. El programa consistía en 30 minutos de ejercicio físico diario ayudado de música en el caso del grupo experimental y en el caso de grupo control, la intervención consistía en la misma cantidad de sesiones pero éstas estaban basadas en la conversación. Los resultados obtenidos en esta investigación indican que este programa tiene efectos positivos en la cognición, pero no en el estado conductual.

Más recientemente, Sung, Chang y Abbey (2006) señalan la importancia de la utilización de la musicoterapia en el manejo de la agitación. Estos autores subrayan que se trata de una técnica de bajo coste y de fácil aprendizaje para el personal sanitario con múltiples ventajas, entre ellas, la reducción de los niveles de agitación en los pacientes y consecuentemente de reducción de niveles de estrés y sobrecarga en los familiares.

Ejercicio Físico

La realización de ejercicio físico en cualquier momento de la vida es una práctica ampliamente recomendada por instituciones y profesionales de la salud. Sus ventajas y beneficios son conocidos por todos y siempre que se realice de forma controlada y en condiciones idóneas sus contraindicaciones son escasas. Si trasladamos todo ello al extenso mundo de las demencias, los enfermos afectados por ella igual que el resto de la población son candidatos óptimos para ejercitar el cuerpo, pues con ello como veremos a continuación se logran múltiples beneficios.

Algunos autores señalan que la regular práctica de ejercicio físico reduce considerablemente las caídas y mejora el patrón de sueño de las personas afectadas de demencia (King, Oman, Brassington, Bliwise, Haskell, 1997). Un grupo de investigadores franceses desarrollaron un programa de entrenamiento físico para mejorar el equilibrio en personas con antecedentes de caídas y afectadas de demencia. Los resultados señalaron que en el grupo experimental habían obtenido mejores resultados en movilidad, flexibilidad, marcha y equilibrio estático (Toulotte, Fabre, Dangremont, Lensele, y Thevenon, 2003). Otros estudios, enuncian la mejora del estado de ánimo y la confianza en sí mismos (Young y Dinan, 1994). En un estudio controlado conducido en un centro gerontológico encontraron que después de un programa de ejercicio físico implantado en el centro los residentes reducían considerablemente la agitación durante el día y que el descanso nocturno aumentaba (Alessi, Yoon, Schnelle, Al-Samarrai, Cruise, 1999). En otro estudio similar llevado a cabo en el mismo entorno Turner (1993), encontró que mejoras en los pacientes afectados de demencia en mejora de calidad de vida y funcionamiento cognitivo después de haber participado en un programa de ejercicio físico. Más recientemente Teri y colaboradores (Teri, Gibbson, McCurry, Logsdon, Buchner, Barlow y cols. 2003) diseñaron una investigación con el objetivo de analizar si un programa combinado de ejercicios en casa para el paciente junto con formación al cuidador sobre el manejo de los comportamientos problemáticos, reducirían el deterioro funcional del paciente y retrasarían la institucionalización. A los tres meses de iniciarse el programa los autores comprobaron que en comparación con el grupo control, los pacientes del grupo experimental habían realizado más ejercicio físico (por lo menos 1 hora al día) y que habían tenido menos días de actividad restringida. Asimismo los pacientes del grupo experimental mostraron tener una mejor capacidad funcional y un estado de ánimo más óptimo. En el seguimiento a los dos años, los pacientes que habían participado en el programa de ejercicio físico mantuvieron un mejor estado funcional y menor riesgo de institucionalización debido a una menor presencia de problemas de conducta.

Aromaterapia

La aromaterapia es un de las últimas incursiones en el amplio campo de las intervenciones no farmacológicas en demencia (Burns, Byrne, Ballard, y colmes, 2002). Esta terapia está dotada de ventajas en comparación con los tratamientos farmacológicos ampliamente utilizados en el tratamiento de los pacientes con demencia y son bien toleradas por los pacientes. Las dos esencias más utilizadas son los bálsamos de lavanda y melisa y las propuestas de aplicación ofrecen múltiples opciones. Se presentan tanto en cremas como en aceites y la aplicación puede realizarse de

diferentes modos: inhalación, utilización de aceites en el baño o para masajes incluso mediante uso tópico en cremas (Douglas, James y Ballard, 2004).

Algunos estudios controlados han demostrado la eficacia de esta terapia, concretamente de la utilización de la melisa en reducción del comportamiento de agitación (Ballard, O'Brien, Reichelt, Perry, 2002). En otro estudio conducido con pacientes afectados de demencia residentes en sus domicilios observaron los efectos de la melisa en la reducción del comportamiento de agitación y mejora del estado cognitivo de los 42 participantes en el estudio. Tras cuatro meses de intervención la cual consistía en la administración de 60 gotas diarias de esencia de melisa, los investigadores encontraron mejoras en la función cognitiva de los pacientes. Con respecto a las alteraciones de conducta no se observaron diferencias entre los grupos excepto en el comportamiento de agitación, siendo los niveles mayores en el grupo placebo (Akhondzadeh, Noroozian, Mohammadi, Ohadinia, Jamshidi y Khani, 2003).

Holmes, Hopkins, Hensford, MacLaughlin, Wilkinson, y Rosenvingeet (2002) realizaron un estudio con el fin de determinar si la aromaterapia era eficaz en un grupo de 15 personas con deterioro cognitivo grave. La esencia utilizada en esta ocasión fue la lavanda y los resultados obtenidos indican que esta terapia tiene una eficacia modesta en el tratamiento de personas con deterioro cognitivo grave en lo referente a reducción del comportamiento de agitación.

Terapia con luz

Las terapias de luz se están utilizando principalmente para el manejo de las alteraciones del sueño producidas por alteraciones en los ritmos circadianos que asimismo provocan el denominado "sundowning" o "síndrome del atardecer". Este síndrome se caracteriza por un comportamiento singular de confusión y agitación a última hora de la tarde o primera de la noche, coincidiendo con el anochecer.

En la mayoría de las instituciones, los niveles de luz son muy bajos y pueden no ser suficientes para permitir al reloj circadiano ajustarse a las 24 horas del día. Dowling, Hubbard, Mastick, Luxenberg, Burr y Van Someren (2005) realizaron un estudio en el que analizaron la efectividad de la luz brillante matutina en la reducción de las alteraciones de sueño. La muestra estaba constituida por 46 pacientes con Enfermedad de Alzheimer grave. El grupo experimental recibió una hora de exposición de luz brillante en la cara durante 10 semanas, mientras que el grupo control recibió la

luz interior habitual. Los resultados indican que la intervención realizada mediante la luz brillante matutina únicamente es eficaz en aquellos sujetos con los ritmos sueño-vigilia más alterados. Este tipo de terapia también se utilizó en otro estudio realizado por Koss y Gilmore (1998). Los resultados de este estudio indican que el incremento de la intensidad de la luz unido al aumento de los contrastes visuales de diferentes colores, aumentaba la ingesta de comida y reducía de forma significativa la agitación durante el periodo de intervención. En el estudio llevado a cabo por Haffmanns, Sival, Lucius, Cats y van Gelder (2001) concluyeron que la utilización de luz brillante tenía beneficios en particular en las alteraciones de sueño.

2.4.6. Otras intervenciones

En la literatura científica se recogen otro tipo de intervenciones algunas de ellas con bastante evidencia científica y otras no tan avaladas por los estudios empíricos. A continuación se van a enumerar algunas de ellas.

Las denominadas terapias multisensoriales utilizan una habitación especialmente provista de diversos materiales de estimulación como luz, diferentes texturas, olores y sonidos como medio para la estimulación de pacientes con demencia. Generalmente, estas habitaciones se utilizan en personas con demencia avanzada (Baillon, Van Diepen y Prettyman, 2002). Algunos estudios afirman que este tipo de terapias ofrecen ciertos beneficios especialmente en la reducción del comportamiento de agitación pero los resultados no son significativos (Van Diepen, Baillon, Redman, Rooke, Spencer y Prettyman, 2002). En alguna de las recientes revisiones realizadas, los autores concluyen que la escasa evidencia científica disponible hace perder rigurosidad empírica a este tipo de tratamientos (Burns, Cox, Plant, 2000).

Una de las intervenciones llevadas a cabo en los últimos años es la que incluye la utilización de mascotas, particularmente, la utilización de perros para lograr beneficios en el bienestar de los pacientes con demencia. Generalmente, los tratamientos consisten en una hora de visita de los animales durante 5 días a la semana y los estudios reportan mejoras en la irritabilidad de los sujetos con demencia. Estos resultados se obtuvieron en el estudio dirigido por Zisselman, Rovner, Shmueli, y Ferrie (1995) pero debe señalarse que no todos los participantes en el estudio estaban afectados de demencia. A pesar de que los resultados de este estudio pueden hacer perder credibilidad al beneficio de esta terapia con personas con demencia, existen otros estudios que acreditan la eficacia de dichas intervenciones con este colectivo. Churchill, Safaoui, McCabe y Baun (1999)

encontraron reducción del comportamiento de agitación en residentes de unidades especiales de cuidado que presentaban demencia. Existen asimismo estudios que han analizado el beneficio de tener una mascota en los domicilios. Éstos afirman que los pacientes muestran niveles más bajos de agresividad verbal (Fritz, Farver, Kass, y Hart, 1995).

Por otro lado, el masaje manual puede ser una opción de tratamiento viable, especialmente debido a la facilidad de su implementación. El masaje puede utilizarse como intervención con personas con demencia al objeto de reducir la depresión, ansiedad, agresividad y otras manifestaciones psicológicas y de comportamiento. Otras formas de contacto físico como, por ejemplo, sostener la mano de un paciente pueden expresar una intención de calmar a la persona o mostrar una implicación emocional, como contraposición al contacto de tipo funcional habitual en la práctica profesional de la enfermería. En la revisión sistemática sobre intervenciones no farmacológicas para síntomas de comportamiento asociados a la Demencia (O'Neil, 2011) se describe un pequeño estudio en el que pacientes con demencia eran tratados con 5,5 minutos diarios de contacto físico, incluyendo 2,5 minutos de masaje suave y 3 minutos de contacto intermitente acompañado de habla. Esta intervención conseguía disminuir los trastornos de comportamiento de forma inmediata desde su aplicación y durante los 5 días siguientes.

Además, el uso de adecuadas estrategias de comunicación constituye otro tipo de intervención no farmacológica, de especial interés para el tratamiento de personas con demencia. El deterioro cognitivo puede provocar en una escasa comprensión, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria y problemas de lenguaje. Además las personas mayores pueden tener dificultades visuales y auditivas. Por lo tanto, el personal de atención debe contar con una gama de estrategias de comunicación que puedan facilitar y apoyar la comunicación. Algunos principios generales a aplicar (Hoe y Thompson, 2010) serían mantener el contacto visual, hablar individualmente a la persona y con claridad y prestar atención a las respuestas no verbales. Otras consideraciones incluyen reducir el ruido ambiental, dar tiempo suficiente a la persona para que responda y reformular las frases que no hayan sido comprendidas. Se pueden emplear además las siguientes estrategias concretas: emplear frases cortas y simples, dar de forma separada cada instrucción u opción, evitando el uso de preguntas abiertas. Todo ello puede contribuir a evitar el estrés o las respuestas negativas por parte del residente.

Por último, junto con una adecuada estrategia de comunicación, Yamaguchi, Maki y Yamagami (2010) proponen el uso de un nuevo tipo de rehabilitación en demencia: la rehabilitación mediante

activación cerebral (brain-activating rehabilitation). Esta intervención se compone de cinco principios básicos cuya aplicación permitiría retrasar la progresión de la enfermedad y el deterioro funcional: (i) actividades cómodas y plácidas en un ambiente agradable; (ii) actividades asociadas con una comunicación empática y bidireccional entre terapeuta y paciente, (iii) los terapeutas deben alabar a los pacientes para promover su motivación, (iv) los terapeutas deben tratar de ofrecer a cada paciente un rol social que realce las habilidades que aún mantiene la persona, y (v) las actividades deben estar basadas en un aprendizaje sin errores para asegurar un ambiente placentero y preservar la dignidad de las personas. El objetivo principal de este tipo de intervención es mejorar la motivación de los pacientes y maximizar el uso de la funcionalidad que les queda, previniendo con ello el deterioro cerebral y promoviendo una actitud positiva hacia la vida.

En resumen, de la revisión realizada se puede concluir que las intervenciones que tienen por objeto trabajar las actividades cotidianas, no han sido objeto de estudio hasta la fecha en la comunidad científica. Lo habitual ha sido centrarse en la estimulación cognitiva del paciente o en la modificación ambiental o contextual para reducir la sintomatología neuropsiquiátrica y mejora el estado cognitivo. Sin embargo, los programas que permitan utilizar situaciones cotidianas de la vida diaria son una gran oportunidad para diseñar intervenciones acordes con los gustos y preferencias de la persona y para darle un mayor significado y sentido a la intervención, independientemente del grado de deterioro de la persona afectada de demencia.

En definitiva, y mediante las actividades cotidianas centradas en los gustos, aficiones y preferencias de la persona se busca un aumento del compromiso y el interés en la realización de las actividades, menor presencia de conducta pasiva y una mayor gratificación obtenida gracias a la participación en el programa.

2. 5. Intervenciones en MATIA FUNDAZIOA

MATIA FUNDAZIOA basa su actuación en un Plan General de Intervención, desarrollado hace más de 10 años, entendiéndolo éste como un sistema que engloba un conjunto de programas interrelacionados, que deben de dar respuesta a las necesidades de los sujetos para los cuales es diseñado. En este sentido se han de superar visiones tradicionales tipo uniprofesional o multiprofesional que sectorizan funciones, roles,..., asumiendo que lo importante es el Plan, los profesionales y sus funciones deben estar en relación a él y no al revés; esto es la interdisciplinariedad.

Como se ha mencionado el Plan General de Intervención basa su actuación en la interrelación de programas básicos, siendo las principales áreas de actuación las que a continuación se detallan:

Salud: física, psíquica y social

- Valoración y tratamiento geriátrico y valoración psicosocial.
- Programas de rehabilitación y tratamiento: gimnasia, fisioterapia y terapia ocupacional.
- Programas de prevención, promoción y educación para la salud.
- Programas de orientación en la realidad y entrenamiento en memoria para las funciones cognitivas. Programas cognitivo-conductuales y de planificación del tiempo libre para personas con depresión. Programas de entrenamiento en relajación para la prevención y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Y programas de apoyo para favorecer la adaptación.

Tabla 1. Abordaje del área de salud, subárea de Salud Física en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE SALUD-I					
SUBÁREA DE SALUD FÍSICA					
Programa de Valoración Geriátrica	Programa de Tratamiento Geriátrico	Programas de rehabilitación y mantenimiento			Programas de Prevención y Promoción
		Programa De Gimnasia	Programa De Fisioterapia	Programa de Terapia Ocupacional	Programas de Automedicación ; hábitos saludables, ...

Tabla 2. Abordaje del área de salud, subárea de Salud Psíquica en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE SALUD-II					
SUBÁREA DE SALUD PSÍQUICA					
Cognitiva			Psicoafectiva		
Demencia		Olvido senil benigno	Ingreso	Trastornos de Ansiedad	Trastornos depresivos
Orienta	Psicoest.	Programa de Entrenamiento	Unidad Apoyo Ingresos	Programa de Entrenamiento en Relajación	Programa Cognitivo-conductual
Realidad		o en memoria			

Relaciones sociales

Dentro del área de relaciones sociales se trabaja desde la valoración social realizada tanto en lo correspondiente a interacción social -por ejemplo a través de programas de apoyo social y entrenamiento en habilidades sociales-, como en lo referente al tema de intervenciones con familias. El trabajo con familias abarca desde la formación de familiares, programas de apoyo a familiares (grupos de autoayuda, de mutua ayuda...), hasta programas de participación de familiares (*Montorio, Díaz, Izal 1995*); (*Yanguas, Leturia, 1995*).

Tabla 3. Abordaje del área de relaciones sociales en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE LAS RELACIONES SOCIALES							
SUBÁREA DE INTERACCIÓN SOCIAL				SUBÁREA FAMILIAR			
Intervenciones Grupales		Intervenciones No grupales					
Programa de Apoyo Social	Programa de Entrenamiento en HHSS	Individual	Ambiental	Programa Lúdico Relacional	Programa Formativo	Programa de Apoyo	Programa Participativo

Ocio y cultura

Se engloban los aspectos educativos y de acceso a la cultura desde la formación, desde la información y desde la creación de cultura propia; programas de participación sociocomunitaria: voluntariado, potenciación y organización de la comunidad, autogestión de recursos, asociaciones, hasta la formación de voluntarios. Se ha definido como ocio terapéutico a la utilización del tiempo libre del sujeto para la realización de actividades que mejoren, refuercen y rehabiliten funciones cognitivas, estado de salud, relaciones sociales... (Comprende aspectos educativos y culturales, como la formación, información y creación propia):

- Potenciación de capacidades (como la relación y la comunicación.)
- Programas, por ejemplo, de ocio terapéutico y educativo.

Tabla 4. Abordaje del área Ocio-Cultura en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE OCIO-CULTURA						
Educación Cultura		Ocio – Tiempo libre				
Programas Educativos		Programado				No Programa do
Grupales	Individuales	Cognitiv o	Salud	Social	Educativo	Libre

Organización

Tanto de las personas mayores, sus familias, como de los profesionales y del propio Plan General de Intervención, así como la necesaria organización de las relaciones entre profesionales y usuarios:

- Órganos de representación de los mayores y las familias.
- Organización del trabajo y de la intervención. Trabajo interdisciplinar, desarrollo de una cultura intergeneracional.

Tabla 5. Abordaje del área de Organización en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE ORGANIZACIÓN					
Órganos de representación			Organización del trabajo		
Junta de Gobierno		Asambleas Generales	Departamentos		Equipo Interdisciplinar
Formación	Trabajo y Coordinación con Departamentos		Equipos por programas		

Ambientes

Incluye, desde los supuestos básicos de la psicología ambiental y arquitectura, la realización de programas de adecuación de variables físicas y arquitectónicas, ayudas protésicas y ayudas para la orientación, escenarios de convivencia y trabajo con la percepción ambiental de las relaciones, y dentro de la organización de ambientes: normatividad y participación. Considerando la relevancia que esta área tiene en las personas mayores y como más adelante se verá, parte de este trabajo se centra en la evaluación ambiental de dos centros gerontológicos.

- Adecuación variables físicas, como ayudas protésicas para la orientación, y el fomento de las interacciones.
- Intervención sobre variables de clima social.
- Elaboración de protocolos, reglamentos, normas claras y accesibles.
- Poner a disposición de los usuarios instrumentos de control como libros de reclamaciones y folletos de derechos y deberes.

Tabla 6. Abordaje del área ambientes en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA DE AMBIENTES					
FÍSICO		SOCIAL		ORGANIZACIONAL	
Variables físicas y arquitectónicas	Ayudas protésicas a la orientación	Escenarios	Percepción de las relaciones	Normatividad	Participación

Incluye la complementación institucional, socio-sanitaria, inserción, organización y auto-organización de la comunidad:

- Programas de inserción, organización y autoorganización de la comunidad.
- Programas conjuntos, como los de atención primaria, hospitalaria y salud mental.

Tabla 7. Abordaje del área comunitaria en MATIA FUNDAZIOA

ÁREA COMUNITARIA								
SUBÁREA SOCIAL			SUBÁREA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA			RECURSOS		
Programa	Programa	Programa	Atención	Atención	Salud	Hogar	Centro	Estancias
Inserción	Organiz.	Comple-	Primaria	Especiali	Mental		Día	s
	y auto-	mentación		z.	l			Diurnas
	organiz.	Institucio.						

Pese a haber establecido el Plan General de Intervención anteriormente señalado, que abarca todas las áreas de la persona, nuevo conocimiento ligado a la Atención Centrada en la Persona hace necesario conseguir establecer programas de intervención que abarquen las mismas áreas de intervención pero que en su realización sean lo más parecidas posibles a las actividades que una persona realiza en su domicilio. El método Montessori ha avanzado ya en este sentido pero diseñado como intervención reglada. El reto será que las personas participen y mejoren considerando que se encuentran en un ambiente “como en casa” realizando las tareas que les gusta

3. OBJETIVOS

Objetivo General: Diseño y aplicación de un programa de intervención basado en actividades cotidianas que den respuesta a la necesaria promoción de la autonomía y bienestar de las personas mayores del centro (independientemente del grado de dependencia funcional y/o cognitiva que presenten).

Objetivos Específicos:

- Detección de las necesidades y preferencias de los usuarios de la muestra.
- Diseño de las intervenciones atendiendo a la necesaria actuación en prevención, respuesta a usuarios y a fomento de la autonomía, bienestar y preferencias.
- Implantación de los programas relacionados con la vida cotidiana, acorde con los gustos y preferencias de cada uno de los usuarios, en consonancia con su historia de vida. Favorecer el mantenimiento de la autonomía mediante la ejercitación de las Actividades de la Vida Diaria (AVDS), de la atención centrada en la persona y de la calidad de vida de cada uno de los participantes en el proyecto.
- Seguimiento y evaluación de los mismos.
- Adaptación de los espacios existentes para la aplicación de los programas diseñados.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Mejorar la satisfacción con las actividades del centro de los familiares y trabajadores.

4. METODOLOGÍA

4.1. Muestra de usuarios

El principal criterio para la selección de la muestra ha sido la conexión con la rutina diaria de vida en el domicilio, como es el caso de los usuarios del Centro de Día. El pre-test del cuestionario de piloto de Historias de Vida, indica en algunos casos que los residentes en el centro tienden a adaptarse a su nuevo entorno de vida en el centro olvidando rápidamente sus rutinas diarias anteriores. En este sentido el Centro de Día ofrece la oportunidad de unir las rutinas diarias tanto en el domicilio como en un centro gerontológico, de manera que se complementan mutuamente.

Aunque el proyecto inicial definía una muestra diversa en cuanto al grado de deterioro, se ha considerado de interés contar con una mayor presencia de individuos con deterioro cognitivo grave para poder estudiar y testar en profundidad el grado de éxito o la aceptación de las intervenciones propuestas, en un colectivo que supone un gran reto para los profesionales del ámbito psicosocial, por entrañar una mayor dificultad a la hora de diseñar programas de intervención dirigidos a ellos, dado el grado de deterioro que presentan.

Se considera que las actividades testadas en el Centro de Día, permitirán también identificar actividades susceptibles de ser implantadas en el entorno residencial.

La unidad donde va a ser puesto en marcha este proyecto corresponde al Módulo de Centro de Día constituido por 25 personas que acuden al mismo de lunes a viernes. De estos usuarios 16 son mujeres y 9 hombres. Se puede considerar que el grueso de la muestra presenta un deterioro cognitivo muy grave, presentando en 17 casos síntomas neuropsiquiátricos.

Los usuarios que asisten a este Centro tienen un perfil de cargas asistenciales por dependencia psíquica, física y/o sanitaria.

A continuación se recogen los datos más significativos de estas personas:

- Sexo
- Edad
- Estado civil

- Nivel de estudios
- Profesión
- BVD: Grado de dependencia

Tabla 8. Características sociodemográficas de los usuarios participantes

	SEXO		EST. CIVIL	ESTUDIOS	PROFESION	BVD
USU 1	Hombre	87	Casado/a	Formación profesional	Agente Aduanas	Grado II, nivel 1
USU 2	Hombre	86	Viudo/a	Lee y escribe	Michelin	Grado II, nivel 2
USU 3	Mujer	70	Casado/a	Estudios primarios	Ama de casa	Grado II, nivel 1
USU 4	Mujer	79	Viudo/a	Lee y escribe	Ama de casa	Grado II, nivel 1
USU 5	Mujer	97	Soltero/a	Lee y escribe	Limpiando casas	Grado III, nivel 1
USU 6	Mujer	85	Casado/a	Estudios primarios	Camarera	Grado II, nivel 1
USU 7	Mujer	87	Viudo/a	Lee y escribe	Zapatería	Grado II, nivel 2
USU 8	Mujer	78	Viudo/a	Analfabeto	Ama de casa	Grado II, nivel 2
USU 9	Mujer	81	Viudo/a	Estudios primarios	Camarera y panadería	Grado II, nivel 2
USU 10	Hombre	83	Casado/a	Lee y escribe	Campo	Grado III, nivel 2
USU 11	Mujer	88	Viudo/a	Lee y escribe	Fabrica de Hilo	Grado II, nivel 2
USU 12	Mujer	86	Viudo/a	Estudios primarios	Bar	Grado II, nivel 2
USU 13	Hombre	77	Casado/a	Estudios primarios	Chofer	Grado II, nivel 2

USU 14	Hombre	76	Casado/a	Estudios primarios	Agente Comercial	Grado III, nivel 1
USU 15	Mujer	94	Viudo/a	Lee y escribe	Ama de casa	Grado I, nivel 1
USU 16	Mujer	83	Viudo/a	Lee y escribe	Costurera y niñera	Grado II, nivel 1
USU 17	Mujer	74	Viudo/a	Estudios primarios	Ama de casa	Grado II, nivel 1
USU 18	Hombre	81	Casado/a	Estudios primarios	Cementos Rezola	Grado III, nivel 1
USU 19	Hombre	83	Casado/a	Estudios primarios	Almacenero	Grado III, nivel 2
USU 20	Hombre	62	Casado/a	Formación profesional	Fontanero	Grado III, nivel 1
USU 21	Mujer	91	Viudo/a	Lee y escribe	Ama de casa	Grado III, nivel 1
USU 22	Mujer	79	Soltero/a	Estudios primarios	Ama de casa	Grado III, nivel 1
USU 23	Hombre	79	Casado/a	Lee y escribe	Taller de metal	Grado II, nivel 2
USU 24	Mujer	64	Casado/a	Lee y escribe con dificultad	Limpiando casas	Grado III, nivel 1
USU 25	Mujer	89	Casado/a	Lee y escribe	Caserío	Grado III, nivel 2

Gráfico 2: Distribución de la muestra dependiendo del género

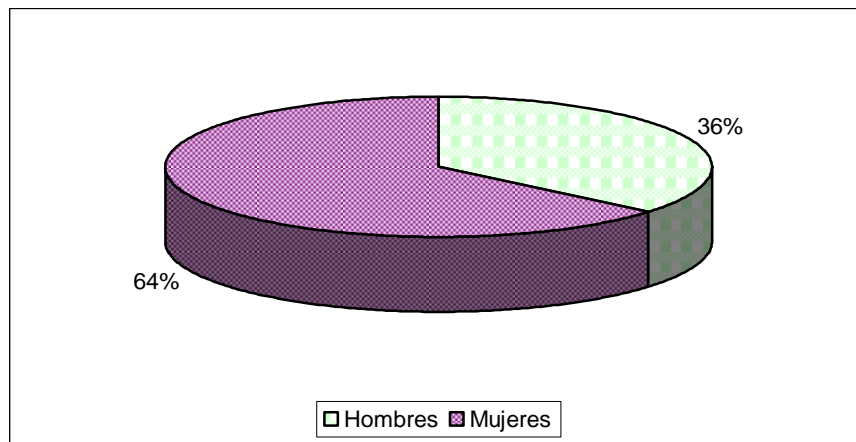
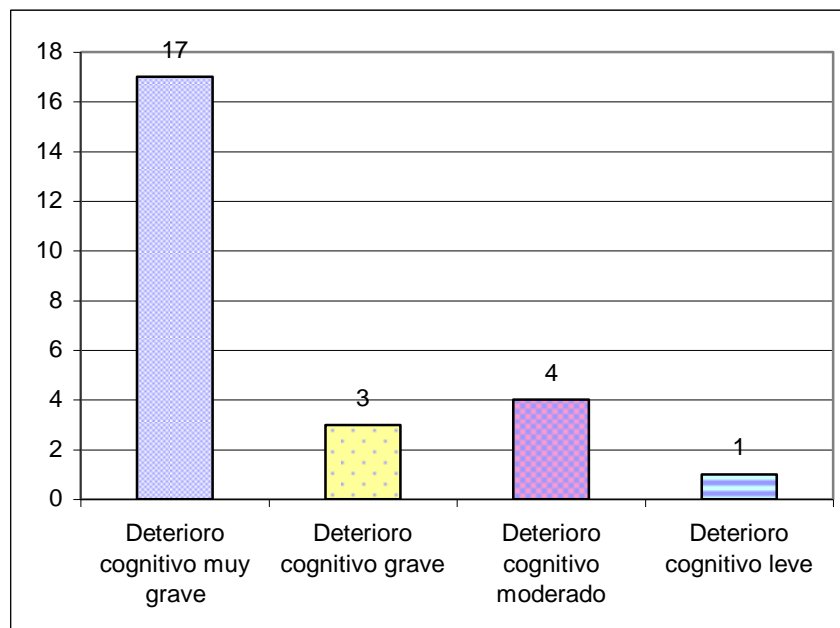


Gráfico 3: Distribución de la muestra dependiendo del grado de deterioro cognitivo



4.2. Entrevistadores

Previo a la implantación de programas se realizará la recogida de información a través del cuestionario de Historia de Vida, diseñado en el proyecto 2.2.6. Debido al deterioro cognitivo de las personas seleccionadas, este cuestionario será respondido por los familiares de los usuarios del centro de día. Se acuerda que será la Trabajadora Social del centro quien realice las entrevistas.

De forma complementaria se realizara un análisis observacional de los usuarios del Centro de Día, siguiendo la metodología diseñada en el piloto 2.2.5. Dicho análisis permitirá identificar

potenciadores y detractores que influyen en los síntomas neuropsiquiátricos y que pueden ser de gran utilidad de cara al diseño de las intervenciones. Se acuerda que la Psicóloga del centro sea la persona que realice el Análisis Observacional.

4.3. Evaluaciones

En este apartado se contemplan dos tipos de evaluaciones. La primera será la evaluación del proyecto en sí mismo en tres momentos diferentes: antes, durante el proceso y después de la aplicación del proyecto piloto.

En la evaluación *antes* se tendrá en cuenta la situación de partida en cuanto a los diagnósticos de los usuarios, el deterioro cognitivo y físico que presentan, el tipo de programa de intervención en el que participan habitualmente y las alteraciones de conducta que presentan, así como sus preferencias y valores en la vida.

Para la evaluación *durante el proceso*, se diseñarán plantillas específicas para registrar una serie de indicadores clave para cuantificar la medida en la cuál se ha logrado captar la atención e interés de los usuarios en las intervenciones basadas en actividades de la vida cotidiana. Una de las maneras para hacerlo dado el grado de deterioro que presentan sería a través de la observación y grado de compromiso o “engagement” que se logra en cada una de las actividades que se realizan con él. Ese grado de engagement se cuantificará en 5 niveles que oscilan entre el engagement constructivo al no-engagement. Esto permitirá cuantificar los logros alcanzados en relación a la intervención planteada, las dificultades detectadas, así como modificaciones o adaptaciones necesarias a realizar.

La evaluación al *final* de la aplicación del proyecto será la que indique el Nº de nuevas intervenciones puestas en marcha para dar respuesta a las nuevas necesidades y preferencias identificadas mediante la Historia de vida y análisis observacional, así como el grado de engagement logrado en los usuarios. En definitiva se cuantificará en qué medida se han cumplido los objetivos propuestos.

En segundo lugar, la evaluación de la puesta en marcha de este proyecto se realizará mediante una comparativa de la situación que tienen los miembros de la muestra con carácter previo y posterior a la implementación del proyecto. En el siguiente apartado se describen los instrumentos de medida que se utilizarán para cumplir con este objetivo.

4.4. Instrumentos de recogida de información

Se emplearán los siguientes instrumentos de medición, para monitorizar la evolución de indicadores y variables seleccionadas para este estudio.

- Escalas de Calidad de Vida:
 - **COOP-WONCA:** Una de las herramientas utilizadas en MATIA FUNDAZIOA, para medir la calidad de vida de las personas con demencia, es la escala de ‘Láminas de Medición del Estado Funcional COOP/WONCA, las cuales surgieron a raíz de “la conexión de las Láminas de Medición del Estado Funcional Darmouth COOP, primeros instrumentos evaluados por la WONCA en Medicina de Familia, y la CIAP-2” (Leturia et al, 2001). Estas láminas se emplean principalmente en el ámbito de la atención primaria, ya que al ser gráficas, son de fácil administración y comprensión .. Sin embargo, para poder responder a esta escala, es necesario no tener un deterioro cognitivo inferior a deterioro cognitivo moderado (una media de 20 puntos en el MEC35). Debido a esto, las personas que padecen un deterioro cognitivo inferior a este –entiéndase, deterioro cognitivo grave y muy grave-, no son evaluados en cuanto al ámbito de calidad de vida.
 - **QUALID:** Calidad de Vida en Personas con Demencia en Estadios Avanzados (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale- QUALID), la cual puede ser aplicada por cualquier persona que sea el cuidador principal de la persona con demencia – personal de atención directa en el ámbito residencial y de centro de día. - (Weiner et al, 2000). Esta escala captura la frecuencia con la que aparece cada una de las conductas valoradas, las cuales son: sonrisas, tristeza aparente, llanto, expresión facial de malestar, incomodidad física aparente, sonidos de malestar, irritabilidad o agresión, disfruta comer, disfruta tocar o que le toquen, disfruta estar o interactuar con otras personas y tranquilidad.

Valoración funcional:

- **Índice de Barthel** (Mahoney y Barthel, 1965). Fruto de un equipo interdisciplinario y recomendada por la *British Geriatrics Society*, en la actualidad es la escala más utilizada internacionalmente. Evalúa la capacidad de la persona mayor para realizar 10 ABVD: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, traslado sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras, y puntúa de 0 a 100. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.
- **Escala de Lawton y Brody**: Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD): Son aquellas actividades más complejas que requieren cierta integridad de la capacidad física y mental, necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad. La escala del centro geriátrico de Filadelfia o de Lawton, que data de 1969 (Lawton y Brody, 1969) es una de las más utilizadas. Consta de 8 items: Capacidad de usar el teléfono, hacer la compra, capacidad para preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, uso de medios de transporte, responsabilizarse de la medicación y manejo de dinero.
- Valoración cognitiva: MEC 35. **MEC35**: Leturia y colaboradores, lo definen como “el test de screening más utilizado tanto a nivel de atención primaria, como por neurólogos y geriatras. Es una escala breve, de aplicación directa al enfermo, sencilla, que valora el estado cognitivo con demostrada fiabilidad y validez. Explora las siguientes áreas:
 - Orientación temporal y espacial.
 - Memoria inmediata y de fijación atención.
 - Cálculo.
 - Producción y repetición del lenguaje.
 - Lectura.
 - Habilidades visuoespaciales”.
- Alteraciones de conducta. El **Neuropsychiatric Inventory** (NPI, Cummings y cols., 1994) es un instrumento validado para la evaluación clínica de la sintomatología neuropsiquiátrica para las enfermedades que cursan con demencia. Examina una amplia gama de comportamientos neuropsiquiátricos (delirios, alucinaciones, agitación, depresión/diosforia,

ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad, labilidad, y conducta motora sin finalidad).

- Cuestionario de satisfacción de las familias. Se ha diseñado un cuestionario para valorar la satisfacción de los familiares, con respecto a las actividades que realizan los usuarios en el centro de día. En este cuestionario se valoran distintos ítems como:
 - Idoneidad de las actividades.
 - Nº de actividades.
 - Adecuación de las instalaciones.
 - Duración de las actividades.
 - Utilidad percibida de las actividades.
 - Impacto de las nuevas actividades sobre el usuario para que continúe esa realización de AVDs en su propio domicilio.
 - Satisfacción percibida del usuario

- Entrevistas personales con los profesionales del Centro de Día: al inicio y a la finalización del proyecto se realizarán entrevistas individuales (guiado por profesionales de INGEMA), para la identificación de la percepción de los profesionales en cuanto a la utilidad de las nuevas actividades, dificultades encontradas para su implementación, factores de éxito encontrados y en general su satisfacción con el proyecto.

- Grado de engagement de los participantes. Tal y como ya se ha descrito anteriormente se irá registrando el grado de participación y compromiso de los participantes en cada una de las actividades diseñadas y aplicadas.

5. CRONOGRAMA

A continuación se muestra el cronograma con las acciones realizadas en el marco del proyecto de Enero a Diciembre de 2011. Se pueden apreciar las acciones a realizar y los periodos de tiempo en los cuales se han desarrollado.

Tabla 9. . Cronograma del proyecto

Fases del proyecto	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión bibliográfica exhaustiva	█	█	█	█								
Definición metodología e indicadores					█	█						
Identificación de los casos que van a participar en el estudio.							█					
Realización Historia de Vida							█	█				
Adaptación de los espacios						█	█					
Evaluación pre usuarios							█					
Identificar actividades cotidianas							█					
Diseño de programas respuesta a Historia Vida							█	█				
Puesta en marcha programas								█	█	█	█	█
Evaluación post usuarios												█
Seguimiento y evaluación resultados	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█

6. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

6.1. Evaluación y Diagnóstico para el conocimiento de las preferencias de los usuarios

HISTORIAS DE VIDA

Se han recogido las Historias de vida de todos los participantes en el piloto, en colaboración con el equipo del piloto 2.2.6 de Historias de vida.

En total se han realizado 10 entrevistas, de las cuales 4 se han hecho exclusivamente a los usuarios, mientras que en las 6 restantes se ha contado con la colaboración de familiares y tutores de las personas. Tras la realización y grabación de las entrevistas se ha procedido a su análisis, al objeto de identificar y extraer los gustos, intereses y preferencias de los usuarios del Centro de día.

Para la interpretación de la información facilitada por los usuarios en las entrevistas, se ha tenido muy en cuenta la narración de la trayectoria de vida de la persona, considerando los valores y experiencias que se desprenden de ella.

De la misma forma se han preparado pequeños resúmenes de información sobre la Historia de Vida recogida para ponerlos en conocimiento del personal que trabaja en el proyecto, para así poder conocer y prestar atención a los gustos y preferencias de cada persona. A modo de ejemplo se presenta un caso:

ENTREVISTA: USUARIO Nº 7	
LUGAR: Centro Día Rezola	FECHA: 01/09/11
COLABORACIÓN/PARTICIPACIÓN ENTREVISTA: El usuario	
VIDA EN CD:	Este año 2011 ha venido al CD. Está a gusto y contenta. En general le gusta todo del centro. Ahora está más baja de salud y no puede realizar las cosas que ella hacía antes.
CONSTUMBRES:	Un día normal hacía los recados para casa, preparaba la comida y la cena. Se levantaba temprano sobre las 07:15 horas. No tenía costumbre de echar la siesta. Cuando se jubiló iba al centro de jubilados de Aiete y hacía diferentes actividades como excursiones....
COMIDAS Y HORARIOS:	Le gusta todo tipo de comidas, pero la paella es lo más le gusta. El horario de comidas que tenía era temprano sobre las 12:30- 13:00 horas.
ROPA QUE LE GUSTA	Antes a la hora de vestirse utilizaba falda pero ahora está más cómoda con pantalones.
ACTIVIDADES QUE MÁS LE GUSTA:	Cocinar. Le gustaría de nuevo cocinar. Excursiones o pequeñas salidas
PROFESIÓN:	Ha trabajado de interina. Iba a otras casas. También trabajaba en el caserío, cuidando los animales, plantaban hortalizas para después ir a vender a la plaza de San Martín con su marido. Realizaban coronas de flores para llevar al cementerio.
FAMILIA	En la casa vivían su marido, una tía y 3 hijos.
AMIGOS Y TIEMPO LIBRE:	Tenía amigas pero ahora cada una hace su vida aunque por la calle se saludan. Considera que en el CD ha hecho amigas.
RELIGIÓN:	Es religiosa y católica. Acude a misa.
VALORES Y EXPECTATIVAS:	Lo que más valora es la salud y el respeto hacia los demás.
ACTUALMENTE	Ahora vive con su hija y el marido de la hija. Tiene buena relación.

A continuación se expone una síntesis de la información principal extraída de las entrevistas en relación con las intervenciones basadas en la vida cotidiana:

La principal información a destacar es que 9 de las 10 personas de la muestra han realizado de forma habitual en el pasado tareas de la casa y/o cocina. Estas actividades las han realizado: en el marco de su vida cotidiana (por ejemplo atendiendo a la familia), como parte de su profesión (hostelería, empleadas de hogar, etc.) o como actividad de ocio (Sociedad gastronómica).

Además 4 personas tienen experiencia en labores de jardinería o huerta familiar y son 3 las que han cuidado animales de granja o de compañía.

Son personas religiosas (católicas) 7 de los usuarios, y de ellas 5 son practicantes.

Entre las aficiones mencionadas por los usuarios, las principales son las siguientes:

- Leer el periódico
- Cocinar
- Pasear
- Ver la TV (novelas, partidos de pelota, etc.)
- Coser
- Jardinería
- Jugar a las cartas
- Escuchar música
- Leer revistas
- Hacer ganchillo
- Hacer punto
- Conversar con otras personas
- Hacer excursiones o pequeñas salidas
- Hacer pequeñas reparaciones del hogar
- Hacer gimnasia de mantenimiento

Es importante destacar que los usuarios no practican en la actualidad todas las aficiones mencionadas, bien por falta de oportunidad o también porque en algunos casos sus capacidades sensoriales, físicas o cognitivas se lo impiden. En cualquier caso, se tendrán en cuenta estas

aficiones para tratar de que las intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana tengan relación con las mismas y sean adecuadas a las capacidades de cada persona.

En cuanto a los gustos y preferencias de alimentación se han mencionado en concreto los siguientes: dulces en general, cocido, macarrones, tortilla de patata, cazuelitas, pescado en general, paella, alubias, uvas y plátanos. Nuevamente, se trata de los gustos particulares expresados por algunos usuarios (otros afirman comer de todo), que se contrastarán con las dietas deben seguir algunos de ellos por prescripción médica (por ejemplo, imposibilidad de tomar dulce por diabetes).

También como pauta general a tener en cuenta en el trato hacia ellos, varios de los usuarios han señalado que les gusta recibir un trato cariñoso y a la vez de respeto, y que les disgusta percibir indiferencia hacia ellos.

ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE LAS PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

En el diseño metodológico inicial estaba previsto hacer un análisis observacional de la muestra, antes de comenzar con las intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana. Sin embargo, dado el carácter novedoso de las actividades a realizar en el centro de día en el marco de este proyecto se ha optado por hacer el análisis observacional una vez puesto en marcha el proyecto. De esta manera se podrán identificar pautas de atención útiles para la realización de este tipo de actividades.

Mediante el análisis observacional de los usuarios, en particular de aquellos con un mayor deterioro cognitivo, se han podido identificar los principales potenciadores y detractores que influyen en su conducta.

Dicho análisis se ha llevado a cabo en colaboración con el equipo del piloto 2.2.5 y siguiendo la misma metodología lo que ha permitido dar a los profesionales pautas detalladas sobre el tipo de atención que requiere cada usuario por parte del personal de atención.

6.2. Intervenciones seleccionadas a partir del análisis de la valoración de los usuarios

A partir de las **valoraciones realizadas a los usuarios**, se han identificado una serie de objetivos a conseguir. El reto consistirá en ver cuales de estos objetivos se pueden cubrir con las intervenciones terapéuticas seleccionadas, y su forma de llevarlas a cabo:

- Orientación temporo-espacial y personal.
- Secuencias de vestido/ aseo.
- Fisioterapia preventiva.
- Destreza manipulativa manipulativas fina y gruesa (para conservar habilidad para comer).
- Mejorar la atención.
- Potenciar la motivación para fomentar una mayor participación en las actividades del Centro de día.
- Entrenamiento cognitivo y de memoria.
- Mejora de la capacidad de lenguaje.
- Fomento de la integración en el grupo de Centro de día.

Tras un grupo de discusión creado especialmente para el análisis de las pautas de comportamiento necesarias para conseguir estos objetivos en el día a día de las actividades cotidianas se identificó la necesidad de realizar una formación específica especializada a los profesionales del centro de día por personal experto. Dicha formación, como se verá más adelante se realizó la primera quincena de septiembre.

Se ha explicado, además al personal de atención directa los resultados de las valoraciones de manera que supieran en qué actividades se puede fomentar la autonomía de la persona y cómo hacerlo.

Por otro lado, se ha explicado la importancia de dar pautas adecuadas a los usuarios a la hora de movilizar y ayudar, de manera que sea más ergonómico para el trabajador y a la vez dar más autonomía al usuario.

A partir de la información recogida en las **Historias de vida**, se han identificado las siguientes intervenciones que se pueden llevar a cabo con los usuarios de forma colectiva y que son acordes con los gustos y aficiones expresadas por los usuarios:

- **Programa de cocina:** Al tratarse de una actividad practicada –al menos en el pasado- por la práctica totalidad de los usuarios, se trata de una intervención que se enmarca en la vida cotidiana de las personas del Centro de día. Dentro de la actividad de cocina se podrán trabajar múltiples capacidades como la coordinación manual (manejo de herramientas, trasvase de líquidos, etc.), la adquisición de rutinas y tareas (poner la mesa, recoger, etc.), la memoria (recuerdo de ingredientes y formas de preparación de las recetas), la atención, el cálculo, el lenguaje, las praxias y las gnosias, y también la socialización, sin olvidarnos de la creación de un ambiente natural, del día a día y cotidiano.

También se fomentará que los usuarios colaboren en la compra de los productos a cocinar, lo que les permitirá realizar breves salidas –acompañados por el personal del centro- a las tiendas, interactuar con el personal de los establecimientos, buscar y seleccionar productos, pagar con dinero, etc. En la elaboración de recetas se tendrán en cuenta los gustos sobre alimentos y platos expresados por los usuarios, si bien también se potenciará la creatividad por parte de los usuarios a la hora de proponer nuevas recetas. Por último, realizarán las tareas habituales de recogido de lo ensuciado durante la actividad de cocina.

Además se han propuesto los siguientes talleres y actividades para que cada usuario participe en aquéllas que mejor se ajusten a sus intereses y gustos:

- **Taller de jardinería:** La actividad de jardinería ha sido mencionada por varios usuarios, bien como afición o bien como tarea que han realizado en el pasado (en el huerto familiar). Se propone una actividad de huerta y jardín que permitirá a los usuarios planificar el tipo de plantas y su distribución espacial, realizar manualmente el sembrado, adquirir y recordar hacer las tareas de mantenimiento de las planas (regado) y planificar después cómo utilizar las plantas obtenidas bien para cocinar o para decorar.

- **Cuidado de un animal:** Se ha adquirido un pájaro como animal de compañía para el Centro de día. Los propios usuarios serán los encargados de dar agua y comida al animal cada día, así como de colaborar en la limpieza de la jaula. Se ha tomado esta decisión dado el origen rural de algunos de los usuarios del Centro de día y la consiguiente experiencia en el cuidado de animales. En concreto un pájaro, no supone una gran responsabilidad en cuanto a cuidados para los usuarios, y contribuye a generar una atmósfera más hogareña. Además, visitar al animal y poder comprobar cómo se

encuentra cada día puede ser una fuente más de motivación para algunos usuarios a la hora de acudir al Centro de día.

- **Otras actividades:** En el Centro de día se ha optado por ofrecer una variedad de alternativas dado que las aficiones expresadas por los usuarios en sus Historias de vida también son diversas, tales como: manualidades, juegos de mesa, ejercicios de psicomotricidad, etc. Además de los talleres programados, están permanentemente a disposición de los usuarios otras actividades como la lectura de periódicos o revistas, escuchar música o ver la televisión, actividades para las que existe un espacio especialmente habilitado (separado del área de cocina). Por último, cabe señalar que se ha valorado también incluir un taller de costura, bordado y punto en la programación; sin embargo, dado el deterioro que presentan los usuarios del Centro de día, se ha decidido empezar por actividades más sencillas e ir valorando progresivamente la introducción de otras tareas más complejas en destreza como es la costura.

6.3. Consenso y puesta en marcha de las intervenciones basadas en la vida cotidiana

Tras analizar los resultados obtenidos de las historias de vida y preferencias de las personas, se toma la decisión de priorizar la instalación de una cocina en el espacio que ocupaba hasta el momento la cafetería, procediendo a modificar asimismo todo el espacio con objeto de adecuar el ambiente a lo que los profesionales, familias y los usuarios capaces de ello consideran un ambiente acogedor.

Así mismo, se establece como primeras actividades cotidianas a implementar, aquellas relacionadas con el ambiente y los momentos que rodean los periodos de comida. Con esto entendemos, poner y recoger las mesas, diseño de menús, compra de ingredientes, cálculo y elaboración de menús, etc.

En las reuniones para el diseño de la intervención el equipo considero fundamental el establecer un procedimiento de actuación general (Ver Anexo I Procedimiento general aplicable a cualquier nueva intervención).

Se ha identificado también la forma en la que se va a realizar el seguimiento de la participación de los usuarios, siendo por una parte necesario mantener el registro habitual de los programas, se incorpora el seguimiento en video con objeto de identificar comportamientos y mejoras tanto de los usuarios como de los propios profesionales. Información importante para poder mejorar el programa. (Ver anexo II. Registro de actividades en centro de día).

Además, se ha llegado a un consenso sobre lo que debe ser la programación de lo que se considera el transcurso de una jornada tipo en el centro de día (Anexo III, Programa de actividades en el centro de día), al objeto de establecer el hilo conductor de las actividades donde se podrán integrar el resto de intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana.

6.3.1. Adaptación de los espacios y equipamiento

En el marco del piloto 2.2.4 se ha realizado una adaptación de los espacios colectivos del centro Julián Rezola para dar cabida a las nuevas intervenciones realizadas por los usuarios del Centro de Día.



Fotos de la Cafetería del Centro Julián Rezola. Abril de 2011

Se realiza un análisis exhaustivo de las necesidades que requiere el nuevo modelo y la realidad de la que se parte y se observa que es necesario un cambio importante en el centro. Para que este se parezca a un hogar es necesario proceder a dotar el mismo de algunos espacios imprescindibles como puede ser la cocina y una sala de estar. Se decide ubicar este espacio en la antigua cafetería del centro.

También se estudia la posibilidad de que esta zona sea utilizada por otros colectivos cuando los usuarios de centro de día no se encuentren en el centro. En concreto, se ha procedido a realizar los siguientes cambios en el espacio de la cafetería:

- Retirar al pasillo las máquinas de bebidas y comida para liberar espacio
- Instalar una cocina con horno, fregadero, campana extractora, nevera, lavavajillas ya armarios
- Pintar y redecorar las paredes con cuadros diferentes según los espacios.

- Se ha adquirido una mesa grande de comedor, dos pequeñas y sillas
- Se ha adquirido la vajilla, la cubertería y el material necesario para cocinar.
- Se ha habilitado una zona separada para ver la TV, o leer revistas y periódicos.
- Se ha habilitado una zona de recreo para niños (visitas).

Una vez realizado la obra necesaria, e instalado todo el mobiliario nos encontramos con un pequeño hogar adaptado a las necesidades de este colectivo como pueden ser sofás con asientos lavables o alfombras pegadas al suelo. Una cocina adaptada a los usuarios, con una zona para la elaboración de la comida, un espacio para comer los usuarios y los trabajadores, otro espacio para ser utilizado como sala de estar, otro para la lectura o espacio para el ocio y una zona de recreo para los niños. En el análisis del área ambiental se trata también la iluminación, viendo necesaria la incorporación de lámparas y puntos de luz indirectos que provoquen una atmósfera agradable.

Con respecto al material necesario para la dotación de la cocina, se organizó por parte del equipo del proyecto junto al personal auxiliar, el listado de necesidades de compras. Una vez realizadas, el orden en la cocina se realizó conjuntamente entre los usuarios y el personal auxiliar.



Fotos del nuevo ambiente conseguido en la antigua Cafetería en el marco del piloto 2.2.4.

6.3.2. Selección y capacitación de los profesionales.

Las características personales y profesionales de los trabajadores en el desarrollo de este proyecto resultan de especial relevancia para el desarrollo y éxito de la experiencia.

Desde enero del año 2011, el equipo de dirección del centro, había hecho un esfuerzo para identificar el personal más capacitado para desarrollar su labor en el centro de día. Por ello, en el momento de elaborar los calendarios de personal, se creyó oportuno realizar los mismos con un grupo aproximado de unas 9 personas, evitando así la rotación de personal.

Como se comentó en la memoria anterior, se reunió a todos los trabajadores del centro Rezola para explicarles el Convenio con el Gobierno Vasco.

Para la implantación del proyecto de cotidianidad, se invitó a todos los trabajadores del Centro de Día a una jornada de formación. De la misma forma se invitó al personal de la unidad residencial, para intentar que el modelo de atención centrado en la persona no sea algo ajeno a la unidad y para que poco a poco se pueda implementar.

Se realiza una estimación del ratio de personal de atención directa necesario para el buen desarrollo de la experiencia y se concluye la necesidad de selección de 9 personas. La distribución horaria de presencia de personal que se establece se detalla en el siguiente cuadro. En base a ello se realizan los calendarios personalizados de cada una de las trabajadoras que van a participar de manera directa en la experiencia.

Nº PERSONAS	HORARIO	Nº HORAS
1 cuidador	10:00 a 15:00	5 horas
1 cuidador	10:15 a 14:30	4 horas, 15 minutos
1 cuidador	15:00 a 18:00	3 horas
		TOTAL: 12 HORAS, 15 MIN.

Tabla 10. Distribución horaria de los cuidadores en el Centro de Día.

El contenido de la información impartida al personal es el siguiente:

- Introducción y uso de la herramienta informática SIGECA. ATENCION EN CENTRO DE DIA. SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN CON FAMILIAS. Se hace cuatro sesiones de 2 horas en la que participan 6 de las 8 personas seleccionadas.
- Desarrollo de un Seminario, de 6 horas de duración, centrada en la puesta en marcha de la experiencia. En ella participaron las 9 auxiliares seleccionadas así como la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, una de las trabajadoras sociales del centro y una enfermera- El objetivo de este seminario consistió en establecer pautas generales de actuación, intercambiar

información acerca de los usuarios con las que se va a trabajar, establecer posibles actividades a desarrollar y hacer participar a todos de la experiencia. .

Los contenidos de la formación fueron los siguientes:

1. MODELO ATENCION CENTRADO EN LA PERSONA: Modelo de atención centrado en la persona. Componentes, objetivos.... Competencias profesionales asociadas al nuevo modelo. Pura Diaz-Veiga.
2. Estimulación cognitiva, desde el modelo de atención centrado en la persona. Esther Rivas.
3. Eliminación de restricciones y medidas alternativas: Ana Olaizola.
4. OBSERVACION Y ESCUCHA ACTIVA. Gabriela Mondragón.
5. HISTORIA DE VIDA Y SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE CENTRO DE DIA. Marta Idiaquez
6. INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS BASADAS EN AL VIDA COTIDIANA. Marijo Gárate.
7. MODELO DE ATENCIÓN A IMPLANTAR EN LA UNIDAD: sistemas de información y comunicación. MARIJO GARATE, PURA DIAZ-VEIGA-MARTA IDIAQUEZ.
8. DEBATE

6.3.3. Otras actividades desarrolladas

Aportaciones de los trabajadores:

a. Tras la sesión de formación, se plantea un debate para recoger el punto de vista y sugerencias del personal de cara a las nuevas intervenciones a realizar en el Centro de día. Se expone a continuación un resumen de las observaciones y comentarios realizados por los profesionales:

- Un adecuado ratio de personal es clave para poder individualizar la atención y dar todo el apoyo que demandan las personas.
- Se destaca como un valor clave del modelo la Dignidad de la persona, que se concreta sobre todo en tomar en cuenta lo que pide cada persona.
- A priori el personal percibe que hay perfiles de usuarios con las que es difícil hacer ciertas cosas como comer junto con ellos (desperdigan o tiran la comida, etc.).
- También existen riesgos asociados a dar nuevas actividades a personas con demencia. Por ejemplo, una persona con deterioro podría atragantarse si se le da la opción de limpiar lentes.

- El personal propone que los profesionales y usuarios que van a participar en la actividad de Cocina participen desde el principio en su organización (colocación de utensilios, planificación de recetas, etc.).
- El personal agradece que se les transmita la información de manera oral y presencial ya que les resulta mucho más convincente y efectivo que si se les transmite mediante partes o informes escritos; especialmente al tratarse de un proyecto nuevo.
- Se debate sobre cómo atender a una persona con un trastorno del comportamiento si se agita y no hay una medida de restricción (porque se están eliminando en el Centro de día). Se comenta que muchas veces es útil poner de pie a la persona que se está agitando bruscamente, ayudarla a caminar e indicarle calmadamente lo que tiene que hacer, mientras se trata de tranquilizarle. No hay soluciones mágicas, pero sí recetas que se pueden probar y que muchas veces dan buen resultado.
- Con respecto a las medidas alternativas a la restricción surge también el debate sobre si algunas de ellas no suponen en sí mismas otra restricción. Un profesional comenta que si le acortamos las patas a una silla, estamos impidiendo que la persona se levante. Al respecto se señala que lo que consigue la medida es simplemente que la persona tarde más en levantarse para que al personal de atención directa le dé tiempo a verlo e ir a ayudarlo.
- Un auxiliar propone probar a poner más altos los reposabrazos de las sillas como medida alternativa a la restricción, ya que esto también hace que la persona tarde un poco más en ponerse de pie.
- Sobre las recomendaciones dadas por la psicóloga de evitar hablar a los mayores como a niños, el personal menciona que sí hay algunas personas con demencia que responden muy bien a este tipo de trato. Se comenta al respecto que hay que saber ver que la persona está respondiendo bien a las muestras de cariño que se le dan, pero no es necesario infantilizar.
- Sobre las intervenciones basadas en la vida cotidiana el personal pregunta qué grado de autonomía tendrán para las actividades de cocina y jardinería y agradecen que se les den ciertas pautas. Comentan que a los mayores les gusta mucho la música, y que quizá se podría organizar más adelante alguna actividad relacionada, como por ejemplo el baile. También proponen como idea hacer entre todos una tarta cuando sea el cumpleaños de alguien.

b. En una reunión específica celebrada con los trabajadores para la puesta en marcha del proyecto, a la que asistió personal asignado al proyecto y la dirección y Trabajadora Social del centro, se deciden temas clave para el desarrollo del proyecto:

- Posible desorientación de los usuarios: en el momento actual los usuarios que van a participar en este proyecto desarrollan todas las actividades en otro espacio diferente al destinado al proyecto. Es por ello, que dos días antes del comienzo del mismo, se les llevará a la nueva zona para que la conozcan y se orienten en el espacio.
- USO DE UNIFORME: Se establece que debido al deterioro cognitivo que presentan la mayor parte de los usuarios del centro, se utilizará el uniforme habitual, valorando en próximas reuniones su posible retirada, cuando los usuarios estén orientados en el espacio.
- RELACIONES SOCIALES: Como se comenta en la jornada de formación, se considera la importancia de las relaciones sociales, por ello se decide que el personal auxiliar comerá junto a los usuarios, fomentando las relaciones entre y para ellos.
- REUNIONES PERIODICAS: se establece que semanalmente se realizará una reunión de seguimiento del proyecto.
- APOYO DEL EQUIPO DEL CENTRO. Se insiste en que la Dirección y todo el equipo del centro está a disposición de todo el equipo del proyecto, en todo momento.

6.4. Consentimiento informado de los familiares

Se ha obtenido el consentimiento informado de los familiares de 10 usuarios del Centro de día en Rezola. Es decir, finalmente han dado su consentimiento 10 de los 14 familiares que acudieron a las reuniones informativas organizadas para dar a conocer los objetivos y actuaciones del piloto 2.2.4 de Intervenciones basadas en la vida cotidiana, para ello se mantuvieron entrevistas individualizadas con cada una de las familias.

La semana del 19 de septiembre, se informó a todas las familias de los usuarios de la muestra, del inicio la semana del 26 de septiembre del proyecto de cotidianidad. Durante el desarrollo de las Intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana se irá informando periódicamente a los familiares de los usuarios del Centro de día sobre la evolución de las mismas. A lo largo de estos meses se ha enviado un informe semanal a cada familia, informándoles de las actividades realizadas. Además, a la finalización del proyecto está previsto realizar una reunión informativa con

todos los familiares en la que se darán a conocer los resultados del piloto 2.2.4. En dicha reunión se recogerá también la satisfacción de los familiares con el proyecto así como los cambios que hayan podido observar en los usuarios del Centro de día (ver anexo IV).

7. RESULTADOS

7.1. Diseño de la muestra y valoración inicial

7.1.1. Diseño y descripción de la muestra

Tal y como se ha descrito en la primera parte del proyecto, el centro de Día Julián Rezola cuenta con 25 usuarios. Tras una primera valoración inicial y mediada un contraste con el equipo asistencial y las familias, se decide proponer a la dirección del centro la necesidad de disponer de mayor superficie para poder avanzar adecuadamente en el proyecto. Esto viene propiciado por la necesidad de contar con espacios adecuados en los cuales poder implementar programas cotidianos como son el del cocinado o jardinería.

Con el avance del diseño finalmente se decide incorporar durante la mayor parte del día la zona de cafetería a la zona de esparcimiento habitual del centro de día, considerándose ganancia importante en dos aspectos, por un lado la propia incorporación de nuevos programas al centro de día y la posibilidad de sectorizar la propia población atendida en función de sus capacidades y necesidades.

Así se estratifica la población del centro de día en dos grandes grupos, en función de sus posibles trastornos de comportamiento:

- 10 usuarios que a pesar de presentar en algunos casos graves deterioros funcionales y cognitivos, no presentan trastornos de comportamiento importantes, y por tanto pueden beneficiarse de este proyecto en mayor medida, que denominaremos grupo piloto. Estos 10 usuarios, a su vez, van a formar parte del análisis e impacto del proyecto de buena práctica del Modelo de Atención centrado en la Persona aplicado a personas mayores frágiles en centro de día (2.2.1), para lo que se procederá a la búsqueda de un grupo control, configurado por personas que presenten el mismo perfil, en otros centros de día donde no se esté implantando esta misma estrategia de mejora (ver proyecto 2.2.1).
- 15 usuarios con trastornos de comportamiento que inicialmente no se consideran aptos para el grupo piloto pero sin embargo pueden beneficiarse del impacto que la

ampliación del centro de día va a suponer en su vida cotidiana y en los programas en los que habitualmente participan. En gran medida porque en el espacio habitual en vez de ser 25 quedarían 15 personas lo que se traduce en mayor sosiego.

Para el control y seguimiento del proyecto la metodología establecida indica las herramientas que se van a utilizar tanto la caracterización de la muestra como del seguimiento del impacto en ella, como para el conocimiento de preferencias y capacidades que presentan las personas para el diseño y puesta en marcha de las actividades cotidianas.

7.1.2. Evaluación y Diagnóstico para el control y seguimiento del proyecto

Se ha realizado a cada uno de los miembros de la muestra que participa en el piloto las siguientes pruebas de evaluación y diagnóstico:

- Tinetti:

Es una escala que consta de dos partes, la primera es una evaluación del equilibrio en la que se valora a la persona tanto en sedestación como en bipedestación y la transferencia entre esas dos posiciones.

La segunda parte valora la marcha, y consiste en que el paciente camine utilizando las ayudas técnicas que use habitualmente.

Con las dos partes el fisioterapeuta consigue un valor total de 28 puntos que permite discriminar si la persona camina bien, de manera aceptable, mal o si ni siquiera mantiene su equilibrio.

TINETTI

Puntuación	Usuarios
NV	1
1-10	1
11-20	2
21-28	6

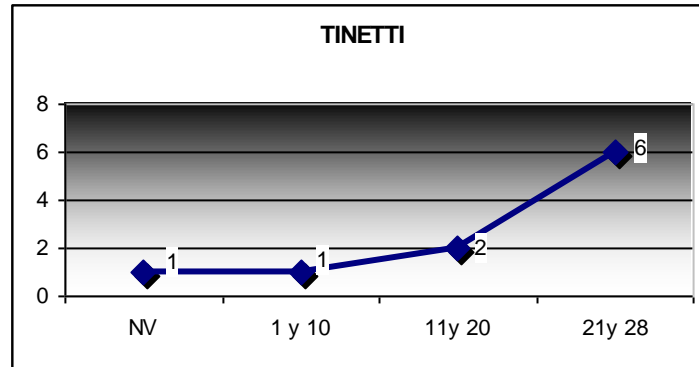


Tabla 11 y Gráfico 4. Distribución de los usuarios de la muestra según grado de equilibrio y marcha (Tinetti)

- Get up and Go:

Mide en tiempo requerido para levantarse y caminar. Consiste en una tarea multifásica que evalúa la movilidad elemental. Se pide al paciente que se levante, que se mantenga de pie inmóvil un momento, que camine hasta una línea situada a tres metros, se gire y se vuelva a sentar en la misma silla.

Valora mediante una puntuación de 0 a -8 el riesgo de caída de la persona.

GET UP AND GO

Puntuación	Usuarios
-10 a -6	1
-5 a -1	3
0	6

Tabla 12. Distribución de los usuarios de la muestra según nivel de movilidad elemental (Get up and go).

- Escala de autonomía de Berg:

En esta valoración, la persona realiza diferentes movimientos con el fin de valorar su equilibrio.

Con todo ello saca un valor de 0 a 56 que determina si la persona necesita silla de ruedas, camina con ayuda o bien es independiente para la marcha.

BERG

Puntuación	Usuarios
NV	1
0-25	0
26-45	4
46-56	5

Tabla 13. Distribución de los usuarios de la muestra según grado de autonomía (Berg).

- Índice de Barthel:

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las AVD (Actividades básicas de la vida diaria). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia.

Independiente: 100 pts (95 sí permanece en silla de ruedas).

Dependiente leve: >60 pts.

Dependiente moderado: 40-55 pts.

Dependiente grave: 20-35 pts.

Dependiente total: <20 pts.

BARTHEL

Puntuación	Usuarios
< 20	2
20 - 39	1
40 - 59	3
> 60	4
100	0

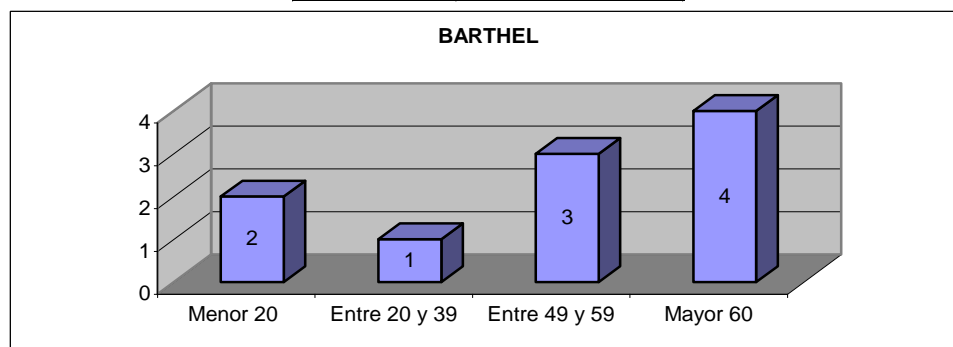


Tabla 14 y Gráfico 5. Distribución de los usuarios de la muestra según situación funcional (Barthel)

- MEC-35:

Es un método utilizado para detectar el deterioro intelectual y vigilar su evolución. En la práctica, una puntuación menor de 28 sugiere deterioro cognitivo leve, entre 18-22 un deterioro cognitivo moderado, entre 11-17 un deterioro cognitivo grave menor de 10 de un deterioro muy grave.

MEC

Puntuación	Usuarios
0-10	5
11 - 17	2
18 - 22	2
23 - 27	1
28-35	0

Tabla 15. Distribución de los usuarios de la muestra según grado de deterioro cognitivo (MEC)

Además, se han observado, como se presenta en el siguiente gráfico las siguientes características que están presentes en algunos miembros de la muestra:

Síntomas de desorientación (espacial y/o temporal en 3 usuarios), afasia (1 usuario), Depresión o desánimo (2 usuarios) y Déficit de memoria (1 usuario).

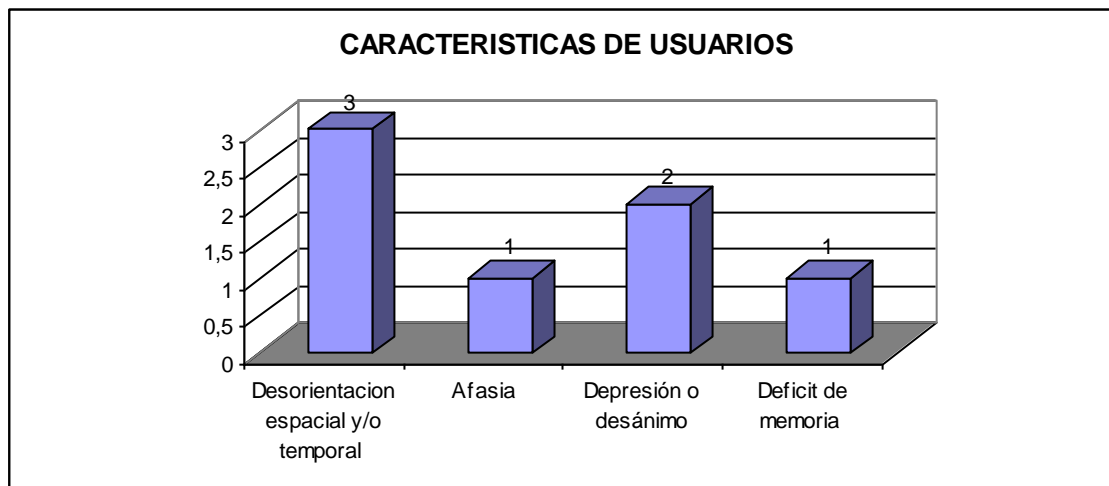


Gráfico 6. Usuarios de la muestra según presencia de síntomas psicológicos / cognitivos.

Aunque inicialmente estaba previsto pasar la escala COOP-WONCA de Calidad de vida, finalmente se ha optado por sustituirla por la escala FUMAT, dado que ésta se adapta mejor a las características de la muestra.

- La calidad de vida medida con las escalas FUMAT y QUALID, ha sido finalmente medida por una profesional experta, contratada específicamente para ello. Se seleccionó un grupo control de diez personas, entre usuarios de otros centros propios de MATIA FUNDAZIOA, en los que no se iban a implantar las intervenciones terapéuticas cotidianas, y que tenían las mismas características en cuanto a sexo, edad, valoración Barthel, Mec y Calidad de Vida.

A continuación se presentan algunos de los resultados previos obtenidos en el grupo control y en el grupo experimental.

Al iniciar el estudio se obtuvo, mediante la escala FUMAT, el Índice de Calidad de Vida (ICV) de ambos grupos, obteniéndose así una media de 100,7 puntos para el grupo control y, una media de 103,8 puntos para el grupo experimental (ver gráfico 7).

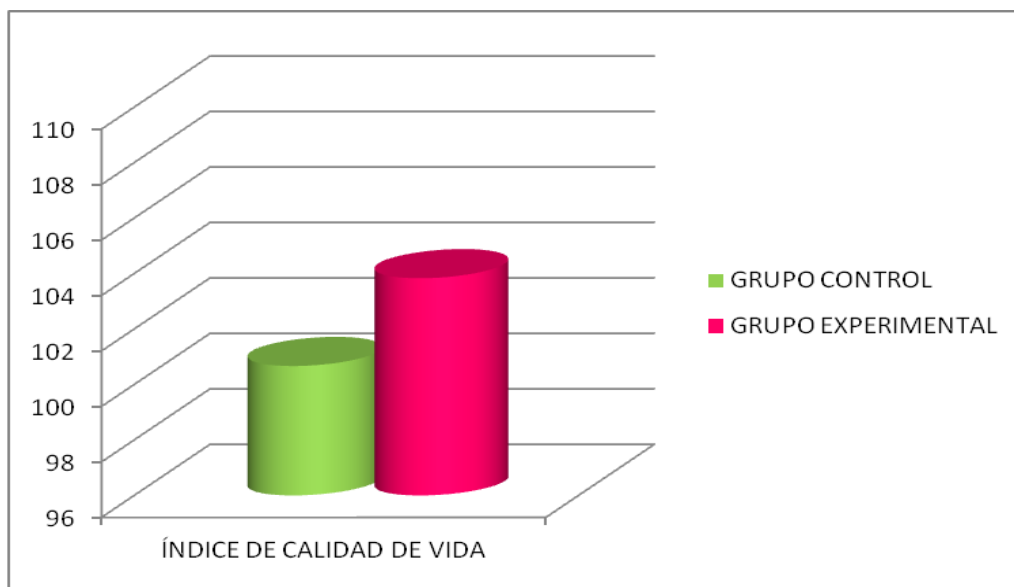


Gráfico 7. ESCALA FUMAT CONTROL vs. EXPERIMENTAL. Índice de Calidad de Vida pre intervención.

En aquellos sujetos a los que se les aplicó la escala QUALID, la media del ICV para el grupo control fue de 18 puntos de media y, para el grupo experimental, de 24 (Ver gráfico 8). Cabe mencionar, que a diferencia de la Escala FUMAT, a mayor puntuación, menor calidad de vida.

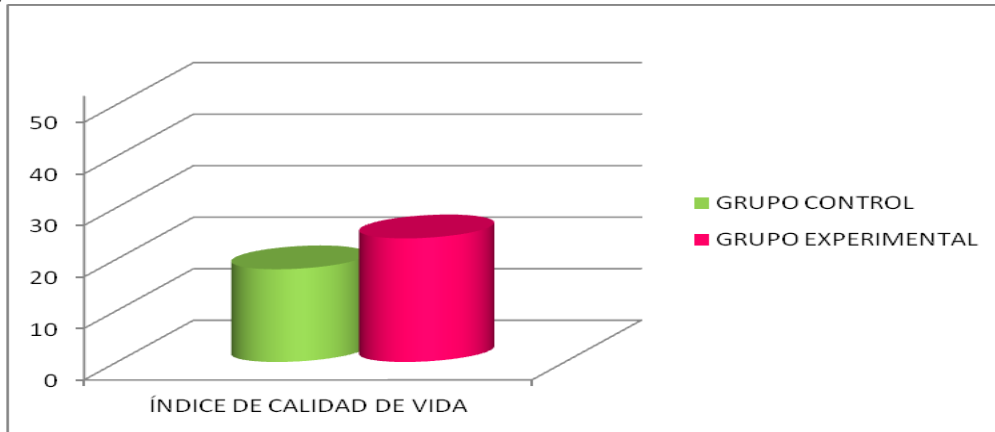


Gráfico 8.. ESCALA QUALID CONTROL vs. EXPERIMENTA. Índice de Calidad de Vida pre intervención.

En la escala FUMAT, si se establece una comparación de las dimensiones, entre el grupo control y el grupo experimental, se observa que el grupo experimental obtiene mayores puntuaciones medias que el grupo control en 3 de 8 dimensiones (ver tabla 16 y gráfico 9).

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
GRUPO CONTROL	10	11	11	9,2	12	8	12	11
GRUPO EXPERIMENTAL	9,2	12	12	11	12	7,8	10	11

Tabla 16. ESCALA FUMAT. Media de puntuaciones estándar pre intervención GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

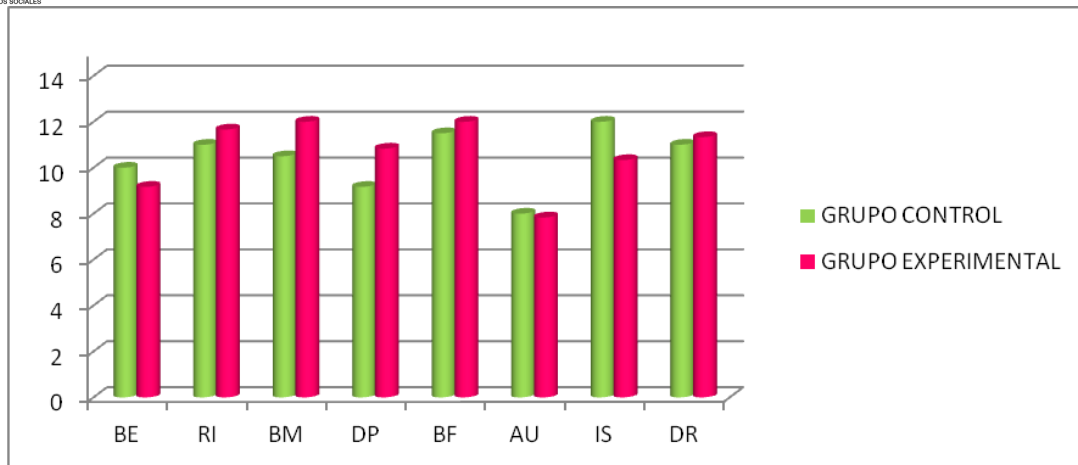


Gráfico 9. ESCALA FUMAT. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones pre-intervención (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

En la escala QUALID, al realizar una comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones, entre el grupo control y el grupo experimental, se observa que el grupo experimental obtiene mayores puntuaciones medias que el grupo control en 8 de 11 dimensiones (ver tabla 17 y gráfico 10). Cabe mencionar que, a diferencia de la Escala FUMAT, donde una puntuación mayor es indicativo de una mayor calidad de vida, en la Escala QUALID es al contrario, es decir, a mayor puntuación, menor calidad de vida.

	SO	TR	LL	FA	FI	SM	AG	CO	TP	IP	ET
GRUPO CONTROL	3	1	1	1	1,3	1	1	1	3	3,7	1
GRUPO EXPERIMENTAL	2	3,3	1,7	2,7	2,7	1,7	2	2,3	2	1,7	2

Tabla 17. ESCALA QUALID. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Media de puntuaciones pre-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

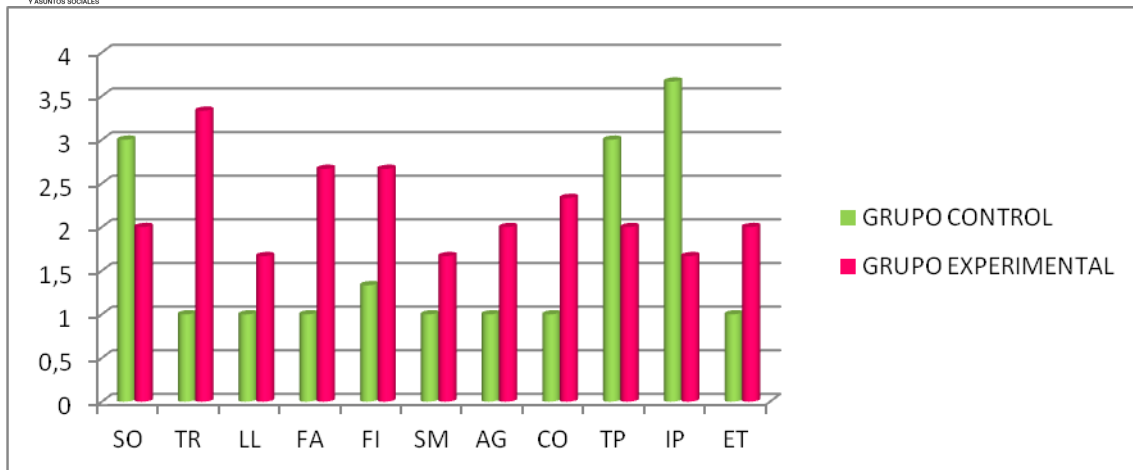


Gráfico 10. ESCALA QUALID. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones pre-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

7.2. Resultados de la intervención

Tras conocer cuales eran los gustos y aficiones de los usuarios del centro de Día, se procedió como se ha explicado anteriormente al diseño de una serie de actividades cotidianas con fin terapéutico. A continuación se describen las capacidades fomentadas a través de las intervenciones terapéuticas desarrolladas:

Cocina:

- Autonomía en los hábitos de higiene antes y después de las comidas.
- Precisión en la manipulación de objetos.
- Control y adaptación del tono muscular a las características de los objetos.
- Reconocimiento de los productos utilizados en las recetas.
- Ejercicio de memoria pensando recetas.
- Destreza manual fina y gruesa.
- Resolución de problemas.
- Tomar conciencia de sus posibilidades.
- Identificar la necesidad de usar productos de apoyo.

Huerto.

- Con la actividad del huerto se ha querido trabajar en la capacidad de expectativa de los usuarios ya que la recompensa de la actividad no es inmediata.
- Movilidad de MMSS
- De la misma manera trabajan la memoria remota al recordar su huerto en el caso que tuvieran.
- Es una actividad significativa para muchos ya que gran parte de los usuarios ha tenido huerto.

Cartas.

- Como parte de la ocupación del ocio y tiempo libre.
- Permite la interacción del individuo con un grupo.

Manualidades.

- Destreza manual fina y gruesa.
- Iniciativa.
- Imaginación
- Resolución de problemas

Compra.

Con este taller se ha querido conseguir una mayor implicación de los usuarios en el taller de cocina. Se trata de que con la ayuda de los auxiliares sean capaces de identificar que productos faltan por comprar, realicen una lista de la compra y vayan al supermercado. El ejercicio de buscar los productos en el supermercado, elegir los más apropiados y pagar, supone un gran estímulo cognitivo para los usuarios y un entrenamiento en actividades instrumentales de la vida diaria. De la misma forma se ha promovido la socialización de los usuarios acudiendo a la compra.

i. Resultados de la situación funcional y cognitiva de los usuarios.

A lo largo del mes de diciembre y tras un periodo de dos meses y medio de intervención se ha realizado a cada uno de los miembros de la muestra que participa en el piloto las siguientes pruebas de evaluación y diagnóstico:

- Tinetti:

Con respecto a la marcha y el equilibrio se señala que dos personas han mejorado el resultado, en dos casos ha empeorado y cinco personas han mantenido el mismo resultado, que en la valoración previa.

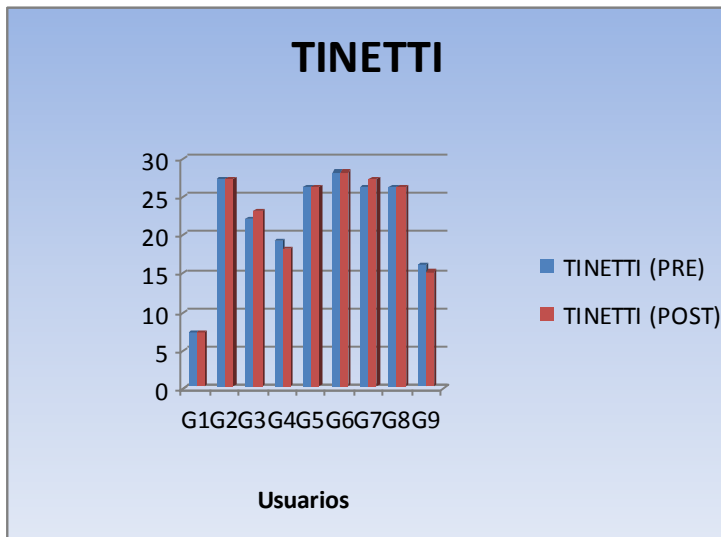


Gráfico 11: Valoración pre-post usuarios

- Get up and Go:

Tras una comparación entre la valoración previa y posterior del Get un and Go, se puede constatar que tras la realización de los ejercicios físicos, detallados en el proyecto 2.2.1. , dos personas han mejorado el resultado y siete personas han mantenido el mismo.

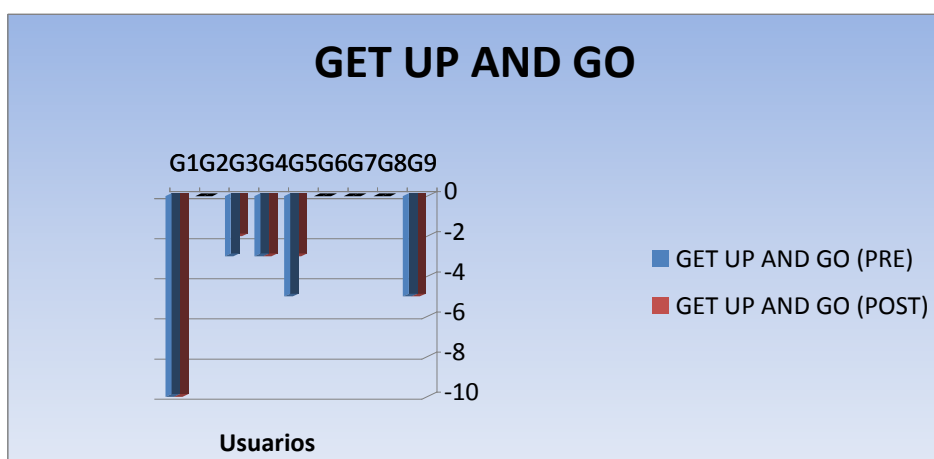


Gráfico 12: Resultados pre-post de los usuarios de la muestra según nivel de movilidad elemental (Get up and go).

- Escala de autonomía de Berg:

En cuanto a la “Escala de Autonomía de Berg”, se observa que tras la puesta en marcha del proyecto, dos han mejora en cuanto a su autonomía física, cuatro han mantenido sus capacidades y tan sólo dos personas. Una de las persona participantes en el proyecto no ha podido se valorada puesto que no mantiene la bipedestación sin apoyo.

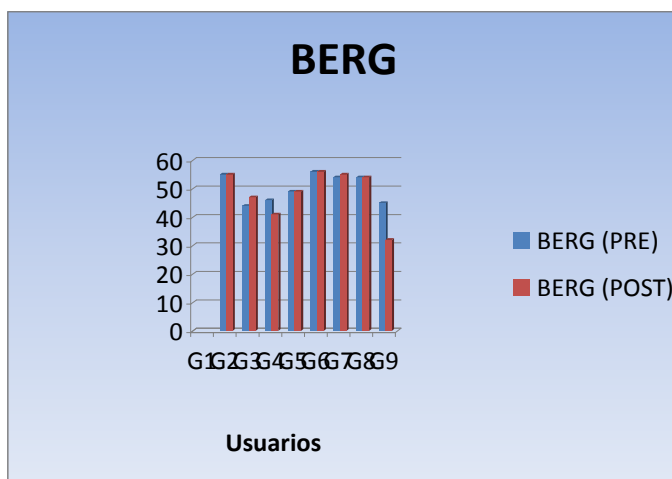


Gráfico 13. Resultados pre-post de los usuarios de la muestra según grado de autonomía (Berg).

A nivel general se puede decir que la evaluación de los usuarios, a pesar de ser una pequeña variación, si ha habido pequeñas mejoras sobre todo en el mantenimiento de las capacidades que ya poseían.

Se ha observado que los usuarios han conseguido más seguridad en sí mismos, realizan los ejercicios con más agilidad y han mejorado los reflejos mediante juegos con pelotas y globos. A través de estos ejercicios, realizados de manera lúdica, han pasado momentos muy agradables mientras han trabajado el equilibrio en sedestación y en bipedestación. De esta manera se ha pretendido que fortalezcan la musculatura y disminuya el riesgo de caída sin darse cuenta del esfuerzo que esto les suponía.

- Índice de Barthel:

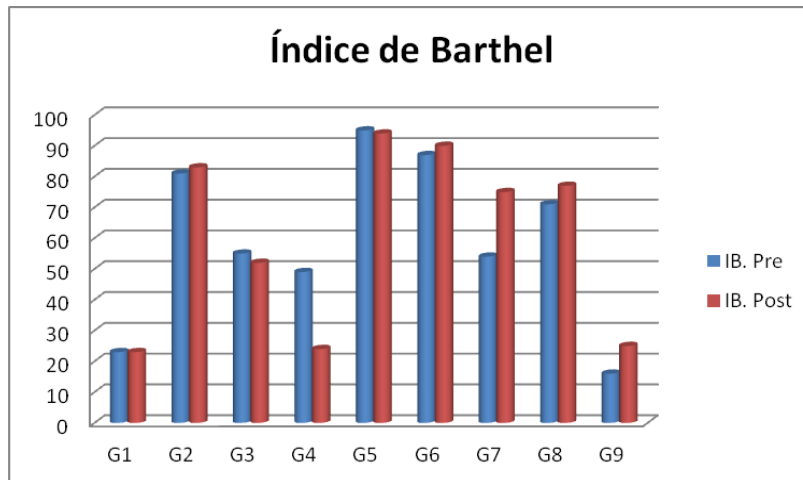


Gráfico 14. Resultados pre-post de los usuarios de la muestra según situación funcional (Barthel)

Como se puede apreciar en la gráfica 13, los usuarios no presentan grandes mejorías en el Índice de Barthel (IB), sin embargo tanto el personal del centro como las familias constatan que los usuarios han mejorado física y funcionalmente, ya que actualmente tienen mayor destreza para realizar tareas de psicomotricidad fina tales como pelar piezas de fruta, atarse prendas de vestir, etc.

- MEC-35:

Para obtener la situación cognitiva de la muestra, se han valorado las funciones cognitivas mediante el MEC35. La muestra está compuesta por 9 sujetos con una puntuación media, en la valoración pre-intervención, de 13,11 puntos. En cambio, en la valoración post-intervención se aprecia un ligero descenso de la puntuación media, obteniéndose 12 puntos (ver tabla y gráfico).

	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN
GEF CDR 1	23	19
GEF CDR 2	16	15
GEF CDR 3	20	15
GEF CDR 4	10	10
GEF CDR 5	10	10
GEF CDR 6	15	15
GEQ CDR 7	9	9
GEQ CDR 8	7	7
GEQ CDR 9	8	8
PROMEDIO	13,11	12

Tabla 18. Situación cognitiva de la muestra. Comparativa de puntuaciones medias Pre-intervención y Post-intervención.

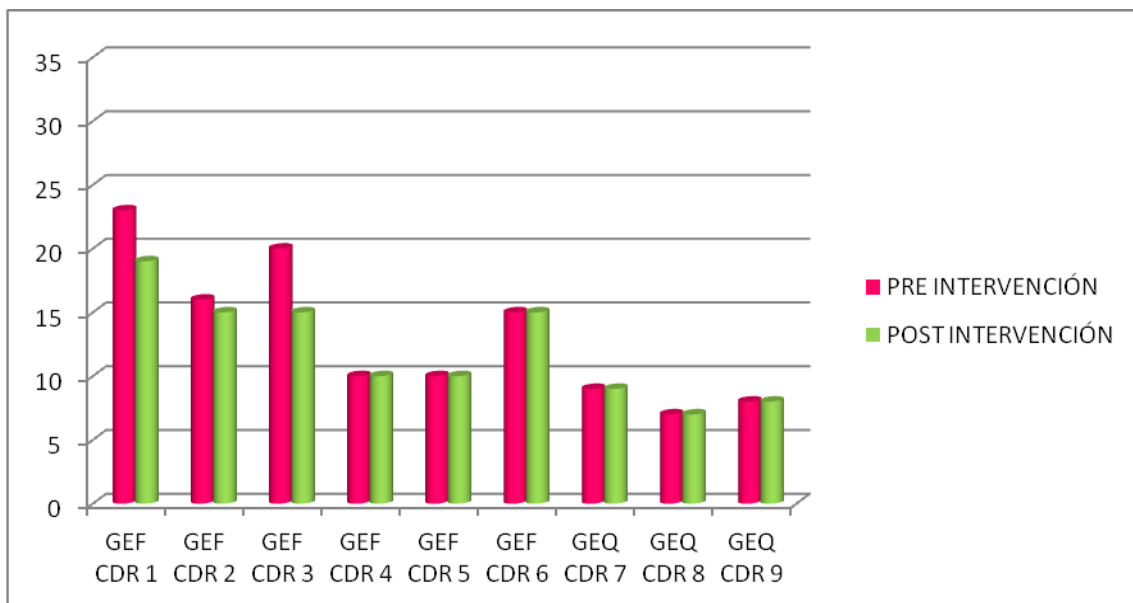


Gráfico 15. MEC35. Puntuaciones totales. Valoración pre- intervención vs valoración post-intervención.

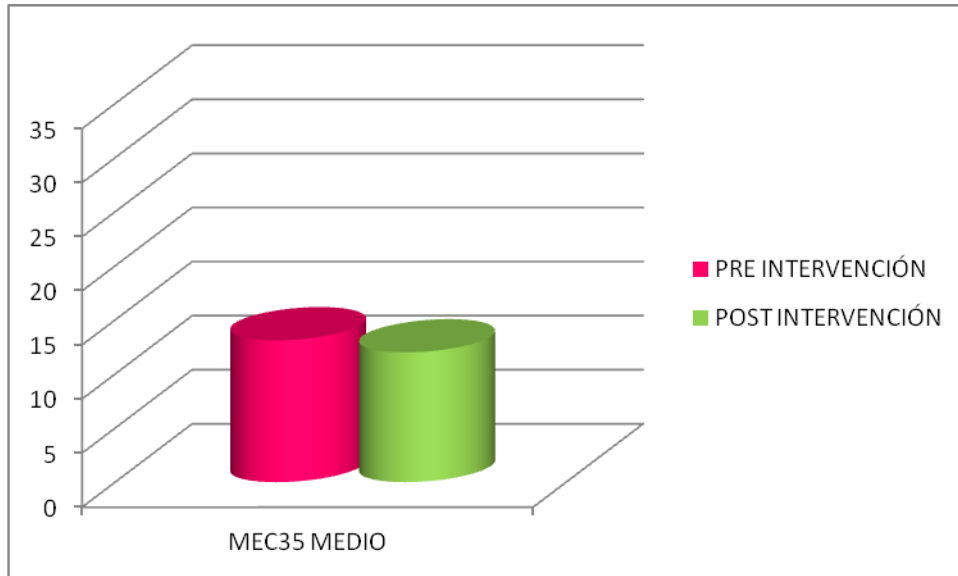


Gráfico 16. MEC35. Comparación de puntuaciones medias de las valoraciones pre-intervención y post-intervención.

7.2.2. Resultados de Calidad de Vida.

Al finalizar el estudio, se calculó la puntuación media del ICV de ambos grupos. El grupo control obtuvo una media de 100,8 puntos. En cambio, el grupo experimental obtuvo una media de 109,8 puntos, lo cual indica un aumento en el Índice de Calidad de Vida de aquellos sujetos que participaron en el estudio (ver gráfico 17).

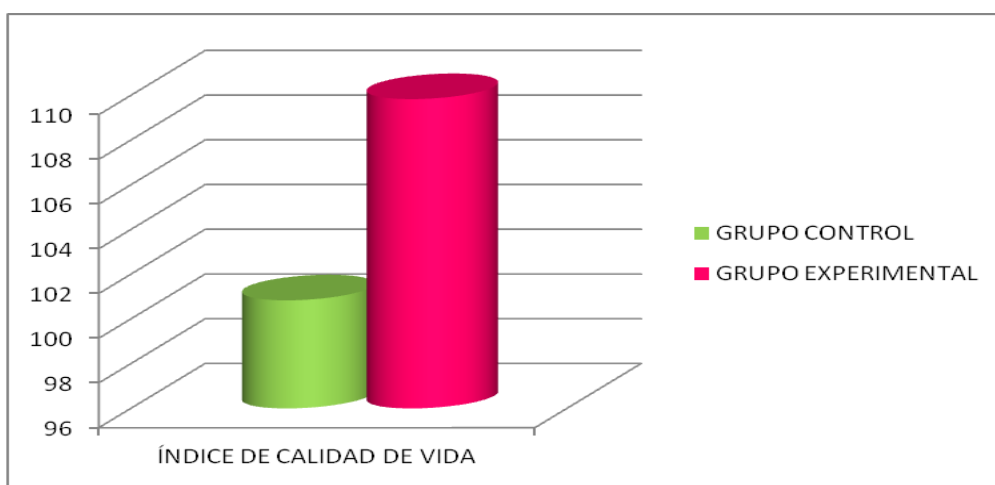


Gráfico 17. ESCALA FUMAT CONTROL vs. EXPERIMENTAL post intervención.

En cambio, en aquellos sujetos a los que se les aplicó la escala QUALID, la media del ICV, post-intervención, para el grupo control fue de 17 puntos de media y, para el grupo experimental, de 22 (Ver gráfico 18). Aunque los sujetos pertenecientes al grupo control, continúan presentando un menor ICV medio que los sujetos del grupo experimental, se puede observar que en ambos casos, las puntuaciones medias disminuyeron, lo cual quiere decir, que la calidad de vida de ambos grupos ha mejorado.

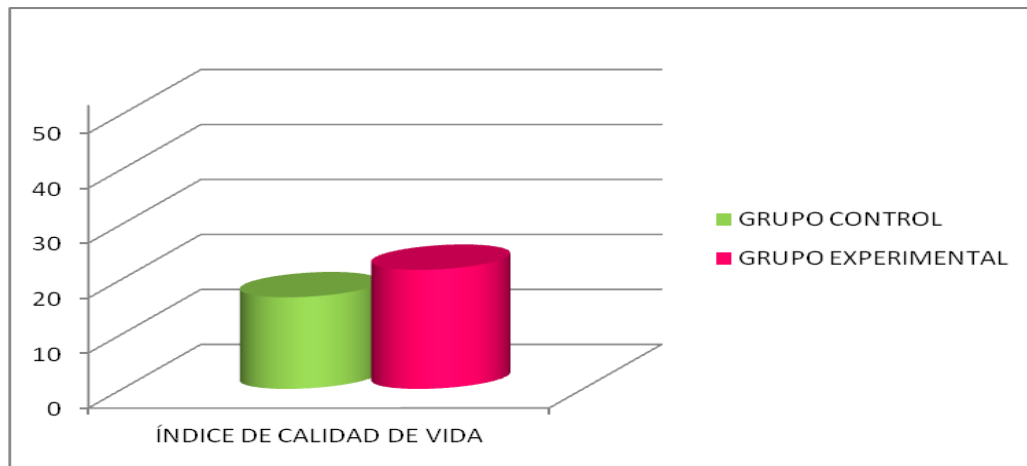


Gráfico 18. ESCALA QUALID CONTROL vs. EXPERIMENTAL post intervención.

En la escala FUMAT, en contraste con los datos obtenidos previos a la intervención, el grupo experimental, obtiene mayores puntuaciones en 7 de 8 dimensiones (ver tabla 19 y gráfico 19).

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
GRUPO CONTROL	9,8	11	9,8	9,7	9,2	8,7	12	11
GRUPO EXPERIMENTAL	13	13	12	12	11	8,7	13	12

Tabla 19. ESCALA FUMAT. Media de puntuaciones estándar post intervención GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

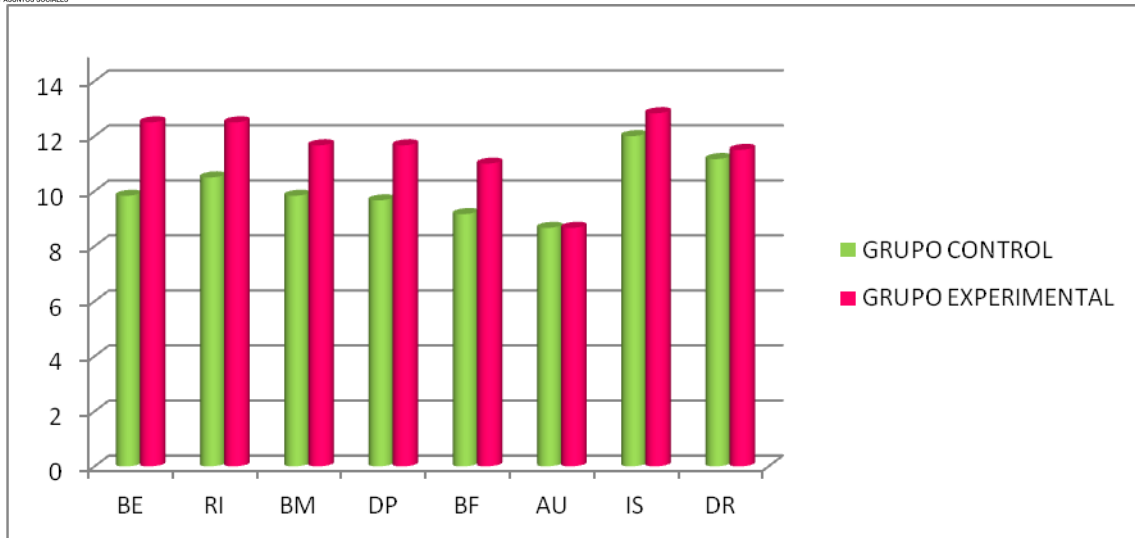


Gráfico 19. ESCALA FUMAT. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones post-intervención (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

En la valoración post-intervención con la escala QUALID, al realizar una comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones, entre el grupo control y el grupo experimental, se observa que el grupo experimental mantiene mayores puntuaciones medias que el grupo control en 7 de 11 dimensiones (ver tabla 20y gráfico 20).

	SO	TR	LL	FA	FI	SM	AG	CO	TP	IP	ET
GRUPO CONTROL	2,7	2	1	1	1	1	1,7	1	2	2,3	1
GRUPO EXPERIMENTAL	1,7	4,3	3	1,7	1,7	2,3	1,7	1	1,7	1	1,7

Tabla 20. ESCALA QUALID. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Media de puntuaciones post-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

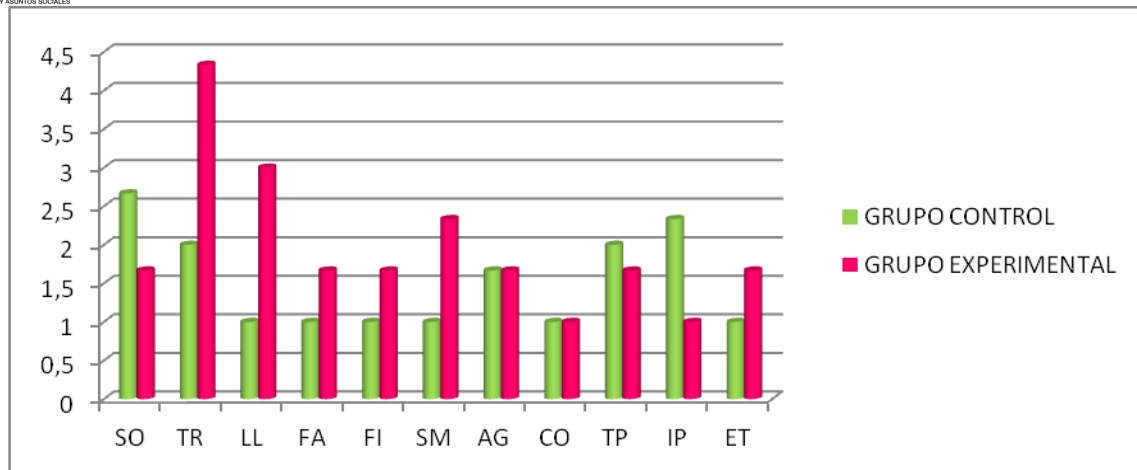


Gráfico 20. ESCALA QUALID. GRUPO CONTROL vs. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones post-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

7.2.3. Comparativa Intragrupales

Grupo control

Al realizar las comparaciones pre-intervención y post-intervención del grupo control con la Escala FUMAT, se observa una mínima diferencia, obteniendo una media de 100,7 puntos en la valoración pre-intervención y, una puntuación media de 100,8 en la valoración post-intervención (ver gráfico 21).

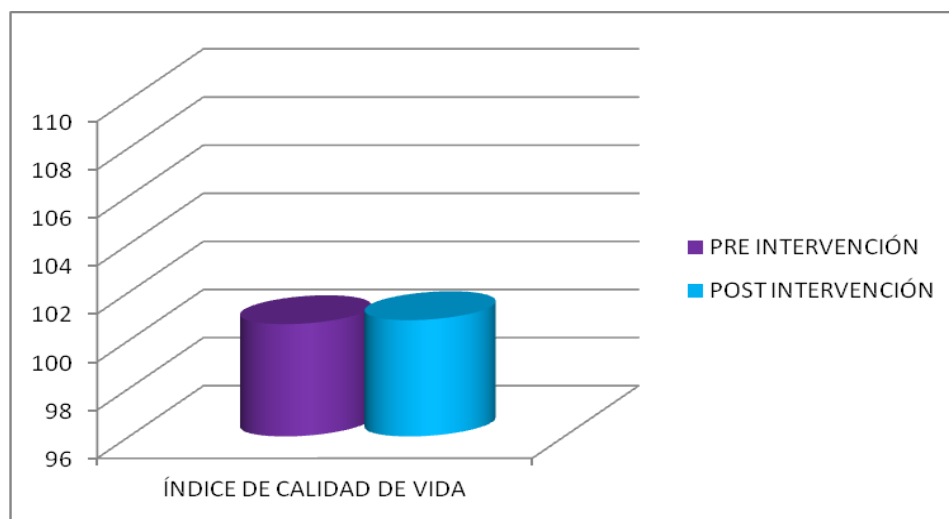


Gráfico 21. ESCALA FUMAT GRUPO CONTROL PRE-POST

En el grupo control, la puntuación media de ICV, obtenida mediante la Escala QUALID, en la valoración pre-intervención es de 18 puntos; en cambio, en la valoración post-intervención, la media disminuye 1 punto, situándose en los 17 puntos de media, lo cual indica que mejoró la calidad de vida de los sujetos del grupo control (Ver gráfico 22).

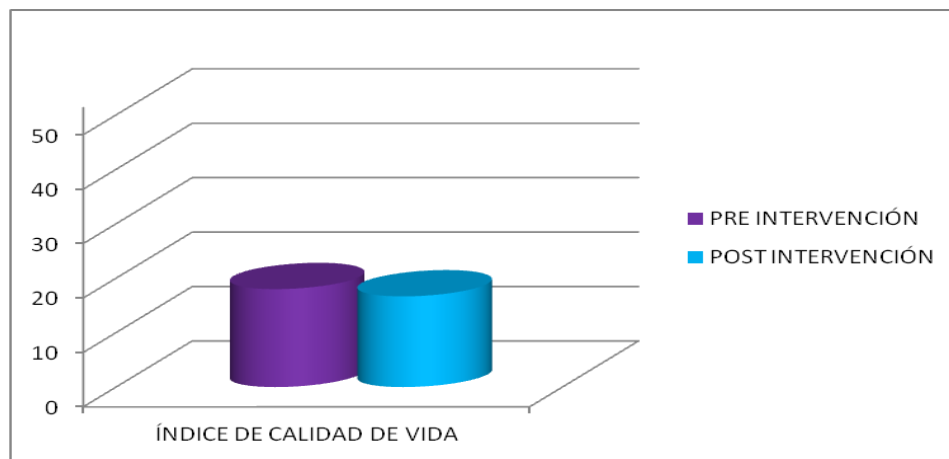


Gráfico 22. ESCALA QUALID GRUPO CONTROL PRE-POST

En el grupo control, se obtienen menores puntuaciones medias en 3 de 8 dimensiones; mayores puntuaciones medias en 2 de 8 dimensiones; y, no varían las puntuaciones en 3 de 8 dimensiones. Esto hace suponer una disminución de la calidad de vida en el grupo control (ver tabla 21 y gráfico 23)

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
PRE INTERVENCIÓN	10	11	11	9,2	12	8	12	11
POST INTERVENCIÓN	9,8	11	9,8	9,7	9,2	8,7	12	11

Tabla 21. ESCALA FUMAT. Media de puntuaciones estándar. GRUPO CONTROL. PRE-INTERVENCIÓN vs POST-INTERVENCIÓN. (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

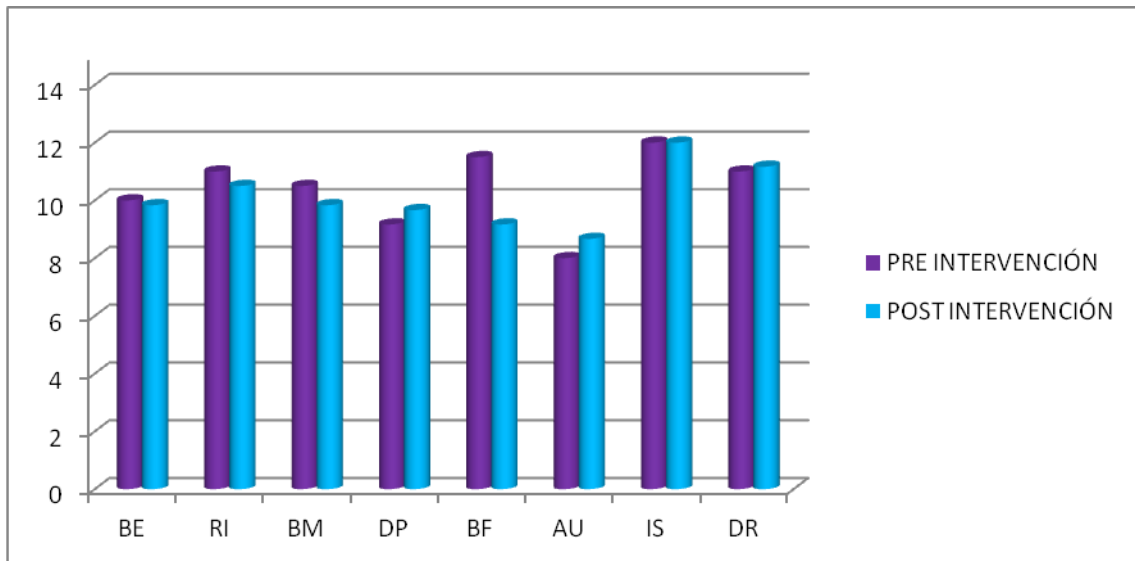


Gráfico 23 ESCALA FUMAT. GRUPO CONTROL. Puntuaciones pre-intervención y post-intervención (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

En las puntuaciones medias obtenidas mediante la Escala QUALID, se observa un aumento de las puntuaciones en 2 de 11 dimensiones; una disminución en 4 de 11 dimensiones; y 5 de 11 dimensiones permanecieron sin cambios (ver tabla 22 y gráfico 24)

	SO	TR	LL	FA	FI	SM	AG	CO	TP	IP	ET
PRE INTERVENCIÓN	3	1	1	1	1,3	1	1	1	3	3,7	1
POST INTERVENCIÓN	2,7	2	1	1	1	1	1,7	1	2	2,3	1

Tabla 22. ESCALA QUALID. Media de puntuaciones estándar. GRUPO CONTROL. PRE-INTERVENCIÓN vs POST-INTERVENCIÓN. (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

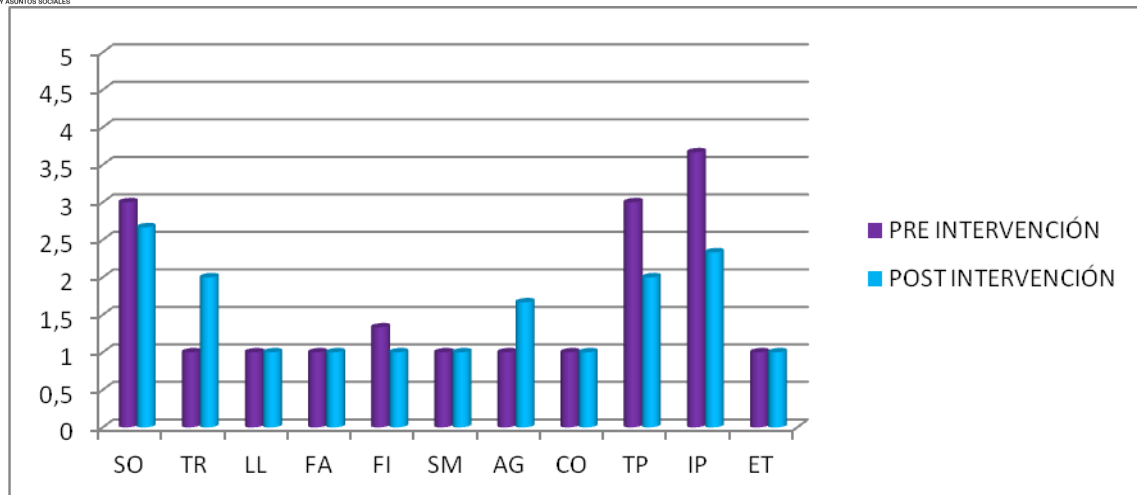


Gráfico 24 ESCALA QUALID. GRUPO CONTROL. Puntuaciones pre-intervención y post-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

7.2.4. Comparativa con Grupo Control

En contraste con lo obtenido en el grupo control, en el grupo experimental se observa una diferencia significativa entre las puntuaciones medias obtenidas pre-intervención (103,8) y las obtenidas post-intervención (109,8). Indicando esto un mayor Índice de Calidad de Vida (ver gráfico 25).

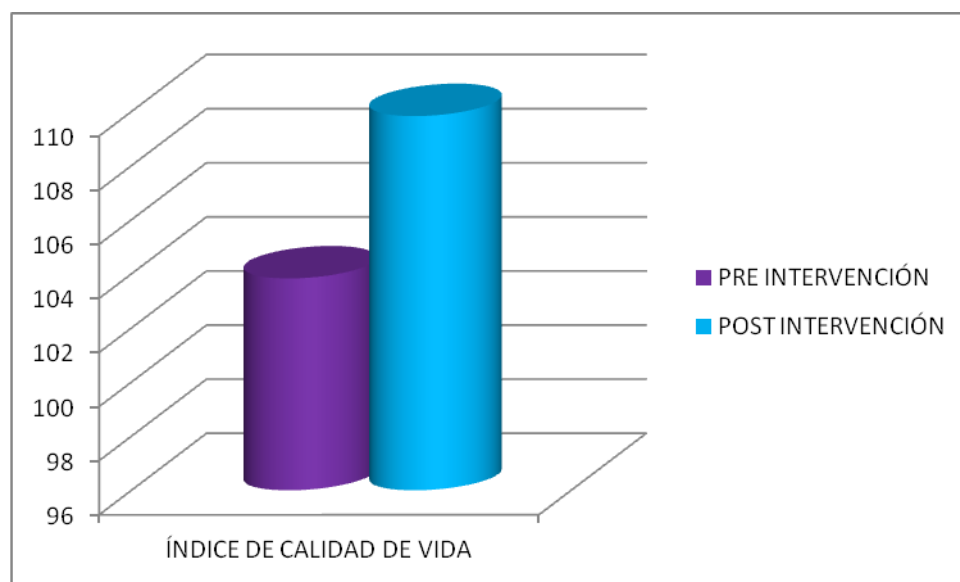


Gráfico 25. ESCALA FUMAT GRUPO EXPERIMENTAL PRE-POST

En el grupo experimental, la puntuación media de ICV, obtenida mediante la Escala QUALID, en la valoración pre-intervención es de 24 puntos; en cambio, en la valoración post-intervención, la media disminuye 2 puntos, situándose en los 22 puntos de media, lo cual indica que mejoró la calidad de vida de los sujetos del grupo experimental (Ver gráfico 26).

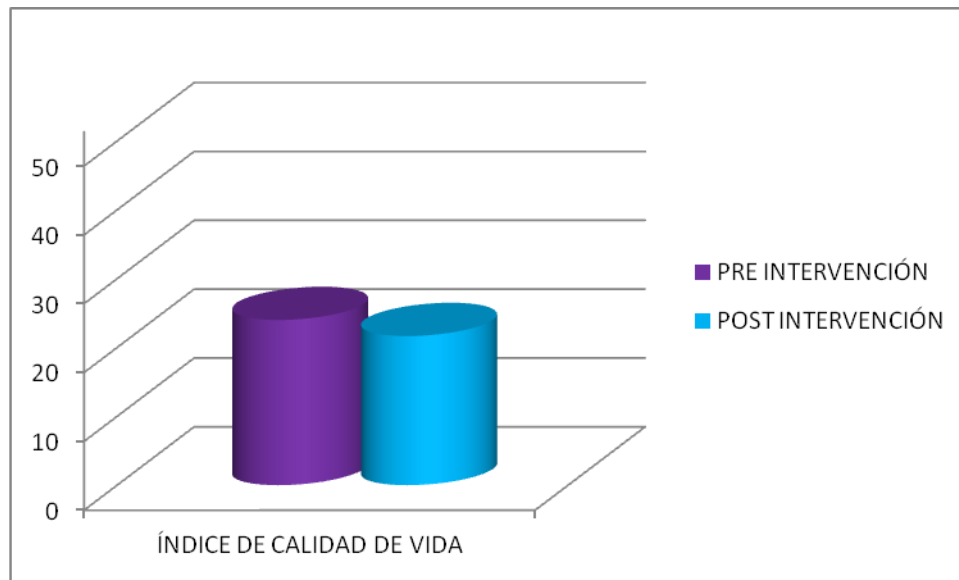


Gráfico 26. ESCALA QUALID GRUPO EXPERIMENTAL PRE-POST

Al comprobar las puntuaciones medias obtenidas mediante la valoración con la Escala FUMAT, en el grupo experimental, se observa un aumento de las puntuaciones medias en 6 de 8 dimensiones; una disminución en 1 de 8 dimensiones; y un mantenimiento en 1 de 8 dimensiones, lo cual indica un aumento en la calidad de vida de los sujetos que participaron en el estudio, con respecto a las puntuaciones pre-intervención de los mismos (ver tabla 23 y gráfico 27).

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
PRE INTERVENCIÓN	9,2	12	12	11	12	7,8	10	11
POST INTERVENCIÓN	13	13	12	12	11	8,7	13	12

Tabla 23. ESCALA FUMAT. Media de puntuaciones estándar. GRUPO EXPERIMENTAL. PRE-INTERVENCIÓN vs POST-INTERVENCIÓN. (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

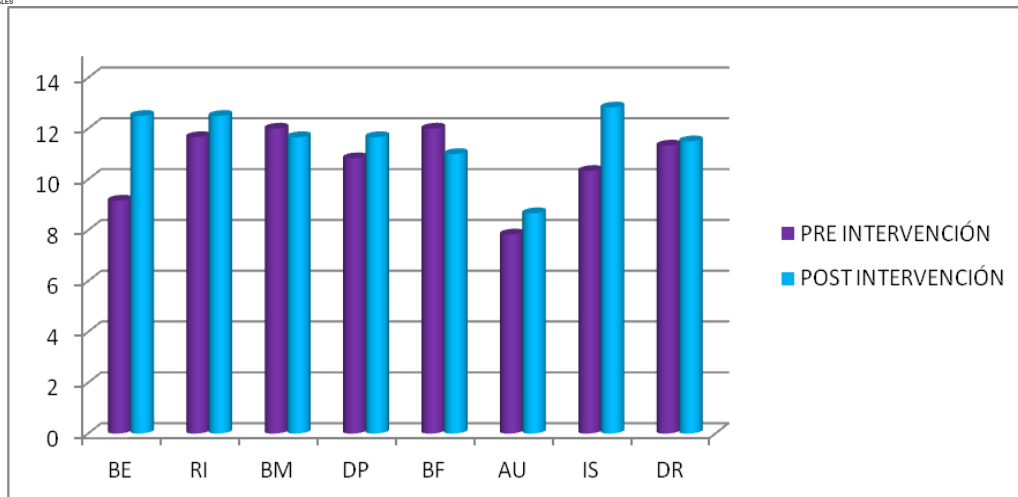


Gráfico 27. ESCALA FUMAT. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones pre-intervención y post-intervención (BE= Bienestar Emocional, RI= Relaciones Interpersonales, BM= Bienestar Material, DP= Desarrollo Personal, BF= Bienestar Físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión Social, DR= Derechos).

En aquellos sujetos en los que se valoró la calidad de vida mediante la Escala QUALID, se pudo observar una disminución de las puntuaciones medias en 8 de 11 dimensiones; y, un aumento en 3 de 11 dimensiones, lo cual indica un aumento en la calidad de vida de los sujetos que participaron en el estudio (ver tabla 24 y gráfico 28).

	SO	TR	LL	FA	FI	SM	AG	CO	TP	IP	ET
PRE INTERVENCIÓN	2	3,3	1,7	2,7	2,7	1,7	2	2,3	2	1,7	2
POST INTERVENCIÓN	1,7	4,3	3	1,7	1,7	2,3	1,7	1	1,7	1	1,7

Tabla 24. ESCALA QUALID. Media de puntuaciones estándar. GRUPO EXPERIMENTAL. PRE-INTERVENCIÓN vs POST-INTERVENCIÓN. (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

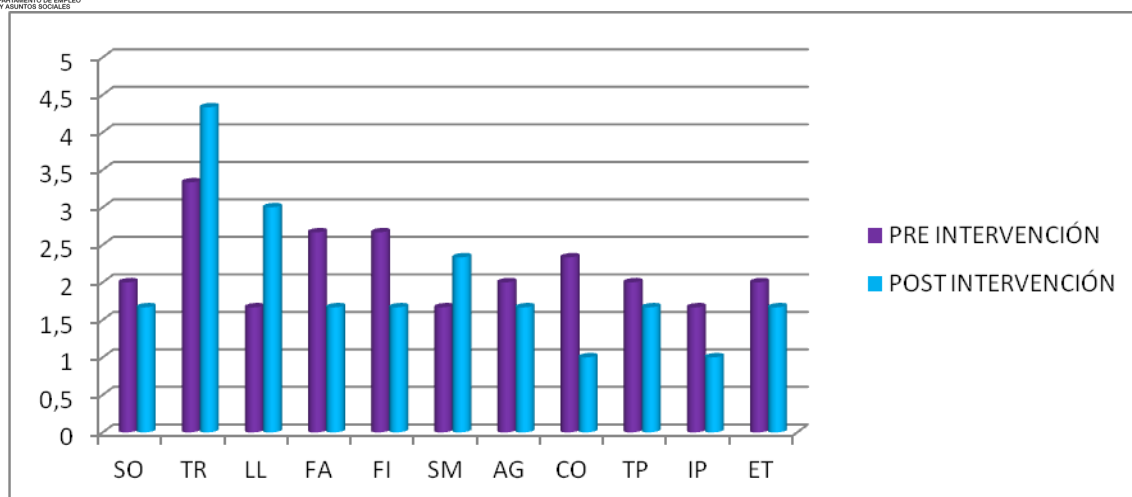


Gráfico 28. ESCALA QUALID. GRUPO EXPERIMENTAL. Puntuaciones pre-intervención y post-intervención (SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo).

7.3. Resultados de los trabajadores.

7.3.1. Situación del Burnout de los profesionales tras la intervención.

Durante los meses de mayo y junio, se realizaron las valoraciones pertenecientes a la fase pre; Valoración a 10 profesionales de Fundación Matia pertenecientes al Centro de Día del Centro Gerontológico Julián Rezola. En el mes de diciembre se han realizado las valoraciones pertinentes a la fase post a 9 de los 10 profesionales valorados inicialmente. A continuación se describe la metodología utilizada para esta fase del proyecto así como los resultados obtenidos.

Metodología

Los sujetos accedieron a participar en el estudio de forma voluntaria y no se les proporcionó ningún tipo de remuneración por su colaboración. A cada persona se le explicó que iba a participar en un proyecto que tenía como objetivo conocer cómo consideran, distintos profesionales pertenecientes a los servicios humanos, su trabajo y a las personas a quienes dan servicio. Después de explicar el objetivo, se indicaba que la participación era de carácter voluntario, anónimo y confidencial. La confidencialidad de los datos obtenidos ha sido asumida cumpliendo con la ley de protección de

datos. Cada participante recibió un código único en la base de datos del estudio, quedando desligada la información obtenida de los datos de la identidad de los sujetos.

En esta valoración se ha obtenido información personal y sobre aspectos emocionales de los participantes, por lo que es imprescindible que durante todo el proyecto se garantice el cumplimiento de las siguientes leyes:

- **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:** Cada participante recibió un código único en la base de datos del estudio, quedando desligada la información obtenida de los datos de identidad del paciente.

- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:** La presente ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

El horario y las fechas de las valoraciones se han establecido de acuerdo al responsable del centro y a conveniencia de los interesados, con objeto de salvaguardar el funcionamiento habitual de la institución y de obstaculizar en la menor medida posible el trabajo de los profesionales.

Las valoraciones se han realizado en formato grupal, aunque las escalas se han cumplimentado de manera individualizada y personalizada. Durante la sesión de valoración han participado 2 personas de Ingema, con el fin de proveer las instrucciones para la cumplimentación correcta de la escala y para resolver las dudas surgidas. La duración de las sesiones de valoración ha tenido una duración media de 30 minutos.

Instrumento de evaluación

Al igual que en la fase pre-intervención, se utilizó el mismo instrumento de evaluación para la valoración del Burnout: el Inventario Burnout de Maslach MBI (Maslach, y Jackson, 1981).

Adaptación al castellano realizado por Seisdedos, 1997). Este cuestionario está constituido por 22 ítems que miden tres componentes del Burnout: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo.

La subescala de **Cansancio Emocional**, formada por 9 ítems, representa la disminución o pérdida de recursos emocionales; describe sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

La subescala de **Despersonalización** está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

Finalmente, la subescala de **Realización Personal** en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

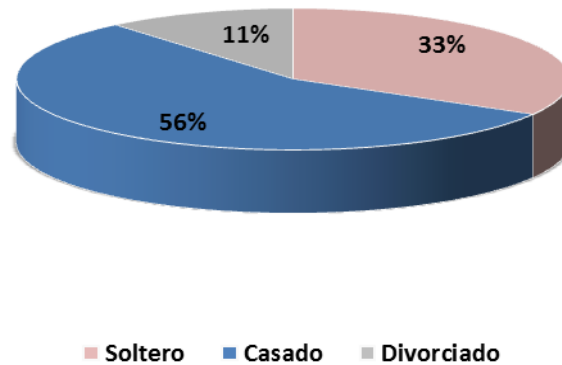
Respecto a las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización, las puntuaciones altas corresponden a sentimientos altos de estar quemado, mientras que en la subescala de Realización personal en el trabajo, las puntuaciones bajas corresponden a sentimientos altos de sentirse quemado.

Asimismo, conjunto a los 22 ítems de la escala de Burnout de Maslach se ha recopilado información sobre las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios, ocupación laboral, situación laboral, tiempo trabajado en la profesión, tiempo que lleva trabajando en el centro y turnos de trabajo.

Resultados descriptivos

La muestra final de este estudio está constituida por 9 profesionales pertenecientes al Centro Gerontológico Julián Rezola, cuyo rango de edad oscila entre 33 y 54 años, siendo la media de edad de 43 años. En relación al género el 67% eran mujeres y el 33% hombres. Respecto al estado civil, la distribución de la muestra es la que se presenta en la siguiente figura:

Gráfico 29: Distribución de la muestra dependiendo del estado civil



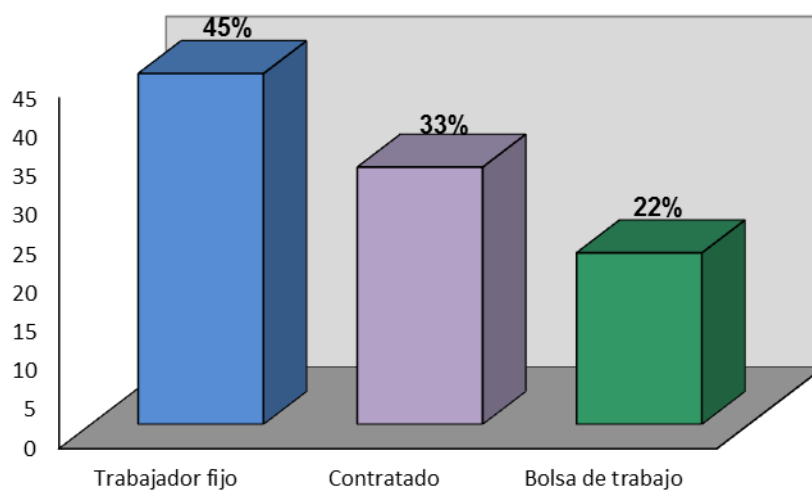
Respecto al nivel de estudios, se observa que a pesar de ser una muestra pequeña, existe una gran variabilidad en cuanto al nivel de estudios alcanzados, aunque el grupo más prevalente (34%) tiene un nivel de estudios de Formación Profesional. Por otro lado, en relación a la ocupación laboral, la mayoría desempeña el cargo de auxiliar de enfermería (89%), a excepción de una persona que ocupa el cargo de trabajador social. En la tabla que se presentan a continuación se presentan los resultados obtenidos de forma más detallada:

Tabla 25 : Distribución de la muestra dependiendo del nivel de estudios alcanzado y de la ocupación laboral

Nivel de estudios	Número de personas	Ocupación laboral
Estudios primarios	2	Auxiliar de enfermería
Bachillerato superior	1	Auxiliar de enfermería
Licenciatura	2	Auxiliar de enfermería
Formación Profesional	3	Auxiliar de enfermería
Diplomatura	1	Trabajador Social

Respecto al tiempo que llevan trabajando en la profesión, la media de tiempo que llevan en esta profesión es de 11 años, rango que oscila entre 1 año y medio, y 26 años. Mientras que el promedio que llevan trabajando en su puesto actual de trabajo es de 8 años (el rango es de entre 3 meses a 24 años). En cuanto a la situación laboral, casi la mitad de la muestra tiene un contrato fijo (45%), a continuación se observa los resultados obtenidos en cuanto a esta variable:

Figura 30: Distribución de la muestra dependiendo de la situación laboral



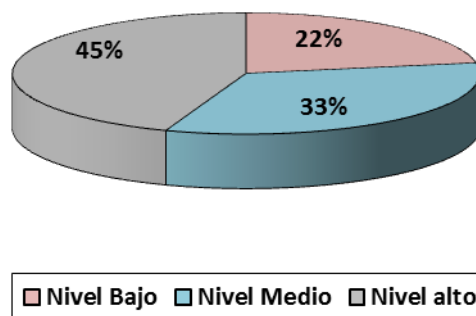
BURNOUT

Los resultados obtenidos en el inventario de Burnout de Maslach han sido los siguientes:

CANSANCIO EMOCIONAL: Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. En relación al cansancio emocional, la puntuación media obtenida en esta variable es de 21,56 (DT=11,91), lo que indicaría que el grupo valorado tienen un *nivel medio de cansancio emocional*.

En cuanto al nivel de cansancio emocional el 45% de la muestra percibe tener un alto nivel de cansancio emocional, mientras que el 33% refiere tener un nivel medio y finalmente, el 22% presenta un bajo nivel en esta variable. En la figura que se presenta a continuación se pueden observar los datos relativos a la distribución porcentual de los resultados obtenidos en la variable cansancio emocional por la muestra valorada.

Figura 31: Distribución de la muestra dependiendo del nivel de cansancio emocional

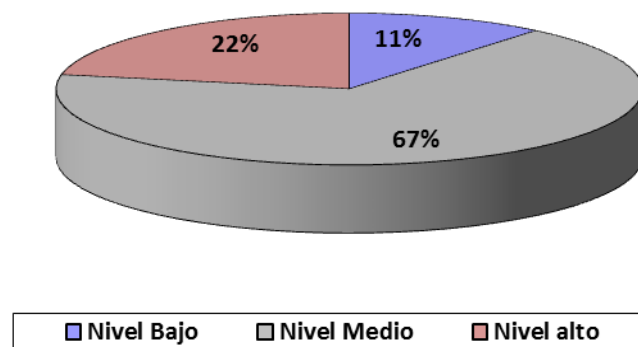


DESPERSONALIZACIÓN: Los elementos de esta escala describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. La puntuación media obtenida en

esta variable es de 8,89 (DT=6,48), lo que significa que las personas de este estudio tienen un *nivel medio de despersonalización*.

En la distribución porcentual de las respuestas obtenidas en despersonalización, se observa que el 22% de las personas valoradas presentan un alto nivel en esta variable, a su vez el 67% presenta un nivel medio y el 11% un nivel bajo de despersonalización. Los resultados obtenidos en este componente se detallan en la figura que se muestra a continuación:

Gráfico 32: Distribución de la muestra dependiendo del nivel de despersonalización



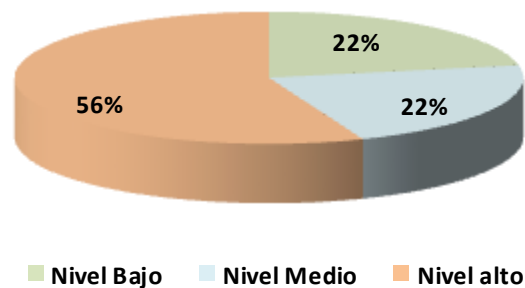
En las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de burnout, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de burnout.

REALIZACIÓN PERSONAL: Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. La puntuación media obtenida por la muestra en esta variable es de 37,67(DT=12,00), lo que indica una puntuación media, es decir, el grupo de este estudio tiene *un nivel medio de realización personal* con el trabajo que realiza.

En el análisis de los resultados obtenidos en realización personal por rangos de respuesta (bajo, medio y alto), indica que el 56 % tiene un nivel alto en esta variable, por lo que un poco más de la

mitad de la muestra se siente muy realizado personalmente en su trabajo. Asimismo, el 22% presenta un nivel medio de realización personal con su profesión y finalmente, el 22% presenta un bajo nivel en esta variable, lo que indica que no se siente muy realizado a nivel personal con el trabajo que lleva a cabo. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente figura de manera más detallada:

Gráfico 33: Distribución de la muestra dependiendo de la variable realización personal



Análisis de relaciones bivariadas

Con el fin de analizar si existe una relación entre la variable edad, tiempo en su trabajo actual, tiempo en su profesión y los tres componentes del burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), se ha utilizado el método de correlación de Pearson. En los resultados obtenidos se observa que la variable tiempo en el trabajo actual correlacionaba de forma estadísticamente significativa y positiva con la variable cansancio emocional ($r=0,74$; $p<0,05$), por lo que las personas que más tiempo llevan en su trabajo actual presentan un mayor cansancio emocional.

Sin embargo los resultados obtenidos indican que no existe una correlación estadísticamente significativa entre la edad, el tiempo de experiencia en la profesión y los tres componentes del burnout. Los resultados obtenidos en este apartado se presentan en la siguiente tabla de forma más detallada:

Tabla 26: Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables organizacionales, edad y el síndrome de burnout

		Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
<i>Edad</i>	Correlación de Pearson	-0,31	-0,31	0,19
	Sig. (bilateral)	0,40	0,40	0,61
<i>Tiempo en su trabajo actual</i>	Correlación de Pearson	0,74(*)	0,50	-0,38
	Sig. (bilateral)	0,02	0,16	0,30
<i>Tiempo en su profesión</i>	Correlación de Pearson	0,62	0,43	-0,41
	Sig. (bilateral)	0,07	0,24	0,26

** La correlación es significativa cuando $p < 0,01$

* La correlación es significativa cuando $p < 0,05$

Análisis de diferencias de medias

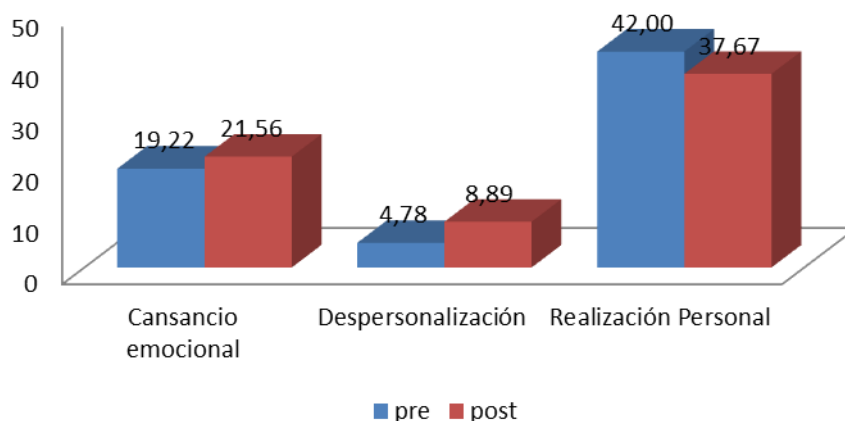
Con el fin de analizar si se habían producido cambios significativos antes y después de la implementación de intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana, se realizó un análisis de diferencias de medias. Dado que se trata de un tamaño muestral muy reducido, se realizó un análisis no paramétrico para muestras relacionadas a través de la Prueba de Wilcoxon, los resultados obtenidos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en los tres componentes de Burnout. En la siguiente tabla se pueden ver los resultados obtenidos en relación a la diferencias de medias en los tres componentes del burnout:

Tabla 27 : Prueba de Wilcoxon. Diferencia de medias en la variable burnout entre la valoración pre y post

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Z	-0,23	-1,47	-0,93
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,81	0,14	0,35

En la siguiente figura se presentan las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los componentes del burnout antes y después de la intervención.

Gráfico 34: Puntuaciones medias obtenidas en los componentes del burnout antes y después de la intervención



7.3.2. Entrevistas pre y post con Profesionales

Concepción previa sobre el proyecto de actividades basadas en la vida cotidiana.

- Los propios usuarios tenían miedo al principio y también varios de los profesionales. Para los profesionales fue muy poco el tiempo desde que se anunció el inicio del proyecto y fueron muy inseguros. También había quien era optimista con la idea de hacer nuevas actividades.
- Había incertidumbre sobre cómo hacer el día a día. Había usuarios que sentían seguros en el Centro de día y no querían ir a la cocina porque pensaban que les iban a poner a trabajar.
- No se esperaban la respuesta que han tenido los usuarios, ni que fueran a participar tanto. No pensaban que iban a llegar a cocinar distintos platos y comerlos, se esperaba algo más parecido a otras actividades del centro.

Valoración general del proyecto de actividades basadas en la vida cotidiana:

- Valoración muy positiva del resultado. Los profesionales están satisfechos participando en el proyecto.
- Los usuarios se sienten útiles y ven que pueden hacer las actividades, aunque antes no se les dejaba hacer las cosas para evitar los peligros. Se les ve a gusto a los usuarios, están más despiertos y participativos.
- Habitualmente los usuarios preguntan: ¿cuándo comemos? Y antes no lo preguntaban nunca. Comen mucho mejor.
- Les ha beneficiado el estar separados entre cocina y centro de día. Los más autónomos lo pasan mal viendo a otros deambular o que no están bien. Tratan de ayudarles pero les pone tristes ver lo mal que están otros. Los menos autónomos están más tranquilos con menos movimiento.
- El refuerzo de personal del proyecto permite ofrecer una atención de mayor calidad.
- Se valora muy positivamente el hacer reuniones semanales para que haya mayor comunicación entre los profesionales.
- Hay margen para mantener conversaciones y salir un poco del rol de Auxiliar y Usuario, se consigue un trato más cercano.

Aspectos más difíciles de abordar en el proyecto y estrategias:

- Romper con la dinámica anterior: A veces en cuanto vemos que una persona mayor duda un poco o tarda, el primer impulso es ir y hacerles las cosas, pero hay que dejarles su tiempo y que lo hagan ellos a su manera.
- Al principio algunos usuarios vivían la cocina como una obligación o trabajo, y sentían frustración al experimentar las dificultades que tienen para hacer cosas que saben que en el pasado las podían hacer muy bien y las han hecho diariamente. Sin embargo, poco a poco han ido relajándose y los auxiliares les tranquilizan y les ofrecen distintas alternativas de cosas que pueden hacer.
- El comienzo del proyecto fue un poco más desordenado por la incertidumbre de no tener una programación de actividades. Fue necesario un periodo de adaptación tanto para profesionales como para usuarios.
- En el afán de mejorar y de que todo funcionase, al principio del proyecto fueron muy ambiciosos en las cosas que querían hacer, pero han ido viendo que hay que dar a las personas su tiempo y dejarles hacer a su manera y no se puede pretender que todo funcione desde el primer minuto. La estrategia para facilitar la adaptación de los usuarios fue ir premiando las pequeñas actividades que hacía cada uno para darles seguridad. Los profesionales, tras superar el primer día y la presión

inicial, pudieron hacer un análisis de cómo había ido y lo que se podía hacer en las siguientes sesiones.

- Como estrategia general hay que animarles a que hagan cosas, sin obligarles, pero insistiendo para que prueben porque algunos al principio no querían hacer cosas y luego han estado muy a gusto.
- Al principio el proyecto les dio cierto miedo a varios profesionales porque estaban acostumbrados a hacer las cosas siempre siguiendo instrucciones. Antes de empezar se pensaba que podía ser algo caótico por el deterioro de las personas
- Las situaciones de nerviosismo pueden ser difíciles de manejar, pero hay veces que funciona muy bien dejarles tranquilos y darles tiempo para que se les pase, que no es abandonarles.
- Es difícil anticipar lo que va a poder hacer cada persona, hay que ir viéndolo sobre la marcha.
- Hay personas que dicen no pueden hacer algunas tareas como solían antes y se frustran al ver que otras personas hacen cosas más deprisa que ellos. Incluso cada usuario se sienta todos los días en el mismo sitio y parece como si en función de esa ubicación de hubiera establecido un flujo de tareas según las distintas capacidades.
- Es una fuente de intranquilidad el que algunas personas se desorienten y se pierdan cuando salen por el pasillo. Pero cada vez se desorientan menos.

Aspectos que se podrían mejorar en las actividades basadas en la vida cotidiana:

- Se podrían hacer dos grupos de 5 personas en días alternos. Hay 3-4 personas que están mejor y algunos usuarios sienten que otras personas hacen más que ellos. Se podrían planificar los días en función de las cosas que pueden hacer los usuarios de ese día.
- Vendría bien tener una olla a presión en la cocina. De esta manera se puede acelerar el proceso de cocinado de los alimentos, lo cual compensa el mayor tiempo que tardan los mayores en preparar los ingredientes (pelar alubias, etc.), sin tener que preparar los ingredientes el día anterior.
- Puede haber una rotación de profesionales, dentro de un equipo fijo y puede estar bien que haya alguien de referencia que de continuidad y seguimiento a lo que se hace.
- Sería muy importante dar continuidad al proyecto más allá de diciembre, porque a las personas les afectan mucho los cambios. No se debería dejar el proyecto, y también extenderlo a las personas de planta. Podrían bajar de planta en grupos de 1 auxiliar con 5 usuarios. Por las mañanas los residentes pasan mucho tiempo sin hacer nada (por la tarde tienen visitas y juegan a cartas) y necesitan una mayor oferta de cosas que hacer.
- En la huerta se puede hacer un nuevo huerto con más espacio para dar continuidad a la actividad de la huerta que si no termina una vez que se planta hasta que llega la recogida.

- Quizá no debería estar la cocina en el mismo espacio que otros usuarios o visitas. Se ponen nerviosos con los ruidos y las visitas, frente a otros días. Se podría poner un biombo a modo de separación.
- También estaría bien tener un mostrador más largo para tener más espacio para trabajar, ya que puede llegar a ser agobiante si se agolpan todos en el mismo sitio.
- Se podría fomentar que los usuarios estén cada vez más distribuidos en dos espacios (unos cocinando o en el sofá viendo la tele o jugando a las cartas, charlando o leyendo el periódico).
- Podría ser interesante que hubiera una rotación de profesionales en las actividades basadas en la vida diaria para que todos puedan conocer esta nueva forma de trabajar y seguir implantando el modelo en la unidad residencial.
- Puede ser útil que el personal tenga conocimientos o formación específica sobre las actividades de la vida diaria a realizar.

7.4. Análisis de la encuesta de satisfacción a familiares

El día 13 de diciembre, nuevamente, se realiza una reunión grupal con las familias de los usuarios que han participado en el proyecto. A la misma acuden los familiares de 8 de los 10 usuarios de la muestra, excusando la asistencia el resto por motivos laborales. A esta reunión acuden además la dirección del centro, los dos trabajadores sociales, la Fisioterapeuta y dos auxiliares que han participado en el proyecto.

Se establece como objetivo principal de esta reunión, valorar la satisfacción de cada uno de los familiares. Por ello tras la finalización de la misma, se mantienen una entrevista con cada uno de ellos.

En la reunión se realiza un resumen de todo el trabajo que se ha desarrollado en el centro a lo largo de estos meses, y que se les ha ido transmitiendo a lo largo de los mismos. A la vez, se ilustra el trabajo mediante la presentación de dos videos en los que se puede ver a sus familiares participando en las diferentes actividades realizadas. En el mismo se aprecia la evolución y mejora en la realización de estas actividades de cada uno de ellos.

Se entrega y explica el documento realizado por la Terapeuta Ocupacional sobre los productos de apoyo. A la vez que se hace una referencia individual de cada uno de los usuarios, con respecto a la

necesidad o no de los mismos. Como anexo VI, se presenta el trabajo realizado por la parte de la Terapeuta Ocupacional del centro, sobre los productos de apoyo.

La Fisioterapeuta a su vez, explica cada uno de los ejercicios realizados, e individualmente la participación de los usuarios.

Los resultados obtenidos tras las entrevistas han sido muy positivos.

- El 100% de los familiares califican la experiencia como muy positiva, dos de ellos considera que sido mucho mejor de lo que esperaba.
- El 100% han percibido mejoras significativas en sus familiares (les ven más contentos, más receptivos, y más despiertos).
- Con respecto al cambio que han apreciado en la atención que se presta ahora, respecto a la situación anterior, dos familias refieren no poder comparar puesto que sus familiares han empezado a acudir al centro de día prácticamente cuando el proyecto se pone en marcha. Una de ellas comenta que percibe un trato más personal, mientras que otra comenta que se presta más atención. Una de las familias refiere que el trato recibido por parte del personal, siempre ha sido bueno, mientras tres familias refieren notar mejoría en este aspecto.
- A la pregunta sobre cual es la perspectiva de atención que les parece más adecuada para los usuarios, todos ellos, han coincidido en opinar que el ideal de atención es el que se está prestando actualmente a través del proyecto, ya que de esta forma han comprobado que desde el centro, se siguen estimulando tanto el área cognitiva como funcional de sus familiares, pero a través de actividades que les motivan ya que no dejan de ser actividades desarrolladas por ellos a lo largo de toda su vida y que ellos han decidido realizar.
- Tras la visualización de los videos presentados por el centro, varias familias, se han mostrado sorprendidas porque aunque reciben desde el centro notificaciones de que actividades se desarrollan, no podían imaginarse participando tan activamente a su familiar, ya que debido al grado de deterioro cognitivo de los usuarios, muchos no son capaces de contar en su domicilio las actividades realizadas.
- Respecto a la adecuación de espacios y mobiliario, todos muestran su satisfacción y mejora, aunque un par de familias transmiten no poder realizar esa comparación por desconocer la situación previa.

7.5. Resultados del Person-centered Care Assessment Tool

De forma complementaria a la evaluación de resultados del proyecto piloto 2.2.4 se ha realizado una auditoria para evidenciar el grado de cumplimiento de los ítems de desarrollo iniciales del PCAT (Person-centered Care Assessment Tool) previo al inicio del trabajo y una vez finalizado el mismo.

Se trata de una auditoria y no de una pasación de la propia escala, ya que no ha sido posible conseguirla, y que la metodología seguida ha sido, para cada ítem, la búsqueda de evidencias del aspecto a valorar en base a las conversaciones con las personas implicadas y en base al análisis del ambiente, las actividades del personal y/o con documentación (actas, SIGECA; planning de actividades, etc.). En base a las evidencias se ha establecido un grado de avance en una escala de 0 a 5 siendo el 0 grado bajo de implantación y 5 grado elevado de implantación.

Finalmente, se aporta una reflexión sobre cada uno de los ítems valorados.

Ítems valorados PCAT

Personalización de los cuidados:

- Se tratan a menudo sobre cómo dar la mejor atención centrada en la persona
- Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes
- Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales
- La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas
- Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes
- Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario
- La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario

Soporte organizacional:

- No existe tiempo para la atención centrada en la persona
- El ambiente es caótico
- Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona
- Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona

Grado de accesibilidad del entorno:

- Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o orientarse
- Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren

CENTRO DE DÍA REZOLA (AUDITORIA INICIAL)

De 1 a 5, de menor a mayor implantación					
PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS					
Los profesionales tratamos a menudo cómo dar la mejor atención centrada en la persona	1	2	3	4	5
Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes	1	2	3	4	5
Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales	1	2	3	4	5
La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas	1	2	3	4	5
Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes	1	2	3	4	5
Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario	1	2	3	4	5
La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario	1	2	3	4	5
SOPORTE ORGANIZACIONAL (*)					
No existe tiempo para la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
El ambiente es caótico	5	4	3	2	1
Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1

Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
GRADO DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO					
Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o (orientarse?)	1	2	3	4	5
Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren	1	2	3	4	5

(*) para estos aspectos se tiene en cuenta la puntuación a la inversa.

VALORACIÓN TRAS LA INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE DÍA

De 1 a 5, de menor a mayor implantación					
PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS					
Los profesionales tratamos a menudo cómo dar la mejor atención centrada en la persona	1	2	3	4	5
Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes	1	2	3	4	5
Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales	1	2	3	4	5
La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas	1	2	3	4	5
Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes	1	2	3	4	5
Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario	1	2	3	4	5
La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario	1	2	3	4	5
SOPORTE ORGANIZACIONAL (*)					
No existe tiempo para la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
El ambiente es caótico	5	4	3	2	1
Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona	5	4	3	2	1

GRADO DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO					
Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o (orientarse?)	1	2	3	4	5
Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren	1	2	3	4	5

(*) para estos aspectos se tiene en cuenta la puntuación a la inversa.

Tal y como puede observarse en el pre y el post de este estudio, las puntuaciones se han desplazado significativamente a la zona de mayor evidencia en la implantación del modelo de atención centrado en la persona.

Los ítems que han experimentado mayor avance son los relacionados con la implantación de la historia de vida, la flexibilización de las rutinas y actividades diarias y la evaluación diaria de necesidades. Seguidamente han pasado de 3 a 5 los ítems de reuniones formales y reflexión continua sobre como mejorar la atención centrada en la persona.

En cuanto al soporte organizacional, ha experimentado un gran avance el ítem que hace referencia a la falta de tiempo para dedicar por parte de los profesionales a la atención directa, y también han mejorado de tres a cinco la evidencia de implantación del modelo en cuanto la facilitación por parte de la organización de las condiciones necesarias para la implantación del modelo AICP.

En relación a los ítems de grado de accesibilidad del entorno han mejorado levemente acercándose a los niveles óptimos durante la puesta en práctica del proyecto. No ha podido mejorarse más por el perfil psicogeriatrico de los usuarios del centro de día de Rezola lo que implica la necesidad la supervisión en todo momento.

A continuación se presentan una serie de apreciaciones que contextualizan los resultados obtenidos:

La situación inicial en el centro Julián Rezola evidenciaba el avance hacia el modelo de atención centrada en la persona, con un compromiso firme y fundamentado por parte de los profesionales pero limitado por la falta de herramientas y recursos para su implantación. De hecho en relación a la recogida de gustos, hobbies y aficiones de los usuarios, se viene realizando desde hace años para tenerlo en cuenta en la planificación individual aunque no de manera sistemática. Por otro lado, existía planificación de reuniones semanales del equipo del centro para la valorización integral y la elaboración de los PAI y para el tratamiento de las incidencias y problemas del día a día que afectaban al centro. En relación a las actividades y programas de intervención generales para los usuarios, han evidenciado que, si bien son fundamentales, pueden llevarse adelante con actividades de la vida cotidiana que resultan más significativas, individualizadas y empoderadoras que las que habitualmente se venían haciendo en el centro.

En relación a temas de soporte organizacional, y aunque haya mejorado significativamente en el proyecto piloto el tiempo dedicado a la AICP, decir que esto ha sido posible teniendo en cuenta los ratios de atención para esta experiencia. Si bien, en todos los casos, se dispone de tiempo para la atención centrada en la persona, este modelo exige mayor dedicación y en este sentido los ratios resultan escasos. Esto mismo se evidencia en el tema de la planificación de tareas del equipo auxiliar, que necesariamente debe existir teniendo en cuenta que es un centro en el que “vive” mucha gente y que es visitado continuamente por familiares y acompañantes de los residentes (el centro de día está ubicado en un centro residencial de 128 plazas). No obstante, el modelo de AICP aporta mayor flexibilidad.

Finalmente, destacar que la implantación de la experiencia evidencia una mejora sustancial en la atención prestada a los usuarios del centro de día y que, aunque los resultados están condicionados por el aumento de ratio y recursos, se demuestra que muchas de las experiencias y cambios pueden generalizarse a otros centros de día con menor ratio/recurso.

8. CONCLUSIONES

Tras la experiencia en el centro de Día de Rezola, es importante señalar que a través de ella se ha generado bienestar tanto a los usuarios como a sus familias y a los propios trabajadores. Tras las entrevistas mantenidas con los profesionales del centro, participantes en el proyecto, han considerado que ha sido la mejor experiencia en la que han participado a lo largo de toda su experiencia profesional.

Se ha podido constatar que trabajar con las personas de una forma individualizada, promoviendo su autonomía y su independencia, creando entornos más hogareños y significativos para ellos, trabajando con sus familias y supeditando la organización a las personas, lleva más tiempo, demanda conocimiento y entrenamiento por parte de todos los profesionales, y hace necesario un proceso que secuencie la incorporación poco a poco de nuevas propuestas de una forma planificada, gradual y sensata.

Requiere un esfuerzo organizativo y un esfuerzo personal de cada una de las personas que participan en este modelo.

Se puede deducir que la implantación de algunas de las actividades cotidianas, consideradas en muchas ocasiones como simples, tiene un gran valor terapéutico y pueden realizarse como intervenciones muy profesionales por parte del personal cuidador debidamente formado e implicado.

Es necesario buscar actividades que proporcionen un bienestar a las personas atendidas en nuestros centros, lo que se puede lograr a través de la recogida de su Historia de Vida, pero ampliado y mejorado a través del trabajo individualizado de los profesionales en el día a día.

A pesar del deterioro cognitivo de las personas atendidas en el centro de día, se ha conseguido que el colectivo se haga grupo, con interacciones sociales frecuentes entre ellos. Los déficit de unos se han solapado con las capacidades de los otros, lo que ha hecho que se hayan compensado unos a otros.

En cuanto a la calidad de vida, se aprecian mejoras con relación a la calidad de vida en global, así como en las diferentes dimensiones que conforman el concepto de calidad. Las dimensiones que han tenido una mayor mejora han sido: el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. A través de los resultados de la escala Qualid se observa una mejora en las siguientes dimensiones: sonrisas, expresión facial de incomodidad, físicamente incómodo, agresividad, irritabilidad, comer, tocar a otras personas, interacción con otras personas y emocionalmente tranquilo.

El beneficio de este proyecto se puede observar incluso en los usuarios que nos han formado parte de la muestra de estudio. Al conformar un grupo más pequeño, y con un perfil homogéneo, se ha constatado una menor incidencia de trastornos de comportamiento en ambos grupos. Lo cual puede estar motivado, por un lado por el incremento de ratio de personal, por la separación de ambos colectivos en espacios diferentes y por la distribución según grado de deterioro cognitivo.

Otro cambio significativo, es el referente a la manera de responder de los usuarios ante el inicio de ciertas actividades. Al comienzo del proyecto requerían de muchas instrucciones y estímulos, por para poder iniciar y llevar a cabo cualquier tipo de actividad por parte del personal (secuencia de la actividad) pero con el paso de las semanas, esa actividad se ha automatizado por parte de los usuarios y ya no necesitan tantas instrucciones.

Ha habido usuarios que al principio no querían colaborar en ninguna actividad por temor a no poder realizarla. Con el paso del tiempo han visto que pueden realizar más actividades de las que en principio creían y esto sin duda les sube la autoestima y les anima a participar en más actividades.

Puesto que la mayoría de participantes son autónomos en la marcha y todos son capaces de caminar con ayuda de una persona, el grupo es homogéneo y esto ha ayudado a realizar actividades en grupo de cara a la mejora de cada uno. De todas formas hay dos usuarios en los que no se ha visto una mejoría clara, y puede ser que para tratar las deficiencias de cada uno necesiten un trabajo terapéutico individual. Es importante que todos los usuarios tengan un perfil similar en cuanto a la marcha y el equilibrio, para facilitar las actividades grupales.

No se puede finalizar este informe sin destacar el ambiente vivido tanto por los usuarios como por los propios trabajadores. Los usuarios han participado cada vez con más ganas, han creado muy buen ambiente, se han ayudado unos a otros y eso ha facilitado la realización de las actividades en grupo. Hay usuarios que no siendo capaces de comprender órdenes, han sido capaces de imitar los ejercicios, y apoyados en la ayuda mutua han podido realizar actividades que de manera individual no hubiesen sido capaces.

BIBLIOGRAFÍA

Akhondzadeh S., Noroozian M., Mohammadi M., Ohadinia S., Jamshidi A H., Khani, M. (2003). *Melissa officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomised, placebo controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74(7): 863-866.

Alessi, C., Yoon, E., Schnelle, J., Al-Samarrai, N. R., Cruise, R. N. (1999) A randomised trial of a combined physical activity and environment intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 784–791.

Andresen, Mette and Puggaard, Lis (2008). Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. *BMC Geriatrics* 2008, 8:32.

<http://www.springerlink.com/content/368177010m4631qt/fulltext.pdf>

Baillon, S., van Diepen, E., Prettyman, R. (2002) Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 444–450.

Baldelli, M., Pirani, A., Motta, M., Abati, E., Mariani, E., Manzi, V. (1993). Effects of Reality Orientation Therapy on patients in the community. *Archives of Gerontological Geriatrics*, 17, 211-218.

Ballard, C. G., O'Brien, J., James, I., Swann, A. (2001) *Dementia: Management of Behavioural and Psychological Symptoms*. Oxford: Oxford University Press.

Ballard, C. G., O'Brien, J., Reichelt, K., Perry, E. K. (2002) Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double blind, placebo controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 553–558.

Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer related changes. *Acta Neuropatológica* 82, 239-259.

Breuil, V., De Retrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganancia-Ganem, A., Frambourt, A. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 9, 211-217.

Brotos, M. y Pickett-Cooper, P. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33(1), 2-18.

Buhr, G. T., y White, H. K. (2006). Difficult behaviours in long term care patients with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 180-192.

Buiza, C., Etxeberria, I., Yanguas, J. J., Placios, V., Yanguas, E., Zulaica, A. (2004). Una alternativa de intervención para personas con deterioro cognitivo severo: el método Montessori. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 119.

Burns, I., Cox, H., Plant, H. (2000) Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 118–126.

Burns, A., Byrne, J., Ballard, C., Holmes C. (2002). Sensory stimulation in dementia. An effective option for managing behavioural problems. *British Medical Journal*, 325, 1312–1313.

Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J. P., Capezuti, E. A. (2002). Mental Health Services in Nursing Homes: Use of Nonpharmacologic Interventions Among Nursing Home Residents With Dementia. *Psychiatric Services*, 53, 1397 - 1404.

Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G. y Hodges, J. R. (2003). Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in dementia: a single case study. *Aging and Mental Health*, 7, 15-21.

Clark M., Lipe A., Bilbrey M. (1998) Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 24, 10-17.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V., Pasis, S. (1995). Agitation among elderly persons at adult day care centers: The experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics*, 7(3), 447-458.

Cohen–Mansfield, J. y Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 52A, 369–377.

Cohen-Mansfield, J., y Werner, P. (1998). The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist*, 38(2), 199-208.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. A review, summary and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9,361–381.

CONSEJERÍA DE BIENESTAR Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2003): *Buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Disponible en Internet:

http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Guias%20de%20buenas%20practic/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W., Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviating the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 37, 16-24.

Davis, L.L., Buckwalter, K. y Burgio, L.D. (1997). Measuring problem behaviors in dementia: developing a methodological agenda. *Advances in Nursing Science*, 20 (1),40-55.

Delgado Losada, M^a Luisa (2001). Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social* 2001, 14: 323-339.

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS0101110323A.PDF>

Denney A. (1997). Quiet music: an intervention for mealtime agitation?. *Journal of Gerontological Nursing*, 23:16–23.

Douglas, S., James, I., Ballard, C. (2004). Non pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10:171-177.

Dowling, G. A., Hubbard, E. M., Mastick, J., Luxenberg, J. S., Burr, R. L., Van Someren, E. J. (2005). Effect of morning bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with severe Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 221-236.

Emerson, E. (1998) Working with people with challenging behaviour. In *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities* (eds E. Emerson, C. Hatton, J. Bromley, et al), pp. 127–153. Chichester: John Wiley & Sons.

Ermini-Fungschilling, D., Hendriksen, C., Meier, D., Regard, M., Stahelin, H. (1998). Entrenamiento cognitivo en pacientes externos con demencia leve: efectos sobre el estado de ánimo y las funciones cognitivas. En: Fitten, J., Frisoni, G., Vellas, B. *Investigación y práctica en la enfermedad de Alzheimer*. Glosa ediciones. Barcelona, 221-239

Feil, N. (1993). The Validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with “Alzheimer’s type dementia”. Baltimore: Health Professions Press.

Dementia: some preliminary observations. *Journal of Mental Health*, 4, 133–144.

Finkel S. I., Costa de Silva J., Cohen G., Miller S., Sartorius N. (1996) Behavioural and psychological signs symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Journal of Psychogeriatrics*, 8 (Suppl 3), 497-500.

Folstein, M. F., Folstein, S. E, McHugh, P. (1975). Mini Mental State: a practical method for the grading cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198

Frances, I., Barandiaran, M., Marcellán, T., Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (3), 405-422

Franco, M., Orihuela, T., Bueno, Y., Cid, T. (2002). Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador. Valladolid: Edintras 2000

Friedl-Francesconi H., y Biender H. (1996). Training in cognitive functions in neurologic rehabilitation of craniocerebral trauma. *Experimental Psychology*, 43, 1-21

Fritz, C. L., Farver, T. B., Kass, P. H., Hart, L. A. (1995). Association with Companion Animals And the Expression of Noncognitive Symptoms in Alzheimer's Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(7), 459-463.

GARAU, Jaime (2005): Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales. Madrid: INTRESS.

Geldmacher, D. S. (2001). *Contemporary diagnosis and management of Alzheimer's disease*. Newtown, Pa.:Handbooks in Health Care.

Gerber, G., Prince, P., Snider, H., Atchinson, K., Dubois, L. Kilgour, J. (1991). Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 843-845.

Gerdner, L. A. (2000). Music, art and recreational therapies in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12 (suppl.1), 359-366.

Gibson, F. (1994). What can reminiscence contribute to people with dementia? In *Reminiscence Reviewed: Evaluations, Achievements, Perspectives* (ed. J. Bornat), pp. 46–60. Buckingham: Open University Press.

Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore: Health Professions Press.

Giaquinto S., Fiori M. (1992). THINKable, a computerized cognitive remedation. First results. *Acta Neurológica*. 4 (4-6): 547-60

Goddaer J., Abraham I. L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychoatry Nursing*, 8, 150-158.

Haffmanns, P. M., Sival, R. C., Lucius, S. A., Cats Q, van Gelder, L. (2001). Bright light therapy and melatonin in motor restless behaviour in dementia: a placebo-controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 106–110.

Harper Ice, Gillian (2002). Daily life in a nursing home: has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16 (2002) 345 – 359.

<http://www.es.e.ualg.pt/gerontologia/Journal%20of%20Aging%20Studies/Harper%20Ice%202002.pdf>

Hitch, S. (1994) Cognitive therapy as a tool for the caring elderly confused person. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 49–55

Hoe, J. y Thompson, R. (2010). Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standard*. 25, 4, 47-56.

Holmes, C., Hopkins, V., Hensford, C., MacLaughlin, V., Wilkinson, D., Roseningeet, H. (2002). Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *Internationa Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 305 - 308.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Guía de Danza creativa terapéutica*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-guiadanza-01.pdf>>

Killick, J. y Allan, K. (1999) The arts in dementia care: tapping a rich resource. *Journal of Dementia Care*, 7, 35–38.

King, A., Oman, R., Brassington, G., Bliwise D., Haskell W. (1997). Moderate intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 277, 32–37.

Koss, E. y Gilmore, C.G. (1998). Environmental interventions and functional abilities of AD patients. In B. Vellas, J. Filten & G. Frisoni (Eds.), *Research and practice in Alzheimer's disease*, 185-191. Paris/New York: Serdi/Springer.

Leroi I., Voulgari A., Breitner J. C., Lyketsos C. G. (2003). The epidemiology of psychosis in dementia. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*. Jan-Feb;11(1):83-91.

Leturia, FJ et al (2001). La valoración de las personas mayores: valorar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico. Cáritas Española Editores, Matia Fundazioa.

Lucas-Carrasco, R; Però, M; March, J (2011). Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*; 52 (3): 139-146.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa (2010): *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona*

Martínez Rodríguez, Teresa. *Centros de Atención Diurna para Personas Mayores. Atención a las Situaciones de Fragilidad y Dependencia*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Buenos Aires, Madrid. Médica Panamericana, D. L. 2010.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa (2010). "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 98. [Fecha de publicación: 28/01/2010].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>>

Marshall, M. y Hutchinson, S. (2001) *Journal of Advanced Nursing*, 35, 488–496

Mateos Hernández, Luis Alberto (2011). *Guía de Musicoterapia*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-guiamusicoterapia-01.pdf>>

McMinn, B. G. y Hinton , L. (2000). Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behavior among inpatients of an acute psychogeriatric unit. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 15, 36-41.

Meyer, D. L., Dorbacker, B., O'Rourke, J., Dowling, J., Jacques J., Nicholas, M. (1992). Effects of a 'quiet week' intervention on behavior in an Alzheimer boarding home. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 7, 2-7.

Mickus, M. A., Wagenaar, D. B., Averill, M., Colenda, C. C., Gardiner, J., Luo, Z. (2002). Developing effective bathing strategies for reducing problematic behaviour for residents with dementia: The PRIDE Approach, *Journal of Mental Health and Aging*, 8(1), 37-43.

Mittelman, M.S., Epstein, C. y Pierzchala, A. (2003). *Counseling the Alzheimer's Caregiver*. A resource for Health Care Professionals. American Medical Association.

Muñoz, J. M., Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Editorial Síntesis

O'Donovan, S. (1993) The memory lingers on. *Elderly Care*, 5, 27–31.

Olazarán J., Muñiz R., Reisberg B., Peña-Casanova J., del Ser T., Cruz-Jentoft A. J., Serrano P., Navarro E., García de la Rocha M. L., Frank A., Galiano M., Fernández-Bullido Y., Serra J. A., González-Salvador M. T., Seviila C. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 28;(12):2348-53.

O'Neil, Maya E. (2011). *A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia*. Evidence-based Synthesis Program. Department of Veterans Affairs. Health Services Research & Development Service.

Orsulic-Jeras, S., Judge, K. S., Camp, C. J. (2000). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1),107-11.

Ouslander, J., Schnelle, J. Assessment, treatment and management of urinary incontinence in the nursing home. (1993) In: Rubenstein L., Wieland D., eds. *Improving care in the nursing home: comprehensive review of clinical research*. Newbury Park, CA: Sage publications, 131-159.

PEÑA-CASANOVA, Jordi (1999): *Activemos la mente. El libro de la memoria (Historia de vida)*, Fundación "La Caixa", Barcelona.

Rabins, P., Bright-Long, L., Cohen, E., Katz, I., Rovner, B., Schneider, L., Blacker, D. (1997). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Alzheimer Disease and Other Dementias of Late Life*. APA Practice Guides.

Reisberg, B., Ferris, S., De Leon, M., Crook, T. (1982). The global deterioration Scale of Assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139, 1136-1139.

Remington, R., Abdallah, L., Melillo, K.D., Flanagan, J. (2006). Managing problem behaviors associated with dementia. *Rehabilitation Nursing*, 31(5), 186-192.

RIBERA, José Manuel (2002): "Prólogo" en Santiago-Juárez y Zurro. *Guía de Criterios de Calidad de Centros Sociales y Sanitarios en régimen residencial para personas mayores*.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2010): "La atención integral centrada en la persona" *Informes Portal Mayores* nº 106.

Ruff, R., Mahaffey, R., Engel, J., Farrow, C., Cox, D., Karzmark, P. (1994) Efficacy study of THINKable in the attention and memory retraining of traumatically head-injured patients. *Brain Injury* 8(1),3-14.

Schalock, R.L. (1999): *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries (Eds.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad* (pags. 79-109). Salamanca: Amarú.

Schneider, N. M. y Camp, C. J. (2003). Use of Montessori-Based Activities by Visitors of Nursing Home Residents with Dementia. *Clinical Gerontologist*, 26, 71-84.

Schultz, R. y Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6, 569-579.

Skelly, J. y Flint, A. J. (1995). Urinary incontinence associated with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43:286-294.

Spector, A., Orrell, M., Davies, S., Woods R. T. (2000a) Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software.

Spector A., Davies S., Woods B., Orrell M. (2000b). Reality Orientation for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness form Randomized Controlled Trials, *The Gerontologist*, 40(2): 206-11.

Sung, H. C., Chang, A. M. y Abbey, J. (2006). Application of music therapy for managing agitated behaviour in older people with dementia. *Hu Li Za Zhi*, 53(5), 58-62.

Tabloski P, McKinnon-Howe L, Remington R. (1995). Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 10, 10-15.

Tappen, R. M. (1994). The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Research in Nursing and Health*, 17(3), 159-165.

Tárraga, L. (1994). Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine*, 6, 44-53.

Tárraga L., Boada M., Modinos G., Badenas S., Espinosa A., Diego S., Morera A., Guitart M., Balcells J., López O. L., Becker J. T (2004). Estudio piloto aleatorizado para la evaluación de la eficacia de un instrumento multimedia interactivo mediante Internet para la estimulación cognitiva de pacientes con Enfermedad de Alzheimer (pendiente de publicación).

Teri, L., Montorio, I. e Izal, M. (1999). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En I. Montorio y M. Izal (Eds.). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R.G., Buchne, D. M., Barlow, W. E., Kukull, W. A., LaCroix, A. Z., McCormick, W., Larson, E. B. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 15, 290(15),2015-22.

Thomas, D. W., Heitman, R. J. y Alexander T. (1997) The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *Journal of Music Therapy*, 34, 246-259.

Toulotte, C., Fabre, C., Dangremont, B., Lensele, G., Thevenon, A. (2003). Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32(1):67-73.

Turner, P., (1993). Activity nursing and the changes in the quality of life of elderly patients: A semi-quantitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1727-1733.

Van Diepen, E., Baillon, S., Redman, J., Rooke N, Spencer D., Prettyman R. (2002) A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 61-66.

Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W., Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 3, 253-260.

Verdugo, M.A.. (2006): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú.

Villar, Feliciano et al. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema* 2006. Vol. 18, nº 1, pp. 149-155.<<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3190>>

Weiner, MF; Martin-Cook, K; Svetlik, DA; Saine, K; Foster, B & Fontaine, C. (2005). The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*; 1: 114-116.

Whall, A. L. Black, M. E., Groh, C. J., Yankou, D. J. , Kupferschmid, B. J., Foster, N. L. (1997). The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 12: 216-220.

Wilson R. S., Mendes de León C. F., Barnes L. L., Schneider J. A., Bienias J. L., Evans D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287,742-748

Yamaguchi H, Maki Y, y Yamagami T. (2010). Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*. 10(4):206-13.

Yanguas, J. J., Buiza, C., Etxeberria, I., Galdona, N., González, M. F., Arriola, E., López de Munain, A., Urdaneta, E. (2006). *Eficacia de las terapias no farmacológicas: Estudio Longitudinal Donostia*. Obra Social Caja Madrid, Madrid.

Zisselman, M. H., Rovner, B. W., Shmueli, Y., Ferrie, P. (1995). Pet Therapy Interventions with Geriatric Psychiatry Patients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(1), 47-50.

ANEXO I

Procedimiento general aplicable a cualquier nueva intervención

Se ha elaborado una programación de las intervenciones basadas en la vida cotidiana a implementar en el Centro de Día, siguiendo el siguiente procedimiento. Procedimiento que siendo repetitivo con alguno de los conceptos expresados anteriormente sirve de modelo para su utilización en otras organizaciones.

Introducción:

1. Se han realizado entrevistas con los usuarios del módulo y del centro de día para conocer su historia y expectativas de vida (proyecto historia de vida).
2. Una vez obtenidos los perfiles, los objetivos individuales buscados por el equipo y la historia de vida, se procede al desarrollo del Plan Personalizado de Atención/Plan de Atención Individualizado (PPA/PAI).
3. Diseño de programas de intervenciones terapéuticas basados en la vida cotidiana, priorizando las expectativas de los participantes. Implicación por parte de los participantes (y/o su familia) en la toma de decisiones.
4. Presentación a cada uno de los participantes de los programas diseñados individualmente y consenso, buscando su aceptación. En caso contrario, se harían las modificaciones pertinentes.
5. Presentación del programa al equipo interdisciplinar, a la persona y a los residentes y/o familiares del Centro, buscando su aprobación y compromiso.
6. Obtención de perfiles mediante la valoración realizada por el equipo interdisciplinar mediante las diversas escalas: Barthel, MEC35, Lawton y Lawton Plus. (VALORACIÓN PRE-PROGRAMA)

7. Entrenamiento y sensibilización al personal de los módulos, con respecto al nuevo modelo y necesidades de los usuarios.
8. Ejecución del programa.
9. Evaluación de resultados del programa.

Objetivos:

La programación se ha diseñado para dar respuesta a los siguientes objetivos generales:

- Prevenir/mantener o estimular las funciones cognitivas y motoras que conserva cada una de las personas participantes en la actividad.
- Entrenar las funciones que intervienen en el procesamiento de la información y su funcionamiento.
- Preservar la autonomía de la persona que padece un deterioro cognitivo leve, enseñándole a utilizar recursos propios.
- Evitar o reducir las preocupaciones que se generan sobre la “pérdida de memoria” debido al envejecimiento normal (déficits sensoriales, disminución de la atención....).
- Intervenir y tratar las alteraciones cognitivas derivadas del proceso de envejecimiento.
- Realizar actividades que complazcan y motiven a las personas que participen en la actividad.

Para un adecuado desarrollo de las actividades programadas, se dará una atención a los usuarios acorde con los siguientes **objetivos específicos**:

- Proporcionar cuidados individuales ajustados a las necesidades y capacidades específicas de cada persona.
- Observar a la persona para determinar su grado de autonomía.

- No marcar tiempos, ajustándose al ritmo de los participantes dentro de unos límites establecidos.
- Realizar una valoración individual del grado de autonomía de cada participante en el programa; determinar las adaptaciones y productos de apoyo para cada una de las personas (Terapeuta Ocupacional).
- Potenciar las conductas autónomas, evitando centrarse en los déficits.

Criterios de inclusión:

1. Voluntariedad o ausencia de negativa expresa de la persona propuesta.
2. Confluencia de los objetivos del equipo interdisciplinar y las expectativas y deseos del usuario, haciéndolo constar en su PPA.
3. Adecuación de horarios entre programas y actividades respecto a la vida del usuario.
4. Ausencia de trastornos del comportamiento moderado-graves en el momento de la intervención.

Metodología

- El grupo estará conformado por personas con un perfil heterogéneo.
- Se realizarán subgrupos dependiendo del grado de deterioro presente:
 1. Usuarios sin deterioro cognitivo y/o con deterioro cognitivo leve.
 2. Usuarios con deterioro cognitivo moderado.
 3. Usuarios con deterioro cognitivo grave.
- Según el nivel de deterioro la participación en el programa podrá ser activa o pasiva y los objetivos variarán en función del estado cognitivo de cada participante.

- Aunque la actividad sea la misma a realizar por todos, dependiendo de la persona, el tipo de estimulación que se busca será diferente, dependiendo de su perfil neuropsicológico.
- En aquellos usuarios sin deterioro o con deterioro cognitivo leve-moderado se hará hincapié en la estimulación de las funciones cognitivas preservadas, sopesando así aquellas que se encuentran mermadas. En cambio, en los usuarios con un deterioro cognitivo grave, el tipo de intervención a realizar será primordialmente sensorial.
- La periodicidad irá en función de la actividad previamente programada consensuada con los participantes en dicha actividad.
- El número de usuarios podrá variar en función de la voluntariedad del usuario a participar, así como de la complejidad de la actividad programada.
- El espacio donde se ejecutarán las actividades, dependerá del tipo de actividad a realizar, es decir, ya sea en la cocina adaptada para los usuarios, en la zona de centro de día o en exteriores (centros comerciales, mercados, comercios).

Seguimiento:

Una vez de pasados los momentos iniciales, la persona de referencia vigilara junto con el equipo, el buen funcionamiento del Plan y realizara el seguimiento de los objetivos planteados junto con el usuario y/o la familia procediendo a rectificar aquellos aspectos a mejorar. Por otra parte, el equipo asistencial responderá ante las incidencias de cada día contando para ello en caso de necesidad con el personal especializado (observación y/o escucha activa, proactividad, flexibilidad sin dejación de lo importante)

Se recogerán diariamente las actividades, incidencias y participación de cada usuario en las mismas durante la jornada del Centro de día, completando el siguiente modelo normalizado e introduciendo los mismos en el programa informático SIGECA

REGISTRO DE ACTIVIDADES EN CENTRO DE DÍA

Fecha: __ / __ / ____ Auxiliares: _____ y _____

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA JORNADA: Describir

OBSERVACIONES USUARIOS

NOMBRE	Grado colaboración: Participa, Hace sugerencias, No colabora, etc.	Estado emocional: Alegre, Tranquilo, Enfadado, Nervioso, etc.
USUARIO 1		
USUARIO 2		
USUARIO 3		
USUARIO 4		
USUARIO 5		
USUARIO 6		
USUARIO 7		
USUARIO 8		
USUARIO 9		
USUARIO 10		

INCIDENTES Y COMENTARIOS SOBRE LA JORNADA:

Programa de actividades en el centro de día:

Mediante la programación diseñada para el Centro de día se buscará fomentar la autonomía de los usuarios a través de tareas relacionadas con la vida diaria.

Las tareas que se describen a continuación, se asignaran en función de los intereses y capacidades de la persona de manera que cada persona tenga su rol, que puede modificarse en función de la evolución del usuario y para que éste no pierda el interés.

Antes de realizar cualquier actividad se deben tener en cuenta las siguientes pautas generales:

- Preparar de antemano todos los utensilios que se necesiten.
- Explicar a cada usuario la tarea programada a realizar, dando pautas si fuese necesario y sirviendo de modelo en otros casos..
- Permanecer a su lado hasta que finalice.
- Evaluar la participación, no la ejecución.
- Mostrarle el resultado final, felicitándole a la vez.
- No enfadarse con él/ella si lo ha hecho mal o no lo ha hecho.

Se empleará la hoja de seguimiento como herramienta con la que auxiliares y técnicos podrán comunicarse para que la asistencia sea más completa y se puedan ir haciendo modificaciones en las tareas y los roles de los usuarios, así como prescribir ayudas técnicas o buscar alternativas a la manera de hacer las cosas.

Ante la demanda insistente, por parte del personal auxiliar, se ha propuesto el siguiente modelo programación básica inicial, a trabajar y desarrollar durante la duración del proyecto.

Esta programación es un ejemplo de cómo se puede trabajar. Se ha dado esta pauta a los profesionales de atención como forma de empezar a trabajar con los usuarios del Centro de Día, pero conforme se vaya instaurando el modelo se irán haciendo las modificaciones pertinentes.

RECIBIMIENTO Y CAFÉ INICIAL PARA COMENZAR LA JORNADA. 9.30 a 10.30H

El siguiente sería un ejemplo de la secuencia de tareas a realizar por los usuarios, para hacer ellos mismos el café que tomarán:

1. Coger la cafetera.
2. Abrirla, poner filtro y echar café.
3. Coger jarra y llenarla de agua.
4. Cerrarla.
5. Darle al interruptor de encendido
6. Coger tazas, servilletas y cucharillas.
7. Coger la leche y el azúcar.
8. Calentar la leche en el microondas. (Quien la quiera caliente)
 - a. Abrir el microondas.
 - b. Meter la taza.
 - c. Cerrar la puerta.
 - d. Encender el microondas.
 - e. Sacar la taza.
9. Saber cuando está el café listo.
10. Servir un café con leche.
11. Abrir y servir el azucarillo.
12. Remover.

Esta tarea se ha desglosado al máximo para que cada usuario haga lo que realmente pueda hacer, fomentando la participación de todos ellos. Progresivamente se intentará fomentar y/o mejorar las capacidades y autonomía de cada persona.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR DEPENDIENDO DE LOS GUSTOS E INTERESES DE LOS USUARIOS. 10.30 a 11.30H

1. Manualidades.
2. Juegos de mesa.
3. Psicomotricidad.- Ejercicio

4. Cestería.
5. Carpintería.
6. Jardinería.

Estas actividades, se realizarán por la mañana después del café. En función de los intereses de cada usuario, cada día de la semana podrán realizar diferentes actividades. También se darán pautas individuales a los auxiliares para que sigan con cada persona.

COMIDA EN EL CENTRO

El reparto y desarrollo de las actividades dependerá de lo que se vaya a cocinar y de las capacidades e intereses de los usuarios.

Hay que tener muy en cuenta, que la capacidad de atención de una persona con demencia no es igual que la de una persona sin ella por lo que la tarea no debe durar mucho; de la misma manera, hay que saber cómo desglosar una tarea, por ejemplo: no es lo mismo pedir: “bate estos huevos”, que: “toma los huevos”, “rómpelos en el cuenco”, “tira las cáscaras a la basura”, “coge el tenedor” y “bátelos.” Incluso podemos tener que hacerle una pequeña demostración.

Esta actividad está pensada para que los usuarios de este proyecto realicen actividades relacionadas con rutinas habituales en su hogar como pueden ser, la compra de alimentos, la preparación de la comida, pensar que comer y todas las actividades que esto conlleva.

Se ha propuesto agrupar estas tareas en tres fases diferentes: Cocinar, poner la mesa y recoger la cocina.

COCINAR:

Una posible programación podría ser la que a continuación se detalla:

1. Preparar los ingredientes de ante mano (Se puede dejar sin comprar algún ingrediente que se pueda adquirir en las inmediaciones del Centro para que un grupo de 2 usuarios y el auxiliar puedan ir a comprarlo).
2. Recordar la secuencia o los pasos que se van a dar.
3. Cortar, pelar, manipular. Utilización de útiles de cocina,(cuchillos, tijeras, etc.).

4. Utilización de fuego y/u horno.
5. Presentar la receta elaborada.

PONER LA MESA:

1. Poner mantel
2. Platos
3. Vasos
4. Cubiertos
5. Servilletas
6. Servir el agua.
7. Pan.

Una cocina en un lugar donde se guardan muchas cosas y donde hay mucho armarios y puertas, por eso sería recomendable hacer carteles (escritos o gráficos) y pegarlos en las puertas de los armarios.



RECOGER:

1. Recoger apilados los platos.
2. Tirar restos a la basura.
3. Llenar el lavavajillas.
4. Poner en marcha el lavavajillas.
5. Limpiar los fuegos.
6. Limpiar las encimera y mesa.
7. Limpiar el suelo.

ELECCIÓN DE LA RECETA A ELABORAR EN LA SIGUIENTE SESIÓN

Puede pedirse a los usuarios que propongan recetas de su gusto o que sepan hacer, o bien se les pueden proponer distintas alternativas para que escojan. Se tratará de fomentar el uso de alimentos de temporada, lo que contribuirá a trabajar la orientación temporal.

Es recomendable que los usuarios junto con el personal, piensen en el menú que se vaya a elaborar al día siguiente, qué ingredientes se necesitan, cuánto nos podría costar, hacer cálculos con dinero, etc.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS DE HISTORIAS DE VIDA

Estamos interesados en conocer las características y preferencias de los residentes para mejorar sus condiciones de vida en el centro.

Por este motivo le solicitamos su colaboración para hacer una **Entrevista sobre cómo era su vida antes de vivir en este centro y cómo le gustaría que fuera ahora.**

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y será **grabada** para que la información pueda ser analizada. No se sabrá de quién procede la información, asegurando en todo momento el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La participación es totalmente **voluntaria**.

Esperamos que los resultados que encontremos ayuden a establecer medidas para mejorar la vida de las personas mayores que residen en este centro.

Por el presente documento **usted consiente** en que la información que aporte pueda ser usada para este objetivo.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, hágame las preguntas que desee. Le atenderé con mucho gusto.

D/D ^a.....

Firma del participante

....., a.....de.....de 20....

Representante, familiar, tutor, etc. (en caso de que el participante no tenga capacidad de decidir sobre su participación en este estudio, en este momento).

D/D^a....., en calidad de..... De D./D^a.....

Presto mi CONFORMIDAD a que participe libremente en el estudio.

Firma del Representante, familiar o tutor

....., a.....de.....de 20....

ANEXO V

DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES Y PRESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO

Los productos de apoyo constituyen una herramienta fundamental para promover la autonomía de las personas en situación de fragilidad o dependencia. Por ello, en el marco del proyecto de Implantación del modelo de Atención Centrada en la Persona, se ha realizado un ejercicio de diagnóstico de necesidades y prescripción de productos de apoyo como complemento del impulso a la autonomía de las personas que promueve el propio modelo.

Objetivos:

- Identificar las necesidades de apoyo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- Prescribir los Productos De Apoyo (PDA) más adecuados a las necesidades identificadas
- Formar y sensibilizar sobre el uso de los PDA (a usuarios, profesionales y familiares)
- Establecer criterios de priorización en la adquisición de Productos De Apoyo

Metodología:

Para Identificar necesidades y Prescribir productos de apoyo, se han valorado en las personas incorporadas en el grupo experimental:

1. BARTHEL (Capacidad funcional)

El índice de Barthel (IB) es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas AVD, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Permite identificar las áreas funcionales concretas en las que la persona presenta una mayor dependencia.

2. MEC (Deterioro cognitivo)

Permite conocer el grado de deterioro cognitivo de la persona y, con respecto a los PDA, anticipar su capacidad futura de manejo del producto, así como el grado de comprensión esperable durante el adiestramiento en el uso del producto.

3. Escala Matia de Valoración de ABVD:

La finalidad de la escala es valorar el grado de autonomía de la persona en diferentes aspectos de la vida diaria, lo que permitirá hacer una prescripción de los productos de apoyo más adecuados para mejorar la autonomía en las tareas que sea posible.

Se trata de una escala propia de Matia que divide en subtareas las áreas del desempeño ocupacional valoradas en el índice de Barthel, lo que permite al Terapeuta Ocupacional identificar en qué subtarea concreta hay un déficit.


Las puntuaciones van de 0 a 4 en cada tarea:

0. Dependiente/ no valorable.

1. Gran ayuda.
2. Ayuda media.
3. Ayuda mínima.
4. Autónomo.

Con esta escala no se consigue una puntuación total, sino que se trata de un instrumento que sirve de ayuda al Terapeuta Ocupacional para completar la valoración y hacer un plan de tratamiento más específico, así como para valorar en una fase posterior si el uso de productos de apoyo ha mejorado la autonomía en esa persona.

En el marco de este proyecto se ha valorado en concreto la capacidad de realización de aquellas Actividades Básicas de la Vida Diaria que se realizan en el entorno concreto del que se trate. Es decir, se han valorado los ítems de la escala que se realizan en el Centro de Día o Unidad de convivencia.

Escala de valoración de ABVD						
Nombre:					Barthel:	
Fecha:					MEC:	
0. Dependiente/ no valorable. 1. Gran ayuda. En un 75% 2. Ayuda media. En un 50% 3. Ayuda mínima. En un 25% 4. Autónomo.						
	0	1	2	3	4	Observaciones/ Productos de apoyo.
TRANSFERENCIAS.						
Tumbarse en la cama						
Sentarse en la cama.						
Trasferencia silla- silla.						
ALIMENTACIÓN.						
Usar cuchara.						
Usar tenedor.						
Usar cuchillo.						
Pelar fruta.						
VESTIDO MMSS						
Ponerse prenda abierta.						
Quitarse prenda abierta.						
Ponerse prenda cerrada.						
Quitarse prenda cerrada.						
Ropa interior.						
VESTIDO MMII						
Ponerse pantalón o falda						
Ropa interior.						
Calcetines.						
Calzado.						
Botones.						
Cremallera.						
ASEO.						
Pecho y EESS.						
EEII.						
Pies.						
Glúteos.						
Espalda.						
HIGIENE PERSONAL.						
WC+ Higiene						
Lavado de manos y cara.						
Higiene oral.						
Peinado.						
Afeitado.						

4. Contraste con el catálogo de productos de apoyo CEAPAT¹ y prescripción de PDA:

Una vez identificadas las necesidades concretas de apoyo, se procede a contrastarlas con la oferta existente de PDA. Para facilitar dicho contraste, se ha elaborado la siguiente tabla de equivalencias entre las distintas ABVD y las principales categorías de productos de apoyo del catálogo de CEAPAT:

NECESIDAD DE APOYO		PRODUCTO CEAPAT	
AVBD	Tareas	Categoría	Subcategoría
TRANSFERENCIAS	Tumbarse en la cama	12	1231
	Sentarse en la cama	12	1231
	Transferencia silla-cama	12	1231, 1236
ALIMENTACIÓN	Usar cuchara	15	1509
	Usar tenedor	15	1509
	Usar cuchillo	15	1509
	Pelar fruta	15	1503
VESTIDO MMSS	Ponerse prenda abierta	09	0909
	Quitarse prenda abierta	09	0909
	Ponerse prenda cerrada	09	0909
	Quitarse prenda cerrada	09	0909
	Ropa interior	09	0909
VESTIDO MMII	Ponerse pantalón o falda	09	0909
	Ropa interior	09	0909
	Calcetines	09	0909
	Calzado	09	0909
	Botones	09	0909
	Cremallera	09	0909
ASEO	Pecho y EESS	09	0933
	Pies	09	0933
	Glúteos	09	0933
	Espalda	09	0933
HIGIENE PERSONAL	WC + Higiene	09	0912
	Lavado de manos y cara	09	0933

¹ <http://www.catalogo-ceapat.org/>

<u>Código CEAPAT</u>	<u>Categorías y Subcategorías</u>
09	Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales
0909	Productos de apoyo para vestirse y desvestirse
0912	Productos de apoyo para funciones de aseo
0933	Productos de apoyo para lavarse, bañarse y ducharse
12	Productos de apoyo para la movilidad personal
1231	Productos de apoyo para la transferencia y giro
1236	Productos de apoyo para elevación
15	Productos de apoyo para actividades domésticas
1503	Productos de apoyo para preparar comida y bebida
1509	Productos de apoyo para comer y beber

5. Adiestramiento en el uso del PDA:

Antes de comenzar a usar los productos de apoyo, los usuarios reciben un adiestramiento sobre el modo correcto de uso, mediante una explicación y demostración práctica por parte de la Terapeuta Ocupacional. Asimismo, es fundamental explicar adecuadamente a la persona los beneficios que le aportará el uso del producto, ya que ello contribuye de manera importante a la aceptación y posterior uso continuado del mismo. El adiestramiento que recibe el usuario, debe ser complementado con formación a los profesionales sobre cómo pueden promover el uso del producto (dando tiempo suficiente a la persona para su manejo, animándole a usarlo, etc.). Por último, los familiares también recibirán una formación y sensibilización sobre el manejo e importancia de los productos prescritos para fomentar que exista una continuidad en el hogar en cuanto al uso de productos de apoyo (en el caso de los usuarios del Centro de día).

6. Seguimiento mediante Observación:

Se ha diseñado una hoja de registro para realizar un seguimiento del uso que la persona hace del producto que se le ha prescrito. Mediante observación, la terapeuta ocupacional comprueba el

grado de aceptación del producto, vigila el uso correcto y sensibiliza sobre la importancia de su uso al personal de atención directa y familiares.

SEGUIMIENTO DEL USO DE LOS PRODUCTOS DE APOYO	
USUARIO:	
PRODUCTO DE APOYO:	
OBJETIVO:	
Días de prueba:	Observaciones:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
¿Prescripción definitiva?	Sí No, fecha próxima revisión: __ / __ / ____
¿Objetivo cumplido?	Sí No, ¿por qué?: _____ _____

Resultados:

Siguiendo el procedimiento descrito en el apartado anterior, se ha realizado la siguiente prescripción de productos:

- **Centro de Día (Rezola):**

- Productos de apoyo para funciones de aseo:

- Alza para WC: Permite a la persona una mayor autonomía en el baño, ya que será más fácil sentarse y levantarse del WC.

- Productos de apoyo para actividades domésticas:

- Borde de plato o cerco para plato: Permite al usuario con motricidad limitada comer de forma independiente. Evita que la comida salga del plato cuando se utiliza una sola mano.
- Cubertería ergonómica: Recomendado para usuarios con movilidad reducida en sus manos y con artrosis o artritis.
- Vaso Nosey: Para personas con limitaciones motoras de cabeza, cuello, boca, extremidades superiores o artritis.
- Vaso anti- derrame: Previene el derramamiento excesivo en caso de vuelco.
- Soporte para tetrabick. Soporte para tetrabrik que tiene varias funciones: abrir, sostener y verter el líquido (al empujarlo hacia abajo, perfora el cartón). Es ajustable, lo que permite utilizarlo con diferentes medidas de cartones.
- Soporte para servir líquidos: Plataforma de inclinación apoyada en un soporte. Mediante un suave empuje, la plataforma se inclina y permite servir líquidos sin esfuerzo ni riesgo de derramarlo. No puede caer accidentalmente hacia abajo ni bajar hacia atrás más allá de la horizontal.
- Abrebotes ergonómico.
- Tapetes antideslizantes.

- Productos de apoyo para vestirse y desvestirse:

- Calzador de medias: Permite a la persona con escasa movilidad de tronco acceder con mayor facilidad a los pies.
- Calzador de zapatos de mango largo: Permite a la persona con escasa movilidad de tronco acceder con mayor facilidad a los pies.
- Gancho de ayuda para el vestido: Dispositivo que consta de un mango largo con un gancho en su extremo para ayudar a vestirse o desnudarse.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

Alza para WC		x	x		x		x		x		5
Borde de plato			x		x						2
Cubiertos ergonómicos		x			x	x					3
Vaso Nosey			x								1
Vaso anti-derrame		x	x		x						3
Soporte tetrabick		x	x		x	x	x				5
Soporte para servir líquidos		x	x		x	x	x				5
Abrebotes ergonómico			x			x					2
Tapete antideslizante		x	x		x						3
Calzador de medias		x	x	x	x		x				5
Calzador de zapatos		x	x	x	x		x				5
Gancho para vestido			x				x				2

Conclusiones:

Es fundamental apoyar la autonomía de las personas mediante el uso de los productos de apoyo más adecuados en cada caso. La Escala de Valoración de AVBD de Matia es una herramienta útil para identificar necesidades concretas y, a partir de ahí, los tipos de productos de apoyo que pueden ser más útiles a cada persona (tomando como referencia el catálogo de productos de apoyo de CEAPAT). De forma complementaria, resulta interesante también adaptar el entorno de las personas con otro tipo de productos que sirven de apoyo específico para las tareas concretas que los usuarios pueden realizar en el entorno residencial o de centro de día; por ejemplo: los abrebotes ergonómicos o soportes para servir líquidos serán de gran utilidad en la realización de actividades relacionadas con la cocina.

A la hora de establecer un orden de importancia para la adquisición de los productos de apoyo por parte del Centro, es recomendable emplear los siguientes tres criterios de priorización: el número de potenciales usuarios del producto, el grado de aceptación previsto del producto (hay productos que suelen tener mejor aceptación por parte de los usuarios que otros) y el potencial de beneficio que aporta el producto a la persona (existen productos que aportan una leve mejora en la autonomía, mientras que otros pueden representar un apoyo fundamental para la persona usuaria).

Para garantizar un correcto uso de productos de apoyo en un Centro de personas mayores es fundamental hacer una labor de sensibilización y formación de los profesionales, ya que éstos realizan una labor fundamental de acompañamiento en el uso del producto (dándole a la persona el tiempo suficiente para realizar la actividad con apoyo del producto, acercándole el producto cuando lo necesite, etc.). De igual manera, una adecuada sensibilización del usuario sobre los beneficios que el uso del producto aporta a la propia persona y a sus cuidadores es de vital importancia para una buena aceptación y uso del producto de apoyo.

Como principales factores a tener en cuenta a la hora de implantar productos de apoyo se podrían destacar los siguientes:

- Grado de deterioro cognitivo: Por un lado, en las personas que no tienen deterioro cognitivo pueden darse casos de rechazo del producto por considerarlo estigmatizante; si bien estas personas pueden comprender más fácilmente el beneficio que les aportan los productos. En el caso de las personas con deterioro cognitivo resulta más complicado que la persona aprenda a utilizarlo y recuerde en qué momentos debe hacerlo.

- Beneficios para el cuidador: Se debe tener en cuenta que muchos productos de apoyo representan una ayuda no sólo para la persona usuaria sino también para su cuidador/a. Esto se debe tener en cuenta también en el momento del diagnóstico y en la prescripción.

Por último, cabría proponer un futuro desarrollo de este proyecto que consistiría en hacer un diagnóstico de las necesidades de productos de apoyo que los usuarios del Centro de día puedan

tener también en sus domicilios. Así se garantizaría una continuidad en el uso de los productos y un mantenimiento en el hogar de la autonomía que se fomenta en el Centro.