

ABSTRACT

Aquest treball presenta l'aplicació de l'estimulació sensorial basada en els principis de la tècnica Snoezelen a persones amb demències molt avançades i amb alteracions conductuals puntuals com agitació, agressivitat o risc de fuga.

S'hi analitza els resultats del desenvolupament d'aquesta tècnica portada a terme a la unitat d'Alzheimer del nostre centre, gairebé durant 2 anys.

Segons aquest principi terapèutic la intervenció es realitza a dos nivells. El primer seria **una intervenció activa** que consisteix en el treball sensorial que es fa amb cada un dels residents i el segon nivell seria **una intervenció passiva** que seria aquell que els residents rebrien indirectament derivada de l'entorn i ambient de la unitat, que influeix sobre la sensació de confort i tranquil·litat.

S'ha valorat els resultats de l'estimulació sensorial activa, en els gairebé 2 anys d'aplicació de la tècnica, observant una millora del benestar i per tant de la qualitat de vida de les persones a qui s'ha aplicat

Per valorar els resultats de la intervenció passiva s'ha utilitzat la unitat com a espai per millorar els trastorns de conducta puntuals en residents del centre que no estan normalment a la unitat d'Alzheimer i que també presenten algun tipus de alteració cognitiva, amb resultats satisfactoris.

INTRODUCCIÓ

La idea que ha donat peu a aquest treball és fruit del neguit dels professionals del centre per tal de millorar constantment en l'atenció que es dona a tots els residents, una manera de millorar és actualitzar coneixements constantment i una de les formes en que es pot fer, és amb la participació en jornades i congressos.

Les conferències Nacionals d'Alzheimer, suposen un espai on es pot reflexionar sobre la importància de seguir avançant en d'investigació neuropsicològica d'aquesta malaltia. Son també l'espai on es plantegen innovacions en la vessant de les cures i el manteniment que es pot donar a aquelles persones que ja han desenvolupat la malaltia. Concretament, durant la conferència Nacional d'Alzheimer celebrada a Barcelona l'any 2002 cridava l'atenció un dispositiu que hi havia en la zona

d'expositors, que intentava reproduir les vivències d'un malalt d'Alzheimer en situacions de la seva vida quotidiana, dutxar-se, menjar, sortir a passejar etc.

Per els professionals implicats en la recerca de noves tècniques que millorin el benestar dels pacients que tenen Alzheimer en els centres, el fet de posar-se en el lloc del malalt suposa sovint viure un punt d'inflexió i de reflexió sobre com podem realment arribar a revertir l'atenció sistematitzada en una millora de la seva qualitat de vida.

Posar-se en el lloc dels pacients vol dir conèixer els paràmetres amb els que ells viuen.

Ens trobem, davant d'un gran increment de la població amb demència, per això, podem afirmar que cada vegada hi haurà un nombre més gran de persones amb unes necessitats que els programes de psico estimulació convencionals no podran cobrir.

Les últimes fases de l'Alzheimer, o dit d'una altra manera, una demència molt avançada, suposa tenir preservades molt poques de les capacitats necessàries per poder executar les activitats d'estimulació que plantegen els programes convencionals de preservació cognitiva estàndards.

Som conscients que es el moment d'anar filant més prim en l'atenció a aquestes persones i canviar els límits del: *"ja no s'hi pot fer res"* per *"encara podem continuar millorant la seva qualitat de vida"*, adhuc quan sembla que ja no es pot oferir res més que confort.

Aquest treball, planteja l'experiència que es va posar en marxa durant l'any 2005 i que continua actualment, d'un programa d'atenció i intervenció a través de l'estimulació sensorial a les persones que es troben en un estadi molt avançat de la malaltia d'Alzheimer i també aquelles persones que degut al deteriorament cognitiu que els causa la demència presenten trastorns conductuals greus.

En la nostra residència el 80% dels usuaris presenta o algun tipus de deteriorament cognitiu o demència, i els trastorns de conducta són prevalents i intermitents en el temps .

Referent a l'etiologia dels trastorns de conducta en demències, el dany cerebral és una de les primeres causes. Però, també hi ha factors relacionats amb el benestar físic i emocional, es a dir amb l'estrès que provoca l'entorn, amb l'ambient en que està immersa la persona i amb el clima que es crea en les relacions que es pot establir durant l'execució de les tasques de la seva vida quotidiana.

Hi ha diferents estudis que avalen la relació entre ambient i conducta:

Segons Lawton (1982), citat a Fernández Ballesteros (1992), *“La conducta és una funció de la competència de l'individu i de la pressió ambiental de la situació. Si la demanda ambiental és excessiva en relació al nivell de competència de la persona gran, el resultat és l'aparició de l'estrès i els seus efectes negatius, si la demanda ambiental és escassa, tindria lloc una disminució de la competència per falta de pràctica de la mateixa.”*

El model de la congruència de Kahana (1975), també citat a Fernández Ballesteros (1992), postula que *“La conducta de la persona gran està en funció de la interacció entre les seves necessitats i les possibilitats de l'ambient per satisfer les necessitats. La dissonància entre la pressió ambiental i la necessitat portarà a l'intent de control de la pressió, o a l'abandonament de l'ambient per part del subjecte. Si la persona no pot controlar el medi i s'hi ha de quedar, experimentarà estrès i malestar.”*

Un altre aspecte molt important de l'ambient és el clima social que l' envolta. Aquest ve definit pel tipus d'interacció que estableixen els subjectes, les relacions entre el residents i les relacions dels residents amb els professionals.

Per afavorir una comunicació de qualitat amb les persones amb demència, hem de saber quines són les seves necessitats i com abordar-les. Per a això seguim la descripció de Kitwood (1997) en el llibre *“Repensant la demència”*.

Kitwood considera que la necessitat central de les persones amb demència és l'amor. D'aquesta necessitat se'n desprenen d'altres com són la necessitat d'inclusió, de compromís, de consol, d'identitat i d'ocupació. Kitwood també parla de la importància de les interaccions positives. Aquestes interaccions de les que parla l'autor són les següents: reconeixement, negociació, col·laboració, joc, estimulació dels sentits, celebració, relaxació, validació, contenció, facilitació, i la creació .

Per tant necessitem un ambient en que la demanda ambiental sigui l'adequada a les competències dels residents i la comunicació amb el personal cuidador sigui significativa.

Les persones amb demència presenten unes necessitats d'atenció específiques i diferents de les que puguin presentar altres persones. La manera de poder prestar aquesta atenció és organitzant en el centre, espais destinats a la cura de persones amb demència. Aquests espais els denominem **unitats de demència**.

Descripció de la unitat de demències del centre:

La residència on s'emmarca el present treball està equipada amb una unitat de demències específica i especialitzada, ubicada en una de les plantes de l'edifici.

Els residents que hi viuen, es troben en una fase molt avançada de la demència o bé presenten alteracions conductuals disruptives que són un risc per a ells mateixos i/o impedeixen la convivència amb els altres residents.

La unitat està adaptada per minimitzar el risc d'accidents, no hi ha mobles "superflus" i l'espai es ampli perquè els residents puguin moure's lliurement.

Hi ha les habitacions i un menjador que també fa funcions de sala d'estar, i una sala d'estar més petita . L'entrada i la sortida de la unitat està degudament tancada amb codis de seguretat.

La unitat de demències, a més de rebre l'atenció de tots els professionals tècnics del centre, psicòloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, infermeria, metge etc, té una ràtio de personal cuidador més alta que la resta de la residència perquè també es major la necessitat d'atenció que tenen les persones que hi viuen. Aquests tenen

una formació específica i que es va actualitzant amb els cursos de formació contínua que s'organitzen segons el pla de formació del centre.

L'objectiu més important de la formació es dotar de criteri a tots els/les treballadors/es i unificar el model d'atenció de la unitat.

Degut a la variabilitat que presenten els residents en relació a l'estat cognitiu, es va dissenyar un programa específic de psicoestimulació adaptat als diferents estadis evolutius. Aquest programa es va adaptant, constantment a les necessitats dels residents.

La psicòloga del centre avalua a tots els residents per establir quin es el programa d'activitats més adequat. I de forma periòdica es va valorant l'estat cognitiu i també davant de canvis importants que es detectin, per tal de configurar i reorganitzar els grups.

Els diferents tipus d'intervenció que es realitza són: tallers d'estimulació cognitiva, psicomotricitat i teràpia sensorial. Les bases teòriques de l'estimulació cognitiva i la psicomotricitat són molt amples i conegudes pels professionals de la geriatría. Quan a l'atenció però a les persones amb FAST 7c a FAST 7e quasi no hi ha bibliografia. Per això es van dissenyar les activitats d'estimulació per a aquest grup de persones segons **els principis de la teràpia de estimulació sensorial Snoezelen.**

El concepte Snoezelen el van definir els terapeutes holandesos Hulsege i Verheul durant els anys 70 quan van crear una cambra d'estimulació sensorial per persones amb dificultats intel·lectuals.

"Snoezelen" és una contracció de la llengua holandesa de les paraules *olorar* i *dormir*. El concepte "Snoezelen" és la paraula utilitzada per descriure un *"entorn interactiu dissenyat per estimular els sentits del tacte, oïda, vista, olfacte i gust, en definitiva un benestar de comunicació amb la persona i l'entorn, interrelacionant diferents factors: música, textures, aromateràpia, efectes d'il·luminació i objectes diversos per un bon desenvolupament corporal i de la ment."*

El sentit de la intervenció segons aquesta tècnica és el de facilitar un ambient on no sigui necessària una competència intel·lectual conservada i per tant te menys exigències per les persones amb demència.

Segons aquest principi terapèutic la intervenció es realitza a dos nivells. El primer seria **una intervenció activa** que consisteix en el treball sensorial que es fa amb cada un dels residents i el segon nivell seria **una intervenció passiva** que seria aquella que els residents rebrien indirectament derivada de l'entorn i ambient de la planta i que influeix sobre la sensació de confort i tranquil·litat.

La teràpia sensorial Snoezelen disposa d'elements ambientals específics com projectors de llums de colors, columnes de bombolles que canvien de color, dispensadors automàtics d'aromes, llits d'aigua, etc. Aquests elements estan dissenyats per a les persones amb discapacitats, i el resultat és molt positiu. **En geriatria es desconeix l'impacte** que podrien tenir i s'hi afegeix la dificultat d'utilitzar segons quin tipus de materials (per exemple els llits d'aigua a la sala).

Varem optar per una ambientació més ecològica pels residents. Com a ecològic ens referim a situacions i sensacions que formen part de la vida del resident i de la seva cultura. Es a dir, que no es van incloure dispositius nous i estranys que no poguessin reconèixer i que amb aquests nivells de demència pensem que no podrien entendre.

Bibliogràficament hi ha referència a l'aplicació de la teràpia Snoezelen en geriatria. Malgrat que no hi hagi resultats concloents, els autors afirmen que *“la tendència fa pensar que la tècnica Snoezelen té bons resultats en la intervenció a persones amb demència (La Biblioteca Cochrane Plus, núm 2, 2006), doncs milloren, símptomes com agitació, d'humor disfòric i augmenten la relaxació”* (Benson, 1994 citat matiaf.net, octubre 2001).

Altres estudis refereixen que aquesta millora només es dona durant la sessió de teràpia (Livingston,G et cols. 1996) i no té conseqüències.

L'equip de professionals del centre, amb l'observació del dia a dia, va començar a veure que efectivament s'estaven donant els factors que els autors descrivien.

Amb aquesta hipòtesi hem començat un treball de recollida de dades i avaluació, per saber si efectivament es complien les premisses descrites pels autors.

El present treball recull de forma descriptiva les dades que s'han analitzat fins ara i a partir d'aquí plantejarem, a mode de conclusió, un nou treball, per poder contrastar les dades actuals i les futures.

Avaluació prèvia de la població diana i proposta de seguiment de la teràpia.

A la unitat es dona atenció a 28 persones que hi viuen i també a 5 persones que utilitzen la unitat com a centre de dia. En la unitat de demències tenim persones en un estadi evolutiu, segons l'escala FAST de Reisberg, de FAST 5 a FAST 7f.

Una altra de les finalitats de la unitat de demències es la de contenir a les persones quan presenten alteracions conductuals disruptives. Aquestes no viuen a la unitat ja que presenten estadis de la malaltia menys avançats i poden conviure amb la resta de residents.

A vegades alguna d'aquestes persones presenten un episodi d'agitació, agressivitat o risc de fuga. L'experiència ens ha fet adonar que quan es presenta un d'aquest episodis, un dels mecanismes més efectius és portar a la persona en qüestió a la unitat de demència. Allà, l'alteració conductual va disminuint d'intensitat i en molts casos fins i tot desapareix. Moltes vegades no cal administrar medicació per controlar el trastorn. Aquest fet l'hem atribuït a l'ambient que hi ha a la unitat de demències. Aquesta era una pràctica que l'experiència ens havia avalat però mai n'havíem fet un seguiment. Amb motiu del present treball hem registrat tots els ingressos puntuals per problemes conductuals que hem fet a la unitat de demències durant els mesos de juny i juliol amb els resultats esperats.

Hem estructurat la presentació d'aquest estudi en dues parts. La primera està relacionada amb la intervenció activa: tracta de l'estimulació sensorial en persones amb demències molt avançades. La segona, relacionada amb la intervenció passiva i la seva influència sobre la conducta alterada.

1. Aplicació dels principis de l'estimulació sensorial Snoezelen en persones amb demències molt avançades.

• OBJECTIUS:

Els objectius que ens varem plantejar van ser:

1. Proporcionar un estat de tranquil·litat i benestar mitjançant l'estimulació sensorial als residents amb estadi Fast 7 de Reisberg.
2. Afavorir la comunicació entre el personal cuidador i els residents amb demències molt avançades.

• INDICADORS:

1. La resposta a la teràpia sensorial que presenten els residents.
Per valorar aquest objectiu hem avaluat les respostes que presenten els residents durant la teràpia sensorial. Les respostes que fan referència a la reacció les hem categoritzat en: agradable i desagradable i les que fan referència a l'estat d'ànim son: tranquil, neguitós i no col·labora.
2. La satisfacció de les cuidadores en la relació amb els residents i la significació de la importància de les activitats de teràpia sensorial pels residents.

• METODOLOGIA:

La metodologia comença amb la creació d'un espai adient per tal de poder desenvolupar les activitats programades d'estimulació sensorial.

L'ambient de la unitat està molt ben estructurat, l'estança principal és un dels espais on és més important mantenir un clima harmoniós i tranquil. És confortable i lluminós, sense gaires sorolls per tal de donar sensació de tranquil·litat.

Amb aquesta filosofia evitem elements distorsionadors, per exemple, la T.V. que només s'engega en moments d'intervenció puntual.

La unitat rep la il·luminació directa de l'exterior. Per matisar la claror hi ha unes cortines que fa un ambient més acollidor.

Els residents estan acomodats en butaques ergonòmiques i amb els coixins necessaris. La música utilitzada és variada, des de sons de la naturalesa a cançons que treballen la reminiscència, passant per una selecció de música clàssica. Combinem estones de música ambiental amb altres de descans. L'ambient aconseguit és molt agradable.

L'espai central i els passadissos disposen d'indicadors d'orientació temporo-espacial, com calendaris, un maniquí amb la roba adequada a la època de l'any, dibuixos per a les diferents dependències, ambientació en relació a les festivitats, etc.

La teràpia sensorial es porta a terme de forma individual per a cada un dels residents que hi participen. Aquests estan acomodats a la sala més petita de la unitat de demències, amb música ambiental de fons. Durant l'activitat, la cuidadora presenta al resident un estímul sensorial diferent per cada dia de la setmana: tacte, olfacte, gust, etc. segons el que està previst a l'horari d'activitats.

La cuidadora observa si l'estímul produeix algun canvi, que pot ser de reacció o d'estat d'ànim.

Els ítems que s'han registrat quan a la reacció són: agradable, desagradable. Quan a estat d'ànim: tranquil, nerviós i no col·laborador.

Quan hi ha rebutjat molt acusat a un dels estímuls es substitueix per un que sigui més gratificant.

El pla d'activitats proposat es va iniciar el novembre del 2004 i en l'actualitat segueix en funcionament.

La psicòloga amb la col·laboració de l'equip, va dissenyar les activitats i l'horari d'aquestes. Per finalitzar es va preparar a les cuidadores encarregades de portar-lo a la pràctica.

L'horari d'activitats divideix el dia en tres moments: matí, migdia i tarda. L'espai del matí està destinat a escoltar música, generalment clàssica, en una atmosfera de tranquil·litat. Durant el dinar s'apaga la música. Després de dinar es posa música relaxant, bàsicament sons de la natura. El tercer moment comença després de berenar, l'activitat es desenvolupa seguint un ritual preestablert que es realitza de la mateixa manera en cada sessió.

La cuidadora es presenta i explica l'activitat que es durà a terme, aquesta es complementa amb una explicació verbalitzada del que es va fer a cada moment. Per finalitzar es realitza un massatge a les mans i a les cames, per millorar la sensació de benestar. Al final de l'activitat s'explica que s'ha acabat i que es tornarà a fer la sessió al dia següent.

Al finalitzar la sessió, que té una durada de 10 minuts aprox. la cuidadora que fa l'activitat omple el registre indicant la reacció de cada persona.

Els sentits estimulats són: el tacte i la oïda, l'olfacte i el gust els darrers es treballen mitjançant essències, colònies i gels dels que usen els residents i aromes de la cuina (cafè, all, llimona,...). el tacte es treballa amb el contacte amb diferent textures, la manipulació de materials i el massatge. La oïda es treballa mitjançant instruments de percussió repetint ritmes i/o deixant que el resident els toqui com vulgui. Actualment per treballar el sentit de la vista estem pendent de comprar calidoscopis. Pensem que aquest enginy, amb el que la majoria d'avis han jugat d'infants, es adequat utilitzar-lo per estimular-los perquè segueix el criteri de cotidianitat que busquem amb els elements que utilitzem en la teràpia . Tot i així haurem de veure la seva reacció.

- **PERSONES IMPLICADES.**

1. Les persones implicades són les cuidadores de planta encarregades d'executar la teràpia sensorial als residents.

2. Els residents a qui està adreçada l'activitat, són aquells que presenten un estadi de deteriorament corresponent a FAST: 7. En fases inicials són persones amb un llenguatge gairebé inexistent, i en les més avançades arriben al mutisme.

Gairebé tots han perdut la capacitat de deambulació i cap al final perden la capacitat de somriure i fins i tot de mantenir el cap en posició vertical.

Els residents que estan en aquest programa d'estimulació sensorial presenten aquestes característiques. És per això que és molt difícil saber si els agrada o no el que se'ls fa.

Des de l'inici del programa el novembre del 2004 fins a l'actualitat han participat un total de 28 residents: 2 homes i 26 dones. El rang d'edats comprèn dels 60 als 101 anys. D'aquests hi ha hagut 10 persones que han estat alta per èxitus i 3 derivades a un recurs socio sanitari públic.

- **RESULTATS:**

Els resultats s'han recollit a través de:

1. Enquesta retrospectiva passada a les cuidadores al final de l'any on es preguntava si comprenien la importància de l'estimulació sensorial als residents, tant per l'aspecte dels beneficis que els comporta com per la relació que s'estableix. Si van seguir les pautes de comunicació que se'ls hi va explicar i quins eren els factors de l'estimulació sensorial que més els hi van agradar i que van millorar més la comunicació amb els residents. (annex 1)
2. Taula resum dels registres de teràpia sensorial

Els registres son individuals i diaris. La taula presentada és un resum que fa la mitja mensual de la reacció i l'estat d'ànim del resident en cada intervenció.

Dels 28 residents que han passat per la teràpia sensorial, 18 han donat una resposta agradable (agradable o tranquil), que es correspon a un 64% dels residents. 5 residents han presentat majoritàriament una resposta no gaire positiva (desagradable o nerviosa), que suposen un 18% i 5 persones no han col·laborat o han rebutjat l'estimulació sensorial, que representa un 18 % dels participants.



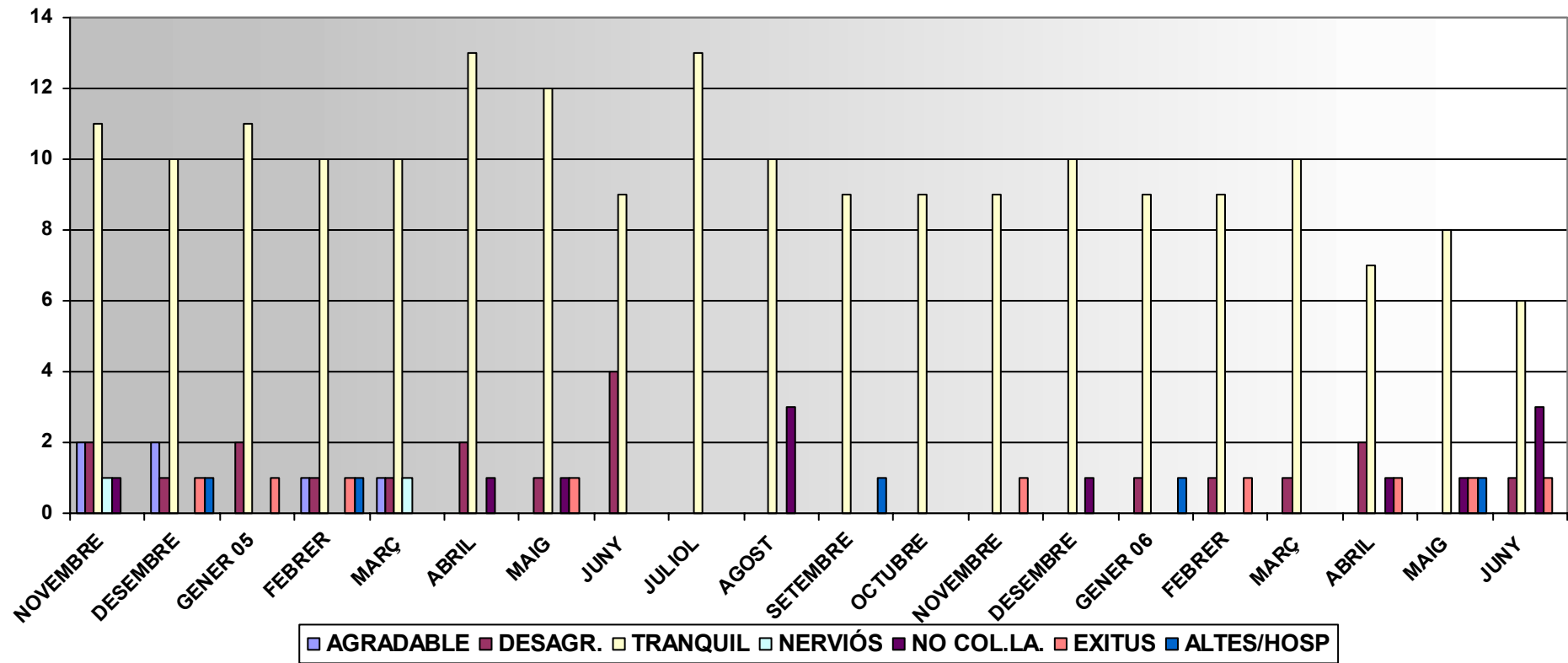
Analitzant els resultats de la taula, hem observat que de les 10 persones que van ser alta per èxitus, 4 presentaven una resposta prèvia al èxitus no favorable a la teràpia sensorial que es va repetir fins al final. Dos d'aquests residents ja van iniciar la teràpia amb resposta no favorable i van morir en un període de temps breu. Els altres dos, donaven una resposta favorable a l'estimulació i van canviar-la just abans de la seva mort.

EVOLUCIÓ TERÀPIA SENSORIAL PER RESIDENT

RESIDENT	NOV 04	DES 04	GEN 05	FEB 05	MAR 05	ABR 05	MAI 05	JUN 05	JUL 05	AGO 05	SET 05	OCT 05	NOV 05	DES 05	GEN 06	FEB 06	MAR 06	ABR 06	MAI 06	JUN 06
1	TRAN	TRAN	EXITUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN
3	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	DES	DES	DES	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN
4	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	DES	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	HOSP	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	DES
5	AGRT	AGRT	AGRT	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	DES	DES
6	TRAN	AGRT	DES	DES	AGRT	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	EXITUS	-	-
7	DES	ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	TRAN	TRAN	TRAN	AGRT	TRAN	NCOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	NERV	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	DES	TRAN	DES	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL	DES	DES	DES	NCOL	NCOL	NCOL
10	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	EXITUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	AGRT	AGRT	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	TRAN	EXITUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	DES	DES	DES	EXITUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	NCOL	EXITUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	TRAN	HOSP	NERV	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	DES	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN
20	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	DES	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN
21	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	EXITUS	-	-	-	-	-	-
22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	TRAN	EXITUS	-	-	-	-
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	TRAN	NCOL
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TRAN	DES	EXITUS	-
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	DES	ALTA	-
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TRAN	TRAN
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NCOL
TOTAL	17	17	15	14	13	16	15	13	13	13	10	9	10	11	10	11	11	11	11	11

- TRAN : Tranquil·la
- AGR: Agradable
- DES: Desagradable
- HOSP: Hospitalització
- NERV: Nervios/sa
- NCOL: No col·labora

Aplicació dels principis de la estimulació sensorial
 Snoezelen a persones amb demències
 molt avançades i amb alteracions conductuals.



2. Aplicació dels principis de l'estimulació sensorial Snoezelen a persones amb alteracions conductuals.

- **OBJECTIUS:**

1. Disminuir la intensitat dels episodis d'agitació, agressivitat i risc de fuga, de residents amb demència que no viuen a la unitat, al ubicar-los en l'entorn de la unitat de demències.

- **INDICADORS:**

1. Intensitat del trastorn de conducta més baix que a l'inici, de manera que no impliqui risc per la persona o per l'entorn.

- **METODOLOGIA:**

Les persones que formen part de l'estudi tenen una demència amb un estadiatge inferior a GDS:6, no viuen a la unitat de demències i presenten intermitentment tres perfils d'alteracions conductuals altament distorsionants per la convivència. Agressivitat, agitació i risc de fuga (viatges constants a la porta per sortir quan hi ha ocasió). Quan una persona que està a la residència presenta un episodi amb alguns d'aquest trastorns intentem reduir-los allà on es donen. Si això no és possible, llavors acompanyem al resident a la unitat de demències. Allà li presentem la cuidadora de referència. L'acomodem a la sala que prefereixi. Si vol pot participar de les activitats que en aquell moment s'estan fent. Si no, se'l deixa tranquil, observant-lo fins que disminueix la intensitat de l'alteració.

Per monitoritzar aquesta intervenció s'ha dissenyat un registre on s'apunta la data, la hora que es porta al resident a la unitat de demències, l'alteració que presenta i la intensitat amb què ho fa, el temps que passa fins que disminueix la intensitat i en quina graduació. També registrem si se li ha administrat medicació o no. Per valorar la intensitat de l'alteració conductual hem utilitzat una escala qualitativa amb les següents categories: 4 - **molt greu** / 3- **greu** / 2- **lleu** / 1- **absència**.

• PERSONES IMPLICADES

Durant la monitorització d'aquesta pràctica que hem realitzat els mesos de juny i juliol, s'han traslladat a la unitat de demències per alteracions conductuals puntuals a 4 persones.

Son 4 dones amb edats compreses entre 82 i 94 anys i que presenten un estadi evolutiu de la demència que corresponen a GDS 5 i GDS 6 de l'escala de Reisberg.

La persona A està en un GDS:5 i episodis d'agitació.

La persona B està en un GDS:6 i presenta risc de fuga i agitació.

La persona C està en un GDS: 6 i episodis d'agitació, risc de fuga i a vegades agressivitat.

La persona D està en un GDS: 6 i presenta agitació.

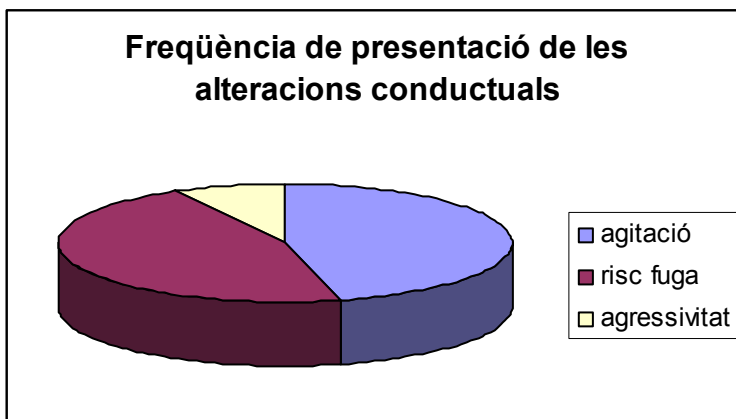
• RESULTATS

Els resultats es presenten a la taula següent:

DATA	HORA	RESIDENT	ALTERACIÓ	INTENSITAT	HORA	INTENSITAT	MED.
22.06.06	15.42h	A	Agitació	3	17.00h	2	No
22.06.06	17.50h	B	Agitació	2	18.15h	1	No
23.06.06	11.30h	C	Agitació	3	11.45h	1	No
26.06.06	11.00h.	C	Agressiva	3	11.15h	1	Si
27.06.06	9.40h	C	Risc fuga	3	10.30h	1	No
27.06.06	11.00h	B	Agitació	3	11.10h	1	No
30.06.06	10.45h	C	Risc fuga	4	11.30h	1	No
02.07.06	10.45h	C	Risc fuga	3	10.55h	1	No
03.07.06	14.30h	D	Agitació	3	15.00h	1	No
04.07.06	9.45h	C	Risc fuga	3	10.00h.	1	No
13.07.06	10.45h	B	Risc fuga	2	10.55h	1	No
25.07.06	11.15h	C	Risc fuga	3	12.00h	1	No
28.07.06	11.00h	B	Agitació	3	11.45h	1	No

La persona A ha entrat a la unitat 1 vegada (7.5%), la persona B hi ha entrat 4 vegades (31%) , la persona C 7vegades (54%) i la persona D 1 vegada (7.5%). En total s'ha utilitzat la unitat de demències, com recurs per disminuir les alteracions conductuals abans mencionades, 13 vegades en el període estudiat.

Respecte a la freqüència de les alteracions conductuals l'agitació ha estat el motiu d'entrada en 6 (46%) ocasions, el risc de fuga, també en 6 (46%) ocasions i l'agressivitat ho ha estat 1 (8%) vegada.



En totes les ocasions les persones han disminuït la intensitat del trastorn conductual pel qual havien entra a la unitat. En el 92% de les ocasions el trastorn ha desaparegut i només amb 1 ocasió (8%) va disminuir.



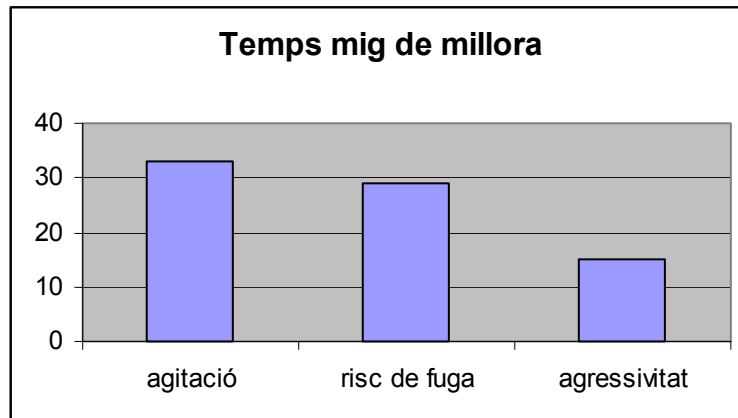
En relació a l'administració de medicació oral per controlar el trastorn només es va haver de donar en una ocasió, que correspon a l'ingrés per causa de l'agressivitat que presentava la resident.

En el 84% de les ocasions el trastorn conductual ha desaparegut sense administrar medicació.

El temps que s'ha necessitat perquè desaparegués el trastorn o disminuís la intensitat ha oscil·lat de deu minuts a una hora i quart.

En el 30% de les ocasions la situació s'ha resolt amb 15 minuts, el 23% de les vegades en 10 minuts, el 16% en 45 minuts, el 8% en 30 minuts.

Si analitzem per categories conductuals, el temps mig de millora de l'agitació és de 33' (minuts), amb un rang de 10' a 75'; el de risc de fuga de 29' amb un rang de 10' a 50'; i el d'agressivitat és de 15'.



CONCLUSIONS

Conclusions de la teràpia sensorial que s'ha realitzat activament en persones amb demències molt avançades:

A la majoria dels casos hem pogut contrastar que efectivament hi ha una millora substancial de l'estat d'ànim i la reacció dels residents al llarg del temps que dura l'activitat. Tot i que degut al tipus de població que hi participa, el resultat ens ve donat de manera indirecte, ja que son les cuidadores qui, a través de l'observació avaluen els canvis que es produeixen. Les conclusions que obtenim són que els efectes de la teràpia sensorial en la majoria de les persones a les que se'ls ha aplicat genera un estat de tranquil·litat que pensem repercuteix en una sensació de benestar i confort.

Pel que fa als canvis en el temps, es a dir entre sessions, hem observat que estan tranquils i relaxats durant la resta del dia, però no podem concloure que es degut a l'entorn que hem creat; perquè que no s'ha avaluat a ningú que no s'incloués en el programa, i per tant no sabem que passaria si no haguèssim intervingut.

Des del punt de vista de les cuidadores, després de les respostes al qüestionari, considerem que s'ha millorat la comunicació d'aquestes amb els residents amb demències molt avançades. La conseqüència és un millora en la qualitat d'atenció a aquests residents i una satisfacció personal de les cuidadores que

perceben la seva tasca més útil i beneficiosa aconseguint una disminució de la frustració que pot comportar l'atenció directa a persones en aquests estadis de la malaltia, establint una relació de respecte, seguretat i calidesa

Ocasionalment hem observat en les reaccions d'algunes persones un rebuig a la teràpia sensorial, un temps abans de la seva mort. Aquest fenomen l'atribuïm a un empitjorament de l'estat de salut que és reflecteix a les reaccions davant les sensacions. A partir d'aquesta observació ens plantejem seguir recollint dades per la possible utilització d'aquesta recurrencia com a orientadora en la predicció de la mortalitat de les persones amb demències molt avançades de la nostra unitat .

Conclusions de la intervenció passiva a persones que presenten trastorns conductuals

Som conscients que el nombre de mesures és molt petit i que caldria que la mostra fos més gran

Malgrat això si tenim en compte que en el 84% de les ocasions ha desaparegut el trastorn pel qual el resident era acompanyat a la unitat, sense cap més intervenció que la immersió del resident en l'entorn específic, podem concloure que la tendència indica que l'ambient afavoreix el control i desaparició de trastorns conductuals com l'agitació, l'agressivitat i el risc de fuga.

La duració del temps en que es dona aquest fenomen també és important doncs, quan menys temps de presentació de l'alteració menys probabilitat de problemes secundaris al trastorn (caigudes, respostes agressives per part d'altres residents) Un altre aspecte important és que aquesta millora conductual es produeix sense haver d'administrar medicació.

Finalment aquest treball ens porta a plantejar si, realment les persones amb alteracions conductuals, canvien l'estat d'ànim, degut a la immersió en un espai monitoritzat a propòsit, com afirmen els resultats obtinguts, o si només el simple canvi d'ambient podria propiciar un resultat similar, forçant la recerca de recursos personals per adaptar-s'hi. En conclusió si la intervenció en l'entorn representa quelcom més que reproduir el simple efecte de la novetat o el canvi.

ANNEX 1.

ESTIMULACIÓ SENSORIAL EN PERSONES AMB GDS 7

ENQUESTA A LES AUXILIARS

1. CONSIDERES NECESSÀRIA L'ESTIMULACIÓ AMB MASSATGES QUE ES FA ALS RESIDENTS AMB DEMÈNCIES AVANÇADES?
2. SEGUEIXES LES PAUTES DE COMUNICACIÓ QUE ET VAN EXPLICAR A L'INICI DEL PROGRAMA D'ACTIVITATS?
3. QUINS ASPECTES T'AGRADEN MÉS DE L'ESTIMULACIÓ SENSORIAL?
4. TROBES QUE L'ESTIMULACIÓ SENSORIAL MILLORA LA COMUNICACIÓ AMB ELS RESIDENTS?
5. QUINA VALORACIÓ FAS DE L'ACTIVITAT?