
INTRODUCCIÓ

Una part important de la població gran amb malaltia mental i neurològica degenerativa precisa d'un model específic d'atenció psicogeriàtrica, principalment en les situacions de crisi i alteracions conductuals i emocionals presenten aquests pacients (Roy-Millán, 2011).

En mostres comunitàries, la prevalença puntual dels SPCD (Trastorns conductuals i psicològics associats a la demència) s'estableix al voltant del 65%, sent el pic de màxima freqüència de SPCD en els estadis moderadament avançats. En aquests estadis destaquen principalment els trastorns motors i del comportament, com l'agitació, la deambulació incontrolada, la vociferació o l'agressivitat, que tendeixen a desaparèixer quan el deteriorament físic i neurològic és molt important. Hi ha diversos estudis que concorden a afirmar que els símptomes més freqüents en les fases avançades de la malaltia, com l'agitació, l'agressivitat o la vagabunderia, són també els més persistents en el temps (Martín Carrasco, 2007). A més ens trobem amb una mostra del 47.4%, pel que fa als trastorns psiquiàtrics que es presenten en la vellesa, d'etiologia diversa (Vives et al, 2013). Aquest grup de pacient geriàtrics, que per a alguns autors constitueix el 25% dels ingressos en els serveis mèdics dels hospitals d'aguts, serien candidats a cures geriàtriques especialitzats (Insalud, 2000).

El maneig farmacològic dels SPCD en pacients amb demència es pot acompanyar d'efectes adversos per al pacient. Per això és habitual recomanar l'ús d'estratègies no farmacològiques com a primera línia terapèutica dels SPCD quan aquests no són molt greus i iniciar el tractament farmacològic només quan aquestes estratègies han fracassat. No obstant això, no existeixen actualment estudis controlats i aleatoritzats que conclouin una eficàcia de la teràpia no farmacològica per a les demències que cursen amb SPCD (Cohen-Mansfield, 2012). En les demències moderades i greus, per exemple, teràpies com l'estimulació cognitiva no han demostrat una eficàcia en el tractament a seguir (Orrell, 2012). I els tractaments farmacològics, si bé aconsegueixen establir certs SPCD tampoc demostren beneficis a llarg termini a conseqüència dels efectes adversos per a aquest tipus de pacients. I com diem, tot i que les intervencions

no farmacològiques ofereixen possibilitats més segures a la farmacoteràpia poc se sap sobre la seva eficàcia (Kverno, 2013).

Algunes de les revisions actualitzades ens suggereixen que l'entorn en què s'estructuren les activitats diàries per a aquest tipus de pacients influeix en les seves alteracions conductuals i emocionals provocant un augment o una estabilitat (Kokls, 2013). De fet hi ha una tendència a considerar que les persones amb demència que viuen en unitats de cura especialitzades demostren significativament canvis en el comportament conductual i emocional, alhora que augmenten la seva participació en les activitats diàries. Aquestes unitats sorgeixen en els anys 80 per atendre els pacients amb demència, generalment els que presenten problemes conductuals. Encara que manquen d'una definició estàndard, aquestes unitats generalment estan situades a l'interior dels centres geriàtrics i comunament inclouen les característiques de personal capacitada, programació especial, un ambient físic modificat i participació familiar. El concepte d'Unitat Especialitzada per a les persones grans amb demència es desenvolupa, doncs sobre la base que un ambient físic artificial i un ambient social de suport reduiria la discapacitat excessiva i milloraria la qualitat de vida (Reimer 2004).

Ens trobem doncs amb dos col·lectius geriàtrics, la persona gran amb demència i manifestacions de SPCD, i l'ancià amb trastorn mental agut, que presenta una condició psiquiàtrica particular, amb deteriorament cognitiu. En aquest sentit, per a ambdós col·lectius és vital una atenció ràpida i adaptada a les seves necessitats per prevenir situacions de més discapacitat i gravetat. En canvi les freqüents crisis motivades per trastorns conductuals en demències i / o trastorns d'etiologia psiquiàtrica en geriatrica són més de característiques subagudes. Tots dos col·lectius es beneficiarien de recursos com una unitat de suport especial, dins l'àmbit psicogeriatric, on proveeixi d'una assistència, temporalitat i entorn adaptats a aquest tipus de perfil.

➤ **JUSTIFICACIÓ**

La necessitat de crear un Model USE (Unitat de Suport Especialitzat) dins de les unitats de psicogeriatric ve donada per donar cobertura a una població que, arran d'unes necessitats específiques, es troben generalment ubicades en espais poc definits on no es pot atendre a les seves necessitats de manera normalitzada.

Estem parlant del Disseny d'un Model Replicable dins de l'assistència geriàtrica especialitzada, amb uns criteris d'inclusió específics. Aquests criteris passarien per atendre a persones amb trastorns neurocognitius i trastorns conductuals predominants amb o sense repercussions funcionals i persones amb patologies de naturalesa neuropsiquiàtrica que, donada la seva edat, i els problemes de convivència amb l'entorn, precisen d'un espai i unes condicions determinades, per cobrir les seves necessitats, i així, preservar o millorar la seva qualitat de vida.

Amb el disseny i implementació d'aquest servei es poden aconseguir els següents beneficis:

- Facilitar l'estudi comparatiu en relació a la millora de la qualitat de vida relacionada amb el disseny de la unitat (*Vellas PM, 2000; Crespo M, 2013*)
- Reduir el consum de recursos sanitaris
- Reduir el burnout de professionals (*Halek M, 2013; Plos One, 2013*)
- Millorar la qualitat de vida dels usuaris (*Kok Js, 2013*)

OBJECTIUS

➤ DEFINICIÓ

Servei, ubicat en un entorn residencial, amb un ambient, recursos i personal especialitzat i, en definitiva un disseny específic, orientat a millorar la qualitat de vida, des d'una òptica centrada en la persona. La integració de les diferents disciplines implicades en l'atenció a aquestes persones, amb un disseny i formació específiques al perfil al qual va dirigit i amb la capacitat de promoure estudis vinculats, serien els elements bàsics que han de caracteritzar la unitat.

➤ OBJECTIUS

1. Els propis d'una residència geriàtrica assistida.
 - a. Facilitar un entorn substitutiu de la llar adequat i adaptat a les necessitats d'assistència.
 - b. Afavorir el manteniment, la prevenció i la recuperació del màxim grau d'autonomia personal i social.
2. Identificar i donar cobertura a les necessitats integrals de les persones que pateixen processos patològics de naturalesa neuropsiquiàtrica, a través de la reducció / remissió de la simptomatologia subjacent.
3. Identificar i donar cobertura a les necessitats integrals de les persones amb demència a través de la reducció / remissió de trastorns cognitius, comportamentals i psicològics subjacents a la malaltia..
4. Minimitzar l'estrés laboral conseqüent a les característiques pròpies del treball
5. Promoure estudis vinculats a la unitat

METODOLOGIA

➤ PERFIL DE L'USUARI

Criteris d'inclusió:

Complir el criteri 1 i un dels tres següents:

1. Persones majors de 65 anys
2. Persones estabilitzades o no estabilitzades en la seva simptomatologia neuropsiquiàtrica i amb deteriorament cognitiu.
3. Diagnòstic de demència i criteris de trastorns conductuals i psicològics (SPCD), segons criteris diagnòstics.
4. Valoració diagnòstica NPS i Neurològica segons criteris NINCDS / ADRDA.
Recomanables proves de neuroimatge.

Criteris d'exclusió:

1. Menors de 65 anys
2. Persones amb puntuacions fora dels paràmetres establerts anteriorment
3. Persones de malaltia psiquiàtrica sense deteriorament cognitiu.
4. Persones diagnosticades de demència sense SPCD associats.

➤ ESPAIS

Els espais, a més de ser considerats com a espais de vida, han de ser:

-Preventius: L'ambient ha de propiciar un estat d'estabilitat conductual i psicològica, evitant els factors estressants i d'inseguretat. Ha de facilitar la sociabilitat, la privacitat i l'ocupació.

-Terapèutics: En el sentit en què els usuaris puguin desenvolupar tot el seu potencial, al mateix temps que es vegin afavorits conductual i psicològicament pels factors que formen part de l'ambient. Han de facilitar la territorialitat, estimular les capacitats residuals i reduir els camps pertorbadors (Cohen and Weisman, 1991).

En general, els espais proposats han d'oferir sensació de llar (*Wolf-Ostermann K, 2014*), comprensió sensorial, suport a la independència i suport a la reafirmació personal. (*Calkins MP, 2009*) per a una millora en la qualitat de vida de les persones amb demència.

De manera general es seguiran les recomanacions d'un manual de Disseny d'espais que hem elaborat per tal fi. (Veure annex 1)

➤ **PROCÉS D'IDENTIFICACIÓ DEL RESIDENT:**

El Diagnòstic dels SPCD es realitza mitjançant l'observació del resident, i l'entrevista amb el resident i el / la gerocultor / a referent.

Un cop identificat el grup de residents amb alteracions de conducta s'identifica a la gerocultora referent, a la qual, a través de les passacions del NPI i del CMAI, Cornell, es donarà resposta sobre les conductes més alterades, el temps d'evolució, el curs, la interpretació dels SPCD i el patiment que generen. Així mateix se li preguntarà sobre els antecedents i conseqüències de la conducta. A banda, si el resident és capaç de respondre se li s'entrevistarà seguint criteris ACP (document PAIV). I es passaran els següents qüestionaris: MEC / MMSE. S'avaluarà la seva GDS segons FAST.

Aquesta Informació es complementa amb altres valoracions realitzades (anamnesi, història de vida i els registres diaris).

Procés de Seguiment:

Se seguirà l'evolució de les alteracions conductuals mitjançant els propis PAIV en els que s'afegiran:

- DCM, com indicador de qualitat de vida (*Halek, 2013*)
- Els inventaris NPI/CMAI/Cornell, per observar la progressió dels canvis al respecte.

➤ **PROCÉS D'IDENTIFICACIÓ DE L' EQUIP GEROCULTOR:**

Es demanaran l'adquisició d'unes competències associades al servei requerit:

-Competències formatives:

- Curs bàsic de formació en demències
- Taller bàsic d'estimulació basal
- Curs bàsic d'atenció centrada en la persona
- Taller "No contencions"

-Competències personals:

- Compromís i competència professional

➤ **PROCÉS DE SEGUIMENT:**

S'oferiran programes de Formació Continuada (Sensibilització, tallers...) al personal, específics de la unitat.

A més es valorarà, mitjançant el Qüestionari Maslach, el nivell de "Burning Out" o Estrés Laboral (esgotament emocional, despersonalització i realització personal) respecte el moment d'inici i amb diferents intervals de temps de la inclusió laboral en la unitat.

També es realitzaran reunions amb l'equip gerocultor per treballar aspectes concrets relacionats amb la pròpia organització, gestió de residents, i altres demandes del propi equip gerocultor.

➤ **INTERVENCIÓ FARMACOLÒGICA:**

Davant d'una consulta per SCPD hem de pensar en què tots els símptomes no han de ser tractats amb un fàrmac. És a dir que en primer lloc valorarem un tractament no farmacològic.

Si decidim utilitzar un medicament seguirem unes normes bàsiques: valorar la indicació del tractament, efectivitat, durada efectes secundaris, progressió del deteriorament, etc.

- *Símptomes que no responen o responen de forma parcial baixa al tractament farmacològic:*
 - Deambulació erràtica.

- Orinar i / o defecar en llocs inadequats.
 - Vestir i desvestir-se en llocs inadequats.
 - Comportaments repetitius.
 - Amagar / acumular objectes, escombraries, bosses, etc.
 - Pica (menjar coses no comestibles)
 - Aïllament.
 - Arrencar-se la roba.
- *Síntomes que poden respondre al tractament farmacològic:*
 - Agressivitat física.
 - Agressivitat verbal.
 - Ansietat, inquietud psicomotriu.
 - Tristesa.
 - Crits.
 - Anorèxia.
 - Apatia.
 - Trastorns del son.
 - Deambulació erràtica amb agitació i agressivitat.
 - Comportaments vocals repetitius.
 - Il·lusions / Al·lucinacions.
 - Comportament sexual inapropiat amb agitació.

➤ **INTERVENCIÓ NO FARMACOLÒGICA:**

Resumirem els punts més importants a tenir en compte relacionats amb les intervencions no farmacològiques.

Per tal de poder intervenir amb una persona que pateixi alteracions de la conducta són importants els següents passos:

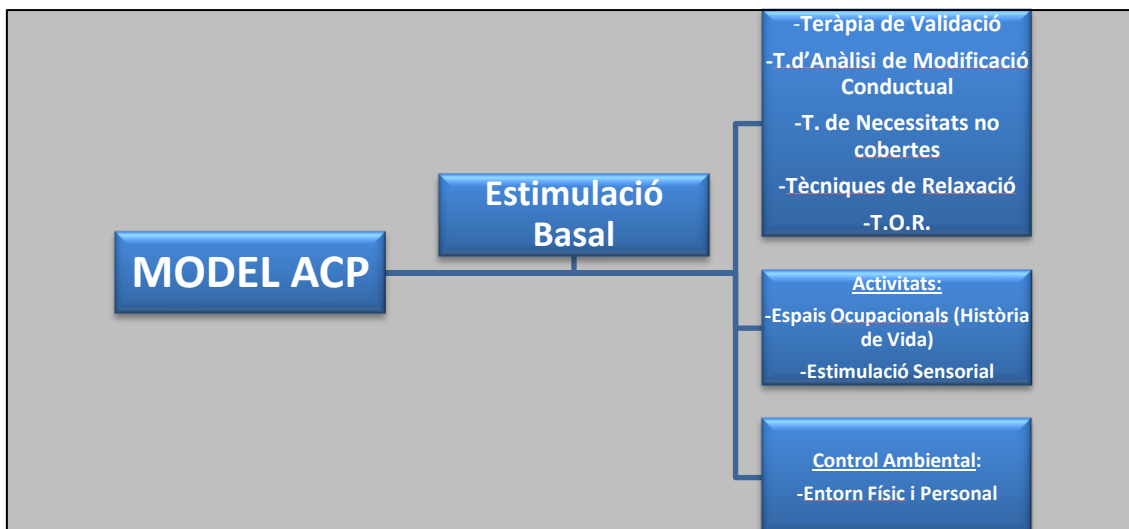
- 1 Identificar l'alteració conductual, quan major sigui la claredat amb la que es defineixi el problema més probable serà establir una estratègia eficaç
2. Descriure la conducta problema. Quan apareix, on apareix, freqüència, etc.

3. Buscar desencadenant i analitzar les conseqüències. Què passa abans i després del problema.
4. Establir objectius realistes. Valorar si s'ha d'iniciar una intervenció conductual i si aquesta ha d'anar acompanyada de tractament farmacològic.
5. Avaluar i modificar contínuament les intervencions. Valorar l'eficàcia de les pautes establertes.
6. Les activitats han de ser adequades al nivell de deteriorament del resident.
7. Regular l'entorn humà i ambiental. Ha de ser constant i adaptat a les necessitats de cada persona. Mantenint una il·luminació adequada, una temperatura regulable i òptima, amb poc sorolls, amb un entorn conegut i que puguin explorar. Han de mantenir una rutina diària i vetllar per una bona higiene del son.

-Les tècniques no farmacològiques més utilitzades tenen a veure amb les següents:

- Teràpies de validació
- T.O.R. (Teràpia d'Orientació a la Realitat)
- Intervencions conductuals segons anàlisis funcionals de les conductes, ja que ens permet estructurar d'una manera molt pràctica les situacions de conflicte, analitzant desencadenants.
- Pautes desenvolupades segons l'ACP (Atenció Centrada en la Persona) on centrem l'atenció en la persona i no en la malaltia.
- Intervencions en Estimulació Basal (aquesta s'utilitzaria en tots els casos en els que s'hagi experimentat com a favorable i, sobretot, en els casos de deteriorament cognitiu moderat - greu i molt greu).
- T. de Necessitats No Cobertes, perquè entén que les persones que conviuen amb la demència presenten un llinar d'estrés més reduït, i per tant, s'entén que aquesta reducció en el llinar d'estrés provocaria major confusió que es manifestaria amb major freqüència de simptomatologia conductual.

El següent quadre resumiria l'estructura conceptual que es segueix:



Les activitats formen part dins de les intervencions no farmacològiques entenent que resolen i prevenen trastorns conductuals. L'objectiu d'aquestes tindria a veure amb aspectes relacionats amb el propi Model d'Atenció (ACP). Per un costat afavorir espais on el resident desenvolupi activitats amb significat i sentit segons la seva història de vida (Espais Ocupacionals) i, per l'altra, tenir en compte que tota la informació ha d'anar dirigida a estimular aspectes sensorials, donat que, pel tipus de resident, les capacitats cognitives estaran força mermades. Això no vol dir, però, obviar-les sinó que caldrà treballar funcions cognitives a partir d'aspectes i informació relacionada amb els sentits.

El control físic l'obtenim mitjançant un codi de recursos ambientals determinat (veure annexa 1 Manual de Disseny d'espais), i el control personal, tal i com s'ha explicat anteriorment fent una selecció acurada del personal i oferint-li's formació específica relacionada amb el Model d'ACP i amb les tècniques i /o metodologia esmentada anteriorment (veure competències).

RESULTATS

Els primers resultats de les valoracions efectuades compleixen les hipòtesis plantejades com a objectius.

Tal i com s'observa en les gràfiques es comparen els valors de les mitges abans i després de la instauració de la USE.

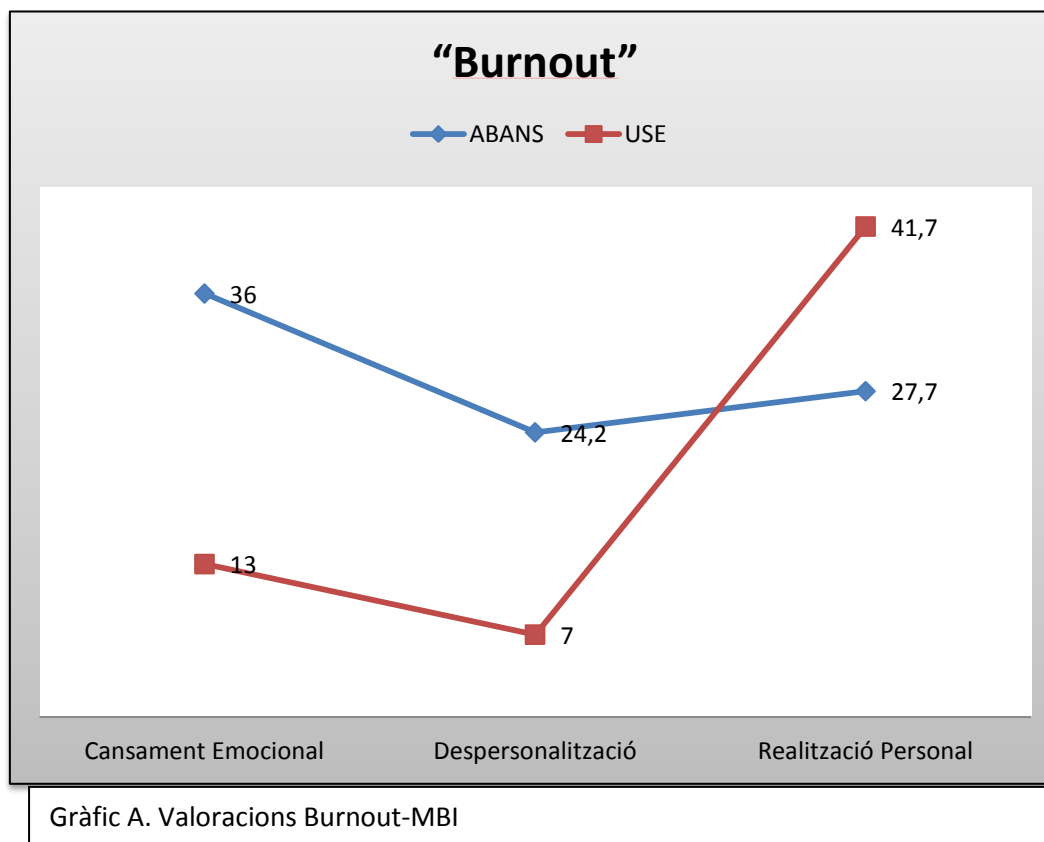
En la primera gràfica (Gràfica A) es representen els resultats que fan referència al valor del burnout o estrés laboral avaluat a l'equip gerocultor (n: 10) mitjançant l'inventari MBI Maslach. Tal i com es pot observar, s'objectiva una millora respecte l'estrés laboral un any després d'haver-se instaurat la USE. Concretament, es mostra un resultat menor en quant a les valoracions relacionades amb el Cansament Emocional i la Despersonalització en el treball. En canvi, en quant a la valoració relacionada amb la Realització Personal s'observa un augment. Segons Maslach, unes puntuacions elevades en CE i D i una puntuació baixa en RP seria indicador del síndrome de "burning out". En la comparativa dels resultats (pre i post USE, amb un any de diferència), observem el contrari: puntuacions elevades de RP i baixes en CE i D.

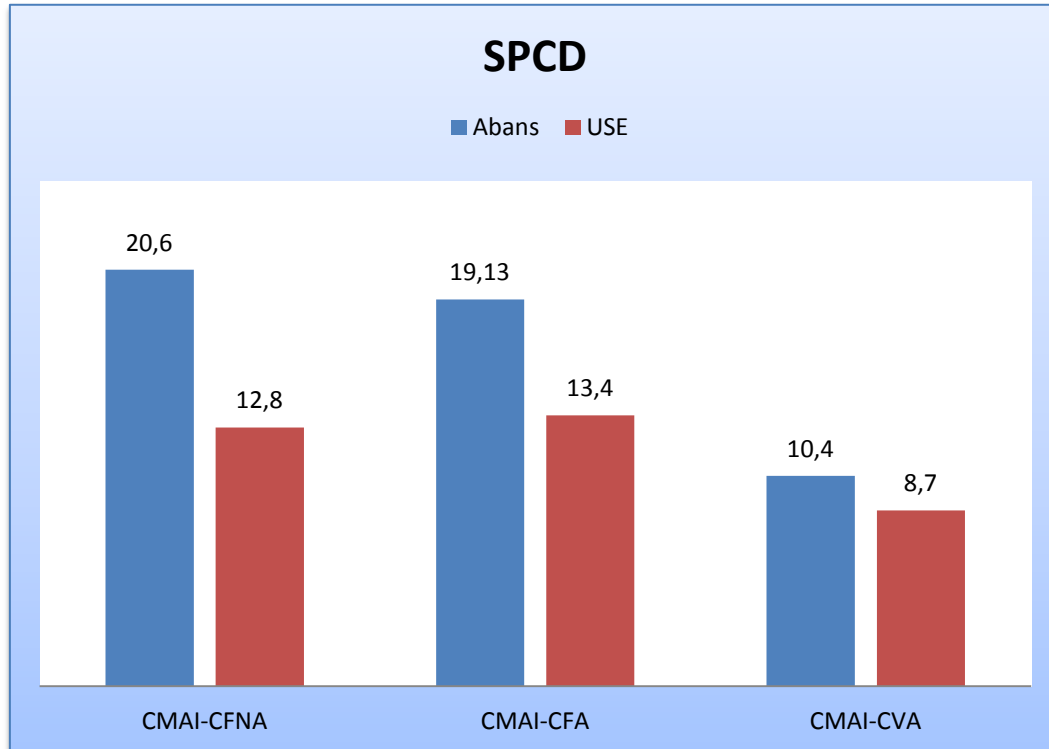
En la segona gràfica (Gràfica B) comparem els valors de les mitges que ens donen els resultats d'una mostra d'uns 30 residents (n: 30; cal tenir en compte que 4 d'ells van ser èxits, però, les seves valoracions s'han tingut en compte). Dels 30 residents ens trobem amb un diagnòstic primari de demència en la majoria de casos, i en menys d'un 15% sobre el total presenta un diagnòstic primari associat a un trastorn psíquic. Els 30 usuaris valorats es troben en un GDS 5-6 (Deteriorament cognitiu moderat i greu). Aquests resultats venen donats per la valoració de l'escala CMAI (de Cohen i Mansfield) que valora els trastorns de conducta en diferents àrees. EN primer lloc estarien agrupades les CFNA o conductes físicament no agressives (deambulació, tocar objectes de manera inadequada, repeticions gestuals o estereotípies, demanar atenció constantment...). En segon lloc, o segona columna estarien representades les conductes CFA o conductes físiques agressives (trencar objectes, fer insinuacions sexuals de tipus físic, donar-se cops, mossegar, agafar-se a la gent...). I en tercer lloc

observaríem la representació de les conductes de tipus CVA o conductes verbal agressives (cridar, insultar, fer insinuacions sexuals de forma verbal...).

En aquest cas s'observa disminució de les conductes tipus CFNA, CFA i CVA en la comparativa feta post-USE (després d'un any de la seva instauració). S'obté la diferenciació estadística més significativa en la valoració post USE de les conductes CFNA, on es pot objectivar un descens en la freqüència d'aquestes conductes major que en les altres dues situacions, malgrat que en les tres valoracions es manifesta aquesta menor freqüència.

Altres valoracions, que no s'han comparat, però que també s'han utilitzat fan referència a l'inventari neuropsiquiàtric NPI-NH on, mitjançant l'observació qualitativa, podem afirmar uns resultats similars al CMAI i al Maslach en quant a com viu la gerocultora/o cuidador principal els trastorns de conducta associats.





Gràfic B. Valoracions CMAI (Cohen-Mansfield)

CONCLUSIONS

La Unitat de Suport Especialitzat (USE) es crea per cobrir les necessitats d'un col·lectiu que presenta un perfil molt similar a nivell conductual i cognitiu. Concretament totes aquelles persones majors de 65 anys que conviuen amb deteriorament cognitiu associat o no a una demència i que, com a simptomatologia principal, presenten trastorns conductuals associats al diagnòstic primari.

Com esmentàvem, les unitats clíniques que atenen a aquests perfils de pacients no presenten unes característiques consensuades, provocant doncs, una heterogeneïtat en els tractaments i, sobretot, major dificultat alhora d'establir uns canons d'atenció centrada en la persona.

La USE que nosaltres presentem objectiva uns recursos determinats, tant en quant al professional que hi treballa com en quant a l'ambient o entorn físic i les ocupacions o l'estructura de les accions que hi tindran lloc. Això ha permès fer un seguiment d'un any i poder tenir els primers resultats comparatius que ens ajuden a concloure en què, entre d'altres premisses el personal que treballa dins la unitat oferint atenció directa (equip gerocultor) manifesta menys estrès laboral amb la organització i estructuració de la USE. A banda de presentar més recursos d'acció personals i de gestió de conflictes gràcies a la formació específica que reben en un inici. En quant als usuaris que conviuen en la USE podem objectivar que, després d'un any, presenten una reducció, i en alguns casos remissió, dels trastorns conductuals i d'adaptació associats al diagnòstic primari, sent aquest un trastorn psíquic o un trastorn relacionat amb una demència. Cal recordar, que ambdós perfils d'usuaris presenten deteriorament cognitiu associat, sent aquest de GDS5-6 (D.C.Moderat i Greu), que no és impediment per beneficiar-se dels recursos utilitzats.

BIBLIOGRAFIA

- Butlletí Oficial Dades Estadístiques sobre l'Envelliment 2014 (Generalitat de Catalunya)
- “Cognitive-behavioral specialized units: predictive factors of readmissions within three months”, *Baudemont C, et al. Geriatr.PsycholNeuropsychiatrVieil*, 2012 Sep;10(3):277-83
- “Cognitive-behavioral specialized units in Alzheimer disease treatment: a necessity. *Paccalin M. Geriatr PsycgolNeurpshciatr Vieil*, 2012 Sep;10(3):245-53
- “Healing gardens: recommendations and criteria for design”. *Rivasseau-Jonveaux T. et al. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2012
- “Experience of a care pathway for psychological and behavioral symptoms of dementia”, *Delphin-Come F. et al. Geriatri Psychol Neuropshyciatr Vieil*, 2013 Dec; 11(4): 416-22
- “Initial and long-term evaluation of patients with Alzheimer’s after hospitalization in cognitive and behavioural units: the EVITAL study design”, *Pongan E. et al. MC PLSychiatry*, 2014 Nov 15; 14:208
- “Las demencias y la enfermedad de alzheimer”, *Joan Deus - Isep Universidad*, 2003

ANNEX 1. MANUAL DISSENY ESPAIS USE (UNITAT SUPORT ESPECIALITZAT)

Definició:

Espai dissenyat per acollir a persones amb GDS 5-7 que, donades les seves conductes “repte”, dificulta la seva ubicació a espais normalitzats.

Dissenyat també per persones que requereixen un control d'estímuls alt.

L'espai es divideix en 4 zones. Cadascuna de les zones ha estat desenvolupada anteriorment.:

- 1- Zona de menjador
- 2- Zona de descans
- 3- Zona d'activitat
- 4- Zona de deambulació o passeig



Descripció:

5- Mobiliari:

- Tots els elements que s'utilitzin com a mobiliari per les diferents zones marcades tindran la propietat de poder moure's amb facilitat (mobles amb rodes), i/o que siguin fàcilment manipulables. Els mobles s'utilitzaran com a elements diferenciadors d'espais. Tots ells tindran una mitja alçada, permetent que el resident pugui visualitzar el que succeeix en els diferents espais.

- Es disposaran, com en els anteriors, de butaques ergonòmiques i reclinables adequades per residents amb dificultats funcionals i de mobilitat.
- Cadires que permetin autonomia en aixecar-se i seure's
- Dins de l'espai que s'utilitzarà com a zona de menjador és interessant permetre un espai de cuina-office on el resident pugui tenir accés a calaixos (obviant elements que puguin ser perillosos), pica, nevera...
- En cada compartiment (calaix, caixa...) de la sala s'indicarà amb una fotografia i el nom a l'exterior el que es pot trobar dins.
- Taules de 4 comensals, amb una alçada que permeti l'entrada de cadires de roda
- En tota la sala hi haurà punts de referència que indiquin on està el WC.
- S'utilitzaran panells de suro i pissarres magnètiques en l'espai designat a les activitats on es penjaran elements que facilitin l'orientació a la realitat. També s'utilitzarà per penjar fotografies de residents.
- Televisió d'accés controlat. Durant els àpats la televisió es mantindrà tancada i es posarà música relacionada amb la història de vida dels residents. En moments del dia s'utilitzarà la televisió per programar imatges relaxants...
- Cada espai ve diferenciat pels mobles i els elements decoratius

6- Elements decoratius:

- S'utilitzaran vinils per designar diferents espais d'ocupació.
- Els elements decoratius seran també elements que serviran per a l'estimulació multisensorial (coixins de diferents textures i/o amb elements vibratoris, flors artificials de diferents colors, penjadors on posar foulards de diferents teixits, barrets, miralls de cos sencer, bancs per designar diferents espais d'ocupació, cistells, penja-corbates, estants on deixar roba per plegar, separadors per revistes,).

7- Pintura de parets:

- Colors pastels o suaus
- Contrastos de colors per diferenciar àrees

8- Llum:

- S'usarà com a element que diferenciï espais i/o zones dins de la mateixa sala.
- Combinar llum natural i llum artificial

9- Accés a espais i estímuls:

- Els residents tindran accés al passadís i a espais exteriors (jardins, terrassa...), si aquest és una zona controlada.
- El resident pot tenir accés directe a qualsevol element que tingui la propietat d'actuar com a estímulo.