

Sofía Caballero Gómez i Yaiza Cabrera Aranda

**APLICACIÓ DE MECANISMES DE PSICOESTIMULACIÓ PER A
PERSONES AFECTADES DE DEMÈNCIA**

Treball fi de grau

Dirigit per la Dra. Rosa Raventós Torner

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2019

“He après que la gent oblidarà el que vas dir, la gent oblidarà el que vas fer, però la gent mai oblidarà com la vas fer sentir”.

Maya Angelou

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla”.

Gabriel García Márquez

“Poder gaudir dels records de la vida, és viure dues vegades”.

Marc Valerio Marcial

ÍNDIX

ÍNDIX DE TAULES.....	4
ÍNDIX DE GRÀFICS I FIGURES	4
LLISTAT D'ABREVIATURES	5
RESUM.....	6
ABSTRACT.....	7
AGRAÏMENTS.....	8
1. INTRODUCCIÓ	9
1.1 Justificació	11
2. OBJECTIUS I HIPÒTESI	12
2.1 Objectiu general del projecte.....	12
2.2 Objectius específics.....	12
2.3 Hipòtesis	12
3. MARC CONCEPTUAL	13
3.1 Epidemiologia de la demència	13
3.2 Què és la demència?.....	14
3.2.1 Criteris diagnòstics.....	14
3.2.2 Tractament de la demència	16
3.2.3 Què entenem per contenció mecànica i/o farmacològica?	19
3.3 Model Centrat en la Persona; ACP	19
3.3.1 Què és el Dementia Care Mapping?	22
3.4 Revisió bibliogràfica.....	23
3.5 Cronograma.....	26
4. APORTACIONS D'INTERÈS PER L'ESTUDI	26
5. METODOLOGIA.....	28
5.1 Criteris d'inclusió i exclusió	30
5.2. Fase prèvia de l'estudi amb el DCM	30
5.3 Fase 1: Dementia Care Mapping (DCM); pre-intervenció	32

5.4 Fase 2: Adequació del tractament; fase prèvia.....	38
5.5 Fase 3: Disseny d'activitats.....	40
5.5.1 Planificació setmanal d'activitats	40
5.5.2 Elecció de les activitats de reminiscència	41
5.5.3 Planificació de les activitats de reminiscència.....	42
5.6 Temporalitat de les activitats.....	43
5.7 Implementació d'activitats	44
5.8 Fase 4: Dementia Care Mapping (DCM); post-intervenció.....	46
6. ANÀLISIS I RESULTATS	47
6.1 Resultat de la fase prèvia al DCM.....	47
6.2 Fase 1: Resultats del Dementia Care Mapping (DCM); pre-intervenció	50
6.3 Fase 2: Resultats de la fase posterior d'adequació de medicació	52
6.4 Fase 3: Resultats valoració posterior del DCM.....	54
7. ANÀLISIS COMPARATIU DELS RESULTATS PRE I POST DCM	57
8. ASPECTES ÈTICS.....	58
9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES FUTURES.....	59
10. DISCUSSIÓ.....	59
11. CONCLUSIONS	61
12. BIBLIOGRAFIA.....	62
13. ANNEXOS	65
Annex 1. Taula Mini Mental Lobo.....	65
Annex 2. Taula de correspondència del test de Mini-Mental Lobo.....	66
Annex 3. Consentiment informat de participació en el projecte.....	67
Annex 4. Consentiment informat de drets d'imatge	69
Annex 5. Fotografies de les activitats.....	70
Annex 1 CD. Valoració prèvia del DCM	
Annex 2 CD. Valoració posterior del DCM	
Annex 3 CD. Taules d'activitats	
Annex 4 CD. Àlbum de vida	

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Abreviatures	5
Taula 2. Criteris DSM-IV-TR	15
Taula 3. Criteris CIE-10	15
Taula 4. Tractament específic de la demència	17
Taula 5. Maneig dels símptomes psicològics i conductuals en la demència	18
Taula 6. Resum de criteris i principis de l'ACP	21
Taula 7. DeCS i MeSH	23
Taula 8. Bases de dades	24
Taula 9. Cronograma	26
Taula 10. Resum dades de la residència	28
Taula 11. Criteris d'inclusió i exclusió	30
Taula 12. Resum de dades dels participants	32
Taula 13. Nivells d'estat d'ànim i implicació (ME)	35
Taula 14. Codis de Categoria de Comportament (BCC)	36
Taula 15. Proposta d'adequació de tractament	39
Taula 16. Planificació setmanal d'activitats	40
Taula 17. Puntuació MMSE i grau de deteriorament	47
Taula 18. Adequació de medicació realitzada	53
Taula 19. Descripció dels fàrmacs	53
Taula 20. Prova de Wilcoxon	57

ÍNDIX DE GRÀFICS I FIGURES

Figura 1. Esquema d'elecció dels participants	31
Figura 2. Condicions en les que es realitza la valoració prèvia amb el DCM	33
Figura 3. Esquema del procediment d'adequació de medicació	38
Figura 4. Temporalitat de les activitats a la residència	43
Figura 5. Condicions en les que es realitza la valoració posterior amb el DCM	46
Figura 6. Nivell de deteriorament cognitiu dels residents de la 2a planta	48
Figura 7. Edats dels participants	48
Figura 8. Gràfic de sexe dels participants	49
Figura 9. Gràfic BCC previ a la intervenció	50
Figura 10. Gràfic ME previ a la intervenció	51
Figura 11. Gràfic BCC posterior a la intervenció	54
Figura 12. Gràfic ME posterior a la intervenció	56

LLISTAT D'ABREVIATURES

Taula 1. Abreviatures

DCM	Dementia Care Mapping
ACP	Atenció Centrada en la Persona
MA	Malaltia d'Alzheimer
DLFT	Degeneració lobular fronto-temporal
DLB	Demència amb cossos de Lewy
SPCD	Síntomes Psicològics i Conductuals de la demència
MNF	Maneig no farmacològic
MeSH	Medical Subject Headings
DeCS	Descriptors en Ciències de la Salut
MMSE	Mini-Mental-State-Examination (Versió original) = Escala Mini Mental Lobo (versió Espanyola)
ISRS	Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina

RESUM

La psicoestimulació cognitiva és una eina terapèutica eficaç i recomanable per tal de conservar l'estat cognitiu, millorar la qualitat de vida i alenir el deteriorament, a tots els nivells, en pacients afectats de demència moderada.

En aquest projecte es proposa una intervenció multidisciplinar, sobre psicoestimulació cognitiva i l'avaluació de les necessitats reals dels residents, dirigida a persones amb deteriorament cognitiu moderat. Els participants seleccionats són 18 persones que viuen a una residència ubicada a Reus. Inicialment es realitzarà una valoració mitjançant el Dementia Care Mapping, un instrument que permet analitzar el comportament de les persones amb demència i que aporta noves variables com el benestar emocional, la diversitat ocupacional i la qualitat de la interacció social i que s'engloba dins de l'Atenció Centrada en la Persona. Aquest instrument ens permetrà conèixer i avaluar les conductes dels residents i quines són les seves necessitats i les seves preferències, per tal de poder dissenyar intervencions adaptades a les seves necessitats i poder proporcionar-los una millor qualitat de vida centrada en el respecte pels seus valors i l'atenció a les seves necessitats físiques, cognitives i emocionals. La intervenció es realitzarà durant deu setmanes i es faran diverses activitats; orientació temporal i espacial, estimulació de la memòria, del llenguatge, psicomotricitat, activitats de lleure i activitats potenciadores de l'autoestima. Posteriorment a les activitats es realitzarà una avaluació de la intervenció amb la mateixa eina emprada a l'inici, el DCM, amb el qual es farà un anàlisi comparatiu, previ i posterior, que ens permetrà conèixer l'estat de benestar del pacient abans i després de la intervenció. Ho farem mitjançant una exhaustiva recollida de dades i observacions i avaluarem la necessitat d'adequació de la medicació prescrita.

Els resultats han demostrat que han mantingut amb un nivell d'implicació més elevat degut a la diversitat d'activitats realitzades i s'ha observat un canvi positiu en l'estat d'ànim dels participants. Per tant, podem concloure que la valoració de necessitats i posterior implementació d'activitats d'estimulació cognitiva pot incidir positivament en el benestar de les persones institucionalitzades afectades de demència.

Paraules clau: *demència, teràpies no farmacològiques, Dementia Care Mapping, estimulació cognitiva.*

ABSTRACT

Cognitive stimulation is an effective and recommended therapeutic tool to conserve cognitive state, improve quality of life and reduce deterioration, at all levels, in patients affected by moderate dementia.

This project proposes a multidisciplinary intervention, on cognitive stimulation and the evaluation of the real needs of geriatric residents. Eighteen people living in a residence located in Reus has been selected to participate in the project. Initially, an assessment will be carried out using an observational method called Dementia Care Mapping, an instrument that allows to analyze people's behavior with dementia and which provides new variables such as emotional well-being, occupational diversity and the quality of social interaction. It encompasses Person-centered Attention. This observation will allow us to know and evaluate the behavior of the residents, what their needs and preferences are, in order to be able to work and provide for them with a better quality of life. The observation will respect their values and their will aim to take care of their physical, cognitive and emotional needs. The intervention will take place for ten weeks and there will be several activities; temporary and spatial orientation, stimulation of memory, language, psycho motor activity, leisure and self-esteem enhancing activities. Subsequently, an evaluation of the intervention will be carried out with the same tool used at the beginning, the DCM. With which we will do a comparative analysis with which allow us to know the patient's welfare State before and after the intervention and evaluate the necessity of adaptation of the medication.

The results have shown that they have maintained a higher level of involvement due to the diversity of activities carried out and a positive change in the mood of the participants has been observed. Therefore, we can conclude that the assessment of needs and subsequent implementation of activities of cognitive stimulation can have a positive impact on the well-being of institutionalized people affected by dementia.

Keywords: Dementia, non-pharmacological therapies, Dementia Care Mapping, cognitive stimulation.

AGRAÏMENTS

A Rosa Raventós, la nostra tutora, per haver-nos guiat, acompanyat, recolzat i motivat durant el procés, gràcies per la teva paciència, afecte i dedicació.

A M^a Antonia Martorell per acompanyar-nos en l'inici d'aquest projecte i a Lina Casadó per donar-nos ànims i recolzament durant etapes molt difícils, gràcies pel teu entusiasme i per la teva visió tan humana i especial de la infermeria.

Agraïm profundament als nostres avis de la residència l'estimació rebuda, la diversió, l'aprenentatge i la gran aportació personal que ha suposat per a nosaltres conèixer les seves històries de vida. Gràcies pels consells i per ensenyar-nos una altra manera de viure. Nosaltres no us oblidarem mai.

A Toni Guerra per la confiança dipositada en nosaltres i especialment a Laia Gasol, Cristina Fortuny i Pep Martínez, sense els quals hauria estat impossible la realització d'aquest projecte, gràcies per les hores de dedicació i amor per la vostra feina.

A la nostra família i amics, per la comprensió, el suport, i els ànims que ens han donat en tot moment. I especialment als avis que ja no hi són al nostre costat que van ser la font d'inspiració per a realitzar aquest projecte.

1. INTRODUCCIÓ

Una de les característiques més destacables de la societat actual és l'augment de l'esperança de vida com a resultat de la millora en l'atenció sanitària, això es tradueix en una societat més envellida i per tant amb més probabilitats de patir malalties cròniques. La incidència d'aquest tipus de malalties durant l'últim segle ha anat augmentant en consonància amb l'envelliment poblacional. Una d'aquestes malalties és la demència, que encara que afecta majorment a persones grans, no és una part normal de l'envelliment. Al món es calcula que la pateixen uns 47 milions de persones i cada any es registren al voltant de 10 milions de casos nous de demència, el que equival a un cas nou cada 3 segons. S'estima que aquesta xifra augmentarà fins a 75 milions l'any 2030 i 132 milions l'any 2050, per tant estem davant d'una prioritat de salut pública.¹

El director executiu de l'Alzheimer Disease International, el Sr. Wortmann, va afirmar en l'informe *“Dementia: a public health priority”* que *“La alta prevalencia mundial y el impacto económico de la demencia en las familias, los cuidadores y las comunidades, así como el estigma y la exclusión social asociados, presentan un importante reto para la salud pública. La comunidad sanitaria mundial ha reconocido la necesidad de tomar medidas y de colocar a la demencia en la agenda de la salud pública.”*²

En aquest sentit, s'ha posat en marxa per part de la OMS el “Pla d'acció mundial sobre la resposta de salut pública a la demència 2017-2025”, que té com a objectiu millorar la vida de les persones amb demència, els seus cuidadors i familiars, i reduir l'impacte de la demència sobre ells i sobre les comunitats i països.³

La demència és un trastorn neurodegeneratiu que habitualment comença amb pèrdua de memòria, al qual es van associant alteracions d'altres funcions mentals, amb una progressiva afectació de les activitats diàries del subjecte conduint-lo a una situació de dependència. Amb freqüència, la malaltia cursa també amb símptomes de l'esfera conductual i psicològica, símptomes que generen una important càrrega per als familiars i cuidadors, i per a la societat, per ser els determinants de la institucionalització en la majoria dels casos.

És una malaltia, per tant, crònica i que avui en dia no té cura. En l'última dècada, fàrmacs com els inhibidors de l'acetilcolinesterasa han demostrat eficàcia en el control temporal dels símptomes cognitius, conductuals i funcionals de la demència. Però en absència d'un tractament curatiu es fa necessari un abordatge terapèutic multidimensional que inclogui, a més de les intervencions farmacològiques, intervencions no farmacològiques dirigides a optimitzar la cognició, la conducta i la funció dels subjectes amb demència, i que a més atengui les necessitats dels cuidadors. Totes aquestes intervencions estan destinades a mantenir i estimular les capacitats preservades de l'individu, intentant aconseguir la millor situació funcional possible en cada estadi de la malaltia i amb això alentir el declivi que pogués venir generat per factors externs.

Donada l'elevada diversitat i complexitat de les persones afectades de demència en els centres assistencials, es fa necessària una individualització del cuidatge. D'aquí neix el model d'Atenció Centrat en la Persona (ACP). Aquest model posa a la persona institucionalitzada com a eix central dels seus cuidatges i promou l'adaptació del centre a les persones i no de les persones al centre. Implica reconèixer la singularitat i unitat de la persona i fixar la mirada en les seves capacitats enfront allò que la fa dependre, recolzant la seva autodeterminació i respectant les seves decisions, preferències i opcions personals.

Dins d'aquest marc trobem una eina de valoració de les necessitats i preferències de la persona, el Dementia Care Mapping (DCM). El DCM pren com a base aquest model d'atenció (ACP) i promou la prioritització de les preferències de la persona, centrant-nos en les seves necessitats concretes. Està pensat per a què a les persones amb deteriorament cognitiu que no poden expressar les seves necessitats o com se senten, se'ls hi pugui proporcionar un millor nivell de benestar mitjançant l'observació. Ja ha demostrat la seva eficàcia i beneficis a 15 països, inclòs el nostre, encara que es tracta d'un mètode d'implantació bastant recent a Espanya. ⁴

Per tant, l'objectiu general del nostre projecte passa per demostrar que, la implementació d'un programa d'activitats diari per a persones afectades de demència moderada i amb problemes de conducta derivats de la malaltia ajuda a reduir les contencions farmacològiques, i com a resultat final també el seu nivell de benestar físic i emocional.

1.1 Justificació

La població de 15 a 64 anys ha augmentat l'any 2017 i és de 4.938.813 persones, 26.705 més que l'any 2016, en canvi, la població de 0 a 14 anys és d'1.187.701 habitants, 262 persones menys que l'any 2016. Un estudi de l'Institut D'estadística de Catalunya va determinar que la població major de 65 anys a finals del 2018 va ser d'1.417.311 habitants, 21.106 persones més que l'any anterior per efecte de l'elevada esperança de vida i de generacions cada cop més nombroses que arriben als 65 anys. ⁵

Segons aquestes dades epidemiològiques i la tendència poblacional creixent a l'envelliment, es fa evident que el nombre de persones grans augmenta any rere any i per tant, cada cop més tindrem una població més envellida; moltes d'aquestes persones acabaran sent institucionalitzades, per tant la necessitat de sistematitzar la intervenció en els centres residencial destinats a pacients amb aquestes característiques utilitzant sistemes alternatius d'estimulació tant cognitiva com física que afavoreixin el benestar i millorin les alteracions conductuals pròpies de la malaltia. Per això, trobem important contextualitzar el treball en el model d'ACP (Atenció Centrada en la Persona), tot promovent l'eliminació de la quantitat més elevada possible de contencions físiques i farmacològiques.

2. OBJECTIUS I HIPÒTESI

2.1 Objectiu general del projecte

Demostrar que la implementació d'un programa d'activitats diari per a persones amb demència moderada i amb problemes de conducta ajuda a reduir les contencions farmacològiques.

2.2 Objectius específics

- Realitzar un mapeig dels residents amb demència moderada i amb problemes de conducta.
- Desenvolupar i implantar una planificació setmanal de tècniques, activitats de la vida diària i sistemes de psicoestimulació per a persones afectades de demència moderada a la segona planta de l'entitat.
- Analitzar la millora de l'estat d'ànim i d'implicació mitjançant el DCM.
- Elaborar un registre de la medicació abans de la implantació del programa i després i avaluar-ne els resultats.

2.3 Hipòtesis

Una planificació d'activitats diàries, tècniques i sistemes de psicoestimulació pot millorar els problemes d'agitació i afavorir el descans nocturn de les persones amb demència, i així aconseguir reduir la contenció farmacològica.

3. MARC CONCEPTUAL

3.1 Epidemiologia de la demència

La prevalença de la demència a Espanya està entorn al 6% en persones majors de 65 anys, de les quals un 22% són homes i un 30% són dones. A mesura que augmenta l'edat, també ho fa el nombre d'afectats. Quan el rang d'edat supera els 85 anys les xifres es situen entre els 20 i els 27 afectats per cada 100.000 habitants.

Per a poder classificar les demències podem considerar tres grans grups etiològics com són: les demències degeneratives primàries (MA (Malaltia d'Alzheimer, DLFT (degeneració lobular frontotemporal), DLB Demència amb cossos de Lewy), les demències secundàries i les demències combinades o mixtes. Al voltant de 380.000 persones sofreixen avui dia Alzheimer a Espanya i el percentatge de demència amb cossos de Lewy (DLB) a Espanya en majors de 70 anys és de l'1%, és a dir, entorn del 8,9% de les demències.

Un estudi al Prat de Llobregat (Barcelona) afirma que la degeneració lobular frontotemporal (DLFT) en persones majors de 70 anys va mostrar una prevalença del 0,3%. Si es compleixen les previsions respecte a l'envelliment de la població, aquesta prevalença augmentarà de forma considerable; per a l'any 2030, l'Institut Nacional d'Estadística calcula que hi haurà més de 9.900.000 persones majors de 65 anys i, per tant, el nombre de pacients amb demència augmentarà i podrà arribar fins a 594.460. S'estima que el nombre augmenti a 983.272 persones afectades de demència l'any 2050 al territori espanyol. ⁵

Segons l'autora T. Martínez Rodríguez (2013), el model centrat en la persona, ACP, va sorgir als països nòrdics principalment i després es va estendre cap al Regne Unit, on ha estat utilitzat molt àmpliament en la pràctica assistencial, Austràlia, França o els Estats Units. Durant els anys 60 van sorgir moviments i iniciatives governamentals per a canviar el model assistencial tradicional d'aquests països per un nou model que pretenia canviar les residències tradicionals caracteritzades per una atenció focalitzada en la gestió de serveis, amb horaris i normes rígides, escassa personalització, així com escasses oportunitats de decisió per als residents per un model assistencial on la pròpia persona podia prendre decisions sobre la seva vida i sentir-se com a la seva pròpia llar. ⁶

3.2 Què és la demència?

La demència és un síndrome clínic caracteritzada per un dèficit adquirit en més d'un domini cognitiu, que representa una pèrdua respecte al nivell previ i que redueix de forma significativa l'autonomia funcional. La demència cursa sovint amb símptomes conductuals i psicològics.⁷

3.2.1 Criteris diagnòstics

En primer lloc cal establir el diagnòstic del síndrome de demència i distingir-lo d'altres quadres clínics com el delirium (síndrome confusional). Per a classificar una demència és necessari, en primer lloc, establir si existeix alguna malaltia sistèmica que la justifiqui com pot ser depressió, hidrocefàlia o dèficit de vitamina B 12, si pot ser atribuïda a patologia cerebrovascular o si, per contra, és produïda per un procés neurològic de caràcter lentament progressiu i de naturalesa degenerativa. El diagnòstic s'ha d'iniciar amb una valoració integral de les funcions cognitives, afectives, conductuals i les condicions bioquímiques. Cal fer-ho també amb l'entorn social per a poder identificar la deterioració de la comunicació i la relació amb el cuidador principal.

S'han establert criteris diagnòstics per al síndrome de demència, com són els del CIE-10 de l'OMS i el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association.^{8,9}

Taula 2. Criteris DSM-IV-TR

DSM-IV-TR

1. Deteriorament de memòria com a símptoma més precoç i prominent (deteriorament de la capacitat d'aprendre, emmagatzemar i recuperar nova informació o de recordar informació prèviament apresada).

2. Presència d'un o més criteris:

- Afàsia.
- Apràxia.
- Agnòsia.
- Alteració de la funció executora (pensament abstracte, planificació, seqüenciació, monitorització i control de comportaments complexos).

3. Les alteracions prèvies tenen una gravetat suficient com per a provocar un deteriorament significatiu de l'activitat social o laboral. Aquestes alteracions representen un dèficit respecte a un nivell previ.

4. Les alteracions no apareixen exclusivament durant un síndrome confusional agut.

5. Evidència clínica o mitjançant proves complementàries de que les alteracions són degudes a causes orgàniques o a l'efecte de substàncies tòxiques.

Taula 3. Criteris CIE-10

CIE-10

1. Deteriorament de memòria

- Alteració de la capacitat de registrar, emmagatzemar i recordar la informació.
- Pèrdua de continguts mnemònics relatius a la família o al passat.

2. Deteriorament del pensament i del raonament:

- Reducció del flux d'idees.
- Deteriorament en el procés d'emmagatzemar informació:
 - Dificultat per atendre més d'un estímul a la vegada.
 - Dificultat per canviar el focus d'atenció.

3. Interferències en l'activitat quotidiana.

4. Consciència clara. Possibilitat de superposició de deliris.

5. Síntomes presents durant 6 mesos com a mínim.

3.2.2 Tractament de la demència

Els símptomes psicològics i conductuals de la demència (SPCD) es presenten en la major part dels pacients amb demència, a l'inici o durant el curs de la malaltia; empitjoren el pronòstic del pacient, dificulten la seva cura i són un dels motius més freqüents de pèrdua de qualitat de vida, sobrecàrrega de la família i institucionalització del pacient.

Un maneig no farmacològic adequat que inclogui informació, educació i suport als cuidadors, modificant l'entorn i evitant els desencadenants dels SPCD, és sempre necessari i moltes vegades suficient per a controlar o reduir els símptomes. També és important informar sobre recursos socials i associacions de familiars, que poden recolzar en la cura o assessorar en temes legals i ajudes econòmiques, alleujant la càrrega de la família. No obstant això, a vegades es necessita utilitzar fàrmacs, bé de forma ocasional per a situacions agudes (agitació, agressivitat), bé de forma més mantinguda (idees delirants, depressió greu). ^{10, 11}

Taula 4. Tractament específic de la demència

Tractament específic de la demència				
Fàrmac	Dosi d'inici	Dosi de manteniment	Precaució i contraindicacions	Efectes secundaris
Donepezilo	5mg/dia durant 4 setmanes	10 mg/dia		
Rivastigmina vía/oral	1,5 mg/cada 12h Augmentant 1,5 mg/cada 12h cada 4 setmanes	6-12 mg/dia	Precaució en insuficiència renal/ hepàtica	Freqüents: Gastrointestinals: (nàusees, vòmits i diarrea)
Rivastigmina transdèrmica	4,6mg / dia Durant 4 setmanes	9,5 mg/dia	Contraindicació en EPOC, epilèpsia, ASMA, presència de bradicàrdies, segment QT perllongats, úlcera pèptica i retenció urinària.	Poc freqüents: anorèxia, pèrdua de pes, trastorns del son, dolors musculars, incontinència urinària, mareig.
Galantamina	8mg/dia cada , augmentant 8,4 mg cada 4 setmanes	16-24 mg/dia		
Memantina	5mg/dia augmentant 5mg/dia cada setmana	20mg/ dia	Precaució en epilèpsia, insuficiència renal i retenció urinària	Nàusees, vòmits, mareig, obnubilació, fatiga, al·lucinacions.

Taula 5. Maneig dels símptomes psicològics i conductuals en la demència

Maneig dels símptomes psicològics i conductuals en la demència		
Síntoma	Tractament farmacològic	Maneig no farmacològic (MNF)
Deliri i trastorns d'identificació, al·lucinacions.	<i>Neurolèptics:</i> Risperidona, aripiprazol, quetiapina. <i>ICE (inhibidors de la colinesterasa):</i> rivastigmina (en demència amb cossos de Lewy).	Adaptació de l'entorn, evitar els desencadenants i distracció amb altres temes.
Depressió	<i>Antidepressius</i> (en depressió greu). <i>Neurolèptics</i> (en deliri o depressions persistents): Quetiapina, Olanzapina, Risperidona.	Psicoteràpia (en depressió lleu i fases lleus de demència). Música, teràpia amb animals i exercici físic.
Irritabilitat, ansietat	<i>Benzodiazepines:</i> Lorazepam <i>Antidepressius:</i> Sertralina, Citalopram.	Buscar causa. Només utilitzar fàrmacs en trastorn greu que no millora amb el maneig no farmacològic (MNF). Evitar estrès, situacions noves, oferir seguretat.
Trastorns del cicle son/vigília	<i>Antidepressius:</i> trazodona, mirtazapina. <i>Benzodiazepines:</i> Lorazepam, Lormetazepam (períodes curts). <i>Neurolèptics:</i> quetiapina (dosi baixa).	Buscar causa. Només utilitzar fàrmacs en trastorn greu que no millora amb MNF. Evitar que dormi durant el dia. Llum nocturna suau a l'habitació, evitant soroll. Activitat durant el dia.
Impulsivitat	<i>Augment de la gana:</i> trazodona (degeneració frontotemporal). <i>Hipersexualitat:</i> ISRS, cimetidina, tractament hormonal.	Limitar l'exposició al menjar, si hi ha augment de la gana. Vigilar desencadenants de conducta sexual inapropiada, corregir conducta amb tacte, ajudar el cuidador a entendre el símptoma.
Agressivitat/agitació	<i>Memantina</i> (prevenció, malaltia d'Alzheimer moderada-severa). <i>Neurolèptics:</i> risperidona, quetiapina (síntomes greus). <i>ISRS (opció):</i> Sertralina, Citalopram. <i>Antiepilèptics (opció alternativa):</i> carbamazepina.	Buscar sempre el símptoma diana que ho expliqui i actuar en conseqüència. Educació del cuidador. Vigilar desencadenants, respectar gustos, dignitat i autonomia personal.

3.2.3 Què entenem per contenció mecànica i/o farmacològica?

Contenció mecànica

S'utilitza poc, sempre és l'última opció. Consisteix en qualsevol procediment o dispositiu tècnic, mobiliari o tèxtil, en contacte o molt proper a la persona, amb la intenció de restringir, limitar o dificultar la mobilitat d'una o diverses parts del seu cos. ¹²

Contenció farmacològica

És una estratègia per al control de determinades conductes que podrien ser perilloses per a la mateixa persona que les presenta o per a altres de l'entorn (agitació psicomotriu, autoagressivitat, agressivitat contra altres) a partir de la utilització de substàncies psicoactives. Mitjançant un fàrmac amb acció sobre el sistema nerviós central, es busca calmar la conducta. El fàrmac és normalment una benzodiazepina o un antipsicòtic (principals psicofàrmacs amb capacitat sedativa). ¹²

3.3 Model Centrat en la Persona; ACP

El model centrat en la persona o ACP, té com a principal objectiu "viure fora de casa, però com si visquessis a casa". En les residències en les quals s'implanta aquest tipus de cuidatge, es reconeix la singularitat de cada persona, es protegeix la intimitat, es promou l'autonomia, es dóna suport i s'estimula la presència de les famílies. Una de les definicions més referenciades sobre el model ACP elaborada l'any 2013 pel elaborats pel National Voices, defineix el model de la forma següent: *"Puc planificar la meva cura amb les persones que treballen per entendre'm a mi i al meu cuidador o cuidadors, donant-me el control i facilitant-me els serveis per assolir els objectius que són importants per a mi"*.

Aquesta teoria valora les persones independentment de la seva edat i el seu estat de salut, és individualitzada, emfatitza la perspectiva de la persona que pateix demència i dóna molta importància a les relacions que estableix. Cerca que l'atenció

sigui més centrada en la persona i menys en les tasques i al mateix temps és capaç de satisfer les necessitats emocionals i físiques d'aquestes persones.

Els principis de l'ACP són:

- Cal respectar y valorar l'individu com a membre de ple dret de la societat i evitar tota mena de pràctica discriminatòria cap a aquells qui pateixen demència.
- Cal elaborar un pla d'atenció individualitzat en sintonia amb les necessitats canviants de les persones, amb nous elements de compensació i de reafirmació a mida que les discapacitats cognitives augmenten.
- Es necessita arribar a comprendre la perspectiva de la persona que pateix demència. Quin sentit li dóna aquesta persona a la seva situació? Quins indicis en tenim?
- Cal oferir psicologia social de suport a fi d'ajudar les persones amb demència a viure una vida en què percebin un relatiu benestar.

Així doncs, ho podríem expressar així (Brooker, 2004):

$$ACP = V + I + P + S$$

V = Valorar les persones amb demència;

I = Tractar les persones com a Individus;

P = Perspectiva de la persona amb demència;

S = Psicologia Social de suport.

Aquests són els elements clau de l'atenció centrada en les persones, la base de valors de la idea de persona, de l'atenció i l'assistència individualitzades, tot adoptant la perspectiva de la persona amb demència i oferint una psicologia social de suport.

Tom Kitwood va descriure cinc necessitats psicològiques de les persones amb demència, les quals convergeixen en una necessitat central única: l'amor. Les cinc necessitats són: Confort, Identitat, Vinculació, Inclusió i Ocupació.

Va proposar un model de la demència anomenat Model Enriquit. En la demència, malgrat que la discapacitat neurològica causada directament pels danys cerebrals pot ser la causa primària dels problemes, a l'àmbit individual hi ha molts altres factors que tenen un profund efecte en la manera com la persona viurà amb la malaltia. En el Model Enriquit es proposa que tots els factors següents tractin la manera com la persona actua, sent i pensa:

$$\text{Demència} = \text{DN} + \text{S} + \text{B} + \text{P} + \text{PS}$$

DN = Discapacitat neurològica;

S = Estat físic i de salut;

B = Biografia o "història vital";

P = Personalitat;

PS = Psicologia social.

El model APC ha de basar-se, en uns principis i criteris que s'adaptin de manera continuada a les circumstàncies canviants del procés biològic de cadascuna de les persones amb les quals es treballa. Per tant ha de cercar l'equilibri entre els elements ètics, normatives i consensos internacionals alineats amb les principals declaracions i recomanacions relacionades amb l'ACP. I s'ha de treballar amb intervencions basades en l'evidència científica o en l'experiència, a partir d'estratègies sistemàtiques d'avaluació.^{13,14,15}

Taula 6. Resum de criteris i principis de l'ACP¹⁵

PRINCIPIS	CRITERIS
Dignitat i dret de les persones	Qualitat dels serveis i valors ètics
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AUTONOMIA ✓ PARTICIPACIÓ ✓ INTEGRALITAT ✓ INDIVIDUALITAT ✓ INCLUSIÓ SOCIAL ✓ INDEPENDÈNCIA ✓ CONTÍNUUM ASSISTENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DIVERSITAT ✓ ACCESSIBILITAT I INTERDISCIPLINARIETAT ✓ GLOBALITAT ✓ FLEXIBILITAT I ATENCIÓ PERSONALITZADA ✓ PROXIMITAT I ENFOCAMENT COMUNITARI ✓ PREVENCIÓ/REHABILITZACIÓ ✓ COORDINACIÓ I CONVERGÈNCIA

3.3.1 Què és el Dementia Care Mapping?

El Dementia Care Mapping (DCM) ofereix un mètode per a identificar l'excel·lència de l'atenció des del punt de vista de la persona amb demència receptora d'aquesta atenció. Aquest instrument intenta mesurar els elements tant de la qualitat de vida com de la qualitat de l'atenció. Originàriament pensat per a la pràctica assistencial, l'objectiu principal és transformar la cultura organitzativa d'un centre assistencial a un model d'Atenció Centrada en la Persona i capacitar als seus equips mitjançant un programa de millora contínua de la qualitat. El mètode i el seu sistema de codificació es van desenvolupar originàriament a partir de moltes hores d'observació etològiques en residències, centres hospitalaris i centres de dia del Regne Unit (Kitwood i Bredin, 1994). Es tracta d'un conjunt d'eines d'observació que han estat utilitzant-se en diversos entorns d'atenció a la demència. S'ha utilitzat com a instrument per al desenvolupament de pràctiques d'atenció centrada en les persones i també com a eina per a la recerca. L'atenció centrada en la persona és la base teòrica dels valors del Dementia Care Mapping.

Es va crear a partir dels treballs del professor Tom Kitwood qui descrigué el DCM com *“un intent seriós d'adoptar el punt de vista de la persona amb demència, usant una combinació d'empatia i destreses observacionals”*.

El DCM és tant una idea com un procés, l'eina la componen les observacions i els marcs de codificació, és a dir, les observacions intensives i detallades en temps real al llarg d'un número específic d'hores de persones afectades de demència i allotjades en entorns assistencials especialitzats. El procés, per altra banda, és l'ús del DCM com a directriu en el desenvolupament d'una pràctica assistencial centrada en les persones: l'acurada preparació dels equips de gestió i de personal, la presentació de resultats del mapa, la planificació d'actuacions per part de l'equip de personal sobre la base d'aquests resultats, el seguiment del procés al llarg del temps i la posada en marxa d'un nou cicle de mapa i avaluació.^{13,14,15}

Origen del Dementia Care Mapping i la seva implementació a Espanya

El Dementia Care Mapping (DCM) és una eina desenvolupada pels professors Tom Kitwood i Kathleen Bredin a finals dels anys 80 i va ser dissenyada per a poder determinar la qualitat de l'atenció que rebien les persones amb demència. Al 1992 el Grup de Demències de la Universitat de Bradford va començar a oferir cursos per a aprendre a utilitzar aquest mètode. Actualment hi ha més de 2000 persones formades al Regne Unit i s'està treballant amb aquesta metodologia en més de 15 països, 7 tenen conveni signat amb la Universitat de Bradford per a implementar el mètode. Entre aquests països i des del 2006, Alzheimer Catalunya, va signar el conveni de col·laboració amb la Universitat, convertint-se l'organització estratègica de la seva implementació a Espanya, especialment a Catalunya. Actualment la Universitat de Bradford es compromet a treballar amb Alzheimer Catalunya Fundació per a aconseguir el màxim nivell de desenvolupament del DCM al nostre país.^{13,14,15}

3.4 Revisió bibliogràfica

La recerca bibliogràfica ha estat realitzada amb les bases de dades PubMed, BSV i Google Acadèmic.

Taula 7. DeCS i MeSH

Estratègia de cerca:		
Paraules	Castellà	Anglès
	Tratamiento demencia	Nursing care,
	Síntomas demencia	Dementia disease
	Modelo Centrado en la Persona	Dementia Care Mapping
	DCM	Non-pharmacological therapies
	Alzheimer	Cognitive stimulation
	Demencia	

1. PUBMED

Estratègia de cerca:

(nurse OR nursing OR “nursing care”) AND (care OR treat* OR therapy) AND (dementia OR Alzheimer) AND symptom*

S’obtenen 681 resultats; per fer més petita la cerca s’aplica el filtre “any 2012”

S’obtenen 142 resultats dels quals s’exclouen:

- La temàtica principal no és l'Alzheimer: 28
- Cures pal·liatives a persones amb Alzheimer: 13
- No permeten la lectura lliure: 28
- Només s'especifica el tractament farmacològic: 33
- No s'anomenen els símptomes: 20
- Centrat en intervencions per al cuidador: 10
- No apareix personal d'infermeria en el procés: 7
- Repetits d'altres bases de dades: 4

Estratègia de cerca:

“(dementia care mapping) AND benefits”

S’obtenen 8 resultats dels quals es seleccionen:

1. “Dementia Care Mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence”. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28629482>
2. “Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews”. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28793380>
6. “Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia”. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27099894>

Exclusos:

- No permeten la lectura lliure: 3
- Repetits d'altres bases de dades: 2

2. Google Acadèmic

Estratègia de cerca:

“Estudio con método DCM en Cataluña” ”

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.2015.1026124>

“Measuring the well-being of people with dementia”

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212686>

“Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia”

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300551>

3. Biblioteca virtual de Salud (BVS)

Estratègia de cerca:

(demencia OR Alzheimer) AND enfermería AND tratamiento

S'obtenen 2.647 resultats; per acotar la cerca s'apliquen els següents filtres:

Assumpte principal: Demencia, Límit: Ancians, Any: 2017

S'obtenen 46 resultats dels quals s'exclouen:

- No permeten la lectura lliure: 22
- Es centren en la nutrició: 5
- Repetits d'altres bases de dades: 4
- Parlen d'una tècnica anomenada Namasté: 4
- Cures pal·liatives a persones amb Alzheimer: 5
- Es centren en l'impacte econòmic de la malaltia: 3

Es seleccionen els següents articles:

4. “Predictors of activity involvement in dementia care homes: a cross-sectional study”

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0564-7>

19. “Person-centered dementia care for older veterans with dementia in Taiwan: Past, present and future”

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.13042>

20. “The Austrian-Czech institutional long term care project - design and protocol of a two-centre cross sectional study “

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-28427396>

3.5 Cronograma

Taula 9. Cronograma



4. APORTACIONS D'INTERÈS PER L'ESTUDI

La idea d'aquest projecte va sorgir gràcies a les propostes del programa d'Aprenentatge i Servei (l'APS) de la Universitat Rovira i Virgili. L'APS és una proposta educativa que combina processos d'aprenentatge i de servei a la comunitat en un sol projecte, de manera que es converteix en un instrument de formació integral de l'estudiant. El seu objectiu principal és la formació de professionals socialment responsables, ja que, es desenvolupa també el compromís cívic i social (treballant amb necessitats reals) a partir de la pràctica reflexiva.

Dels diferents projectes proposats en el context de l'APS, ens van cridar l'atenció diversos projectes de caire social. Finalment, vam decidir triar un projecte proposat per la Residència STS Misericòrdia que consisteix en la necessitat de valorar sistemes alternatius d'estimulació que afavoreixin el benestar de les persones, tot contextualitzant-los en el sistema d'atenció basat en el model d'ACP (Atenció Centrada en la Persona) i promovent l'eliminació i/o reducció de les contencions físiques i farmacològiques. Aquest projecte s'ha dut a terme en col·laboració amb l'equip assistencial i directiu de la residència.

El que ens ha aportat personalment el programa d'APS ha estat poder desenvolupar el nostre projecte dins d'una institució real i poder col·laborar directament en el benestar de les persones grans. Hem rebut suport i el punt de vista, en diversos aspectes, de l'equip multidisciplinar, que ens ha enriquit i ajudat molt a l'hora de conèixer els residents, dur a terme les intervencions i durant el disseny del projecte. Hem estat conscients de la riquesa que aporta i de la importància que té la bona comunicació entre els membres de l'equip i el treball conjunt dels diferents professionals.

També ens ha permès conèixer i treballar els problemes reals de la societat i més concretament de la residència on hem desenvolupat el projecte. Hem pogut observar el dia a dia de la pràctica assistencial en una residència des de prop i veure totes les necessitats que en sorgeixen, quins recursos existeixen i com poder optimitzar l'atenció.

Hem pogut abordar un problema real de la nostra societat, per una banda les malalties derivades de la vellesa i per una altra les conseqüències d'aquestes, que moltes vegades passen per una institucionalització de la persona.

El més important que ens ha aportat l'APS ha estat poder compartir temps amb els nostres participants i poder veure que el treball interdisciplinari és una eina molt eficaç en l'abordament de patologies com la demència, que necessiten una personalització dels cuidatges i una atenció especialitzada i individual constant que té com a resultat la millora de la qualitat de vida de les persones institucionalitzades.

5. METODOLOGIA

S'ha dissenyat un projecte d'investigació amb la finalitat de poder desenvolupar un conjunt d'activitats que ens permetin treballar mitjançant l'estimulació cognitiva i psicomotriu dels residents amb la intenció de que estiguin més actius durant el dia i puguin descansar millor a la nit i, per tant, no necessitin tanta medicació hipnòtica.

La demència representa un greu problema a nivell mundial que suposa un repte per a la societat i els professionals de la salut. En aquest context, i aprofitant el programa Aprenentatge i Servei, s'ha realitzat un estudi qualitatiu amb un grup de persones que viuen a la Residència STS Misericòrdia.

Dades sobre la Residència STS Misericòrdia

El Centre STS Misericòrdia va obrir les seves portes l'any 2013. L'equipament s'ha construït en una zona àmplia i lluminosa al costat del santuari de la Misericòrdia de Reus. Compta amb una residència assistida i també ofereix el servei de centre de dia. La residència disposa d'una sala de rehabilitació, taller de teràpia ocupacional, menjador, sala de perruqueria i podologia, entre d'altres.

Taula 10. Resum de dades de la residència

Població	Reus
Titularitat	Residència de titularitat privada amb places concertades
Places	91 places públiques 57 places privades
Total places en règim residencial	148, actualment ocupades en la seva totalitat
Total de places d'hospital de dia	No hi ha límit, però, mai s'han sobrepassat els 5 usuaris. Actualment 3 places ocupades.
Total població atesa	151 persones

Població atesa, perfil dels usuaris que ingressen al centre

La gran majoria dels usuaris que ingressen a la residència són persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per a realitzar totes les activitats de la vida diària amb normalitat. Aquest usuaris necessiten, doncs, una constant atenció i supervisió per part dels professionals. En ocasions, a aquesta situació també s'hi ha de sumar el fet que les circumstàncies sociofamiliars de l'usuari requereixen la substitució de la seva llar per un servei residencial o de centre de dia.

La distribució dels usuaris per les unitats de convivència (on cada unitat s'ubica en una planta) es fa seguint el seu grau de dependència i autonomia: a la planta baixa es troben els usuaris més autònoms o de baixa dependència, a la primera planta es troben les persones amb un grau de dependència lleu, a la segona planta (escenari de la intervenció) hi trobem pacients amb una demència moderada i a la tercera planta hi ha ubicada la Unitat residencial per a l'atenció especialitzada de persones amb demència severa (per exemple, del tipus Alzheimer) o altres patologies que cursen amb trastorns del comportament (salut mental, altres malalties neurodegeneratives, entre d'altres).

La nostra intervenció té lloc a la segona planta on hi trobem pacients amb demència moderada i diversos trastorns de conducta. L'espai està distribuït de la següent manera: hi ha un menjador conjunt per a tots els residents, una sala de televisió i lleure, la terrassa i per últim hi trobem les habitacions dels residents. És una planta molt àmplia i amb tots els espais adaptats per a facilitar la vida dels residents.

Equip interdisciplinari

L'equip interdisciplinari de la Residència STS Misericòrdia està integrat per diferents departaments i professionals que desenvolupen unes funcions específiques per tal d'atendre integralment a l'usuari: psicòloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educadora social, treballadora social, metgessa i l'equip d'infermeria. Tots aquests professionals, juntament amb un responsable de l'equip d'auxiliars i direcció, són els encarregats d'elaborar un Pla individual d'atenció per a cada usuari en el qual es dissenyen uns objectius amb unes activitats concretes i es fa un seguiment dels resultats

obtinguts. Posteriorment, el Pla individual d'atenció es transmet a la família i/o usuari i s'acaba d'ajustar tenint el compte la seva opinió, d'acord a les seves preferències i necessitats personals.

Aquest projecte està realitzat a partir de metodologia mixta, un primer estudi quantitatiu que ens permetrà obtenir la mostra de pacients amb qui podrem realitzar posteriorment la part qualitativa.

5.1 Criteris d'inclusió i exclusió

Taula 11. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris inclusió	Criteris exclusió
<ul style="list-style-type: none"> • Residir a la Residència STS Misericòrdia. • Pacients que estiguessin ingressats en la segona planta. • Patir demència de grau moderat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir només a centre de dia a la residència STS Misericòrdia. • Patir demència greu. • Tenir limitacions físiques molt greus. • No tenir cedits els drets d'imatge.

5.2. Fase prèvia de l'estudi amb el DCM

Procediment d'elecció dels participants i instruments de recollida de dades

Es va utilitzar el Mini Examen Cognitiu de Lobo (MEC Lobo, Annexos 1 i 2) que deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE). Ha estat adaptat i validat per Lobo al nostre país, l'any 1979. La puntuació determina la normalitat o el grau de deteriorament que pot patir una persona. les àrees cognitives que explora són l'orientació temporal i espacial, memòria immediata, atenció i càlcul, memòria diferida i el llenguatge.¹⁶

Dels 38 residents de la 2a planta de la residència, una vegada realitzat el test del MMSE, se'n van descartar 20, 5 per presentar demència greu i la resta per altres motius com ara la falta de consentiment o per limitacions físiques greus que impedièen la

comunicació i la realització de les activitats a implementar. Vam seleccionar els 18 participants restants ja que complien els criteris d'inclusió del projecte.

Els resultats depenen de la puntuació aconseguida un cop acabada la prova.

- Entre 30 i 27: Sense Deteriorament.
- Entre 26 i 25: Dubtós o Possible Deteriorament.
- Entre 24 i 10: Demència Lleu a Moderada.
- Entre 9 i 6: Demència Moderada a Severa.
- Menys de 6: Demència Severa.

Es va dissenyar per a aplicar-lo en contacte directe amb l'individu i amb un entrenament previ. El temps d'aplicació és breu (aproximadament deu minuts). La fiabilitat i la validesa són acceptables. Aquest instrument és utilitzat en els serveis de medicina, neurologia i geriatria del país, així com en llars d'avis. Dins dels seus desavantatges estan, alta dependència del llenguatge pel que pot classificar erròniament pacients amb afàsia, i una forta relació amb l'edat, nivell educacional i medi sociocultural.

Dels 38 residents de la segona planta, vam decidir seleccionar els residents que complien els criteris d'inclusió i exclusió. Es van descartar 20 residents i se'n van seleccionar 18 per al projecte

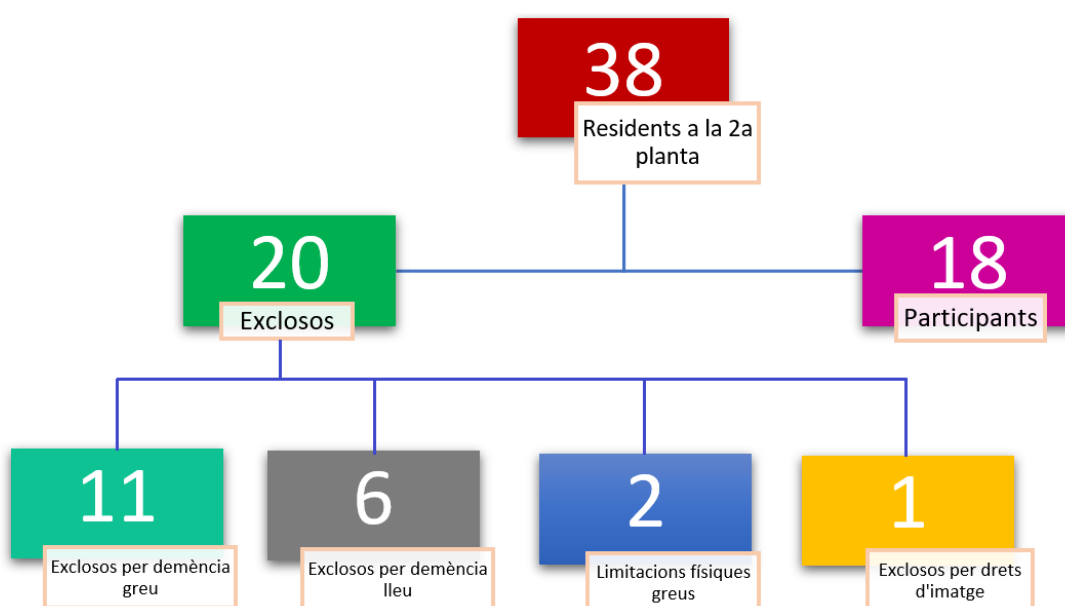


Figura 1. Esquema d'elecció dels participants

Població

Taula 12. Resum de dades dels participants

Resident	Edat	Sexe	Anys des del diagnòstic	Data d'ingrés	Grau de dependència
P01	97	Dona	9	08/10/2016	Grau II
P02	84	Dona	5	13/03/2018	Grau II
P03	69	Dona	5	31/01/2018	Grau II
P04	90	Dona	6	11/04/2018	Grau II
P05	83	Home	3	20/02/2018	Grau II
P06	88	Dona	5	31/10/2018	Grau II
P07	91	Dona	7	28/06/2017	Grau II
P08	92	Home	9	02/03/2017	Grau II
P09	84	Dona	6	17/09/2016	Grau II
P10	82	Dona	4	03/08/2018	Grau II
P11	89	Dona	6	29/12/2017	Grau II
P12	68	Home	8	29/08/2014	Grau III
P13	88	Home	6	04/09/2017	Grau II
P14	94	Dona	7	13/07/2018	Grau II
P15	87	Dona	5	01/09/2018	Grau II
P16	92	Dona	8	06/05/2014	Grau II
P17	86	Dona	6	25/06/2018	Grau II
P18	95	Home	4	13/01/2017	Grau II

El tipus de patologies més prevalents a la planta són la demència tipus Alzheimer, seguida de la demència senil y una persona presenta demència associada a discapacitat intel·lectual.

5.3 Fase 1: Dementia Care Mapping (DCM); pre-intervenció

Amb els resultats obtinguts del test Mini Mental Lobo, vam poder classificar i seleccionar els 18 pacients per al projecte, l'eina de valoració seleccionada per al projecte ha estat, com hem comentat anteriorment, el DCM.

El DCM és un conjunt d'eines d'observació que s'ha utilitzat com a instrument de valoració per al desenvolupament de pràctiques d'atenció centrada en la persona. Aquesta eina intenta mesurar els elements tant de la qualitat de vida com de la qualitat de l'atenció. Originàriament pensat per a la pràctica assistencial, l'objectiu principal és

transformar la cultura organitzativa d'un centre assistencial a un model d'Atenció Centrada en la Persona i capacitar als seus equips mitjançant un programa de millora contínua de la qualitat. D'aquesta manera, el Dementia Care Mapping és tant un instrument de procés organitzatiu, com un instrument de valoració.

Es va dur a terme de la següent manera:

- **Ubicació: a la sala de lleure de la 2ª planta**
- **18 residents**
- **Realitzada per tres professionals; psicòloga, auxiliar d'infermeria i estudiant d'infermeria**
- **Sense cap estímul per part dels "mapadors"**
- **Període: 3 hores al matí (10-13h.) i 3 hores a la tarda (15.30-18.30h.)**

Figura 2. Condicions en les que es realitza la valoració prèvia amb el DCM

L'eina DCM, explicació general del procediment

Durant una avaluació amb DCM, un observador (mapador) fa un seguiment continu de cinc persones amb demència (participants) al llarg d'un període de temps representatiu (sis hores). El mapa es duu a terme en les àrees comunitàries del centre assistencial. Al final de cada període de temps de cinc minuts (un interval temporal), s'usen dos tipus de codis per registrar tot allò que li ha succeït a cada individu. Els BCC Codi de Categories Conductuals (Behavioural Category Code) descriu un dels 23 dominis diferents de la conducta del participant.

El mapador també ha de prendre una decisió per a cada marc temporal, basada en els indicadors conductuals, sobre l'estat de relatiu afecte i d'implicació experimentat per la persona amb demència; és el que es denomina ME Valor d'Ànim-Implicació (Mood-Engagement Value). Amb els valors ME es calcula una mitjana per a tot el període de mapa per tal d'obtenir la puntuació de WIB Benestar/Malestar (Well/III-being score). Aquesta puntuació ens proporciona un índex de benestar relatiu per a un període de temps específic, per a un individu o per a un grup.

Els PD Detractors Personals (Personal Detractions); i els PE Potenciadors Personals (Personal Enhancers) es registren cada vegada que es produeixen, els

Detractors Personals són conductes del personal que podrien resultar perjudicials per a la persona; es classifiquen i es codifiquen en funció del seu tipus i la seva severitat. Els Potenciadors Personals són conductes del personal considerades com a positives per a preservar la persona; es descriuen i es codifiquen en funció del tipus i el grau en què es considera que poden potenciar la persona.

Han aparegut diverses versions del DCM. L'última versió, el DCM 8, es va validar en 39 persones amb demència i es van obtenir bones propietats psicomètriques. Un dels inconvenients d'aquesta escala es requereix una gran dedicació i temps. ¹⁵

Codificació d'Ànim i Implicació (ME) ¹⁵

Dins d'un Interval de cinc minuts, observem l'estat d'ànim dels participants en combinació amb el seu grau d'implicació, Això és el que s'anomena valor d'Ànim-Implicació (Mood Engagement; ME). Durant les 6 hores en que es realitza el mapa, però, sí que és possible fer-se una idea del nivell relatiu de malestar i benestar d'un participant, recopilant i analitzant la informació dels valors ME que s'han anat enregistrant.

En el moment de valorar el valor ME cal considerar dues dimensions diferents:

Dimensió 1: Estat d'ànim

L'estat d'ànim pot apreciar-se mitjançant l'observació de les expressions facials, del llenguatge corporal, la postura, el contingut, i el to de les instruccions verbals i no verbals.

Amb ell es valora el nivell de:

- Felicitat o alegria vs. infelicitat o tristesa;
- Satisfacció vs. insatisfacció o angoixa;
- Confort vs. malestar;
- Relaxació vs. nerviosisme o por;
- Plaer vs. disgust o ràbia.

Dimensió 2: Implicació

Valora el grau de connexió que mostren els participants amb les persones, les activitats o els objectes que els envolten.

Implicació amb persones: inclou tot contacte físic com ara agafar-se, acariciar-se, recolzar el cap i també mirar-se. També inclou altres formes més evidents de comunicació, com ara parlar, fer sí amb el cap o mantenir contacte visual.

Implicació en activitats, es pot donar en tres nivells:

- Nivell sensorial. Fixar o seguir amb la mirada, escoltar, olorar, sentir.
- Nivell social. Participar amb els altres en una activitat, sigui en parella o en grup.
- Nivell emocional. Participar en una activitat amb la que mantenir el temps ocupat.

Taula 13. Nivells d'estat d'ànim i implicació (Mood and Engagement, ME)¹⁷

Ànim	Valor ME	Implicació
Molt contents, alegres. Estat d'ànim altament positiu	+5	Profundament abstrets. Molt entretinguts
Contents, alegres, relaxats. Estat d'ànim considerablement positiu	+3	Concentrats però se'ls pot distreure. Molt abstrets
Neutre. Absència d'indicis perceptibles d'ànim positiu o negatiu	+1	Atents i conscients de l'entorn. Participació breu o intermitent
Lleus signes d'estat d'ànim negatiu	-1	Absents i sense contacte
Signes de considerable estat d'ànim negatiu	-3	
Molt angoixats. Signes clars d'estat d'ànim molt negatiu	-5	

Els valors d'Ànim i Implicació (ME) sempre es codifiquen en el context dels Codis de Categoria del Comportament (BCC) que els acompanyen. El mapador sempre haurà de seguir les regles operacionals per a la codificació dels BCC abans de determinar el valor ME apropiat que ha d'acompanyar el BCC. Per determinar el valor ME, el mapador ha d'avaluar els valors associats amb el nivell d'ànim i implicació que ha observat durant

l'interval temporal i, seguidament, escollir un valor global apropiat per a tot el marc de cinc minuts.¹⁷

Taula 14. Codis de Categoria de Comportament (Behaviour Category Codes, BCC)¹⁷

Codi	Paraula clan	Descripció
A	Interacció	Interacció amb altres, verbalment o no, sense altra activitat observable. També comprèn la comunicació no verbal (somriure, contacte ocular, fer sí amb el cap, etc.)
B	Borderline / Límit	Implicació social, però passiva (contemplació)
C	Desvinculat	Socialment desafectes, aïllats del seu entorn
D	Dedicació - Autocura	Tenir cura de si mateixos (vestir-se, mocar-se, rentar-se les mans, pentinar-se, etc.)
E	Expressiva	Activitat expressiva o creativa
F	Ingesta	Menjar, beure
G	Record	Reminiscència i revisió de la pròpia vida
I	Intel·lectual	Activitat que prioritza les capacitats intel·lectuals (memòria, pensament, reconeixement o raonament). Fer puzzles, fer càlculs, comptar diners, etc.
J	Activitat física	Fer exercici
K	Caminar	Caminar, restar drets, moure's independentment
L	Lleure	Lleure, diversió o entreteniment (llegir, veure una pel·lícula, fer manualitats, etc.)
N	Dormir	Dormir, descansar
O	Objectes	Mostrar afecte, cura o relació amb els objectes inanimats (roba, coixins, coberts, etc.)
P	Assistència física - Pràctica	Rebre assistència física, pràctica o personal
R	Religió	Participar en una activitat religiosa
S	Sexualitat	Expressió clara de naturalesa sexual
T	Sensacions sensorials	Estimulació directa dels sentits (tastar, olorar, activitats amb llum o moviment, etc.)
U	Sense resposta	Intentar comunicar-se i no rebre resposta

V	Vocacional	Participar en una feina o en una activitat similar (cuinar, regar les plantes, una activitat relacionada amb la seva vida professional, endreçar coses, etc.)
W	Autoestimulació repetitiva	Estimulació de la pròpia persona, balancejar-se, fregar-se, tocar-se, moure els llavis, fer sorolls, etc.
X	Excreció	Episodis associats amb l'excreció o comunicació de la necessitat
Y	Jo mateix	Interacció sense la presència d'algú altre (imatge en un mirall, al·lucinació, persona imaginària o de la TV, etc.)
Z	Zero	Quan no encaixa en cap de les categories anteriors

I una última lletra que identifica, però no s'avalua:

Q	Fora del camp de visió	Quan el participant o el propi mapador hagin abandonat l'espai de l'elaboració del mapa i sigui impossible observar les activitats del participant durant tot l'interval de temps. No té un valor ME associat.
----------	------------------------	--

Com s'han processat les dades

Una vegada feta la valoració (durada de sis hores, 10:05-13:05 i de 15:35-18:35) amb el mètode del DCM damunt d'una plantilla en paper, vam extrapolar els resultats a un Excel amb el qual vam poder organitzar les dades mitjançant la categorització que permet el DCM i obtenir resultats (Annex 1 i 2 CD).

5.4 Fase 2: Adequació del tractament; fase prèvia

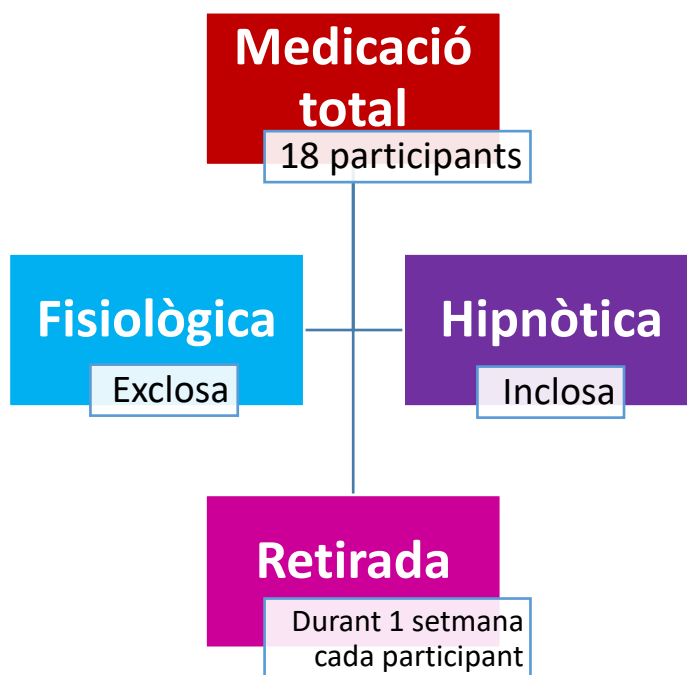


Figura 3. Esquema del procediment d'adequació de medicació

L'objectiu final del nostre projecte és reduir la contenció física i farmacològica, física no en trobem a la nostra planta, per tant, ens vam centrar en la farmacològica.

Mitjançant la valoració feta amb el DCM vam poder observar que alguns dels residents estaven molt adormits durant el matí i uns els altres estaven en un estat d'ànim neutre i sense cap implicació social. Així doncs, vam fer una proposta d'adequació de tractament a la coordinadora d'infermeria i el metge de la residència.

El procediment va ser el següent:

1. Estudi de la medicació a adequar i selecció de la medicació hipnòtica dels participants.
2. Proposta d'adequació de tractament a coordinació d'infermeria.
3. Es va dur a terme l'adequació de cada fàrmac, per comprimits i observant el resident per part de l'equip assistencial durant una setmana, per veure si el nivell de benestar i reactivitat augmentava.
4. Valoració per part de coordinació d'infermeria i metge de l'adequació definitiva o no del tractament.

Taula 15. Proposta d'adequació de tractament

PARTICIPANT	MEDICACIÓ	PARTICIPANT	MEDICACIÓ
1	Clonazepam 0-0-2 Quetiapina 1-0-0	10	Quetiapina 0-0-1 Zolpidem 23h.
2	Quetiapina 0-0-1	11	Distra neurine 23h.
3	-	12	-
4	Distra neurine S/P Lorazepam 1-0-1	13	Distra neurine S/P Distra neurine 0-0-1 Lormetazepam 0-0-1
5	Distra neurine 23h. Lormetazepam 0-0-1 Risperdal S/P	14	Distra neurine 23h. Quetiapina 0-0-1
6	-	15	Distra neurine 23h.
7	Distra neurine 23h. Haloperidol S/P Quetiapina 1-1-2 Clorazepato 23h.	16	Distra neurine S/P Quetiapina 0-0-1
8	Lormetazepam 23h. Quetiapina S/P Quetiapina c/72h 0-0-1	17	Quetiapina 20h i 22h.
9	Haloperidol IM S/P	18	Lormetazepam 0-0-1

En vermell proposta d'adequació de tractament

5.5 Fase 3: Disseny d'activitats

Mitjançant la valoració amb el DCM vam identificar la necessitat d'implementar activitats que estimulessin els residents a diferents nivells. Inicialment es va acordar amb el responsable de la residència dissenyar un programa d'activitats i ajustar-lo tenint en compte els horaris ja establerts per l'equip interdisciplinari per tal de no interferir en la dinàmica de la residència. Es va fer una cerca bibliogràfica d'activitats d'estimulació a diferents nivells i a partir d'aquí es van crear una sèrie d'activitats dividides per categories (Annex 3 CD).¹⁸

Les categories treballades han estat: *Activitats de la Vida Diària, Exercici físic, Jocs i estimulació cognitiva, Reminiscència, Estimulació sensorial, Creativitat i Manualitats, Cuida'm i Cinefòrum.*

5.5.1 Planificació setmanal d'activitats

Taula 16. Planificació setmanal d'activitats

	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES	DISSABTE	DUMENGE
9.30h 10.00h	ESMORZAR	ESMORZAR	ESMORZAR	ESMORZAR	ESMORZAR	ESMORZAR	ESMORZAR
10.00h 11.00h	EXERCITEM-NOS	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	GERONTO-GIMNÀSTICA	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	GERONTO-GIMNÀSTICA	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	GRUP DE CONVERSA
11.00h 12.00h	ESTIMULACIÓ COGNITIVA	CREATIVITAT	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	MUSICOTERÀPIA	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	JUQUEM!	JUQUEM!
12.00h 13.00h	PSICOMOTRICITAT FINA	ESTIMULACIÓ SENSORIAL	TERÀPIA D'ORIENTACIÓ A LA REALITAT	MANUALITATS	ESTIMULACIÓ SENSORIAL	CREATIVITAT	ESTIMULACIÓ COGNITIVA
13.00h 14.00h	DINAR	DINAR	DINAR	DINAR	DINAR	DINAR	DINAR
14.10h 15.00h	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS
15.15h 16.00h	ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA	EXERCITEM-NOS	ESTIMULACIÓ COGNITIVA	JUQUEM!	CUIDA'M	CINEFÒRUM	CUIDA'M
16.00h 17.00h	CREATIVITAT	JUQUEM!	BALLEM PLEGATS	ESTIMULACIÓ COGNITIVA	GRUP DE CONVERSA	CINEFÒRUM	BINGO DE COLORS/FORMES
17.00h 17.30h	BERENAR	BERENAR	BERENAR	BERENAR	BERENAR	BERENAR	BERENAR
17.45h 18.45h	ADICIÓ MÚSICA / VÍDEO	BINGO	REMINISCÈNCIA/ MANUALITATS	BINGO / MISSA	BINGO / REPORTATGES - CINEMA	ESTIMULACIÓ SENSORIAL	CREATIVITAT
19.00h 20.00h	SOPAR	SOPAR	SOPAR	SOPAR	SOPAR	SOPAR	SOPAR

ED. SOCIAL

PSICOLOGIA

FISIOTERÀPIA

AUX. INFERMERIA

5.5.2 Elecció de les activitats de reminiscència

La reminiscència és, segons R. Butler (1963), un procés mental que succeeix de manera natural, en el qual es porten a la consciència les experiències i vivències passades. Procés en el qual a través del record autobiogràfic, revisant la vida, es podria ajudar els adults grans en la tasca “d’aclarir, aprofundir i trobar el sentit del que s’ha obtingut amb tota una vida d’aprenentatge i adaptació”.¹⁹

Funcions i beneficis:

- Reforçar la identitat personal. Ens ofereix una versió de nosaltres mateixos: qui hem estat, les diferents situacions que hem viscut, les nostres metes i formes d’afrontar les circumstàncies i, malgrat els canvis, ens veiem com una entitat estable. Gràcies a la nostra història vital, els nostres records, som únics.
- Mantenir/augmentar l'autoestima. Per desgràcia es relaciona la vellesa amb la pèrdua de capacitats, per aquest motiu l'autoestima es veu amenaçada. El recordar amb altres persones ens reforça emocional i socialment. A més, l'autoestima pot augmentar perquè la persona veu tots els seus assoliments, tot el camí recorregut i el que ha aconseguit.
- Estimula la interacció social. Promou que els nostres records siguin compartits amb altres persones, estem compartint les nostres experiències i creem i reforcem vincles.
- Processar els dols. El fet de recordar a aquestes persones o situacions que ja no estan amb nosaltres, recordar-los de forma positiva i agradable, ens ajuda a afrontar la pèrdua.
- A continuació us presentem els exercicis que hem realitzat amb el grup de residents per a evocar records del passat. Hem cregut necessari que els continguts i materials que hem utilitzat siguin reals i significatius per a la persona.
- Exercici visual: utilitzar fotografies de diferents etapes de la seva vida perquè evocui els records i fer diferents preguntes. Nosaltres hem utilitzat un àlbum de vida on es recullen els fets més importants de la vida de la persona des de la seva infantesa fins a la vellesa.
- Exercici auditiu: posar la música que escoltava de jove o cançó preferida i fer preguntes, mentre ballem. Quins records et desperta aquesta música? Què vas sentir la primera vegada que vas escoltar aquesta cançó? Recordes on anaves

a ballar? També podem posar música de fons d'ocells, animals, els quals pot descriure, com són i si alguna vegada n'ha vist algun i què és el que recorda.

Ajudar al fet que els records surtin a la llum, poder integrar i donar sentit de forma positiva a tota una vida és una de les funcions de la reminiscència, estimular-la ens pot generar una sensació de més satisfacció amb la nostra trajectòria vital. ¹⁵

5.5.3 Planificació de les activitats de reminiscència

Dins de la planificació setmanal, vam decidir participar activament en el projecte d'activitats a la residència. Ho vam dur a terme mitjançant dues activitats integrades en la dimensió de reminiscència. Abans de començar amb les activitats es van obtenir consentiments informats per part de les famílies o tutors legals sobre les activitats a realitzar (Annex 3).

Les activitats han estat les següents:

- La primera activitat va ser l'estimulació del record a través de la música. Consisteix en posar música dels anys 50 fins als 80. Cada sessió es duia a terme amb l'equip d'educació social i amb un grup reduït (d'uns 7-9) de residents per poder centrar-nos més en la persona i en les emocions que els evocava la música. Mentre escoltàvem la música i ballàvem els hi fèiem una petita entrevista per veure quines reaccions expressaven en escoltar-la i observar els canvis que apareixien en el comportament i en l'estat d'ànim dels participants. S'animava als residents a cantar, ballar, moure braços, cames, dins de les possibilitats físiques de cadascú.
- La segona activitat va ser l'Àlbum de vida, mitjançant fotografies aportades pels familiars. Consisteix en estimular els records de 4 participants a cada sessió, mitjançant fotografies pròpies. S'agafen fotos de la persona de diferents moments i etapes de la seva vida i mitjançant l'entrevista personal ens proporcionen informació sobre qui és ell i dades bàsiques (edat, lloc de naixement i data, etc.), on havia viscut, qui li agradava fer i qui era cada persona

que apareixia a les fotografies, etc. La sessió la realitzàvem amb l'equip de psicologia i cada persona es centrava en un sol participant per tal de focalitzar l'atenció en la persona i en els seus records i sentiments.

Mitjançant aquestes activitats aconseguíem treballar diversos aspectes; cohesió amb el grup, realització d'exercici físic a la vegada que s'estimula la memòria quan recorden cançons de la seva època i potenciem el record, l'autoestima, l'afectivitat i l'autoconcepte.

5.6 Temporalitat de les activitats

Les activitats les vam realitzar els dimecres de 16:00 - 19:00 hores, durant deu setmanes.

ENERO 2019							FEBRERO 2019							MARZO 2019						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sab	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sab	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sab
		1	2	3	4	5						1	2						1	2
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	3	4	5	6	7	8	9
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	17	18	19	20	21	22	23
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28			24	25	26	27	28	29	30
														31						

Figura 4. Temporalitat de les activitats a la residència

5.7 Implementació d'activitats

FITXA ACTIVITAT DE MÚSICA; BALLEM PLEGATS

1. Objectiu de l'activitat

Mitjançant la música i la dansa volem estimular el record dels participants del nostre projecte, a la vegada que aconseguim que estiguin més actius fent una mica d'exercici mentre s'ho passen bé i interaccionen entre ells.

2. Organització dels temps de l'activitat

- 10 minuts per preparar la sala.
- 15 min per portar als residents a l'espai on es realitza l'activitat.
- 50 minuts de ball i interacció amb els ancians.
- 15 minuts per portar als residents a la seva unitat.

3. Lloc i temps de l'activitat

L'activitat es realitzarà a la sala d'actes de la residència. El temps de l'activitat serà de 90 minuts. Cada setmana baixarà un grup diferent de residents. L'activitat sempre es duu a terme amb l'educadora social.

4. Materials i recursos per realitzar l'activitat

- Ordinador + equip audiovisual.
- Arxius de música.
- Cadires per a que puguin seure.

5. Dinàmica i organització de l'activitat

- Es divideixen els 18 participants del nostre projecte en dos grups, que s'alternen cada setmana per a participar en l'activitat de ball.
- Se'ls hi explica que farem una activitat de ball amb música i que el més important és participar-hi i passar-s'ho bé.
- Durant l'activitat farem preguntes als residents per estimular el record. Coneixes aquesta cançó? Quins records et desperta aquesta música? Recordes on anaves a ballar i amb qui?, etc.
- Ajudarem als que no puguin ballar sols i animarem als que estan en cadira de rodes a que participin.

6. Grups:

- **Grup 1:** participants de l'1 al 9.
- **Grup 2:** participants del 10 al 18.

ÀLBUM DE VIDA (Annex 4 CD)

1. Objectiu de l'activitat

Mitjançant les fotografies volem estimular als participants a recordar fets importants ocorreguts al llarg de la seva vida i propiciar un estat de benestar.

2. Lloc i temps de l'activitat

L'activitat es realitzarà a la sala d'actes de la residència. El temps de l'activitat serà de 90 minuts. Cada setmana baixaran 4 participants per tal de focalitzar-ne l'atenció. L'activitat es duu a terme sempre amb la psicòloga del centre.

3. Materials i recursos per realitzar l'activitat

- Àlbum de vida
- Fotografies que han portat els familiars o tutors
- Cadires per a que puguin seure
- Taula per a poder treballar
- Tisores
- Pega
- Llapis
- Goma

4. Dinàmica i organització de l'activitat

- S'assignarà una tutora a cada participant, per focalitzar-ne l'atenció.
- Els hi explicarem que farem una activitat amb fotografies seves i dels seus familiars i que les hem d'enganxar als apartats adients de l'àlbum.
- Ajudarem als que no puguin retallar i enganxar o no sàpiguen escriure a fer-ho.
- La realitzarem mitjançant preguntes adequades a cada participant i seguint l'organització de l'àlbum.

5. Organització dels temps de l'activitat

- 10 minuts per preparar la sala.
- 15 min per portar als residents a l'espai on es realitza l'activitat.
- 50 minuts de ball i interacció amb els ancians.
- 15 minuts per portar als residents a la seva unitat.

5.8 Fase 4: Dementia Care Mapping (DCM); post-intervenció

Com a mètode de valoració de les activitats implementades, vam decidir fer un altra valoració posterior mitjançant el DCM, per valorar si hi havien hagut canvis en l'estat d'ànim, rutines, comportaments i la interacció social dels participants.

Es va dur a terme en les mateixes condicions en què es va realitzar la valoració prèvia a la implementació del projecte.

- **Ubicació: a la sala de lleure de la 2^a planta**
- **18 residents**
- **Realitzada per tres professionals; psicòloga, auxiliar d'infermeria i estudiant d'infermeria**
- **Sense cap estímul per part dels "mapadors"**
- **Període: 3 hores al matí (10-13h.) i 3 hores a la tarda (15.30-18.30h.)**

Figura 5. Condicions en les que es realitza la valoració posterior amb el DCM

6. ANÀLISIS I RESULTATS

6.1 Resultat de la fase prèvia al DCM

Durant aquesta fase vam realitzar un estudi de tots els residents de la segona planta mitjançant el test Mini-Mental Lobo. Els resultats obtinguts ens van permetre seleccionar els participants del nostre projecte.

Els resultats finals del MMSE van ser els següents:

Taula 17. Puntuació MMSE i grau de deteriorament

Resident	Puntuació MMSE	Grau deteriorament	Resident	Puntuació MMSE	Grau deteriorament
1	5	DCG	20	5	DCG
2	-	-	21	18	DCM
3	10	DCG	22	20	DCL
4	9	DCG	23	5	DCG
5	16	DCM	24	18	DCM
6	22	DCL	25	4	DCG
7	15	DCM	26	17	DCM
8	4	DCG	27	3	DCG
9	18	DCL	28	18	DCM
10	15	DCM	29	20	DCL
11	7	DCG	30	16	DCM
12	9	DCG	31	17	DCM
13	5	DCG	32	21	DCL
14	22	DCL	33	17	DCM
15	4	DCG	34	15	DCM
16	17	DCM	35	16	DCM
17	18	DCM	36	19	DCM
18	19	DCM	37	21	DCL
19	15	DCM	38	18	DCM

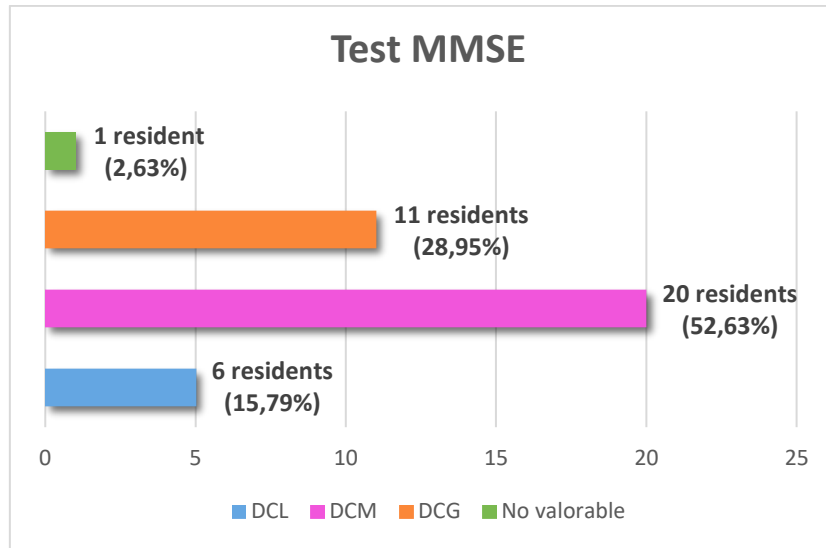


Figura 6. Nivell de deteriorament cognitiu dels residents de la 2a planta

Dels 38 residents a la planta, la distribució de resident-tipus de deteriorament cognitiu és la següent:

Un 47% dels residents pateixen un deteriorament cognitiu moderat, seguidament trobem que un 32% dels residents pateixen un deteriorament cognitiu greu. el 21% restant es divideix de la següent manera: 18% amb deteriorament cognitiu lleu i 3% no valorable. Aquests resultats formen part d'un dels criteris d'inclusió i exclusió de participants, es van seleccionar pacients amb un deteriorament cognitiu moderat per al nostre projecte.

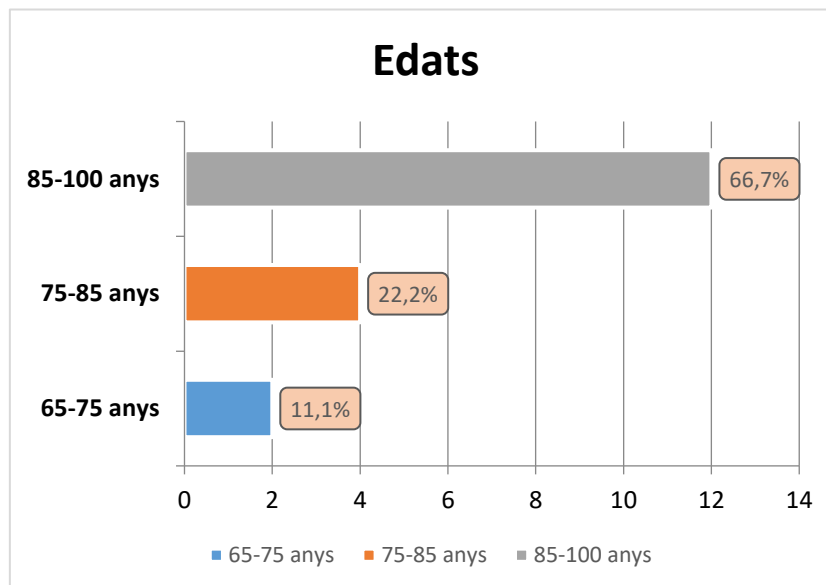


Figura 7. Edats dels participants

En relació al rang d'edats, podem observar que la majoria dels participants tenen una edat superior a 85 anys, fet que corrobora les dades epidemiològiques donades anteriorment que expliquen els fets relacionats amb l'envelliment com són la demència i la consegüent institucionalització d'un gran nombre de persones grans.

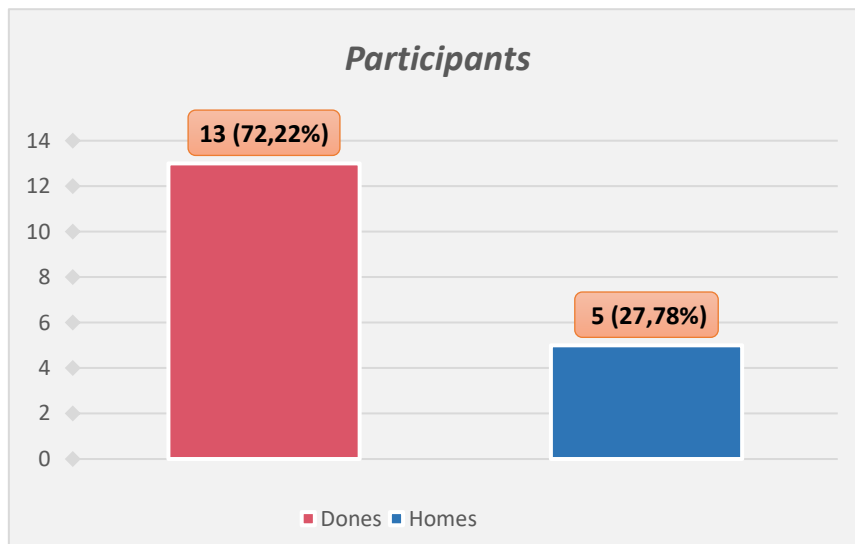


Figura 8. Gràfic de sexe dels participants

Es pot observar que la majoria dels participants són dones (72,22%). Per tant podríem establir un perfil predominant de la nostra població; dona de 85 a 100 anys.

6.2 Fase 1: Resultats del Dementia Care Mapping (DCM); pre-intervenció

Mitjançant el DCM, que és un mètode analític longitudinal de cohorts prospectiu, vam analitzar els comportaments i estats d'ànim dels 18 participants en una fase prèvia a la intervenció, per avaluar si era necessari realitzar una intervenció i dissenyar una planificació setmanal d'activitats a la planta.

Els resultats obtinguts van ser els següents:

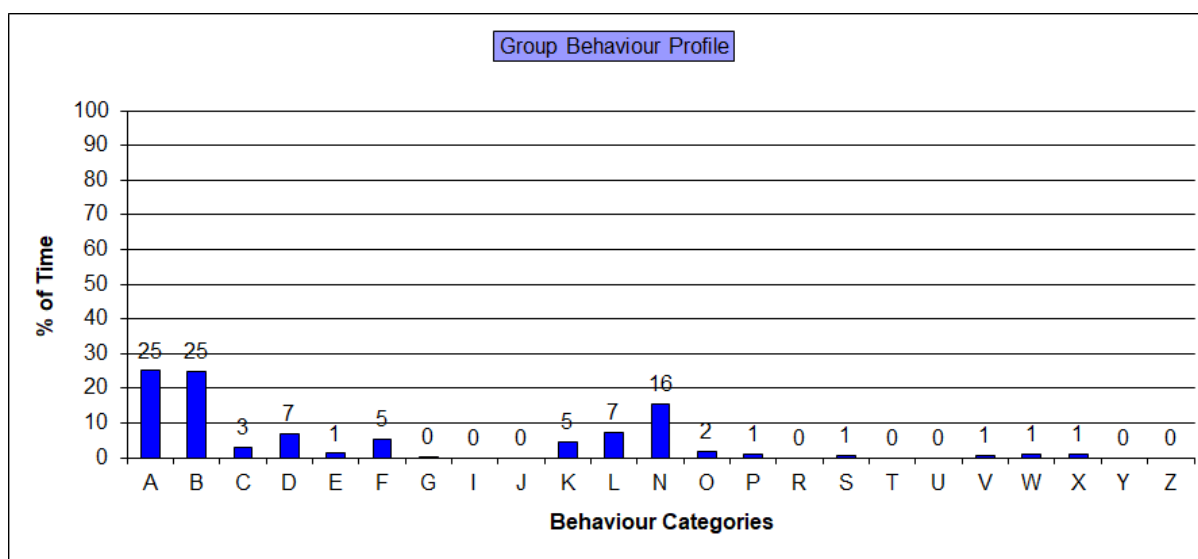


Figura 9. Gràfic BCC previ a la intervenció

Per a les Categories de Comportament vam extreure que els participants passaven el 50% del temps en les categories A (25%) i B (25%). “A” identifica interacció social, sigui positiva o negativa i “B” identifica un estat d'implicació social però passiva.

Ens va cridar l'atenció que el 16% del temps el passaven adormits (N), sobretot a primera hora del període de valoració del matí i a primera hora del període de valoració de la tarda, aquest va ser un punt clau per veure la necessitat d'establir una planificació d'activitats setmanal que els mantingués desperts i en un estat d'ànim positiu per tal d'intentar que arribessin a l'hora de dormir més cansats i, per tant, poder reduir la medicació hipnòtica prescrita.

Un 7% del temps el passaven realitzant activitats d'autocura (D), sense interacció social i un altre 7% el passaven realitzant activitats de lleure (L) amb una implicació social positiva.

Un 5% del temps el passaven realitzant activitats relacionades amb l'alimentació (F) i un altre 5% del temps era emprat en la deambulació (K), cosa que ens va fer veure que l'activitat física de la planta era molt escassa i era necessari fer una intervenció també en aquest àmbit. Un 3% del temps el passaven desvinculats de l'entorn amb un estat d'ànim negatiu.

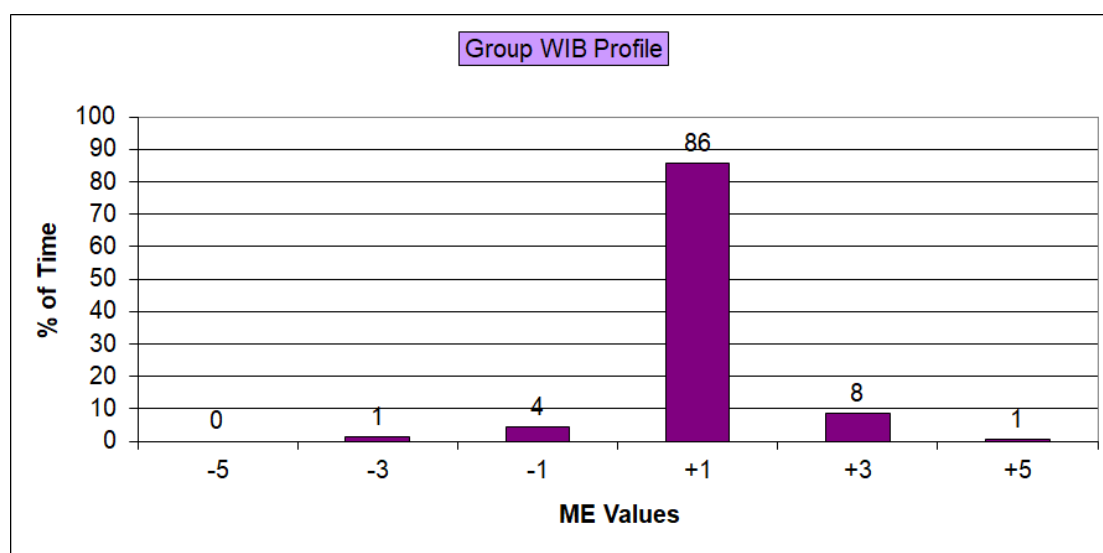


Figura 10. Gràfic ME previ a la intervenció

La gràfica d'estat d'ànim ens mostra que un 86% del temps el passen amb un estat d'ànim neutre (+1) i sense manifestacions de benestar o malestar. Això ens indica que els participants rebien escassos estímuls externs que els propiciessin estats d'ànims més positius.

Un 8% del temps els participants mostren un estat d'ànim considerablement positiu (+3).

Un 4% del temps en un lleu estat d'ànim negatiu (-1), per aquest motiu vam creure que amb una planificació d'activitats podríem arribar a aconseguir augmentar el nivell de benestar dels residents i per tant el % de temps que passaven a la categoria d'estat d'ànim considerablement positiu (+3) i reduir el % de temps que passaven a la categoria de lleu estat d'ànim negatiu (-1).

Un 1% dels temps el passaven en un estat d'ànim considerablement negatiu (-3), que coincidia amb ordres, disputes o pensaments negatius.

Com a dada positiva, no vam trobar cap interval de temps en el qual els participants mostressin un estat d'ànim molt negatiu (-5) i trobem un 1% del temps en el qual s'observa un estat d'ànim altament positiu (+5), que normalment coincidia amb records o visites familiars.

Un 95% del temps el passen en estats d'ànim positius (+1, +2, +3), mentre que només un 5% del temps es troben en estats d'ànim que considerem negatius (-1, -3, -5).

6.3 Fase 2: Resultats de la fase posterior d'adequació de medicació

L'adequació farmacològica es va realitzar en un període de 7 setmanes, una setmana per participant i fàrmac, per valorar si resultava un canvi positiu per al participant.

La intervenció per part de l'equip d'infermeria ha estat una valoració observacional de les conductes positives i negatives i els estats d'ànim dels residents durant una setmana una vegada retirat el fàrmac per veure si s'ha fet una correcta adequació del tractament. Finalment s'ha valorat positivament aquesta adequació i s'han pogut retirar diversos fàrmacs definitivament.

El resultat ha estat el següent:

Taula 18. Adequació de tractament realitzada

PARTICIPANT	MEDICACIÓ	PARTICIPANT	MEDICACIÓ
1	Clonazepam 0-0-2 Es retira Quetiapina 1-0-0	10	Quetiapina 0-0-1 Zolpidem 23h.
2	Quetiapina 0-0-1	11	Distraneurine 23h.
3	-	12	-
4	Distraneurine S/P Es retira Lorazepam del matí 1-0-1	13	Es retira Distraneurine S/P Distraneurine 0-0-1 Lormetazepam 0-0-1
5	Distraneurine 23h. Lormetazepam 0-0-1 Es retira Risperdal S/P	14	Distraneurine 23h. Quetiapina 0-0-1
6	-	15	Distraneurine 23h.
7	Distraneurine 23h. Haloperidol S/P Quetiapina 1-1-2 Es retira Clorazepato 23h.	16	Distraneurine S/P Quetiapina 0-0-1
8	Lormetazepam 23h. Quetiapina S/P Es retira Quetiapina c/72h 0-0-1	17	Es retira Quetiapina de les 20h i es deixa la de les 22h.
9	Haloperidol IM S/P	18	Lormetazepam 0-0-1

En vermell adequació de tractament realitzada

S'han pogut retirar els següents fàrmacs:

Taula 19. Descripció dels fàrmacs

Neurolèptics	Quetiapina (antipsicòtic atípic)
Antipsicòtics	Risperdal (2a generació)
Hipnòtic i sedant	Distraneurine (efecte anticonvulsiu)
Benzodiazepines i derivats	Efecte ansiolític, amnèsic, sedant i hipnòtic, anticonvulsiu i relaxant muscular. Lorazepam i Clorazepato

S'ha reajustat el tractament d'aquells fàrmacs que propiciaven estats de somnolència a alguns dels participants (segons vam poder observar a la valoració del DCM), uns altres que tenien prescrites unes dosis majors de les que necessitaven i uns altres que tenien medicació S/P que no precisaven.

6.4 Fase 3: Resultats valoració posterior del DCM

Es va realitzar una valoració posterior a la intervenció mitjançant el mètode DCM. L'objectiu era avaluar els canvis positius o negatius respecte a la valoració anterior a la intervenció que es va dur a terme a la planta.

Els resultats han estat els següents:

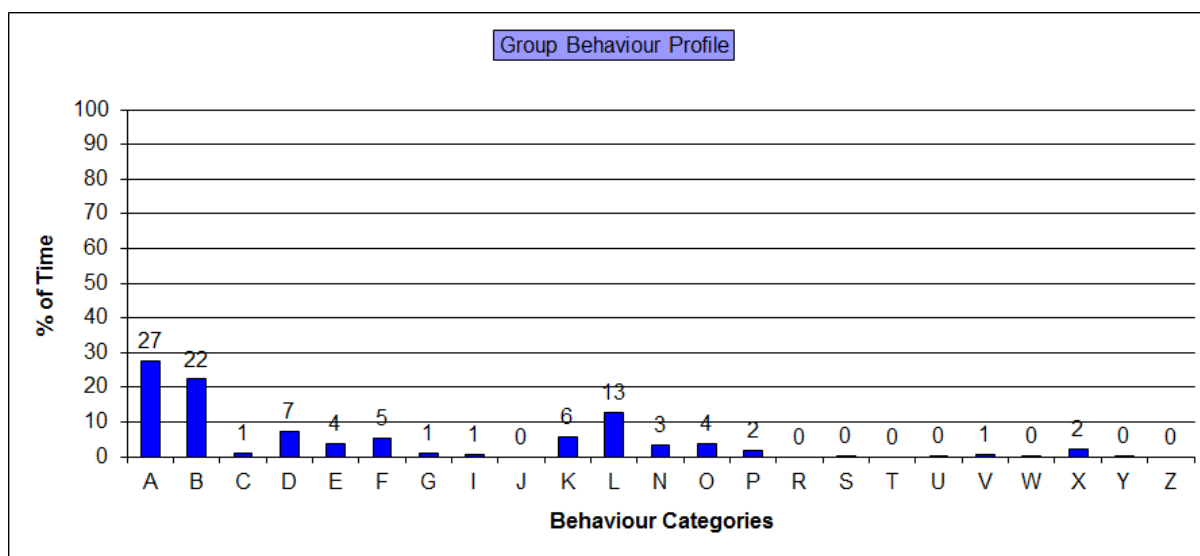


Figura 11. Gràfic BCC posterior a la intervenció

Per a les Categories de Comportament extraïem que els participants passen el 49% del temps en les categories A (27%) i B (22%). Ha augmentat la interacció social (A) en un 2% i ha disminuït la implicació social passiva (B) en un 3%.

A la fase prèvia ens va cridar l'atenció que el 16% del temps el passaven adormits. Aquest va ser un punt clau per veure la necessitat d'establir una planificació d'activitats setmanal. A la valoració posterior veiem que el % de temps que passen adormits (N) ha disminuït notablement (un 13%), per tant podem afirmar que la

intervenció ha estat positiva i ens hem apropat al nostre objectiu final que és mantenir-los més actius durant el dia per poder reduir les contencions farmacològiques que prenen.

Un 7% del temps el passaven realitzant activitats d'autocura ells mateixos (D), sense interacció social i un altre 7% el passaven realitzant activitats de lleure (L) amb una implicació social positiva. Veiem que el temps dedicat a l'autocura ha estat el mateix però que el temps que dediquen a les activitats de lleure ha augmentat en un 6% fins arribar al 13% del temps total. És un fet positiu ja que un dels objectius de la planificació d'activitats era que estiguessin més entretinguts amb coses que els hi agradessin i els fessin treballar la cognició.

Un 5% del temps el passaven realitzant activitats relacionades amb l'alimentació (F) i un altre 5% del temps era emprat en la deambulació (K), cosa que ens va fer veure que l'activitat física de la planta era molt escassa i era necessari fer una intervenció també en aquest àmbit. El % de temps d'activitats relacionades amb l'alimentació és el mateix i s'ha augmentat un 1% el temps que passen deambulant per la unitat. Ha augmentat poc ja que tenen diverses limitacions físiques, tot i així, creiem que és una dada positiva.

Un 3% del temps el passaven desvinculats de l'entorn amb un estat d'ànim negatiu (C). En aquesta valoració ha disminuït fins arribar a només l'1% del temps. Fet que posa de manifest que les activitats han propiciat un canvi positiu en la dinàmica de la unitat i en les conductes i estats d'ànim dels participants.

La gràfica d'estat d'ànim dels participants ens mostra que un 73% del temps el passen amb un estat d'ànim neutre (+1) i sense manifestacions de benestar o malestar. Això ens indica que els participants continuen rebent escassos estímuls externs que els proporcionin estats d'ànims més positius, encara que hem observat una millora general de l'estat d'ànim respecte a la valoració anterior.

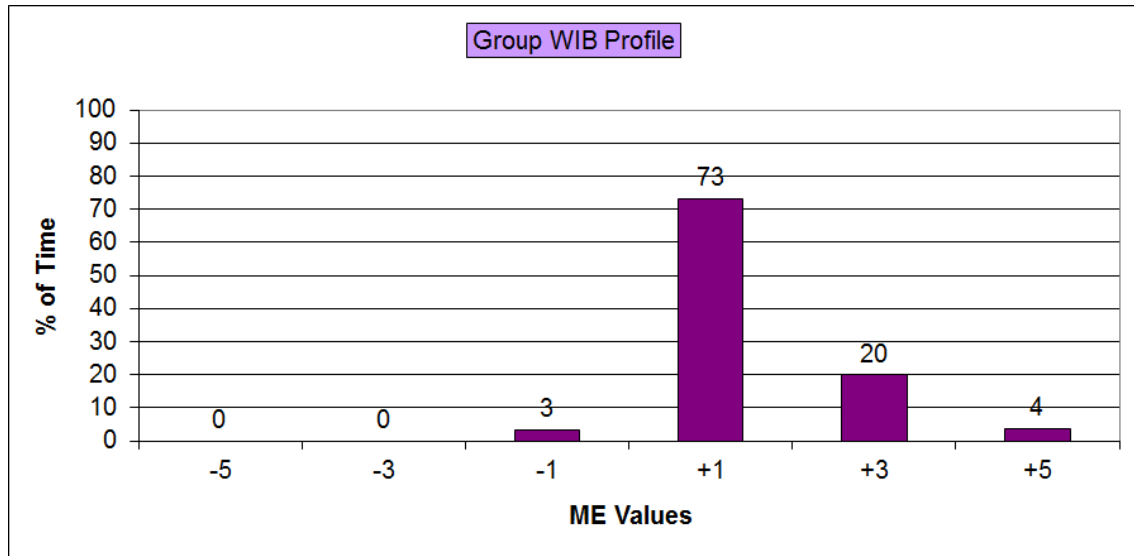


Figura 12. Gràfic ME posterior a la intervenció

Un 20% del temps els participants mostren un estat d'ànim considerablement positiu (+3), s'ha incrementat en un 12%, fet que per a nosaltres comporta un gran canvi i millora en el benestar dels participants.

Un 3% del temps es troben en un lleu estat d'ànim negatiu (-1), ha disminuït un 1% en comparació amb la valoració prèvia a la intervenció del DCM. I s'han aconseguit eliminar els estats d'ànim considerablement negatius (-3), que a la valoració prèvia ocupaven un 1% del temps. Per tant, podem extreure que hi ha hagut un 2% menys d'episodis d'estat d'ànim negatius.

Com a dada positiva, no hem trobat cap interval de temps en el qual els participants mostressin un estat d'ànim molt negatiu (-5) ni considerablement negatiu (-3).

Ha augmentat un 3% el temps en el qual s'observa un estat d'ànim altament positiu (+5).

Un 97% del temps el passen en estats d'ànim positius (+1, +2, +3), mentre que només un 3% del temps es troben en estats d'ànim que considerem negatius (-1, -3, -5). No hi ha una gran variació però si observem els canvis del total de les xifres positives, podem afirmar que les activitats que s'han realitzat han ajudat a millorar l'estat d'ànim general dels participants i que l'estat d'ànim és molt menys negatiu que a la fase prèvia.

7. ANÀLISIS COMPARATIU DELS RESULTATS PREVIS I POSTERIORIS DEL DCM

Per poder analitzar els resultats obtinguts en el DCM s'ha comparat per cada pacient la WIB Benestar/Malestar (Well/Ill-being score), abans de la intervenció i després de la intervenció, mitjançant el test de Wilcoxon que ens permet comparar la distribució d'una variable en dos mostres quan els casos estan aparellats.

Els resultats obtinguts és que s'ha produït una millora en els pacients amb un nivell de significació de $p < 0,05$.

Per tal de processar els resultats s'ha utilitzat el programa R versió 3.6.0.

Taula 20. Prova de Wilcoxon

#Comparació de resultats del DCM
<pre>abans <-c(0.9,0.7,1.5,1.1,0.8,1,0.7,0.7,1.2,1.2,1.1,0.9,1.5,1.2,1.1,1.1,1.2) despres <-c(1.2,1.1,1.3,1.1,0.9,1.3,1.2,1.4,1,1.5,1.3,1.4,1.6,1.2,1.4,1.2,1.2,1.4) wilcox.test(x = abans, y = despres, alternative = "two.sided", mu = 0, paired = TRUE)</pre>
Wilcoxon signed rank test with continuity correction data: abans and despres $V = 12$, p-value = 0.003977 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
Warning messages: 1: In wilcox.test.default(x = abans, y = despres, alternative = "two.sided", : cannot compute exact p-value with ties 2: In wilcox.test.default(x = abans, y = despres, alternative = "two.sided", : cannot compute exact p-value with zeroes
#Càlcul per obtenir un p-valor exacte <pre>#install.packages("coin") require(coin)</pre>
<pre>datos <- data.frame(abans = abans, despres = despres) wilcoxsign_test(abans ~ despres, data = datos, distribution = "exact")</pre>
Exact Wilcoxon-Pratt Signed-Rank Test
data: y by x (pos, neg) stratified by block $Z = -2.9724$, p-value = 0.001801
alternative hypothesis: true mu is not equal to 0

8. ASPECTES ÈTICS

Es van realitzar diverses reunions amb l'equip de psicologia del centre per tal de que informes a les famílies del projecte a aplicar a la planta, i es van obtenir els consentiments informats de participació al projecte i de drets d'imatge (Annex 4). Vam excloure els participants que no estaven autoritzats a participar i també els que no tenien cedit els drets d'imatge de les activitats de reminiscència i estimulació mitjançant la música.

Per a la realització de la intervenció és necessari tenir en compte els principis ètics per a garantir la conservació dels drets i integritat dels usuaris. Les persones amb demència pertanyen a un dels grups més vulnerables de la societat. Els seus drets necessiten ser particularment respectats en situacions on ells ja no poden ser capaços d'entendre o prendre decisions que afecten la seva vida diària. Amb base als fets anteriors, per a la intervenció, es consideren els següents principis bioètics: *Autonomia, Beneficència i no maleficència i Justícia*.

El present projecte queda subjecte als aspectes ètics descrits en la Declaració de Helsinki. Conforme amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (15/1999 del 13 de desembre, LOPD).

9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES FUTURES

Van sorgir una sèrie de limitacions i dificultats durant la realització del projecte, per una banda el temps del qual disposa el personal de la residència per realitzar les activitats, ja que els tècnics auxiliars d'infermeria han de fer una sèrie de tasques i han de dedicar-hi un temps limitat en fer-les, per tant no poden posar tota l'atenció que seria necessària en la realització de les activitats. Per l'altra banda parlem de la motivació del personal de la planta, tampoc estaven gaire motivats i això es va reflectir a l'hora de realitzar les activitats cada dia. També ens van sorgir dificultats a l'hora de comunicar-nos amb la coordinadora d'infermeria.

De cara al futur, creiem que la participació de tot l'equip en la presentació d'un projecte d'aquest tipus seria molt important, per intentar que no ho visquessin com una cosa que se'ls imposa i els hi genera més feina de la que en tenen. També seria interessant establir un objectiu comú molt clar i explicar a tot l'equip els avantatges de que els residents facin activitats que els mantinguin actius i contents.

10. DISCUSSIÓ

Les evidències científiques a les quals es fa referència durant el desenvolupament del treball indiquen que la demència és una malaltia que augmenta amb el pas dels anys, la OMS considera que la demència i en particular la malaltia d'Alzheimer és un problema de salut pública a nivell mundial. En el nostre projecte, dels 18 participants estudiats tots pateixen demència amb un nivell de deteriorament cognitiu moderat i la resta de residents de la segona planta pateixen deteriorament cognitiu greu en la gran majoria i molt pocs deteriorament cognitiu lleu, fet que posa de manifest que la població d'estudi escollida s'ajusta a les dades establertes per aquests estudis.

El tractament de la demència s'ha centrat majoritàriament en la utilització de fàrmacs, actualment s'aposta per un model dinàmic entre teràpies farmacològiques i no farmacològiques. Les teràpies no farmacològiques es centren en l'entrenament de la funció cognitiva, la conducta, fomentar l'autonomia i treballar amb el nucli familiar

En països com Gran Bretanya, Suècia i Noruega en els últims anys i a partir del model d'ACP s'ha aplicat el Dementia Care Mapping en l'àmbit residencial amb uns resultats molt positius per als residents. A Espanya s'ha importat aquesta eina i en el nostre projecte ha estat aplicada a la població d'estudi obtenint uns resultats molt positius, que ens han permès conèixer a la persona en el seu entorn, percebre les seves preferències i gustos, així com les seves necessitats afectives i socials, podem així dissenyar activitats centrades en la persona i en cada pacient, com són l'àlbum de vida i la teràpia de ball.

El DCM ha donat la possibilitat de poder comparar els resultats "*pre i post*" intervenció i afirmar que s'ha produït una millora en els pacients, mantenint-se més actius i comprovant que gracies a aquestes intervencions, s'ha pogut adequar el tractament farmacològic.

Cal destacar que l'estimulació cognitiva, la reminiscència i les teràpies d'orientació a la realitat són les teràpies no farmacològiques més utilitzades i eficaces en la demència i que permeten preservar al màxim l'autonomia del pacient i millorar la qualitat de vida, tal com hem pogut comprovar també en el nostre projecte.

Un aspecte molt positiu detectat en el projecte ha estat la implicació de l'equip i de algunes de les famílies en les activitats, que han potenciat en els pacients els bons records, l'alegria, l'augment de l'activitat i de les sensacions de benestar.

11. CONCLUSIONS

Com a conclusió podem dir que creiem que el DCM és una eina molt complexa ja que requereix formació dels professionals que duen a terme la valoració. A banda d'això, ha d'estar coordinat tot l'equip assistencial i requereix d'un espai de temps bastant ampli.

Troblem que és una eina molt útil ja que permet conèixer al pacient en el seu entorn habitual i realitzar una d'observació individual que facilita arribar a un enfocament holístic de la persona.

Pensem que és una eina important perquè una de les seves aportacions més significatives és que permet individualitzar el tractament no farmacològic i al mateix temps adequar el tractament farmacològic a les seves necessitats.

Referent a les activitats implementades, pensem que és una mètode molt eficaç per a preservar l'estat cognitiu, físic, emocional i social de les persones afectades de demència. En el nostre cas hem comprovat que les activitats han donat resultats positius en relació a la interacció social, la psicomotricitat, l'autocura, l'afectivitat i en definitiva l'augment del seu benestar.

Com a experiència personal trobem que gràcies a la realització d'aquest projecte hem pogut gaudir de moments magnífics, plens de felicitat i d'oci mitjançant la teràpia de música i ball, compartint així el nostre temps amb persones extraordinàries. Mitjançant l'àlbum de vida hem pogut conèixer la història que s'amagava rere de cada persona, la seva vida des de ben petits i sobretot els seus records més íntims. Realment pensem que vam triar les activitats adients, ja que veure com molts dels participants s'emocionaven, reien i finalment ens reconeixien d'alguna manera, ha suposat una gran satisfacció personal per a nosaltres. Veure'ls gaudint de la mateixa manera en què nosaltres ho fèiem amb ells ens ha fet veure que la nostra feina ha estat positiva, divertida i útil.

També cal dir que ha estat un esforç important ja que hem invertit moltes hores i il·lusió en aquest projecte i ens agradaria pensar que en el futur s'obrirà la porta a noves eines de valoració en el camp de la demència que permetin obtenir un estat òptim de benestar per als nostres grans.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (2019). [Internet] *10 datos sobre la demencia*. [Consultat 21 d'octubre del 2018]. Disponible a: <https://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>
2. 10 datos sobre la demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [Consultat 21 d'octubre del 2018]. Disponible a: <https://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>
3. Demencia y plan de acción mundial de salud pública – infografías [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [Consultat 20 d'octubre del 2018]. Disponible a: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/infographic_dementia/es/
4. DCM Dementia Care Mapping - Alzheimer Catalunya [Internet]. Alzheimercatalunya.org. 2019 [Consultat 20 d'octubre del 2019]. Disponible a: <https://alzheimercatalunya.org/wp-content/uploads/2017/05/Dossier-difusion-DCM-original-Cast.pdf>
5. Idescat. Novetats. Estimacions de població. 2018. Dades definitives [Internet]. Idescat.cat. 2019 [Consultat 24 d'octubre del 2018]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/novetats/?id=3152>
6. La atención centrada en la persona. algunas claves para avanzar en en los servicios gerontológicos [Internet]. Acpgerontologia.com. 2019 [Consultat 22 d'octubre del 2018]. Disponible a: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
7. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con Alzheimer y otras demencias [Internet]. 2013 [Consultat 22 d'octubre del 2018]. Disponible a: http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/resumida/documentos/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf

8. Behavioural and psychological symptoms of dementia: prevention, diagnosis and treatment : Neurología.com [Internet]. Neurologia.com. 2019 [Consultat 24 d'octubre del 2018]. Disponible a: <https://www.neurologia.com/articulo/2012370/eng>
9. Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma - ResearchGate [Internet]. 2019 [Consultat 26 d'octubre del 2019]. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/268433581_Criterios_diagnosticos_de_demencia_a_las_puertas_del_cambio_de_paradigma
10. Guía clínica de Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia [Internet]. Fisterra.com. 2019 [Consultat 26 d'octubre del 2018]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tratamiento-farmacologico-sintomas-psicologicos-conductuales-demencia/>
11. Tratamiento de la demencia [Internet]. Science Direct 2015. [Consultat 4 febrer del 2019]. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541013659012>
12. Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya [Internet]. Dixit.gencat.cat. [Consultat 14 març del 2019]. Disponible a: http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/08etica_aplicada_als_serveis_socials/01comite_d_etica/Document_reflexio_contencions.pdf
13. Bradford Dementia Group. DCM 8; Manual de l'usuari. 2a edició. Barcelona: Alzheimer Catalunya; University of Bradford, 2007.
14. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada. [Internet]. Presidencia.gencat.cat. [Consultat 19 novembrel de 2018]. Disponible a: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf
15. Brooker D, Surr C. Dementia Care Mapping; Principis i pràctica. 2a edició. Barcelona: Alzheimer Catalunya; University of Bradford, 2007.

16. Manual del mini-examen cognoscitivo en PDF [Internet]. Generalasde.com. 2019 [Consultat 19 novembre del 2018]. Disponible a: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>
17. El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales [Internet]. Acpgerontologia.com. [Consultat 15 de gener del 2019]. Disponible a: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/DCMVila.pdf>
18. Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia.[Internet]. Biomedcentral.com [Consultat 1 gener del 2019]. Disponible a: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-52>
19. Reminiscencia: recuerdos estimulantes. [Internet]. psicopractic.wordpress.com. [Consultat 1 gener del 2019]. Disponible a: <https://psicopractic.wordpress.com/2017/01/21/reminiscencia-recuerdos-estimulantes/>
20. Mini Mental MMSE [Internet]. gencat.cat. [Consultat 5 novembre del 2018]. Disponible a: <https://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/30/img/minimentaldef.MMSE.pdf>

13. ANNEXOS

Annex 1. Taula Mini Mental Lobo ²⁰

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)			
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>			
Nombre:		Varón []	Mujer []
Fecha:	F. nacimiento:	Edad:	
Estudios/Profesión:	Núm. Historia:		
Observaciones:			
¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Annex 2. Taula de correspondència del test de Mini-Mental Lobo ²⁰

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS EDAD/NIVEL DE ESTUDIOS

TABLA: Proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo.

Edad en años	18-24	25/9	30/4	35/9	40/4	45/9	50/4	55/9	60/4	65/9	70/4	75/9	80/4	>84
Estudios Elementales	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
Estudios Primarios	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
Estudios Medios	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Estudios Superiores	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

La tabla es una traducción de la contenida en:

R.M. Crm, J.C. Anthony, S.S. Bassett and M.F. Folsterin. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association* 1993;269(18):2386-239.

Annex 3. Consentiment informat de participació en el projecte

FULL D'INFORMACIÓ

Títol de la investigació: Aplicació de mecanismes de psicoestimulació per a persones afectades de demència

Treball final de grau d'infermeria: Universitat Rovira i Virgili

Estudiants: Yaiza Cabrera Aranda i Sofía Caballero Gómez

Dades de contacte: yaizacabar@gmail.com / sofiicg4@gmail.com

Qui som?

Som dues estudiants de quart curs del Grau d'Infermeria i el nostre objectiu és desenvolupar el treball de fi de grau a la residència STS Misericòrdia.

Finalitat del projecte: Desenvolupar i implantar un programa d'activitats de la vida diària i sistemes de psicoestimulació per a persones afectades de demència moderada amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida.

Metodologia del projecte:

S'utilitzarà una tècnica d'observació anomenada Dementia Care Mapping, aquesta eina permet als professionals avaluar les necessitats i comportaments dels participants del projecte per tal de veure quines són les seves necessitats reals i quins aspectes s'han de treballar amb cadascun dels residents.

Arran de l'observació es realitzarà un projecte d'investigació en el qual desenvoluparem un conjunt d'activitats que ens permetran, mitjançant l'estimulació cognitiva i psicomotriu dels residents, que tinguin un nivell d'estimulació més alt durant el dia i puguin descansar millor a la nit.

Les activitats a desenvolupar seran integrades als horaris setmanals establerts pels diferents professionals que treballen amb els residents. Durant 10 setmanes, els dimecres a la tarda de 16-19 hores, es realitzaran dues activitats: teràpia de ball i àlbum de vida. Esteu convidats a les activitats sempre que ho desitgeu.

La teràpia de ball consistirà en posar música coneguda que escoltaven quan eren joves i d'aquesta manera estimular el record i animar-los a ballar i passar una bona estona.

L'àlbum de vida consistirà en un dossier en el qual hi enganxarem fotografies del passat i presents dels residents i els seus familiars i d'aquesta manera volem estimular el record, les emocions positives i el sentiment de vàlua de la vida viscuda. Per a aquesta activitat necessitem la vostra col·laboració amb l'aportació de fotografies pròpies del resident en format digital o en paper. Us animem a participar-hi ja que creiem que pot ser una valuosa experiència per a tots plegats i una bonica manera d'apropar-nos als records de tota una vida i augmentar l'autoestima i l'autopercepció del seu familiar. En les dues activitats **sempre** hi haurà personal de la residència i les dues alumnes que elaboren el projecte.

Privacitat: Per a protegir la privacitat, no s'utilitzaran les dades personals, sinó que s'assignarà un nombre aleatori a cada participant que només coneixerem els/les investigadors/es d'aquest projecte. Les dades s'emmagatzemaran en format digital i només seran consultades per els/les investigadors/es d'aquest projecte. Les dades i resultats seran publicats de forma anònima.

Participació voluntària: la participació en aquest projecte és totalment voluntària, els participants poden retirar-se en qualsevol moment sense haver de justificar la seva decisió.

CONSENTIMENT INFORMAT

Títol de la investigació: Aplicació de mecanismes de psicoestimulació per a persones afectades de demència

Treball final de grau d'infermeria: Universitat Rovira i Virgili

Estudiants: Yaiza Cabrera Aranda i Sofía Caballero Gómez

Dades de contacte: yaizacabar@gmail.com / sofiicg4@gmail.com

CONFIRMO que:

- He llegit, he estat informat i entenc el contingut de la present fulla informativa, la qual cosa acredito amb la meua signatura en prova del meu consentiment en tot el que en ella es conté.
- Entenc que la meua participació és voluntària i gratuïta i comprenc que puc sol·licitar la revocació d'aquest consentiment en qualsevol moment, sense haver d'oferir explicacions i sense que això repercuteixi en la meua estada a la residència.

Dono el meu consentiment per a participar en aquest projecte:


En/na _____ amb DNI _____ en representació de: _____ autoritzo al meu *pare/mare/familiar* a participar en aquest projecte.

Nom i cognoms:

Lloc i data:

Signatura:

Annex 4. Consentiment informat de drets d'imatge

Nom i Cognoms: 	Contracte privat	Codi: C-J-2
	Àmbit: residència assistida	Versió 3

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

RESPONSABLE: STS GESTIÓ DE SERVEIS SOCIOSSANITARIS, S.L.U. (B43439793) - C/ Salvador Espriu, 1 (43201 Reus) - info@stsgroup.org. **FINALITATS:** Prestació assistencial a la persona usuària, gestió de la seva història clínica i informar-li dels nostres productes i serveis, via electrònica i postal. **LEGITIMACIÓ:** Execució d'un contracte amb la seva mútua mèdica i/o entre el personal sanitari i la persona usuària, Llei reguladora de l'autonomia del pacient, i interès legítim d'informar a les persones usuàries dels nostres productes i serveis. **CESSIONS:** Aquelles companyies responsables de la seva cobertura mèdica, centres o professionals sanitaris responsables de la persona usuària i en els casos previstos legalment. **CONSERVACIÓ:** Durant la vigència de l'acord assistencial i segons les exigències de la Llei reguladora de l'autonomia del pacient. Dades comercials: Quan la persona usuària sol·liciti la seva baixa. **DRETS:** Pot sol·licitar l'accés, rectificació, oposició, limitació, supressió i portabilitat de les seves dades personals adreçant-se a les dades de contacte de/ de la responsable. En cas de divergències, pot presentar una reclamació davant l'Agència de Protecció de Dades (www.agpd.es).

NO DESITJO REBRE INFORMACIÓ COMERCIAL

** Quan la persona usuària sigui menor de 16 anys, s'haurà d'incloure el nom del/la menor i el nom i signatura del seu o de la seva representant legal (mare, pare o tutor/ a).

Autoritzo l'ús de la meva imatge

No autoritzo l'ús de la meva imatge

Autoritzo als meus familiars/persones referents a rebre informació social i sanitària sobre la meva persona.

No Autoritzo a a rebre informació social i sanitària sobre la meva persona.

Annex 5. Fotografies de les activitats

Aquí exposem diverses fotografies de les activitats que fèiem cada dimecres a la tarda a la residència amb els participants, els tècnics i fins i tot algunes famílies.



