

Recursos sociosanitarios - El centro de día (CD) psicogeriatrico

Introducción

En 1996 el índice de envejecimiento en Gipuzcoa era del 15%, para el año 2001 será del 17%. Calculamos que el crecimiento hasta el año 2006 se ralentizará llegando casi al 18% y después los cambios serán más lentos y viviremos una fase de meseta en el índice de envejecimiento.

Pero será el grupo de los >80 años el que se va a incrementar del 9'4% al 10,2%, es decir, va a aumentar un 21% y este incremento no se ralentizará hasta el año 2006 como el índice de envejecimiento.

Es decir vamos a tener un incremento importante de personas muy mayores y muy vulnerables que entran en lo que conocemos como grupo de ancianos frágiles, en los cuales la necesidad de controles sanitarios, seguimiento y apoyo son muy importantes.

En el tema que nos ocupa, el de la demencia senil, como su mismo nombre lo indica se trata de una enfermedad "edad dependiente" es decir a mayor edad mayor riesgo de padecer una enfermedad demenciante.

Se calcula que entre el 5-11% de la población mayor de 65 años y casi el 50% de los mayores de 80 años, van a padecer una demencia de tipo degenerativo. La demencia es la principal fuente de deterioro cognitivo, así como de trastornos conductuales y emocionales, en las poblaciones de ancianos de todo el mundo.

Entre un 50-80% de los pacientes con demencia presentan trastornos conductuales o psicóticos y entre el 30-70% presenta dos o más síntomas. La sintomatología psiquiátrica aumenta según avanza la enfermedad.

Podríamos pensar que la sintomatología neuropsiquiátrica variará según el tipo de demencia pues podría esperarse que la localización de los infartos en una demencia multiinfarto influiría y condicionará la sintomatología. Paradójicamente esto no ocurre así, siendo la sintomatología muy similar, apreciando más psicopatología en las demencias catalogadas como mixtas¹, sugiriendo que las dos condiciones actuarían de forma sinérgica en la provocación de la sintomatología conductual.

A pesar de que la sintomatología tanto cuantitativa como cualitativa sea similar, en las demencias vasculares se encuentra históricamente más retardo psicomotor, depresión y ansiedad respecto a los enfermos de Alzheimer con similares niveles de situación cognitiva². Habría que

añadir, para la correcta interpretación de este dato la limitación que supone el diagnóstico clínico diferencial entre una demencia multiinfarto y una demencia mixta...

Un paciente puede precisar ayudas para las funciones de vida diaria pero eso normalmente no desborda a sus familiares – cuidadores sino que son los trastornos de conducta, el riesgo de accidentes, los cambios de personalidad... los que deterioran rápidamente la convivencia, destruyen la unidad familiar y abocan al paciente hacia al ingreso institucional por agotamiento familiar.

Hasta hace poco los investigadores en particular se han preocupado más en los aspectos cognitivos de la demencia como la memoria o el lenguaje "despreocupándose" de la sintomatología conductual que es la que determina la calidad de vida del paciente, de su familia-cuidadores y de su ingreso en una institución cerrada.

La farmacopea dirigida a mejorar aspectos cognitivos del anciano con demencia le queda todavía un largo camino que recorrer. Sin apoyo psicosocial, la utilidad de la farmacopea es muy limitada.

Por otra parte en la inmensa mayoría de los casos los cuidados son dispensados por personas que no han sido explícitamente formadas para ello, provocando un desgaste mayor en ellas si cabe. El perfil de cuidador en Guipuzcoa es: mujer + edad media 55-65 años + ama de casa + estudios primarios o medios. Por otra parte, es éste apoyo informal el que está asumiendo el fenómeno de la dependencia tanto física como psíquica de sus mayores. No es preciso insistir en que esta "especie" está en vías de extinción por lo que tendremos, entre todos, que buscar alternativas que cubran de forma digna el fenómeno de la dependencia en base a la utilización eficaz de los medios disponibles, mediante una oferta de servicios amplia, variada y de calidad, garantizando la adecuación entre recursos y necesidades.

El primer paso para la solución de un problema es definirlo para después diseñar los métodos terapéuticos tanto farmacológicos como no farmacológicos para solventarlos que es lo que he intentado en esta breve introducción.

Pues bien, en estos momentos y en un futuro próximo los centros de día van a cubrir de forma amplia esta necesidad que además de cumplir el deseo universal de nuestros mayores de permanecer en su domicilio, de apostar por la normalización, la integración social y la incorporación de la psicoestimulación como tratamiento coadyu-

Enrique Arriola Manchola

Geriatra
Fundación Matia Calvo.
San Sebastián

vante al tratamiento farmacológico, el CD es económicamente más barato que otros recursos.

La no promoción de recursos intermedios (en este caso CD) provoca la ocupación por estos pacientes de niveles asistenciales inadecuados.

De hecho en Guipuzcoa es en estos momentos el recurso estrella y su fomento es un discurso compartido por técnicos, asociaciones y administración así en el año 1995 teníamos 12 CD y hoy son ya 24 con una capacidad de 406 plazas.

Se calcula que las necesidades de centro de día psicogeriatrico son de 1-3 plazas/1000 personas > 65 años.

Definición

El Centro de Día desde un punto de vista genérico, puede definirse como servicio diurno multidisciplinar dirigido a usuarios que presentan un grado de problemática socio – asistencial, configurado como estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido y posibilita la vida laboral del resto de miembros de la familia.

La definición excluye de forma taxativa los hogares o clubs de jubilados y el servicio de estancias diurnas en residencias en su actual concepción.

Tipos

Normalizado

Es aquél cuyo perfil de usuario se ajusta a individuos sin excesiva carga en cuanto a su cuidado por buena conservación de sus capacidades psico-físicas, y con un mayor predominio del desajuste social, o en todo caso del físico.

Monográfico

Normalmente referido a los CD destinados a la acogida de enfermos con Demencia Senil en diferentes grados, destinados a una acción preventiva y terapéutica sobre esta patología, así como de contención y alivio familiar.

Mixto

Supone la acogida equilibrada de los dos tipos de usuario anteriormente citados, con aprovechamiento de recursos terapéuticos comunes.

Es desde nuestro punto de vista, el más recomendable y al que vamos a hacer referencia siempre que hablemos de centro de día psicogeriatrico. Es nuestra alternativa.

Objetivos y funciones

- Posibilitar la permanencia de la persona mayor dependiente en su entorno habitual.
- Ofrecer un ambiente protector y familiar, que sepa prevenir y cubrir las necesidades de atención básica bio-psico-social para mantener y preservar la mejor calidad de vida posible.
- Ofrecer formación e información a la familia.

- Ofrecer un espacio de convergencia y encuentro entre los servicios sociales y sanitarios.
- Retrasar la institucionalización mediante el apoyo a la familia, retrasando-potenciando el “umbral de resistencia” del cuidador.
- Preventivo. controlando precozmente los procesos que provocan el empeoramiento a nivel cognitivo o facilitan la aparición de trastornos conductuales.
- Corregir en lo posible actitudes que alteran la convivencia.
- Reducir el “exceso de incapacidad” colocando al paciente en su estadiaje real
- Rehabilitador.
- Mejora de la reserva funcional potencial del demente en todas sus areas: social, funcional y psiquica.
- De supervisión-seguimiento.
- Soporte social.
- Alivio frente al agotamiento familiar.
- Resocialización.
- Evaluación.
- Alternativa “blanda” al recurso residencial.
- Atención individualizada.

Características del usuario y su entorno

Criterios de admisión

- Existencia de trastorno psíquico, físico o social, sin patología psiquiátrica grave y con cierto nivel de contacto con el entorno.
- Pérdida de autonomía leve – moderada.
- Edad superior ó igual a 65 años.
- Dificultad para el cuidado en su entorno.
- Personas autónomas pero en situación de fragilidad

Criterios de exclusión

- Personas con graves déficits funcionales y pérdida de autonomía.
- Trastornos conductuales graves.
- Personas con problemas médicos complejos, que precisen de una vigilancia médica especializada y continua.

El CD Psicogeriatrico

Definición

Es un servicio diurno multidisciplinar dirigido a la asistencia preventiva, terapéutica y de contención a usuarios con Demencia Senil en diferente grado de afectación, con problemática social sobreañadida y configurado como estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido que posibilita la vida laboral del resto de miembros de la familia.

Se trata de un servicio de carácter comunitario, integrado en otros programas de la red social y coordinado con los servicios de base y especializados de la red sanitaria para determinadas situaciones de dependencia (en el más amplio sentido del término) no asumibles totalmente por su complejidad por la red de apoyo informal que supera la actual línea divisoria entre lo social y lo sanitario y que convierte la asistencia al bloque paciente-cuidadores-

familiares en el paradigma más claro de la necesidad de la prestación de servicios sociosanitarios.

El centro de día psicogeriátrico conforma el embrión de un modelo donde la intervención psicosocial y sanitaria se complementan y coordinan para la prestación de programas globales de intervención, desde los clásicos de carácter social: integración y apoyo social... se mezclan con otros de carácter terapéutico-rehabilitador con intervenciones tanto en el área física como en el área psíquica y donde se pueden implementar acciones dentro de la prevención primaria y secundaria.

Se trata en definitiva de un espacio de convergencia y encuentro entre los Servicios Sociales y Sanitarios.

Perfil del usuario

- Salvo excepción secundaria a urgencia social, edad igual o mayor a 65 años.
- Existencia de cuadro de Demencia Senil, en cualquier grado de afectación.
- Dificultades para el cuidado en su entorno.
- Pérdida de autonomía en cualquier grado.
- Deseo expreso de la familia de seguir manteniéndolo en el domicilio.
- No existencia de trastornos conductuales graves.
- No necesitado de atención y cuidado médico complejo, especializado y continuado.
- No patologías psiquiátricas sin deterioro cognitivo (psicosis esquizofrénicas).

Hay elementos que reducen el rendimiento e incluso descartan al usuario de su susceptibilidad a los programas de psicoestimulación:

- Hipoacusia marcada.
- Amaurosis total o casi total.
- Personas con graves déficits funcionales.
- Afasia sensorial.
- Trastornos de conducta que alteren el carácter fluente de la sesión.
- Demencias en estadios avanzados

Patologías orgánicas

Las patologías orgánicas más comunes que vienen sobreañadidas a los cuadros de demencia agravando sensiblemente la capacidad de autonomía de los usuarios, son comunes a la mayor parte de los ancianos, pero en estos, por sus características, cobran una especial gravedad, siendo las más normales:

- Cuadros vasculares y sus consecuencias residuales (ACVAS).
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades degenerativas osteoarticulares.
- Secuelas postraumáticas.
- Diabetes.
- Dificultades sensoriales.

Patologías psíquicas

Asimismo sobreañadidas y en muchos casos consecuentes al propio cuadro orgánico cerebral, suelen ser las más dificultosas en cuanto a su manejo y abordaje siendo las más comunes:

- Depresión.
- Ansiedad.

- Trastornos de conducta de múltiples manifestaciones (agresividad, acatisia, tendencia a la fuga, trast. del comportamiento sexual, inhibición psicomotora, paranoia, etc...).

Patologías sociales

Hay que tener en cuenta que la patología social es un motivo de fuerte peso específico en la elección del Centro de Día como recurso idóneo, siendo las de mayor incidencia:

- Incapacidad para el autocuidado por debilidad de su entorno (soledad, cónyuge anciano o incapacitado,...).
- Agotamiento de su entorno por el nivel de carga del cuidado.
- Estructura domiciliaria deficitaria para asegurar la comodidad, seguridad y movilidad del enfermo.

Sistemas de valoración

Los sistemas de valoración son herramientas fundamentales para el control y el seguimiento de los diferentes programas del Centro de Día en tanto en cuanto avalan la efectividad de la atención y aseguran la calidad general del trabajo realizado facilitando su planificación y la toma de decisiones.

Hemos de tener en cuenta que van a ser aplicados en un medio lábil, de rápida agotabilidad y sin compromisos técnico – científicos, y que por tanto, dentro de los parámetros generales aceptados para los sistemas de valoración, habrán de cumplir básicamente los siguientes requisitos:

- Fácil aplicabilidad: si bien la valoración en un principio requiere de una cierta profundidad y debe por tanto ser realizada por técnicos especializados con herramientas bastante precisas, es necesario proveer de otras herramientas sencillas que aseguren la valoración continua, el día a día, al personal del CD y que por tanto, sean de fácil manejo y aplicación.
- Brevedad en su realización: trabajamos con un usuario cuyas características psico-físicas producen un agotamiento rápido de su nivel de atención y concentración y por tanto las pruebas superiores a 20 – 30 minutos, están expuestas a errores. Es necesario asegurar un nivel medio de tensión.
- Especificidad: deben ser herramientas específicamente diseñadas para describir la función que queremos explorar.
- Validez: deben ser efectivas en la medición y mostrarnos lo más aproximadamente posible la situación de la función explorada.
- Fiabilidad: admitiendo la premisa (en algunos casos difícil de admitir) de que la forma de pasar la herramienta está “colegiada” por diferentes entrevistadores, la fiabilidad supone una igualdad de resultados en el mismo tiempo con diferentes entrevistadores.
- Sensibilidad: muestra claramente los cambios experimentados en la situación del anciano.
- Utilidad en la transmisión de información: siendo fácilmente interpretable y comprensible. Es recomen-

dable la posibilidad de ser trasladado a sistemas de lectura gráfica.

- Control lineal –en el tiempo- de los cambios: ha de mostrarnos la evolución (positiva o negativa) en el tiempo de las personas a las que estamos valorando. De ahí la importancia de los dos primeros puntos; facilidad y brevedad en su manejo con el fin de asegurar la valoración continua.

Valoración médica

Es muy importante asegurar con la red sanitaria de la zona en la que está ubicado el CD, una buena transmisión de informaciones por medio de documentos consensuados, en los que consten datos de interés básico, como diagnósticos, resumen de la hª clínica, medicación, dieta, y si es posible, organizar una revisión semestral –analítica incluida-, por parte de su médico.

Al ingreso, pasará una revisión médica estándar.

Valoración cognitiva

Esta es sin duda por tratarse de un medio de trabajo psicogeriatrico el área de mayor peso e importancia dentro de la batería de valoraciones. Teniendo en cuenta que sabemos a priori la condición de afectados de demencia de nuestros usuarios, es evidente que no será necesario utilizar métodos exhaustivos de valoración sino otros sencillos y rápidos que nos den una idea lo más cercana posible a la situación real del anciano.

Lo ideal sería una primera valoración con una herramienta completa como el ALZHEIMER'S DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS – COG). Para situar la de-

mencia en un estadiaje concreto y de este modo valorar su evolución. Existen varios métodos: la CLINICAL DEMENTIA RATING – CDR de Hughes, la GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) de Reisberg o la que utilizamos nosotros FAST con sus subestadios por considerarla la más completa.

Posteriormente y para mantener un control periódico de la situación cognitiva presente utilizamos el MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MSE de Folstein⁹, en la versión validada al castellano de Lobo)¹⁰.

Valoración conductual

De elaboración tanto observacional como de entrevista con los cuidadores, destacaríamos el BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE RATING SCALE (BEHAVE – AD de Reisberg)³, el NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI de Cummings)⁴ o el TEST DE VALORACIÓN DE CONDUCTA INDESEABLE (COBRA)⁶. Ver Anexo 1, 2 y 3.

Valoración afectiva

Tanto por el hecho de que la sintomatología afectiva es muy frecuente en este tipo de enfermos como por el de los equívocos diagnósticos que puede producir sobreañadida a la propia demencia, es fundamental contar con herramientas que ayuden a identificarla de forma efectiva.

Para ello recomendamos la ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (EAD de Goldberg) validado por Lobo⁶, la ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ANCIANOS (GDS de Yesavage)⁷ o la CORNELL SCALE⁸ que se trata de una escala observacional. Ver Anexo 4, 5 y 6

Valoración funcional

En este punto recomendamos una escala de valoración funcional ampliamente difundida en diferentes ámbitos, como es la ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL.

Valoración instrumental

Tiene interés esta valoración, puesto que los usuarios del CD siguen habitando en su domicilio y muchos de ellos tienen necesidad de realizar ciertas tareas instrumentales básicas.

Anexo 1.
Behavioral Pathology in
Alzheimer's disease
rating scale
(Behave-AD de Reisberg)

Fecha				
A. Ideas delirantes-Paranoides				
B. Alucinaciones				
C. Act.anomala				
D. Agresividad				
E. Trast. Día-Noche				
F. Transt. Afectivo				
G. Ansiedad - fobia				
Global				

Notas:

Anexo 2.
The neuropsychiatric
inventory (NPI)
(Cummings jl et al.
neurology.
1994;44:2308-2314.)

	N.V.* (marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total(FxG)
Delirios	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Alucinaciones	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Agitación	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Depresión/disforia	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Ansiedad	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Euforia / júbilo	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Apatía / indiferencia	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Desinhibición	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Irritabilidad / labilidad	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____
Conducta motora sin finalidad	!	0 1 2 3 4	1 2 3	_____

Puntuación total

*N.V. = No valorable

Frecuencia

0 = No presente; 1 = Ocasionalmente; 2 = A menudo; 3 = Frecuentemente; 4 = Muy frecuentemente

Gravedad

1 = Leve; 2 = Moderada; 3 = Grave

Evaluación Conductual-Cobra	Fecha:				Fecha:			
	0	1	2	3	0	1	2	3
*Agresivo-Asaltantex								
- Ataques físicos								
- Ataques verbales								
- Amenazas								
- Rotura de objetos								
- Gritos - chillidos								
- Reacción de rabia								
- Autoagresión								
- Pet. auxilio con resistencia, negativo								
*Ideación Desordenada/Personalidad								
- Alucinaciones								
- Alucinaciones con el T.V.								
- Paranoia								
- Ilusiones - engaños								
- Confabulaciones								
- Cambios de personalidad								
- Autoaislamiento (encerramiento)								
- Bradifrenia								
- Acumulación (Sind. de «Urraca»)								
*Anormalidades Motoras-Mecánicas								
- Repeticiones								
- Mutismo								
- Persecución (Sind. «Patito»)								
- Deambulación - paseos								
- Vagabundeo - Huida								
- Hiperkinesia								
- Bradikinesia								
- «Ruidos raros»								
Trastornos Vegetativos								
- Incontinencia urinaria								
- Incontinencia fecal								
*Cambios del Sueño								
- Dificultad								
- Facilidad								
*Cambios de la Sexualidad								
- Hipersexualidad verbal								
- Hipersexualidad física								
- Hiposexualidad								
*Cambios de Peso								
- Aumento								
- Disminución								
*Cambio en la Dieta								
- Aumento de la ingesta								
- Disminución de la ingesta								
- Cambios en los sabores - gusto								
- Carencia de hambre. Pérdida de apetito								
- Ausencia de saciedad								
*Cambios a la tolerancia del dolor								
- Aumento								
- Disminución								

Anexo 3.
 Valoración Conducta
 Indeseable Cobra.
 (Adaptado de Drachman
 DA y cols. Jags 1992;40:
 463-470

La herramienta más difundida en esta área, es la ESCALA DE VALORACIÓN INSTRUMENTAL DE LAWTON.

Recogida de datos

Es imprescindible una recogida diaria de ciertos datos muy básicos, como puedan ser los referidos a asistencia, conducta y e. de ánimo, participación e incidencias.

Estructura física

Arquitectónica

Los requisitos recomendados desde el punto de vista de la estructura arquitectónica, serían:

- Espacio suficiente. Aunque es un tema que está reglamentado oficialmente dentro del TH de Gipuzkoa, merece un estudio más profundo desde un punto de vista técnico tras una valoración de la movilidad y las necesidades globales de este colectivo, en diferentes grados de afectación.
- Sectorización flexible; esto es la posibilidad de sectorizar espacios interiores por medio de tabiques móviles, adaptando los espacios a las necesidades de cada momento. Cuando menos, es necesaria la sectorización de dos áreas diferenciadas; una, correspondería al "jardín" o área de estancia de demencias muy evolucionadas, y la otra al área de tratamiento psicogeriatrico.
- Luminosidad. Si es posible, luz natural.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 2 ó más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESION

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso?(a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Ud. entecido?
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESION: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Anexo 4
Escala E.A.D.G. (Goldberg
y cols, 1998. Versión
española GZEMPP, 1993)

- Espacios netos, geoméricamente simples, sin recovecos, con un control visual absoluto.
- Paredes y suelos de colores suaves y agradables.
- Ubicación perimetral del mobiliario, dejando espacios centrales libres para la circulación.
- Aplicación de sistemas de seguridad en puertas, ventanas, suelos de zonas húmedas, radiadores de calor, etc...
- Colocación de ayudas técnicas especialmente en WC.
- Baños geriátricos.
- Posibilidad de acceso a jardín o patio exterior.

Organización de espacios

1. Jardín de día o sala de contención: espacio para la estancia de cuadros de demencia sumamente evolucionados con diferentes expresiones psicomotoras; desde la inhibición hasta la acatísia, y nulo nivel de contacto con la realidad. En el último punto de esta ponencia se explica la metodología a aplicar en esta área.
2. Zona de tratamiento psicoestimulativo: Espacio donde se efectuará el programa terapéutico. Es recomendable que esté aislada acústicamente del resto de la estancia con el fin de evitar interferencias ambientales en terapias que requieren cierto grado de concentración.
3. Zona de estancia: Espacio para programas comunes, descanso e interacción entre ellos y el personal.
4. Espacios comunes: Comedor, vestuario, recepción, servicios y baño geriátrico.

5. Zona de espacio abierto: Espacio abierto, cercado para paseo y estancia al aire libre.

Dotación

El tipo de mobiliario debería ser "geriátrico" en todas sus características y se hará especial hincapié en la seguridad pasiva de las instalaciones:

- Mesas de una altura inferior a la estándar.
- Sillas con reposabrazos y con un ángulo de sedestación que dejara las rodillas a igual o menor nivel que las caderas.
- Cuberterías adaptadas (vasos con asas, cubiertos de mango grueso, manteles antideslizantes,...).
- Butacas de descanso con reposapiés.
- Equipo de música con megafonía.
- Botiquín y equipamiento de enfermería.
- Zona de despacho médico.
- Material de proyección audiovisual.
- Material para gimnasia (paralelas, autopasivos, pelotas, palos, etc...)
- Espejo grande (1'5x2mts.) de pared.
- Reloj de carrillón.
- Timbre interior (para avisar de las diferentes actividades e ingestas del día).
- Material para terapias.

Entorno protésico

El término "entorno protésico" se refiere a un espacio diseñado para facilitar la capacidad de orientación en el tiempo y en el espacio, así como la seguridad del usuario.

Antes hemos hablado de la conveniencia de utilizar colores tanto en las paredes como en los suelos, con el fin de facilitar la orientación de los usuarios por medio de estímulos primarios, facilitando de esta forma la identificación y reconocimiento de espacios propios dentro de sus estructuras mnésicas y atenuando el nivel de ansiedad que el sentimiento de extravío y las reacciones catastróficas producen en estos enfermos.

Asimismo la instalación de un reloj que marque las horas con sonidos, facilitará (también por estímulos primarios) la orientación temporal.

Es recomendable colocar un gran calendario bien visible y fotografías identificables con las diferentes estaciones del año. Si bien el conocimiento de la fecha en realidad no tiene un gran interés para este tipo de enfermos, su aprendizaje supone una buena excusa para realizar un ejercicio diario de memorización.

La utilización del timbre interior como sistema de aviso tanto de las diferentes actividades como de las ingestas, es una forma de condicionamiento clásico dirigida a ordenar el reloj biológico de los enfermos reforzando la estabilidad de sus ciclos y facilitando su respuesta a los diferentes estímulos.

Servicios

Los servicios con los que cuenta un CD psicogeriátrico son:

1. Por una parte los programas propios de un centro de día o programas básicos:
 - Atención sanitaria

- Atención personal. (Alimentación e higiene)
 - Apoyo y tratamiento social
 - Inserción social.
 - Promoción de AVD
 - Dinamización socio-cultural
2. Rehabilitación psíquica (tratamiento activo).
 3. Terapia ambiental – Jardín terapéutico (tratamiento pasivo).
 4. Coordinación con Osakidetza en el acceso a pruebas diagnósticas, terapéuticas y hospitalización cuando la situación lo requiera.
 5. Adiestramiento, asesoría y formación a familiares.
 6. Colaboración con la Asociación de Familiares de Alzheimer (AFAGI)
 7. Transporte.
 8. Otras posibles prestaciones: podología, lavandería, peluquería, ampliación de horario, biblioteca con préstamo, rehabilitación de mantenimiento, cafetería, compras domésticas, tiendas, posibilidad de llevarse la cena preparada a casa...

Estructura organizativa

Transporte

Exceptuando los pocos usuarios que son movilizados por su propia familia, lo habitual suele ser el transporte colectivo en autobús privado contratado por el CD y supervisado por un cuidador en los dos trayectos, o por vehículos especiales dotados de Ayudas Técnicas para transferencias pertenecientes a instituciones de ayuda.

En caso de que sea un autobús común sin adaptaciones, es imprescindible extremar la atención en las entradas y salidas de los usuarios, colocando plataformas suplementarias que eviten la elevación del primer escalón y manteniéndolos sujetos desde dentro y fuera del vehículo.

Horarios y actividades

Lo ideal es que el servicio se preste de 8 a 20 horas y que funcione los fines de semana, el horario puede ser dividido en módulos horarios flexibles que faciliten que el resto de la familia pueda atender de forma efectiva sus obligaciones laborales.

Nosotros en estos momentos todavía mantenemos un horario de 8 horas diarias de Lunes a Viernes en un horario que se extiende desde las 9'30 a las 17'30.

Los CD de fin de semana en Gipúzcoa son, en estos momento recursos, recursos de pura descarga.

Las actividades se reparten de forma estructurada a lo largo del día a conveniencia del Terapeuta que diseña el programa, siendo:

- Grupo de buenos días.
- Gimnasia.
- Psicomotricidad.
- Laborterapia.
- Aula de estimulación-orientación a la realidad.
- Estimulación manipulativa.
- Estimulación primaria.
- Musicoterapia.
- Actividades de la vida diaria. (Ver Tabla 1)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	no
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	no
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	no
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	no
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	no
14. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	no

Si las respuestas coinciden con alternativa en mayúscula anotar un punto.

Valoración: 0-5: Normal
 5-10: Depresión probable
 +10: Depresión

Anexo 5.
 Escala de depresion geriatrica
 (Yesevage - Psychiatry Res. 17: 37-49. 1983)

Nombre :	Sexo:	Fecha:
A. Signos relacionados con El Humor-Animo		
1. Ansiedad	A	0 1 2
2. Tristeza	A	0 1 2
3. Pérdida de reactividad frente a acontecimientos alegres	A	0 1 2
4. Irritabilidad	A	0 1 2
B. Trastornos de Conducta		
5. Agitación	A	0 1 2
6. Retardo – lentitud	A	0 1 2
7. Múltiples quejas físicas	A	0 1 2
8. Pérdida de interés	A	0 1 2
C. Signos Físicos		
9. Pérdida de apetito	A	0 1 2
10. Pérdida de peso	A	0 1 2
11. Pérdida de energía	A	0 1 2
D. Funciones Ciclicas		
12. Variación diurna de síntomas de ánimo	A	0 1 2
13. Dificultad para dormir	A	0 1 2
14. Despertar múltiple durante el sueño	A	0 1 2
15. Despertar precoz o de madrugada	A	0 1 2
D. Trastorno Ideacional		
16. Suicidio	A	0 1 2
17. Baja autoestima	A	0 1 2
18. Pesimismo	A	0 1 2
19. Delirios congruentes al ánimo: de pobreza, enfermedad, pérdida	A	0 1 2
A/ No evaluado	0/ Ausente	
1/ Suave o intermitente	2/Severo	

Anexo 6.
 Cornell Scale - Depresion en Demencia

Personal

El personal necesario para un CD psicogeriatrico bien a tiempo parcial o total, es:

- Médico Geriatra.
- Terapeuta Ocupacional.
- Trabajador Social.
- Auxiliar de Clínica.
- Enfermera.

Características del personal de atención directa

El personal de atención directa tiene como objetivo ser orientador, controlador, motivador del enfermo demenciado y ejerce supervisión individualizada en los siguientes aspectos:

- Higiene.
- Vestido.
- Hidratación.
- Alimentación.
- Aspecto externo.
- Movilización.
- Hábitos higiénicos.
- Pequeños arreglos.
- Cambios psico-físicos.
- Reacciones adversas a fármacos.
- Constantes vitales.

Programas

Grupo de buenos días (bd)

Es posiblemente una de las técnicas más estandarizadas dentro de la geriatría institucional, pero tanto su aplicación como sus objetivos son extremadamente vagos puesto que están en manos (mayormente) de personal no cualificado.

Sí que la lectura de periódicos o el comentario de acontecimientos son elementos importantes del grupo, pero es imprescindible cuando hablamos de rehabilitación en psicogeriatría, aplicar dos acciones fundamentales para el entrenamiento de la memoria, como son el **refuerzo** y la **recuperación**.

- Refuerzo: cuando a lo largo de la jornada se producen ciertos hechos remarcables (p. ej.: rotura de una taza, una caída, una discusión, el llanto de alguien, un suceso alegre, una celebración, una noticia importante,...), es necesario seleccionar dos o tres y comentarlos varias veces a lo largo del día (incluso por escrito en las sesiones de estimulación), avisando de que al día siguiente se les va a pedir que lo recuerden. Hay que relacionarlos con sucesos similares anteriores y con experiencias personales.

9'30 - 11	Recepción - Desayuno – Calendario
11-11'30	Grupo De Buenos Días
11'30-12	Gimnasia – Psicomotricidad
12-12'30	Laborterapia
12'30-13	Traslados
13-14	Comida
14-15'30	Actividad Libre
15'30-16'30	Grupo Estimulación (L-m-v) Estimulación Manipulativa (M-j)
16'30-17'15	Merienda
17'15-18	Autobús

Tabla 1
Grupo centro de día
psicogeriatrico: R. Rezola
y R. Txara I

- Recuperación: en la sesión de BD del día siguiente hay que pedir a los componentes del grupo que traten de recordar los sucesos reforzados el día anterior. En caso de dificultad hay que ir introduciendo pistas indirectas en grado creciente de aproximación a la respuesta real.

Gimnasia

Se realiza una tabla de gimnasia estandarizada para geriatría tanto en sedestación como en bipedestación, todos los días de la semana. Su finalidad es el mantenimiento del tonus osteo-articular-muscular, del sistema cardio-respiratorio y en cierto grado de la capacidad práxica ideomotora.

Psicomotricidad

En este caso se aplica una tabla de ejercicios específicamente dirigidos al mantenimiento de capacidades psicomotoras especialmente afectadas en la DS, como son las praxias ideomotoras e ideatorias, el mantenimiento del esquema corporal, la integración auto y alopsíquica y el ritmo.

Laborterapia

O actividades técnico-terapéuticas, es una sesión de actividades manuales enfocada al mantenimiento y readquisición de automatismos, trabajo de la coordinación óculo-manual, la motricidad fina, la capacidad de concentración y el refuerzo de la autoestima. Se realizan actividades previamente dominadas por el enfermo de carácter automático y con poca necesidad de aprendizaje y de procesamiento cognitivo. Son labores eminentemente manuales.

Aula de estimulación-orientación a la realidad

Es una de las técnicas más incisivas dentro del tratamiento cognitivo de los enfermos de DS. Es una disposición de aula y ante un escenario bien definido con respecto al resto del entorno (por medio de una iluminación selectiva), en base a diferentes técnicas tanto ante "telón" (desarrolladas a lo largo de años de trabajo) como en disposición grupal, se trabajan las capacidades cognitivas de los componentes del grupo a nivel mnésico (en todas sus vertientes), matemático, espacial, geométrico, verbal, abstracto, discriminativo, corporal, lógico, etc...

Estimulación manipulativa

De alguna manera se persigue la misma finalidad que en el anterior apartado, pero en este caso varía la técnica pasando de lo puramente observacional y verbal, a lo manipulativo. Para ello, sentados en mesas por grupos jerarquizados, han de ir resolviendo diferentes problemas de orden cognitivo que se les van planteando tanto en forma escrita sobre papel como de elementos compuestos por formas, colores, olores, tactos, etc...

Estimulación primaria

Es la referida al "jardín" o área de contención, en la que están sectorizados los usuarios afectados de Demencia Senil en avanzado grado de evolución, en la que de forma pasiva son estimulados a **explorar** un espacio repleto de estímulos primarios, como colores, sonidos y experiencias táctiles.

De alguna forma se pretende que se muevan por los mismos estímulos que en las primeras etapas de la infancia, atraen por su potencia básica al ser humano.

Para ello, se dota al espacio en el que se mueven los enfermos de diferentes elementos coloridos, luminosos, sonoros (juegos diseñados de 0 a 3 años).

Asimismo el juego y el juguete son considerados motores fundamentales en el desarrollo psicomotor del ser humano y por tanto han de ser introducidos en esta área. Está comprobada la efectividad de las referencias afectivas (especialmente muñecos) en estos enfermos.

Musicoterapia

La música es un elemento ciertamente útil en el control y expresión de emociones y está dotada en muchos casos de formas de comunicación básicas.

Es importante tener un equipo de música ambiental dentro del CD en el que a lo largo del día –y de forma programada-, se vayan colocando diferentes piezas musicales apropiadas a cada momento y acción. No es lo mismo la hora de la siesta que la de la gimnasia, ni los momentos de tranquilidad y los de ansiedad generada por cualquier suceso descompensador.

Para ello es necesario poseer un repertorio amplio para cada momento, dentro del cual es recomendable la utilización de música clásica, zarzuelas y boleros, new age, sonidos de animales y elementos de la naturaleza, música religiosa y letanías que como el rosario, por lo repetitivo y rítmico es una especie de “mantra” o ritmo de baja frecuencia de poder tranquilizador.

Además de la programación ordinaria diaria, es necesario utilizar la música de forma improvisada como ayuda al control de situaciones o en momentos en los que se quiere estimular a los enfermos.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Las apraxias generalizadas que son síntoma típico de la DS, tienen en muchos casos el origen de su rápida evolución en la asunción por parte del cuidador de la mayor parte de tareas básicas que compete realizar al enfermo. Esto origina lo que denominamos una apraxia inducida, con la subsiguiente merma de la capacidad de autonomía y una aumento importante de la carga de cuidado.

Uno de los objetivos del CD ha de ser el de mantener las capacidades residuales de los usuarios en sus AVD, promocionándolas y automatizándolas en la búsqueda de un máximo nivel de autonomía dentro de las limitaciones propias de la enfermedad.

Para ello y tras las valoraciones funcionales e instrumentales, se facilita al enfermo por medio de simplificaciones y adaptaciones técnicas su capacidad de manejo en áreas básicas como son:

- Higiene superficial.
- Arreglo personal.
- Vestido y control de la propia ropa.
- Ingestas.
- Evacuaciones.
- Movilidad.
- Control de entorno.

Bibliografía referida

1. Cohen D *et al.* Psychopathology associated with Alzheimer´s disease and related disorders. *J Gerontol* 1993;48(6):M255-M260.
2. Sultzer DL *et al.* A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer´s disease. *Am J Psychiatry* 1993;150(12):1806-1812.
3. Reisberg B *et al.* Behavioural symptoms in Alzheimer´s disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48(Suppl 5):9-15.
4. Cummings JL *et al.* The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology* 1994;44:2308-2314.
5. Drachman Da *et al.* The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale. *JAGS* 1992;40: 463-470.
6. Lobo A y cols. *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica.* El nuevo instrumento EADG. Edita LUZAN 1994.
7. Yesevage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983;17:37-49.
8. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-284.
9. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. “Mini-Mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician”. *J. Psychiatr. Res* 1975, 12:189.
10. Lobo A y cols. El Mini Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1979;3:189-202.