



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



“Análisis Observacional como herramienta de mejora de la calidad de vida en las personas con demencia”

Equipo de Trabajo:

Gabriela Mondragón Olán, María Isabel Genua Goena, Maialen López, Itziar Villaluenga, Marian Costa Casco, Josefa Rollán Sánchez, Marisol Zozaiá Mariezkurrena.
Matia Fundazioa.
Metodóloga: Izaskun Cuartango Acha. Fundación Ingema.

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

ÍNDICE

0. REUNIONES Y AGENTES

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Envejecimiento
- 1.2. Deterioro cognitivo leve y demencia
- 1.3. Demencias y niveles de atención
- 1.4. Trastornos de comportamiento
- 1.5. Calidad de vida
- 1.6. Atención centrada en la persona en personas con demencia, el papel de la observación: Metodologías estudiadas y experiencias descritas
- 1.7. ¿Qué se logra y como se mide lo logrado al utilizar esta metodología?
- 1.8. Fundación Matia: centro Rezola y abordaje del paciente con demencia en CG y CD

2. METODOLOGÍA

- 2.1. Hipótesis
- 2.2. Objetivos
- 2.3. Población
- 2.4. Muestra
- 2.5. Fases del proyecto
- 2.6. Indicadores
- 2.7. Variables a controlar

3. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

4. RESULTADOS

- 5.1. Evaluación pre-intervención de la muestra, perfiles cognitivos y trastornos de comportamiento
- 5.2. Descripción de casos
- 5.3. Formación de los observadores



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

5.4. Resultados



5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

7. ANEXOS

ANEXO 1. INVENTARIO DE AGITACIÓN DEL ANCIANO DE COHEN-MANSFIELD (IAACM)

ANEXO 2. THE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY- NURSING HOME VERSION

ANEXO 3. QUALID

ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO OBSERVADOR PARTICIPANTE

ANEXO 5. FORMATO DE REGISTRO DE OBSERVADOR NO PARTICIPANTE

ANEXO 6. MANUAL DE CONSULTA



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



“Todos los sentidos pueden dar información.

Por tanto, no debe confundirse comunicación con falta de lenguaje”.

Benedicte de Boysson-Bardies

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: dar respuesta mediante el análisis observacional a esa necesidad de comprender mejor al usuario que atiende el personal de atención directa, tomando en cuenta sus expectativas, deseos e historia de vida para mejorar la calidad de la atención, evitando una despersonalización de las personas con demencia.



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

0. REUNIONES Y AGENTES



Por medio de la Fundación Ingema, se han mantenido reuniones con Osakidetza y el Gobierno Vasco; reuniones fundamentales para la elaboración y desarrollo de este proyecto.

En proyectos como el presente, es necesaria y fundamental la colaboración y compromiso tanto de los residentes y sus familias, como del personal de atención directa, el equipo interdisciplinar y la Dirección del Centro. Debido a esto, se han realizado tres reuniones en las cuales, se ha abordado el proyecto, explicando en qué consiste y el impacto que se espera tenga en los residentes.

Asimismo, se ha identificado y perfilado un grupo líder que servirá como promotor del proyecto, el cual está conformado por las siguientes personas: Gabriela Mondragón, María Isabel Genua, Maialen López, Itziar Villaluenga, Marian Costa, Josefa Rollán y Marisol Zozaia; e Izaskun Cuartango como metodóloga.

En el ámbito científico, se han mantenido diversas reuniones con María Isabel Genua, Directora Científica Sanitaria de Fundación Matia; y con, Izaskun Cuartango, investigadora del Área de Salud, en Innovación y Desarrollo (I+D), perteneciente al Instituto Gerontológico Matia (INGEMA).

1. INTRODUCCIÓN

En un principio, al iniciar el diseño de este proyecto, se pensó en utilizar el ‘mapeo’ mediante el Dementia Care Mapping (DCM); sin embargo, conforme se realizaba y consultaba el estado del arte, se observó que, pese a su efectividad, nos plantea una ‘foto estática’ de lo que le sucede a la persona en el momento en el que se realiza el mapeo y, lo que se busca en este proyecto, es que esa foto sea ‘dinámica’. Dentro del ‘dinamismo’ de la situación, se busca que, a medida que evoluciona la persona, en su día a día, el personal de atención directa sea capaz de amoldarse a los nuevos requerimientos del usuario y, no sea el usuario el que se amolde a los requerimientos del Centro. Por eso mismo, en el marco de este proyecto se ha diseñado una herramienta propia basada en la metodología del DCM pero mejorada, incorporando un diseño acorde a las expectativas de atención del Centro para con el usuario.

Asimismo, la herramienta propuesta es personalizable; es decir, no es rígida en cuanto a las soluciones que ofrece, sino que es moldeable para cada caso en particular. En promedio, un mapeador ‘experto’ en el DCM puede llegar a monitorear hasta 5 personas durante 6 horas por día. Por lo tanto, se ha considerado el replanteamiento de este proyecto buscando dar respuesta mediante el análisis observacional a esa necesidad de comprender mejor al usuario que atiende el personal de atención directa, tomando en cuenta sus expectativas, deseos e historia de vida para mejorar la calidad de la atención, evitando una despersonalización de las personas con demencia y, logrando así una atención centrada en la persona; incluso si han perdido la capacidad de expresión mediante el lenguaje verbal.

1.1. Envejecimiento

El envejecimiento de la población española es un proceso sobradamente conocido y analizado, sobre todo en las dos últimas décadas, cuando el fenómeno se ha intensificado, al tiempo que sus consecuencias económicas y sociales se hacían más patentes. Estrictamente, el envejecimiento de la población es fruto de dos procesos distintos: el descenso de la natalidad, por una parte, que hace disminuir el número de efectivos jóvenes, y la prolongación de la

esperanza de vida; y, el aumento de la longevidad, por otro, que induce un crecimiento de la población de más edad. Aunque ambos fenómenos son relativamente independientes, tienen el mismo efecto sobre la estructura por edad: envejecer a la población. Junto a la prolongación de la vida, hay que hablar, además, de una mejora sustancial del bienestar, de una ampliación del ocio y de las posibilidades vitales. Sin embargo, a menudo se ve el envejecimiento de la población como un problema social. Uno de los motivos por los que ocurre esto es que este proceso de envejecimiento exige un aumento del gasto de pensiones, hace crecer inevitablemente el gasto sanitario y genera una demanda de nuevos servicios de atención, en la medida en que las mujeres están cada vez menos disponibles para el cuidado de sus familiares mayores. Aunque, es cierto que el proceso de envejecimiento es en principio un mero fenómeno demográfico que no tiene por sí mismo consecuencias sociales y económicas.

A la vez que envejece la población, surgen más casos de demencia, por lo que son cada vez más necesarias herramientas que nos permitan valorar e intervenir en estos casos.

Duaso y colaboradores (2009), hacen referencia al envejecimiento normal como un rendimiento cognitivo diferente al del adulto joven. En éste, se observa una reducción en la velocidad de procesamiento de la información, en la atención dividida en algunas tareas visoespaciales y leves pérdidas del recuerdo diferido. Asimismo, se observa un mayor nivel de comprensión verbal, un aumento del vocabulario y la experiencia acumulada a lo largo de la vida. Este tipo de rendimiento, que difiere del observado en el adulto joven, no interfiere en las actividades de la vida diaria y es considerado parte del envejecimiento normal.

1.2. Deterioro cognitivo leve y demencia

De acuerdo con Sánchez y Torrellas (2011), 'el deterioro cognitivo leve es un síndrome que puede presentar déficits cognitivos más allá de lo que cabría esperar, considerando la edad y el nivel cultural del paciente, donde puede o no haber interferencias con la vida diaria y no cumple los criterios de demencia, y se diferencia del envejecimiento normal en que éste no es progresivo'.

En la práctica clínica diaria no se da la importancia suficiente al deterioro cognitivo leve, excepto por los profesionales sensibilizados; esto provoca desconocimiento y por lo tanto

desinformación a la persona que lo padece en el momento del diagnóstico. Sin embargo, cabe mencionar que las personas que padecen deterioro cognitivo leve pueden desarrollar las actividades de la vida diaria independientemente.

La Sociedad Española de Neurología establece unos criterios para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (ver tabla 1. Tomado de Sánchez y Torrellas, 2011):

Criterios de la Sociedad Española de Neurología para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Guía oficial en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones
1. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas: <ul style="list-style-type: none">• Atención/ funciones ejecutivas.• Lenguaje.• Memoria.• Área visuoespacial.
2. Esta alteración debe ser: <ul style="list-style-type: none">• Adquirida.• Referida por el paciente o por un informador fiable.• De meses o años de duración.• Objetivada en la exploración neuropsicológica (rendimiento <1 ó $1,5$ desviaciones estándares respecto del grupo de la misma edad y nivel de estudios)• La alteración cognitiva interfiere de forma mínima o no interfiere con las actividades habituales.• No existe un trastorno de nivel de conciencia, un estado confusional agudo, un síndrome neuroconductual focal ni una demencia.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de deterioro cognitivo leve.

En su artículo, Sánchez y Torrellas (2011), establecen diversos subtipos de deterioro cognitivo leve, dependiendo de las diversas áreas afectadas; asimismo, estableciendo el subtipo, establecen pronósticos (ver tabla 2).

TIPO	CARACTERÍSTICAS	PRONÓSTICO
DCL amnésico de dominio único	Déficit mnésico.	Demencia tipo Alzheimer
DCL amnésico con afectación en múltiples áreas	Afectación en diversas áreas cognitivas (hay déficit mnésico), sin cumplir criterios diagnósticos para demencia.	
DCL no amnésico de dominio único	Afectación de un área cognitiva específica, sin déficit mnésico	Demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, afasia progresiva primaria...
DCL no amnésico con afectación en múltiples áreas	Afectación de diversas áreas cognitivas (no hay déficit mnésico)	

Tabla 2. Subtipos de deterioro cognitivo leve (DCL) (Sánchez y Torrellas, 2011).

Las personas que padecen deterioro cognitivo leve, tienen una alta probabilidad de desarrollar una demencia (Sánchez y Torrellas, 2011). Desde hace unos años, se han estudiado ciertos tipos de marcadores de predisposición de las personas que pueden desarrollar demencia tipo Alzheimer (ibid). Entre estos se encuentran los marcadores conductuales y psicológicos y los marcadores neuropsicológicos (ibid):

- **Marcadores conductuales y psicológicos:** también conocidos como 'síntomas no cognitivos' (ibid). Comprenden 'las alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o las de tipo conductual' (ibid).
- **Marcadores neuropsicológicos:** Bidzan et al (en Sánchez y Torrellas, 2011) señalan, en sus estudios sobre etapas iniciales de la enfermedad de Alzheimer, la importancia de la aparición de los síntomas neuropsicológicos (trastornos de comportamiento) en el diagnóstico temprano de la enfermedad.

1.3. Demencias y niveles de atención

Se sabe que la demencia es un síndrome, el cual está caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas; asimismo es considerado una de las principales causas de discapacidad en las personas mayores⁽¹⁾. Actualmente no existe ningún tratamiento que pueda sanar la demencia; es por esto que la interacción con las personas con demencia debe centrarse en fomentar su bienestar y la mejora de su calidad de vida (Lucas-Carrasco, et al, 2011). Es una enfermedad crónico-degenerativa; a mayor grado de deterioro, la persona que la padece requerirá de cuidados cada vez más especializados; es por esto que surge la necesidad de crear recursos específicos para este tipo de personas, como lo son los Centros de día y los Centros Gerontológicos o residencias.

Se busca por parte de las instituciones que las personas permanezcan en sus domicilios el mayor tiempo posible y que el ingreso en un centro de día o una residencia, no se vea como un proceso agresivo, sino como una prolongación de su estancia en el domicilio; para esto, el modelo centrado en la persona, busca que las residencias se asemejen lo más posible a los domicilios de las personas mayores.

En principio, en aquellas personas que asisten al centro de día, la ayuda y atención que requieren para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, es menor que la necesaria en las personas que viven en los centros gerontológicos, por tal motivo los primeros pueden permanecer mayor tiempo viviendo con sus familiares. En cambio, aquellos quienes viven en los centros gerontológicos, la atención profesional y especializada que requieren para cubrir y llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, es mayor, debido al mayor grado de deterioro que presentan.

El deterioro cognitivo, funcional y del comportamiento que padecen las personas con demencia, genera un incremento en el grado de dependencia de la persona que lo padece para con otro en las actividades de la vida diaria (Chenoweth et al, 2009). Las complejas necesidades de las personas con demencia pueden ser difíciles de reconocer, principalmente por los síntomas neuropsiquiátricos propios de los estadios avanzados de la demencia,

también conocidos como SCPD (Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia) o trastornos conductuales (Chenoweth et al, 2009; Lucas-Carrasco et al, 2011).

Para medir el grado de deterioro cognitivo que padece una persona con demencia, en los Centros Gerontológicos y Centros de Día de Fundación Matia, utilizamos el MEC 35; el cual es la versión adaptada para la población española del ‘Mini-Mental State Examination’ de Folstein. Es un test muy sencillo de aplicar y de gran utilidad tanto por neurólogos como por médicos de atención primaria (Leturia, et al, 2001). Sus ítems exploran diversas áreas cognitivas: Orientación, Atención, Concentración, Cálculo, Memoria, Lenguaje y Visuoconstrucción.

1.4. Trastornos de comportamiento

Los trastornos de comportamiento, también conocidos como síntomas neuropsiquiátricos y síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, son diversos comportamientos disruptivos, entre los que se encuentran las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, gritos y demanda continuada (Chenoweth et al, 2009). Este tipo de comportamientos, son altamente complejos de manejar y reconducir por los familiares de la persona con demencia –quienes, la mayoría de las veces, son los cuidadores principales– pudiendo provocar una sobrecarga del cuidador, lo cual conlleva a muchas familias a proceder con un ingreso residencial (ibid). A aquellas personas que presentan trastornos de comportamiento, ya sea ocasionados por una patología psiquiátrica o por una demencia, se les reconoce como ‘personas con perfil UPSI’, es decir, que se les concede una plaza psicogeriatrica. En la Tabla 3, se muestran los trastornos de comportamiento más frecuentes y su definición. Esta clasificación es la utilizada en todos los centros de Matia Fundazioa.

De todos los trastornos de comportamiento presentados en la Tabla 3, la agitación, es el que constituye uno de los problemas habituales de más difícil manejo en el día a día de las personas que padecen alguna patología psiquiátrica y/o deterioro cognitivo (Cervilla et al, 2002). Cervilla et al (2002) en su artículo, refieren que “Cohen-Mansfield & Billing (1986) definieron operacionalmente agitación como ‘actividad verbal, vocal o motora inapropiada

que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado”.

Uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de las conductas agitadas es el ‘Cohen-Mansfield Agitation Inventory’ (CMAI), siendo su versión española el ‘Inventario de Agitación del Anciano Cohen-Mansfield’ (IAACM), validado por Cervilla, Rodríguez y Gurpegui en 1995. Se trata de un inventario, que con una puntuación de 1 a 9, mide la frecuencia de diversas conductas agitadas (anexo 1).

Otro de los instrumentos más utilizados, es el Neuropsychiatric Inventory Nursing Home versión (NPI-NH) (Cummings et al 1994). Este inventario, mide síntomas neuropsiquiátricos (trastornos de comportamiento), neurovegetativos y extrapiramidales, en función de su frecuencia de aparición, de la severidad del síntoma y el trastorno que ocasionan en el entorno cuando aparecen. Ha sido utilizado durante muchos años por parte del equipo de psicólogos de Fundación Matia, para elaborar el perfil comportamental de los residentes y usuarios del Centro de Día (anexo 2). Sin embargo, pese a que es una buena herramienta, no deja de tener limitaciones, siendo la más importante que la puntuaciones pueden variar dependiendo de la fuente de información, es decir, depende de la subjetividad del entrevistado (personal de atención directa) para determinar la severidad y el trastorno que ocasionan dichos síntomas.

AGITACION	Actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado (Cohen-Mansfield, 1986). Alteración difícil de manejar y que se resiste (voluntaria o involuntariamente). Se resiste. Da portazos, golpea muebles, tira cosas. Se da actividad motora (psicomotriz).
AGRESIVIDAD FISICA	El intento o la acción de dañar físicamente a alguien. Golpea, empuja, araña...
AGRESIVIDAD VERBAL	Amenazas, insultos...
ALTERACION	Estado de inquietud, nerviosismo. No puede relajarse. Enfado excesivo. Sin actividad motora.
ALUCINACIONES	Percepción sin objeto. Falsa percepción sensorial (no existe ese estímulo externo que el sujeto ve, oye, huele, saborea, siente). Visiones falsas, escucha voces...
AUTOLESION	Agresión a uno mismo.
CAMBIO REPENTINO DE LA FUNCION MENTAL	Brusco cambio de su estado: problemas de memoria, que se le nota de repente "muy bajito", que está fallando mucho en los grupos, etc. Puede confundirse con el estado confusional agudo.
CONDUCTA INAPROPIADA	Comportamiento inadecuado. Cuando hace algo que no debe que hacer.
DELIRIOS	Conjunto de ideas erróneas y falsas. Presencia de ideas o creencias basadas en una inferencia incorrecta de la realidad externa. Distorsión de la realidad.
DEMANDA CONTINUADA	Demanda de atención continuada (en exceso).
DESINHIBICION	Falta de control sobre la conducta. Puede ser de carácter sexual, verborréico... Dice o hace cosas que normalmente no se hacen en público. Ej: hablar con desconocidos como si fueran íntimos amigos, hablar de cuestiones privadas en público, hace comentarios o actos sexuales...
DESORIENTACION	Estado mental caracterizado por confusión con respecto al tiempo, el espacio o sobre quién es uno mismo.

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	<p>Delirium.</p> <p>Alteración del estado de conciencia y una disminución en la atención, junto con cambios cognoscitivos (es decir, deficiencia en la memoria, pensamiento, desorientación o alteraciones del lenguaje), de la percepción, del comportamiento psicomotor, de la emoción y del ciclo sueño-vigilia.</p> <p>Su evolución es fluctuante (varía la clínica a lo largo del día).</p> <p>El desarrollo de los síntomas es en un periodo breve (por lo general de horas a días).</p>
FUGAS	Intento de escape o escaparse, salir del centro.
GRITOS	Chillar. Hablar en tono excesivamente alto. Elevar la voz más de lo normal.
INTOXICACION ETILICA	Ingesta excesiva de alcohol.
LABILIDAD EMOCIONAL	Cambio rápido e importante del humor que puede ser suscitado fácilmente y desaparecer rápidamente. Puede pasar del llanto a la risa y viceversa.
MUTISMO	De repente se queda callado.
OTROS	-----
PELIGRO DE SEGURIDAD	Conducta que pone en peligro al sujeto o a su entorno. Ej. subirse a una silla, asomarse en exceso por la barandilla de la terraza...

Tabla 3. Trastornos de comportamiento en demencias (perfil UPSI)

1.5. Calidad de vida

Dentro de los diferentes campos de evaluación a los que es sometido la persona que sufre demencia, el área de la calidad de vida debe de considerarse tan importante como la valoración del estado cognitivo, de los trastornos de comportamiento y/o del estado funcional (Lucas-Carrasco et al, 2011).

Una de las herramientas utilizadas en Fundación Matía para medir la calidad de vida de las personas con demencia, es la escala de ‘Láminas de Medición del Estado Funcional COOP/WONCA’, las cuales surgieron a raíz de “la conexión de las Láminas de Medición del Estado Funcional Darmouth COOP, primeros instrumentos evaluados por la WONCA en Medicina de Familia, y la CIAP-2” (Leturia et al, 2001). Estas láminas se emplean principalmente en el ámbito de la atención primaria, ya que al ser gráficas, son de fácil administración y comprensión (ibid). Sin embargo, para poder responder a esta escala, es necesario no tener un deterioro cognitivo inferior a un deterioro cognitivo moderado (una media de 20 puntos en el MEC35). Debido a esto, las personas que padecen un deterioro cognitivo inferior a este –entiéndase, deterioro cognitivo grave y muy grave-, no son evaluados en cuanto al ámbito de calidad de vida.

Empero, existe una escala denominada Calidad de Vida en Personas con Demencia en Estadios Avanzados (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale- QUALID), la cual puede ser aplicada por cualquier persona que sea el cuidador principal de la persona con demencia –personal de atención directa en el ámbito residencial- (Weiner et al, 2000). Esta escala mide, a través de la observación, 11 comportamientos en estados afectivos: malestar, participación o implicación en actividades, e interacciones con otros durante la semana previa a la aplicación de la escala (Chenoweth et al, 2009). Esta escala captura la frecuencia con la que aparece cada una de las conductas valoradas, las cuales son: sonrisas, tristeza aparente, llanto, expresión facial de malestar, incomodidad física aparente, sonidos de malestar, irritabilidad o agresión, disfruta comer, disfruta tocar o que le toquen, disfruta estar o interactuar con otras personas y tranquilidad (ibid). A menor puntuación, mayor es la calidad de vida percibida (ibid) (anexo 3).

1.6. Atención centrada en la persona en personas con demencia, el papel de la observación: Metodologías estudiadas y experiencias descritas

En el estudio realizado por Chenoweth et al (2009) en 15 residencias en el área de Sydney (Australia) en personas con deterioro cognitivo moderado-grave y grave, encontraron que en aquellas residencias en las cuales el modelo de atención cambiaba del modelo tradicional al

modelo centrado en la persona, el indicador de agitación se reducía significativamente en comparación con aquellas residencias que mantenían el modelo tradicional.

El hecho que las personas que padecen demencia en estadios avanzados no puedan expresarse verbalmente, no quiere decir que no puedan comunicarse con nosotros ni que nosotros no podamos comunicarnos con ellos. Los trastornos de comportamiento, son la vía de comunicación que nos permite seguir en contacto y saber qué desean y/o necesitan. Basados en esta premisa, en los años 90, se inició una de las vías de investigación desarrollada para determinar la calidad de vida en las personas con demencia en estadios avanzados; el grupo de la Universidad de Bradford, basado en las ideas de Tom Kitwood ha desarrollado y realizado mejoras a un instrumento denominado Dementia Care Mapping (DCM por sus siglas en inglés), el cual tiene como base una perspectiva teórica de la atención centrada en la persona. Esto implica 'valorar a las personas sin tener en cuenta su edad ni su estado de salud, personalizar los cuidados, resaltar el punto de vista de la persona con demencia y reconocer la importancia de las relaciones sociales' (Brooker y Surr, 2010).

Para poder explicar el DCM, es necesario conocer qué es la "atención centrada en la persona". Tal como lo define Dawn Brooker en el libro 'Principios y Práctica del DCM':

"En primer lugar, hay que respetar y valorar al individuo con demencia como un miembro de pleno derecho de la sociedad, igual al resto de ciudadanos, así como erradicar las prácticas discriminatorias contra la gente que sufre esta enfermedad y quienes cuidan de ellos. En segundo lugar, es necesario elaborar un plan de atención personalizado que tenga en cuenta las necesidades cambiantes de las personas, ofreciendo más compensación y consuelo a medida que aumenta la discapacidad cognitiva. En tercer lugar, hemos de intentar comprender la perspectiva de la persona con demencia. ¿Se da cuenta de su situación? ¿De qué indicios disponemos para saberlo? En cuarto lugar, hay que proporcionar una psicología social de apoyo que ayude a las personas con demencia a experimentar un bien relativo".

Tom Kitwood, solía expresar las ideas complejas como si de ecuaciones matemáticas se tratara (tomado de Brooker y Surr, 2010):

ACP= V + I + P + S

V= Valora a la persona con demencia.

I= Trata a las personas como individuos.

P= Perspectiva de la persona con demencia.

S= Psicología Social de apoyo.

La atención centrada en la persona no se refiere exclusivamente a ‘asesoramiento o atención individualizados’, sino que hace referencia a un término que comprende una mejor atención en cuanto a estos dos conceptos (Brooker y Surr, 2010).

Tom Kitwood, diseñó un modelo sobre la demencia al que denominó 'Modelo Enriquecido' (Brooker y Surr, 2010), el cual argumenta que aunque hay una discapacidad neurológica provocada por el daño cerebral y, ésta, es la causa principal de los problemas derivados de la demencia, debemos tomar en cuenta la historia particular de cada uno de las personas, ya que hay diversos factores que influyen en ésta. Estos factores son (tomado de Brooker y Surr, 2010):

Demencia= DN + S + B + P + SP

DN= Daño neurológico;

S= Salud y estado físico;

B= Biografía, historia vital;

P= Personalidad;

PS= Psicología social.

En lo que se refiere a ‘daño neurológico’, Brooker y Surr (2010), mencionan que “afecta el funcionamiento de la memoria, a la capacidad de utilizar y entender el lenguaje hablado y escrito, al desempeño de las actividades cotidianas, a la capacidad de percibir el mundo como el resto de la gente y a la capacidad de tomar decisiones y adoptar el punto de vista de los demás[...] Ser consciente de que existen es fundamental para poder ofrecer una buena atención, ya que ello permite a los cuidadores intervenir de la manera más adecuada, según el

nivel de discapacidad. El objetivo es ser capaces de intervenir para ayudar a la persona con demencia sin menoscabar las capacidades que aún conserva”.

En el apartado de ‘salud física’, Brooker y Surr (2010) mencionan que cuando las personas mayores, especialmente si tienen un diagnóstico de demencia, parecen estar confundidos, esto se suele atribuir al daño cerebral crónico que padece. Empero, debemos recordar que las personas con demencia tienen más riesgo de sufrir estados confusionales agudos por las diversas patologías que presentan; asimismo, la comunicación se ve afectada por los diversos problemas de mnésicos que dificultan que puedan reconocer lo que sienten y, por lo tanto, explicar sus síntomas (ibid).

A fin de que podamos saber lo que nos sucede en el día a día, inconscientemente lo comparamos con experiencias pasadas (ibid). Sin embargo, en las personas con demencia, no es tan sencillo, ya que debido a los diversos problemas mnésicos que presentan, sus ‘reservas de memoria’ se encuentran limitadas; por lo tanto, el conocer la historia de vida de la persona con demencia, puede ayudar al personal de atención directa a comprender las diversas formas de expresión verbal y no verbal de la persona con demencia (ibid). Brooker y Surr (2010), refieren que “la demencia puede provocar que se revivan experiencias traumáticas y de vulnerabilidad, sobre todo si sucedieron durante la infancia o la adolescencia. Cuando esto pasa, a la enfermedad se le suma la carga emocional relacionada con esos episodios [...] Las personas con demencia corren un mayor riesgo de sentirse culturalmente aisladas. Cuando nos sentimos vulnerables, buscamos refugio en los referentes de identidad cultural, espiritualidad o religión, comida y música que conocemos. La vulnerabilidad, la ansiedad y la alienación son más probables ante la falta de esos elementos. Como la persona con demencia carece de los recursos internos y del razonamiento necesario para protegerse de la alienación, ésta puede perjudicar mucho más a su identidad que si tuviera las habilidades cognitivas intactas. Es fundamental conocer la historia vital de una persona con demencia si queremos proporcionarle una atención centrada en la persona”.

La ‘personalidad’, Brooker y Surr (2010) la definen como el conjunto de virtudes y debilidades de las personas y cómo éstas nos permiten tener diversos recursos para encarar la demencia.

En cuanto a la ‘psicología social’, estas autoras refieren que es el “contexto social y psicológico en el que se encuentran las personas con demencia”, es decir, en el cual se desenvuelven, teniendo como pilar fundamental las relaciones interpersonales, lo cual es analizado profundamente en el DCM (Brooker y Surr, 2010). Conforme se pierde el lenguaje verbal y la capacidad de expresión, se volverá cada vez más importante el lenguaje no verbal como son el “contacto humano, cariñoso y cálido”, todo esto debe desarrollarse en el día a día (ibid).

Aquellos que nos dedicamos a la atención de las personas con demencia, debemos de ser conscientes de la importancia de potenciar la búsqueda de una buena calidad de vida para aquellos a nuestro cargo. Asimismo debemos buscar una potenciación de lo que es considerado como buenas prácticas.

Ya que el comprender lo que siente y piensa una persona con demencia no es fácil, el Dementia Care Mapping fue concebido como una aproximación para los profesionales para realizar esto (Brooker y Surr, 2010). Desarrollado a partir de las ideas de Tom Kitwood, es un grupo de herramientas observacionales así como un proceso empleado en recursos de atención a las demencias en el Reino Unido (hospitales, residencias y centros de día), asimismo es un instrumento que promueve la práctica de la atención centrada en la persona; el cual se basa en la observación exhaustiva en tiempo real durante varias horas de las personas con demencia que viven en centros residenciales (Brooker y Surr, 2010).

Para poder realizar una adecuada observación, es necesario identificar conductas que se realizan en la mayoría de centros especializados de atención a las personas mayores. Este tipo de conductas, recibe el nombre de ‘Psicología social maligna’ (Brooker y Surr, 2010), son actitudes que menoscaban y debilitan a la persona (tabla 4); se encuentran arraigadas en el comportamiento del personal de atención directa, aunque, cabe mencionar, no se realizan con malas intenciones:

INDICADOR	DEFINICIÓN
INTIMIDACIÓN	Hacer que un participante se sienta asustado o temeroso utilizando amenazas verbales o la fuerza física.
EVITAR	Negarse a prestar atención que se reclama o a satisfacer una evidente necesidad de contacto.
RITMO INADECUADO	Proporcionar información y presentar las opciones a un ritmo demasiado rápido para que un participante lo entienda.
INFANTILIZACIÓN	Tratar a un participante de un modo paternalista, como si fuera un niño pequeño.
ETIQUETAR	Utilizar una etiqueta como principal modo de describir o relacionarse con un participante.
DESAUTORIZAR	Decirle a un participante que es incompetente, inútil, sin valor alguno o incapaz.
ACUSACIÓN	Culpar a un participante por cosas que ha hecho o no ha podido hacer.
MANIPULACIÓN	Utilizar artimañas o engaños para distraer o manipular a un participante para que haga o deje de hacer algo.
INVALIDACIÓN	No reconocer la realidad de un participante en una situación concreta.
DESEMPODERAMIENTO	No permitir a los participantes utilizar las capacidades que sí tiene.
IMPOSICIÓN	Forzar a los participantes a hacer algo, pasando por alto sus deseos y anhelos, o negándoles la elección.
INTERRUPCIÓN	Inmiscuirse o intervenir en algo que hace un participante, o romper de forma brusca su “marco de referencia”.
COSIFICACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran pedazos de materia inerte o un objeto.
ESTIGMATIZACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran objetos enfermos, ajenos o marginados.
IGNORAR	Comportarse (en conversación o acción) en presencia de los participantes como si no estuvieran.
EXCLUIR	Alejar a un participante o excluirlo física o psicológicamente.
BURLA	Reírse de un participante, burlarse, humillarle o hacer broma a su costa.

Tabla 4. Episodios de Psicología Social Maligna. Tomado de Brooker y Surr, 2010.

El identificar los episodios de Psicología Social Maligna, nos sirve para poder cambiar estas conductas por episodios de ‘Trabajo Positivo para la Persona’; los cuales, al contrario que los primeros que debilitan a la persona, “fomentan la conservación de la persona y cuyo requisito principal sea una total disponibilidad, física y psicológica, de los cuidadores de las personas con demencia” (Brooker y Surr, 2010). Estos episodios, ofrecen una forma alternativa de trabajar, lo cual no quiere decir que sean lo contrario de los episodios de Psicología Social Maligna (Tabla 5):

INDICADOR	DEFINICIÓN
CALIDEZ	Demostración de afecto, cariño y preocupación por otra persona.
APOYAR	Proporcionar seguridad y confort.
RITMO ADECUADO	Reconocer la importancia de ayudar a crear un ambiente relajado.
RESPETAR	Tratar al participante como un miembro de la sociedad valioso y reconocer su experiencia y edad.
ACEPTAR	Establecer una relación basada en una actitud de aceptación y visión positiva del otro.
CELEBRACIÓN	Reconocer, apoyar y disfrutar de las habilidades y logros de un participante.
RECONOCIMIENTO	Reconocer, aceptar y apoyar al participante como un ser único y valorarlo como individuo.
AUTENTICIDAD	Ser sincero y abierto con el participante, con sensibilidad hacia sus necesidades y sentimientos.
VALIDACIÓN	Reconocer y apoyar la realidad del participante. Es prioritaria la sensibilidad hacia sentimientos y emociones.
EMPODERAMIENTO	Delegar el control y ayudar al participante a descubrir o emplear habilidades y aptitudes.
FACILITACIÓN	Calcular el nivel de apoyo requerido y proporcionarlo.
CAPACITAR	Reconocer y fomentar el nivel de compromiso de un participante dentro de un marco de referencia.
COLABORACIÓN	Tratar a un participante como un compañero completo e igual en lo que está sucediendo, consultarle y trabajar con él.
IDENTIFICAR	Conocer a un participante en su sentido de ser único, con una actitud abierta y sin prejuicios.
INCLUIR	Permitir y fomentar que un participante esté y se sienta incluido, física y psicológicamente.
INTEGRAR	Dar una sensación de aceptación en un escenario concreto, independientemente de las habilidades y discapacidades.
DIVERSIÓN	Adoptar una manera libre y creativa de ser, utilizar y reaccionar al uso de la diversión y el humor.

Tabla 5. Episodios de Trabajo Positivo para la Persona. Tomado de Brooker y Surr, 2010.

Las personas con demencia tienen ciertas necesidades psicológicas que deben ser atendidas. Cada una de éstas, está debilitada por la Psicología Social Maligna o satisfecha por el Trabajo Positivo para la Persona. Brooker y Surr (2010), insisten en que “si estamos atentos a las necesidades de las personas, la mayoría seremos capaces de identificar cómo satisfacerlas y así ayudar a conservar la persona”. Estas necesidades son: confort (manifestarse cariñoso y en proximidad), identidad (quién es cada persona, la relación que mantiene esa persona con sí mismo y su forma de pensar), apego (vinculación afectiva, seguridad emocional que brindan

las relaciones sociales), ocupación (sentirse útil durante la vida) y, por último, inclusión (pertenecer y sentirse parte de un grupo) (tabla 6).

	Debilitado por la PSM	Satisfecha por el TPP
CONFORT	Intimidación.	Calidez.
	Evitar.	Apoyar.
	Ritmo inadecuado.	Ritmo adecuado.
IDENTIDAD	Infantilización.	Respetar.
	Etiquetar.	Aceptar.
	Desautorizar.	Celebración.
APEGO	Acusación.	Reconocimiento.
	Manipulación.	Autenticidad.
	Invalidación.	Validación.
OCUPACIÓN	Desempoderamiento.	Empoderamiento.
	Imposición.	Facilitación.
	Interrupción.	Capacitar.
	Cosificación.	Colaboración.
INCLUSIÓN	Estigmatización.	Identificar.
	Ignorar.	Incluir.
	Excluir.	Integrar.
	Burla.	Diversión.

Tabla 6. Necesidades psicológicas de las personas con demencia. Tomado de Brooker y Surr, 2010.

La evidencia sobre la efectividad del DCM es principalmente descriptiva y observacional (Chenoweth et al, 2009). Debido a que el mapeo (proceso por el cual se ejecuta el DCM), requiere un entrenamiento especializado, un elevado coste tanto laboral como económico, se tiene cautela sobre su efectividad dentro de los procesos de investigación (ibid). El estudio CADRES (Caring for Aged Dementia Care Resident Study), fue realizado para investigar la efectividad del modelo de atención centrado en la persona y el DCM, en comparación con el modelo tradicional de atención a la demencia para determinar si es posible que este tipo de modelo pueda ayudar a disminuir la aparición de síntomas neuropsiquiátricos (ibid). Asimismo, el estudio busca asesorar si este tipo de intervenciones puede mejorar la calidad de vida y reducir el uso de fármacos psicotrópicos o restricciones físicas y reducir la incidencia de accidentes y caídas (ibid); así como buscaban estimar el costo de cada una de las estrategias.

1.7. ¿Qué se logra y como se mide lo logrado al utilizar esta metodología?

Con esta nueva metodología se logra realizar una intervención centrada en la persona, conociendo sus deseos, malestar y necesidades, aun cuando hayan perdido la capacidad de expresión mediante el lenguaje verbal, manteniendo el respeto por la persona con demencia al no despersonalizarle.

1.8. Fundación Matia: centro Rezola y abordaje del paciente con demencia en CG y CD

El personal de atención directa que se encarga del bienestar de las personas que viven en las Unidades Psicogeriátricas, presenta una carga psicológica mayor que aquellos que atienden a los residentes del resto de la residencia. El estrés y el agotamiento psicológico hacen mella en la salud de los trabajadores y en el ambiente laboral, el cual, debido a la alta demanda de los residentes, se encuentra enrarecido. Asimismo, sería necesario el incremento de los ratios de personal en este tipo de unidades especializadas.

2. METODOLOGÍA

2.1. Hipótesis

H1: La formación y sensibilización producirá un cambio de actitud en los diversos profesionales al adquirir diversas competencias observacionales.

H2: Se observará una actitud más empática por parte del personal del Centro respecto a la atención de los residentes y usuarios.

H3: Los planes de intervención individualizados incorporarán continuamente la información derivada de la observación continuada en las personas dependientes

2.2. Objetivos

- Promover la evaluación observacional como parte integrada de la valoración integral y continuada realizada por los equipos asistenciales (interdisciplinar).
- Establecer un procedimiento de comunicación con personas con demencia en base a la información obtenida mediante el Análisis Observacional, estableciendo pautas de acción para aquellos residentes y usuarios que no puedan expresar verbalmente sus deseos.
- Mejorar la calidad de vida (síntomas neuropsiquiátricos) y la atención a las personas con demencia (grados de deterioro en particular –más deteriorados- o a cualquiera).
- Promover un cambio de modelo de atención que contribuye al avance en el modelo centrado en la persona en personas con demencia

2.3. Población

El Centro Gerontológico Julián Rezola, de Fundación Matia, cuenta con 123 plazas residenciales, de las cuales 43 pertenecen a la Unidad Psicogeriátrica. Los residentes mantienen un perfil con cargas asistenciales por dependencia física, psíquica y sanitaria. El perfil de los residentes que se encuentran en la Unidad Psicogeriátrica es de personas con

trastornos de comportamiento derivados, ya sea de una demencia o de una patología psiquiátrica.

2.4. Muestra

14 usuarios de las Unidades Psicogerítricas (módulo Central); 6 mujeres y 8 hombres; presentan deterioro cognitivo moderado a muy grave con una media de 11 puntos (Tabla 7). Todos presentan trastornos de comportamiento diversos, cuantificados mediante el NPI-NH (requisito indispensable para acceder al perfil UPSI).

GRADO DE DETERIORO	USUARIOS
Deterioro cognitivo muy grave	5
Deterioro cognitivo grave	6
Deterioro cognitivo moderado	3

Tabla 7. Muestra

2.5. Fases del proyecto

1. Presentación del proyecto al equipo interdisciplinar, al personal de atención directa y a los residentes y usuarios y/o familiares del Centro, buscando su aprobación y compromiso.
2. Diseño de una tabla de registro con momentos puntuales en los cuales pueden surgir problemas de comunicación, que pueden dar lugar al desencadenamiento de diversos trastornos de comportamiento (anexo 4-observador participante y anexo 5-observador no participante).
3. Identificación de la población a estudio y consiguiente delimitación de la muestra. Los dos principales criterios para la selección de la muestra han sido el grado de deterioro cognitivo, el cual debe de ser de moderado a muy grave (Tabla 7); y, la presencia de trastornos de comportamiento (Tabla 3). La muestra seleccionada presenta una diversidad de grados de deterioro cognitivo, con predominio del perfil con deterioro

cognitivo muy grave, que es, también el grupo de usuarios con los que habitualmente se encuentran mayores dificultades de comunicación con el personal del Centro. Asimismo, la prevalencia de trastornos de comportamiento es mayor en ellos.

4. Evaluación pre-intervención de la muestra mediante:

- MEC35- se aplicó esta herramienta para poder obtener un perfil cognitivo de los participantes del estudio, se elige esta herramienta por su bajo coste hora-persona (sería mejor una batería neuropsicológica completa para centrarnos en sus capacidades y no en sus limitaciones, pero el coste hora-persona es más alto, ya que se tardaría más tiempo en aplicarla).
- NPI-NH- con esta herramienta se elaboró un perfil de trastornos de comportamiento de cada uno de los participantes en la muestra (incluye trastornos de comportamiento nocturnos).
- IAACM- con esta herramienta se elaboró un perfil de conductas agitadas en las personas con trastornos de comportamiento.
- QUALID- esta herramienta fue respondida por el personal de atención directa para obtener su 'impresión' de la calidad de vida de los participantes del estudio.

5. Se revisaron los registros de incidencias de los últimos seis meses, principalmente la de los indicadores 'agitación' y 'alteración', ya que como se observó anteriormente, aquellas personas que presentan conductas agitadas tienen un peor pronóstico (Chenoweth et al, 2009).

6. Se crearon los perfiles cognitivos y comportamentales de cada uno de los participantes.

7. Se elaboró un manual de consulta, sobre la metodología a utilizar, con el cual se procedió a realizar la formación de los observadores participantes y no participantes.

8. Formación de los observadores participantes y de los no participantes en:

- Metodología DCM- Método Kitwood: se realizó una formación basada en el método Kitwood (base del DCM), haciendo hincapié en los detractores y potenciadores que como personal de atención directa ejecutamos inconscientemente; buscando disminuir la presencia de detractores y aumentar los potenciadores.
- Trastornos de comportamiento: qué son y cómo abordarlos.

- Formato de registro: cómo utilizar el formato de registro diseñado para el estudio.
 - Casos particulares:
 - o Historia de vida: haciendo énfasis en la confidencialidad de los datos y que la información no debe utilizarse para provocar ni hacer burla sobre los participantes del estudio (ni sobre ningún otro personal).
 - o Patologías: se describieron las patologías de cada uno de los participantes en el estudio, haciendo énfasis en los trastornos de comportamiento que son propios del tipo de demencia o enfermedad que presenten.
 - Entrega de manuales de consulta.
9. Puesta en marcha y tutelaje del programa. El programa fue ejecutado por el personal de atención directa (como observadores participantes) y, dos alumnas de psicología (como observadores no participantes). En ambos casos, contaron con el tutelaje de la coordinadora del proyecto; realizando un seguimiento de los casos.
10. Evaluación continuada:
- MEC35- no se aplica nuevamente, ya que en la valoración pre-intervención, el objetivo fue establecer perfiles cognitivos, tiene una validez de 6 meses.
 - NPI-NH/IAACM- aunque ambos tiene un periodo de validez de 6 meses, por objeto del estudio, se aplicaron de forma semanal, para valorar si los trastornos de comportamiento han remitido, disminuido y/o aumentado, especialmente las conductas agitadas.
 - QUALID- se aplicó para valorar la percepción de la calidad de vida de cada uno de los participantes en el estudio por parte del personal de atención directa. Su aplicación se realizó antes de la intervención y una vez finalizada ésta.
11. Se creó una ficha-resumen por persona al alcance de los auxiliares, incorporando esta información en la Visión Global, así como en los objetivos y programas de intervención de cada participante de la muestra.
12. Análisis de los datos. Se realizó una comparativa de la situación de los residentes con deterioro cognitivo antes y después de la aplicación del Análisis Observacional. A tal

efecto, se llevó un registro sistematizado de la evolución de los indicadores, así como de otras variables a tener en cuenta, tales como: deterioro cognitivo, uso de restricciones y sujeciones, deterioro funcional.

2.6. Indicadores

- Número de incidencias de agitación registradas al mes PRE Y POST (IAACM).
- Número de otros trastornos del comportamiento registrados al mes PRE Y POST (NPI-NH).
- Índice de Calidad de vida de los residentes con demencia (QUALID), al inicio y final del proyecto.
- Nº de potenciadores y detractores identificados.

2.7. Variables a controlar

- Se valoró mediante el MEC35 al inicio del piloto para establecer los perfiles cognitivos.

4. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de las distintas fases desarrolladas durante el proyecto de Análisis Observacional.

4.1. Evaluación pre-intervención de la muestra, perfiles cognitivos y trastornos de comportamiento

Al inicio del estudio, se pretendió considerar, únicamente, a 13 de los 14 usuarios del módulo psicogeriátrico, ya que uno de ellos se encontraba de estancia temporal y se sospechaba que no estaría hasta el final del estudio. Sin embargo, antes de iniciar el estudio, se tuvo información que permanecería en el módulo hasta la finalización del estudio, por lo que se decidió que al final, se le incluyese en la muestra, lo cual es importante ya que se sospechaba que su comportamiento desencadenaba trastornos de conducta en otros usuarios.

La muestra se compone de 6 mujeres y 8 hombres, con edades comprendidas entre los 58 y los 88 años, con una media de edad de 78 años. El grado de deterioro cognitivo que presentan los usuarios pertenecientes a la muestra, consiguiendo una puntuación media de 11,07 puntos, es el siguiente (Tabla 7).

GRADO DE DETERIORO	USUARIOS
Deterioro cognitivo muy grave	5
Deterioro cognitivo grave	6
Deterioro cognitivo moderado	3

Tabla 7. Grado de deterioro cognitivo

Los baremos de puntuación utilizados para clasificar el grado de deterioro cognitivo se muestran en la tabla 8. De las personas de la muestra, 4 son 'no valorables' debido al grado de

deterioro cognitivo que presentan. La puntuación media del resto de la muestra es de 16 puntos.

GRADO DE DETERIORO	PUNTUACIÓN
normal	35 a 29
leve	28 a 22
moderada	21 a 18
grave	17 a 10
muy grave	9 a 0

Tabla 8. Baremos de puntuación

Dado que ha sido uno de los criterios de inclusión de la muestra, todos presentan trastornos de comportamiento diversos, cuantificados mediante el NPI-NH. La situación de los trastornos de comportamiento de la muestra, al inicio del proyecto, es la siguiente:

Frecuencia	18
Severidad	16
Fc x Sv	48
Trastorno	23

Tabla 9. Puntuación media de la muestra NPI-NH

La frecuencia se mide de 1 a 4 (tabla 10) y hace referencia, en este caso, a con qué frecuencia aparecen en total los 15 trastornos que contempla la prueba, a lo largo de la semana (con un rango de 0-60).

Puntuación	Frecuencia	Significado
1	Ocasionalmente	Menos de una vez por semana
2	A menudo	Una vez por semana aproximadamente
3	Frecuentemente	Varias veces a la semana pero menos que diario
4	Muy frecuentemente	Una o más veces por día.

Tabla 10. Frecuencia NPI-NH

La severidad se mide de 1 a 3 (tabla 11) y hace referencia a la intensidad con la que se producen en total los 15 trastornos que contempla la prueba, a lo largo de la semana (con un rango de 0-45).

Puntuación	Frecuencia	Significado
1	Leve	La conducta está presente pero parece inofensiva y no le produce angustia al paciente
2	Moderada	Las conductas son angustiantes y perjudiciales.
3	Grave	Las conductas son muy perjudiciales y constituyen una fuente importante de trastorno.

Tabla 11. Severidad NPI-NH

Por último, el trastorno, hace referencia a cuánto perturba ocupacionalmente este comportamiento, y se mide en una escala del 0 al 5, teniendo un rango de 0 a 75 puntos (tabla 12).

Puntuación	Significado
0	Nada
1	Mínimamente
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Severamente
5	Muy severamente o extremadamente

Tabla 12. Trastorno NPI-NH

La agitación, se ha valoró mediante el Índice de Agitación y Agresividad de Cohen-Mansfield, versión española (Cervilla et al, 2002). Esta prueba mide 30 ítems con diferentes conductas que indican agitación; se evalúan de 1 a 9 puntos, siendo 1= nunca; 2= menos de una vez por semana; 3=una o dos veces por semana; 4= varias veces por semana; 5= una o dos veces al día; 6= varias veces al día, 7= varias veces por hora, 8= ocurriría en caso de no prevenirlo y, 9= no valorable (tabla 13).

Conductas de agitación evaluadas	PROMEDIO
Deambulación y marcha sin propósito	5,14
Vestirse y desvestirse de forma inapropiada	1,93
Escupir (incluyendo cuando está comiendo)	2,29
Decir tacos y agresividad verbal	3,86
Petición constante de atención o ayuda injustificadamente	4,21
Repetición de frases o preguntas	3,71
Golpear (incluso a sí mismo)	2,43
Pegar patadas	2
Agarrar a personas o a cosas de forma inapropiada	2,36
Empujar	2,14
Tirar cosas	1,93
Hacer ruidos extraños	2,71
Gritar	2,36
Morder	1,29
Arañar	1,57
Intentar irse a otro sitio	5,36
Tirarse al suelo intencionadamente	2,14
Quejarse	4,07
Negativismo	3,71
Comer o beber sustancias inadecuadas	1
Hacerse daño a uno mismo o a otros	2,36
Hacer cosas inapropiadas	2,29

Esconder cosas	1,07
Almacenar cosas	1
Romper o destrozar cosas	1,14
Realizar manierismos de repetición	2,93
Hacer proposiciones sexuales verbalmente	1,43
Hacer proposiciones sexuales físicamente o mostrar genitales	1
Agitación general	3,36
Hacer movimientos raros o muecas	2,86

Tabla 13. Promedio de frecuencia de aparición de conductas agitadas (IAACM).

En la muestra, las conductas agitadas más frecuentes al inicio del proyecto son: Deambulación y marcha sin propósito, decir tacos y agresividad verbal, petición constante de atención y ayuda injustificadamente, repetición de frases o preguntas, intentar irse a otro sitio, quejarse, negativismo y, agitación general.

Para la valoración de la calidad de vida de la muestra, se ha empleado la escala QUALID. Esta escala, comprende un rango de puntuación de 1 a 5 para cada uno de los ítems; de manera que la puntuación total va de 11 (mayor calidad de vida) a 55 puntos (menor calidad de vida), siendo la media en la muestra de estudio de 36 puntos totales y de 3,1 puntos en cada ítem (Tabla 14).

Conductas observadas	PROMEDIO
Sonrisas	3,2
Tristeza	4,1
Llanto	2,2
Incomodidad por dolor	3,9
Incomodidad por posición	2,9
Verbalización de incomodidad	3,2
Irritabilidad- agresividad	3,9
Disfruta comiendo	2,4
Disfruta el contacto físico propio-ajeno	3,4
Disfruta interacciones	3,8
Tranquilidad- comodidad	3,7

Tabla 14. QUALID

En la muestra las conductas observadas con una mayor puntuación media son: tristeza – parece triste sin razón aparente menos de una vez al día-, incomodidad por dolor –mantiene una expresión facial de incomodidad la mitad del día-, irritabilidad/ agresividad –está irritable o agresivo solo como respuesta a un estímulo externo mínimo una vez al día-, disfruta de las interacciones –la mitad del tiempo, él o ella nunca inicia el contacto, pero no se resiste a la interacción-, tranquilidad/comodidad –parece emocionalmente tranquilo y cómodo menos de la mitad del día-.

4.2. Descripción de casos

Se describe a continuación la situación de tres casos de la muestra que se han seleccionado debido a las especiales dificultades de comunicación que tienen estas personas, lo que hace especialmente indicado el empleo del Análisis observacional:

CASO 1: DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN POR DEMENCIA AVANZADA

José (nombre ficticio) es un hombre que sufre una demencia avanzada que ha reducido enormemente su capacidad de comunicación. Presenta además síntomas de agitación con relativa frecuencia, habitualmente en forma de agresividad física y verbal, deambulación, irse a otro sitio y manierismos de repetición. Resultan especialmente complicados los momentos del cambio de pañal y la ducha, o en general cualquier momento en que haya que quitarle la ropa. En esos momentos se pone muy nervioso y en ocasiones no hay más remedio que esperar a que se calme para poder continuar con la tarea.

El personal intuye que puede haber algunos detractores y potenciadores de un buen estado de ánimo de José, pero no han tenido ocasión de hacer una observación detallada de manera sistemática para comprobarlo. En concreto, sospechan que los principales potenciadores para José podrían ser: Ritmo adecuado, Reconocimiento, Empoderamiento y Colaboración. Por su parte, los principales detractores serían: Ritmo inadecuado, Etiquetar, Acusación, Manipulación, Imposición y Burla. Se buscará, mediante el análisis observacional, establecer un diagnóstico detallado de las actitudes que los profesionales deben potenciar y evitar en el trato con José.

CASO 2: DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN POR AFASIA Y DEMENCIA MIXTA

Manuel (nombre ficticio) es un hombre que sufrió un ictus hace años derivando en una afasia, que posteriormente se agudizó debido a que tiene demencia mixta. Manuel suele despertarse por las noches porque padece un trastorno del sueño y suele deambular. Otras conductas agitadas que presenta son: demanda continua de atención, hacer ruidos extraños, intentar irse a otro sitio, quejarse, negativismo, realizar manierismos de repetición, repetición de frases y agresividad física.

El personal que lo atiende habitualmente ha realizado de manera informal un diagnóstico de los posibles detractores y potenciadores de un estado de ánimo óptimo para Manuel, que se tratará de verificar después mediante el Análisis observacional. En concreto, los principales potenciadores para Manuel serían: Calidez, Apoyar, Ritmo adecuado y Autenticidad. En cambio, los detractores serían: Evitar, Ritmo inadecuado, Etiquetar, Manipulación, Imposición e Ignorar.

CASO 3: DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN POR ALZHEIMER Y DEPRESIÓN

Miguel (nombre ficticio) es un hombre que sufre enfermedad de Alzheimer y depresión. Padece también una alteración del sueño que le impide dormir por las noches, momento en que se levanta y deambula. Miguel presenta a veces otras conductas de agitación como agresividad verbal, repetición de frases, agarrar a personas o cosas de forma inapropiada, hacer ruidos extraños, intentar irse a otro sitio, negativismo, hacer cosas inapropiadas, agitación general, hacer movimientos raros y burlas.

El personal intuye que las conductas que influyen de manera más positiva en la actitud y estado de ánimo de Miguel son: Ritmo adecuado, Calidez, Aceptación, Facilitación y Diversión. Sin embargo, las conductas a evitar con Miguel serían: Ritmo inadecuado, Acusación, Manipulación e Imposición. Mediante el análisis observacional el personal hará un diagnóstico sistematizado y específico sobre los potenciadores y detractores de Miguel. Se pretende así, pasar de la intuición informal del personal a una información contrastada que pueda ser consensuada y compartida por todos los profesionales de atención directa.

4.3. Formación de los observadores

Durante los meses previos a la implementación de la observación, se realizaron una serie de acciones encaminadas a la preparación del desarrollo e implantación del análisis observacional, los cuales se exponen a continuación:

- **Personal de atención directa- observadores participantes:** se seleccionó, en coordinación con la Dirección del Centro, al personal de atención directa que participará en el estudio. El principal criterio de selección fue el grado de motivación y compromiso observado en estas personas. Se organizaron los turnos laborales de forma que hubiese una mínima rotación del personal que atendió a la muestra durante el periodo de aplicación del análisis observacional. Se denominan observadores participantes, ya que a la par que observan, asisten e interactúan con los usuarios de la muestra.
- **Alumnas de psicología- observadores no participantes:** al encontrarse en el Centro, realizando el practicum de psicología, se contó con la participación de dos alumnas quienes contribuyeron como observadores no participantes, es decir, dos observadores que no tenían interacción alguna o una mínima interacción con los usuarios de la muestra.
- **Forma de registro del análisis observacional:** se diseñaron dos hojas de recogida de datos. En la primera, el personal de atención directa (observador participante) registró

los trastornos de comportamiento (incluyendo las conductas agitadas) y los potenciadores y detractores que aumentan y/o minimizan la aparición de estas conductas, con un intervalo de observación de una hora (ver anexo 4). En la segunda, las alumnas de psicología (observadores no participantes) registraron los trastornos de comportamiento (incluyendo las conductas agitadas) y los potenciadores y detractores que aumentan y/o minimizan la aparición de estas conductas, con un intervalo de observación de 20 minutos (ver anexo 5). Se validó el diseño de la herramienta de recogida de información, ya que se observó que recoge información sobre los momentos en los que mayor interacción se produce entre el personal de atención directa y la muestra. Asimismo, se procedió a una evaluación interjueces

- **Formación y manual de apoyo:** se elaboró el material necesario para impartir la formación sobre el análisis observacional. El contenido de la formación fue el siguiente:

FORMACIÓN AL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA EN ANÁLISIS OBSERVACIONAL

Duración: 6 horas.

Objetivos:

- Aprender a identificar las necesidades de las personas con demencia en estadios avanzados mediante el lenguaje no verbal.
- Conocer e identificar potenciadores y detractores de ciertas conductas, para una adecuada intervención.
- Aprender a aplicar correctamente la herramienta de análisis observacional.

Contenidos:

- Demencias
- Método Kitwood.
- Atención Centrada en la Persona (ACP).
- Comunicación no verbal.
- Psicología Social Maligna.
- Trabajo Positivo para la Persona.
- Identificación de potenciadores y detractores.
- Herramienta de análisis observacional: metodología de aplicación.
- Análisis de casos prácticos:
 - Diagnósticos, conductas esperadas debido a la patología presentada, trastornos de comportamiento, intervención.

Durante la impartición de la formación se observó un gran interés por parte del personal de atención directa, debido al carácter práctico de la misma. Consideraban que la formación les va a resultar muy útil en su trabajo.

Como complemento a la formación, se elaboró un manual de consulta rápida para ambos tipos de observadores, el cual se les entregó el día de la formación y se dejó uno cerca del lugar de observación para que pudiesen consultarlo si fuese necesario. Este manual contiene teoría sobre el método Kitwood y demencias, pautas y ejemplos tanto de observación, interacción y registro de conductas.

4.4. Resultados

Una vez realizada la pre-evaluación de la muestra, y la identificación de los patrones de conducta presentes en la misma, durante el Análisis observacional se buscó identificar los detractores y potenciadores de la persona y reducir la aparición de estas conductas agitadas, puesto que se ha observado en diferentes estudios, que a una mayor aparición de conductas agitadas, menor calidad de vida y peor pronóstico para la persona. Para ello, se empleó la hoja de registro que se diseñó en el primer semestre del proyecto.

La fase de aplicación del análisis observacional sobre los de residentes de la muestra del piloto ha tenido lugar en el último trimestre del proyecto –tal y como estaba previsto en el cronograma-, al igual que la aplicación de las pautas de atención que de ella se derivan. En el mes de diciembre se ha llevado a cabo la evaluación completa del piloto, según la metodología prevista en el diseño inicial del proyecto.

Mediante la observación se han podido registrar en cada caso los trastornos del comportamiento presentados por los residentes y los detractores y potenciadores asociados a ellos. En el gráfico 1, se presentan la proporción de la presencia de trastornos de comportamiento identificados por los observadores no participantes.

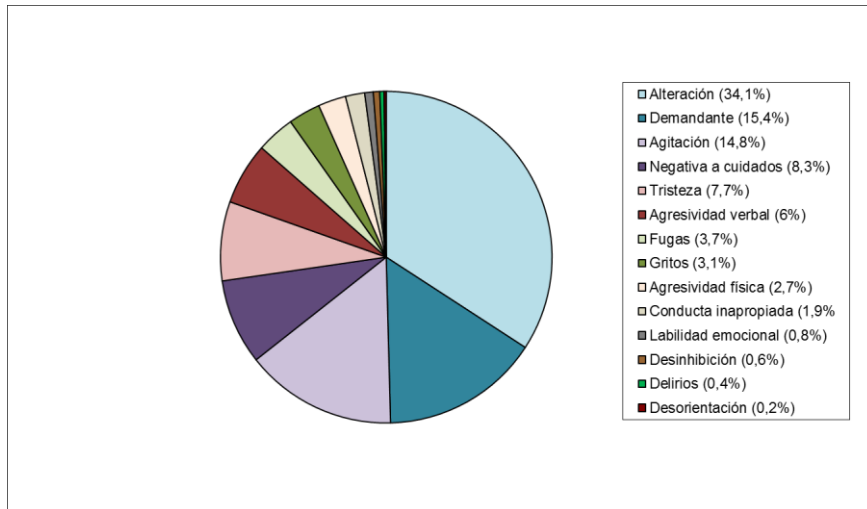


Gráfico 1. Trastornos de comportamiento. Observadores no participantes.

En el gráfico 2, se presentan la proporción de la presencia de trastornos de comportamiento identificados por los observadores no participantes.

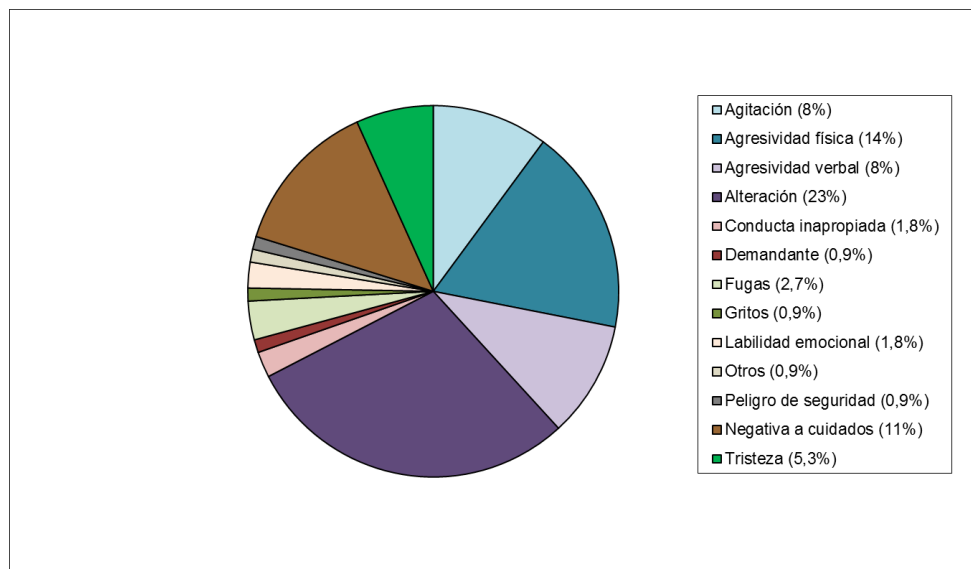


Gráfico 2. Trastornos de comportamiento. Observadores participantes.

En el gráfico 3 y en la tabla 15, se muestran los trastornos de comportamiento más habituales en la muestra del estudio.

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO	NP	P	TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO	NP	P
Agitación	71	9	Desorientación	1	0
Agresividad física	13	16	Estado confusional agudo	0	0
Agresividad verbal	29	9	Fugas	18	3
Alteración	164	26	Gritos	15	1
Alucinaciones	0	0	Intoxicación etílica	0	0
Autolesión	0	0	Labilidad emocional	4	2
Cambio repentino de la función mental	0	0	Mutismo	0	0
Conducta inapropiada	9	2	Otros	0	1
Delirios	2	0	Peligro de seguridad	0	1
Demandante	74	1	Negativa a cuidados	40	12
Desinhibición	3	0	Tristeza	37	6
TOTAL				480	89

Tabla 15. Comparativa de trastornos de comportamiento de los usuarios de la muestra, registrados por el observador no participante (NP) vs. el observador participante (P).

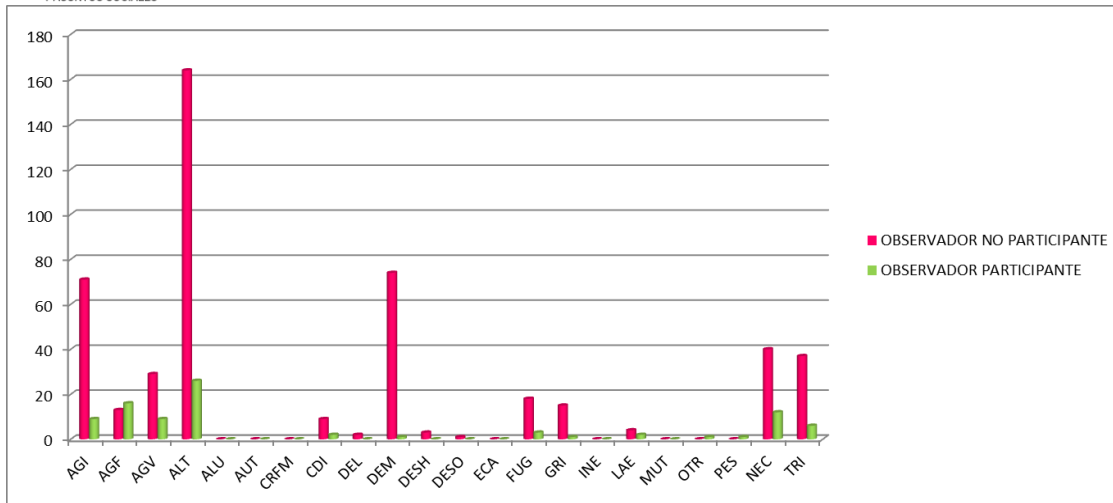


Gráfico 3. Comparativa de trastornos de comportamiento de los usuarios de la muestra, registrados por el observador no participante vs. el observador participante (AGI=agitación, AGF= agresividad física, AGV= agresividad verbal, ALT= alteración, AUT= autolesión, CRFM= cambio repentino de la función mental, CDI= conducta inapropiada, DEL= delirios, DEM= demandante, DESH= desinhibición, DESO= desorientación, ECA= estado confusional agudo, FUG= fugas, GRI= gritos, INE= intoxicación etílica, LAE= labilidad emocional, MUT= mutismo, OTR= otros, PES= peligro de seguridad, NEC= negativa a cuidados, TRI= tristeza).

Asimismo, en la tabla 16, se muestran los trastornos más habituales, junto con los detractores que los desencadenan y los potenciadores habitualmente empleados por el personal para contenerlos:

USUARIO	TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO	POTENCIADORES	DETRACTORES
1	Agitación, alteración, conducta inapropiada, demanda continuada	Calidez, apoyo, ritmo adecuado, aceptar, empoderamiento, facilitación	-
2	Agitación, agresividad verbal, agresividad física, alteración, delirios, demanda continuada, gritos	Calidez, apoyo, ritmo adecuado, respetar, celebración, empoderamiento, facilitación, diversión	Evitar, desempoderamiento
3	Agitación, agresividad física, alteración, demanda continuada, gritos, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación, incluir, diversión	Intimidación, ritmo inadecuado, ignorar
4	Alteración, demanda continuada, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión	-
5	Agitación, agresividad verbal, alteración, conducta inapropiada, negativa a cuidados	Calidez, ritmo adecuado, celebración, reconocimiento, empoderamiento, facilitación, identificar, diversión	-
6	Agitación, agresividad física, agresividad verbal, alteración, demanda continuada, desinhibición, gritos, labilidad emocional, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación, incluir, diversión	Intimidación, evitar, ritmo inadecuado, interrupción
7	Agitación, agresividad verbal, alteración, delirios, demanda	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, aceptar, empoderamiento,	Evitar, ritmo inadecuado,

	continuada, gritos	facilitación, diversión	interrupción
8	Agitación, agresividad física, agresividad verbal, alteración, demanda continuada, desorientación	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, aceptar, celebración, reconocimiento, autenticidad, empoderamiento, facilitación, colaboración, incluir, diversión	Infantilización, manipulación, invalidación, imposición
9	Agitación, agresividad física, agresividad verbal, alteración, conducta inapropiada, desinhibición, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, respetar, empoderamiento, facilitación, colaboración, incluir, integrar, diversión	Evitar, desautorizar
10	Agitación, agresividad verbal, alteración, demanda continuada, negativa a cuidados, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación, incluir, diversión	-
11	Agitación, agresividad verbal, agresividad física, alteración, demanda continuada, negativa a cuidados	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, aceptar, celebración, reconocimiento, empoderamiento, facilitación, integrar, diversión	Ritmo inadecuado
12	Agitación, alteración	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, validación, empoderamiento, facilitación, diversión	Interrupción
13	Agitación, alteración, demanda continuada, tristeza	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, validación, empoderamiento,	-

		facilitación	
14	Agresividad verbal, agresividad física, alteración, demanda continuada, fugas, negativa a cuidados, tristeza	Calidez, ritmo adecuado, aceptar, celebración, empoderamiento, facilitación, integrar, diversión	-

Tabla 16. Trastornos de comportamiento presentes en cada usuario perteneciente a la muestra. Detractores y potenciadores.

Se ha observado que es una práctica habitual de los profesionales el uso de potenciadores, incluso de forma preventiva sin que hayan aparecido trastornos concretos (ver Tablas 17 y 18 y gráfico 4). Es previsible que en ausencia de estos potenciadores la frecuencia de aparición de trastornos del comportamiento sería sensiblemente mayor.

USUARIO	HORARIO	POTENCIADORES
1	Aseo	Empoderamiento
2	-	-
3	Aseo	Apoyar, ritmo adecuado
	Desayuno	Empoderamiento
	Grupo mañana	Ritmo adecuado
	Siesta	Apoyar
	Grupo tarde	Calidez
4	Desayuno	Empoderamiento
5	Comida	Empoderamiento
6	Grupo mañana	Calidez, apoyar, integrar
	Mañana 12hrs	Facilitación
	Merienda	Validación
	Grupo tarde	Calidez, apoyar
7	-	-
8	Comida	Apoyar
9	Comida	Facilitación, integrar

10	Desayuno	Empoderamiento
	Comida	Calidez, apoyar
11	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado
	Siesta	Empoderamiento
	Grupo tarde	Calidez, apoyar
	Cama	Apoyar
12	-	-
13	Grupo tarde	Calidez
14	Aseo	Incluir
	Siesta	Apoyar
	Cama	Apoyar, facilitación

Tabla 17. Potenciadores registrados por observadores participantes en distintos momentos del día.

USUARIO	HORARIO	POTENCIADORES
1	Aseo	Empoderamiento
	Desayuno	Calidez, empoderamiento, facilitación
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado
	Grupo mañana	Ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 12hrs	Calidez, apoyo, empoderamiento, diversión
	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Merienda	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Tarde 18hrs	Empoderamiento, facilitación
	Cena	Empoderamiento
	Cama	Aceptación
2	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, respetar, empoderamiento
	Desayuno	Ritmo adecuado, reconocimiento
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, empoderamiento, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado
	Comida	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Siesta	Calidez, apoyo, ritmo adecuado
	Merienda	Calidez, empoderamiento
	Cena	Calidez, capacitación, apoyo
	Cama	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación
3	Aseo	Calidez, apoyar, ritmo adecuado
	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, diversión

	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado
	Comida	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación
	Siesta	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación
	Merienda	Calidez, apoyar, empoderamiento, facilitación, incluir
	Grupo tarde	Calidez, facilitación, diversión
	Tarde 18hrs	Calidez, facilitación
	Cena	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Cama	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
4	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 12hrs	Calidez, empoderamiento, facilitación
	Comida	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, empoderamiento
	Merienda	Empoderamiento, facilitación
	Grupo tarde	Calidez, facilitación, diversión
	Tarde 18hrs	Calidez, apoyar, facilitación
	Cena	Apoyar, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Cama	Apoyar, facilitación
5	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, diversión
	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Mañana 10hrs	Calidez, diversión
	Grupo mañana	Calidez, facilitación
	Mañana 12hrs	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Siesta	Empoderamiento
	Merienda	Empoderamiento, facilitación, reconocimiento, identificación
	Grupo tarde	Calidez
	Tarde 18hrs	Calidez, facilitación
	Cena	Empoderamiento, facilitación
Cama	Calidez, ritmo adecuado, reconocimiento, facilitación	
6	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento
	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, empoderamiento, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Comida	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, empoderamiento
	Siesta	Calidez, celebración empoderamiento, facilitación, diversión
	Merienda	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación, diversión

	Grupo tarde	Calidez, empoderamiento, facilitación, incluir, diversión
	Tarde 18hrs	Calidez, ritmo adecuado, diversión
	Cena	Empoderamiento, facilitación, diversión
	Cama	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación
7	Aseo	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, empoderamiento
	Desayuno	Empoderamiento
	Mañana 10hrs	Facilitación
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 12hrs	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Siesta	Calidez, facilitación
	Merienda	Calidez, apoyar, aceptar, empoderamiento, facilitación
	Tarde 18hrs	Aceptar, facilitación
	Cena	Empoderamiento, facilitación
	Cama	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
8	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento
	Desayuno	Empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, facilitación, diversión
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, incluir, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, autenticidad, empoderamiento, facilitación, colaboración
	Comida	Calidez, reconocimiento, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, diversión
	Merienda	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, incluir
	Grupo tarde	Calidez, aceptar, facilitación, incluir, diversión
	Tarde 18hrs	Reconocimiento, empoderamiento, facilitación, diversión
	Cena	Empoderamiento, facilitación
Cama	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación	
9	Aseo	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Ritmo adecuado, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, incluir, integrar, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado, facilitación, colaboración
	Comida	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, ritmo adecuado, respetar, facilitación
	Merienda	Calidez, apoyar, empoderamiento, facilitación, diversión
	Grupo tarde	Calidez, apoyar
	Cena	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Cama	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
10	Aseo	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento

	Desayuno	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, incluir, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado, facilitación diversión
	Comida	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Merienda	Apoyar, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Tarde 18hrs	Facilitación, diversión
	Cena	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Cama	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
11	Aseo	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento, facilitación
	Desayuno	Ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, facilitación
	Grupo mañana	Calidez, empoderamiento, facilitación, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
	Comida	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación, integrar
	Merienda	Calidez, empoderamiento, facilitación
	Grupo tarde	Calidez, apoyar, aceptar, facilitar
	Tarde 18hrs	Calidez, reconocimiento, empoderamiento, facilitación
	Cena	Empoderamiento, facilitación
	Cama	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación
12	Aseo	Apoyar, ritmo adecuado, celebración, validación, empoderamiento
	Desayuno	Apoyar, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
	Grupo mañana	Ritmo adecuado, empoderamiento
	Mañana 12hrs	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación, diversión
	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Siesta	Calidez, empoderamiento
	Merienda	Empoderamiento, facilitación, diversión
	Grupo tarde	Diversión
	Tarde 18hrs	Empoderamiento, diversión
	Cena	Empoderamiento, facilitación
	Cama	Calidez, ritmo adecuado, facilitación
13	Aseo	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, celebración, empoderamiento
	Desayuno	Empoderamiento
	Mañana 10hrs	Calidez, ritmo adecuado
	Grupo mañana	Calidez
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado

	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento
	Siesta	Validación
	Merienda	Calidez, empoderamiento
	Tarde 18hrs	Empoderamiento
	Cena	Ritmo adecuado, empoderamiento
	Cama	Calidez, apoyar, ritmo adecuado, facilitación
14	Aseo	Calidez, ritmo adecuado
	Desayuno	Ritmo adecuado, celebración, empoderamiento
	Mañana 10hrs	Empoderamiento, diversión
	Grupo mañana	Calidez, celebración, empoderamiento, facilitación, diversión
	Mañana 12hrs	Calidez, ritmo adecuado, aceptar
	Comida	Ritmo adecuado, empoderamiento, diversión
	Siesta	Calidez, ritmo adecuado, facilitación, integrar, diversión
	Merienda	Calidez, empoderamiento, diversión
	Grupo tarde	Calidez, integrar, diversión
	Tarde 18hrs	Celebración, empoderamiento, facilitación, diversión
	Cena	Calidez, ritmo adecuado, empoderamiento, facilitación
	Cama	Aceptar

Tabla 18. Potenciadores registrados por observadores no participantes en distintos momentos del día.

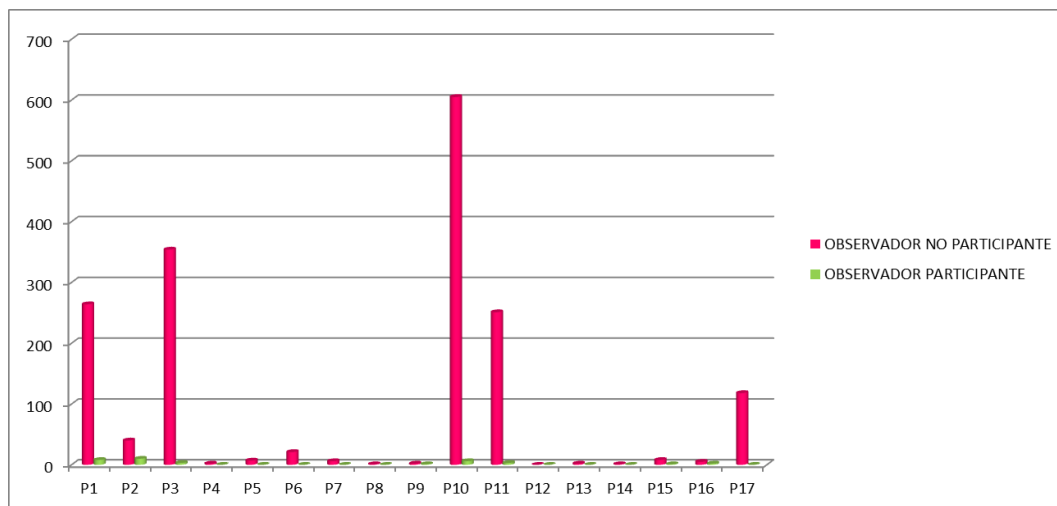


Gráfico 4. Comparativa de potenciadores registrados por el observador no participante vs el observador participante (P1= calidez, P2= apoyar, P3= ritmo adecuado, P4= respetar, P5= aceptar, P6= celebración, P7= reconocimiento, P8= autenticidad, P9= validación, P10= empoderamiento, P11= facilitación, P12= capacitar, P13= colaboración, P14= identificar, P15= incluir, P16= integrar, P17= diversión).

Tal y como se muestra en el gráfico los observadores participantes apenas identifican el gran número de potenciadores que ellos mismos generan a lo largo del día. Esto es indicativo de la medida en la que los profesionales usan potenciadores de una manera inconsciente, ya que

entienden que son conductas propias de su puesto de trabajo y las atribuyen al sentido común.

Aunque tratan de evitarse, en la medida de lo posible, aparecen detractores que favorecen la aparición de trastornos del comportamiento (Gráfico 5).

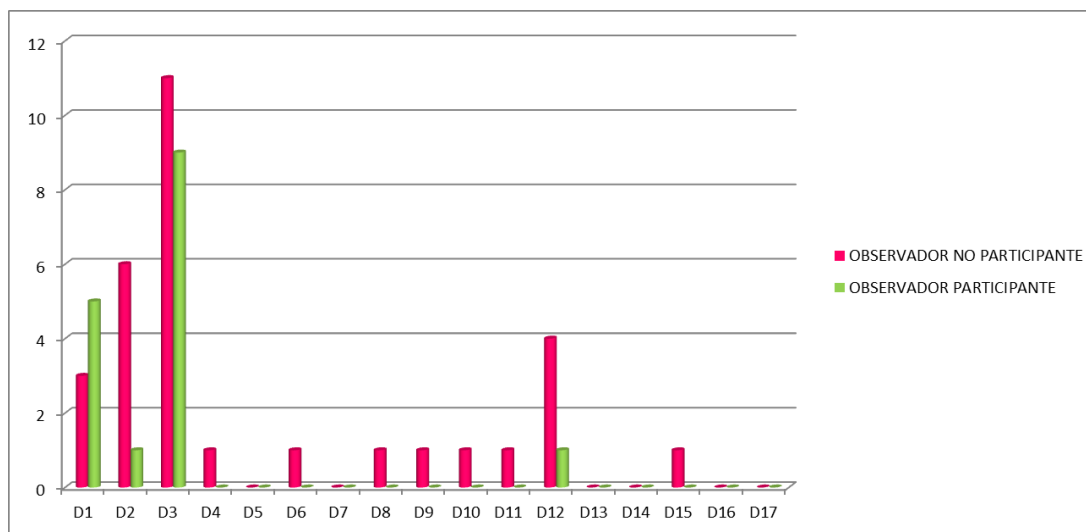


Gráfico 5. Comparativa de detractores registrados por el observador no participante vs observador participante. D1= intimidación, D2= evitar, D3= ritmo inadecuado, D4= infantilización, D5= etiquetar, D6= desautorizar, D7= acusación, D8= manipulación, D9= invalidación, D10= desempoderamiento, D11= imposición, D12= interrupción, D13= cosificación, D14= estigmatización, D15= ignorar, D16= excluir, D17= burla).

Los detractores que han aparecido con mayor frecuencia han sido: ritmo inadecuado, evitar, interrupción e intimidación. Se ha ido trabajando con los auxiliares semanalmente en la corrección de este tipo de conductas hacia los residentes.

Los detractores y potenciadores pueden ser también ocasionados por otros residentes (25% de ellos, aproximadamente), además del personal de atención directa. Se tendrá en cuenta a la hora de recoger la información y también como consideración en las conclusiones del estudio.

Los trastornos del comportamiento que se producen en la muestra, al tener un perfil psicogeriátrico, tienen un carácter muy disruptivo. La aparición de este tipo de trastornos supone un alto impacto emocional en los profesionales, por lo que la prevención de su aparición mediante potenciadores puede tener un impacto positivo en su “grado de quemado”. Es por esto que aunque el uso de potenciadores puede suponer una tarea añadida

al puesto con el desgaste psicológico que ello conlleva, se estima que el impacto global es positivo sobre el puesto de trabajo.

Mediante la observación se han podido identificar además estrategias concretas empleadas por los profesionales que resultan efectivas y que se utilizan de hecho con base en la literatura científica sobre modificación de conducta, buen trato al usuario, y en la práctica asistencial para reconducir trastornos. Se exponen a continuación algunos ejemplos:

- **Usuario 5:** dentro de las estrategias identificadas para evitar diversos trastornos de comportamiento está la calidez por parte del personal de atención directa cuando se necesita invitarlo a comer y/o a realizarle la higiene; en caso de que se niegue, es mejor dejarle tranquilo y volver un tiempo después.
- **Usuario 11:** es un usuario con repetidos episodios de demanda continuada, alteración y agitación, con el cual es recomendable demostrarle que se está preocupado por su situación y por lo que le sucede, sin evitarle –ya que se ha observado que este tipo de conducta por parte del personal de atención directa, hace que haya una mayor presencia de episodios de agitación-.
- **Usuario 14:** se han identificado estrategias diversas como servirle el desayuno, la comida y la cena y, la medicación correspondiente, antes que al resto, ya que esto evita que se altere y altere al resto de usuarios. Presenta diversos episodios de ‘negativa a cuidados’ en el aseo; en cuanto a la forma de abordaje, se ha probado realizarle el aseo en diversas horas del día y se ha comprobado que la mejor hora para realizarle el aseo es después de la siesta, preferentemente siendo realizado por mujeres.

EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO (NPI-NH E IAACM)

Se procedió a la evaluación de los trastornos de comportamiento por medio del NPI-NH en diversos momentos del estudio. Se realizó una valoración inicial, estableciendo así una línea base de 48 puntos de media, para la Frecuencia por Severidad y, de 23 puntos de media para el Trastorno. Se ha observado, a lo largo del estudio, que los trastornos de comportamiento, tanto la Frecuencia por Severidad, como el Trastorno, han disminuido (ver tabla 19 y gráfico 6).

	F	S	FS	T
INICIAL	18	16	48	23
SEMANA 1	13	10	31	15
SEMANA 2	12	9,9	30	14
SEMANA 3	11	9,5	27	13

Tabla 19. NPI-NH. Puntuaciones medias. F= frecuencia, S= severidad, FS= Frecuencia por Severidad, T= Trastorno

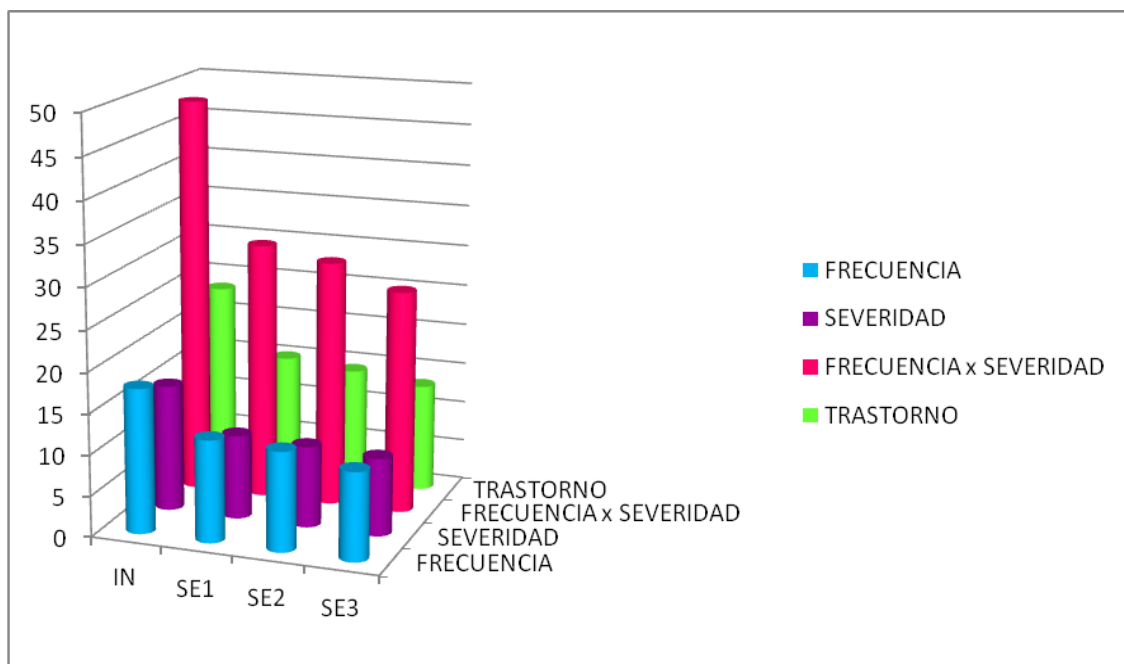


Gráfico 6. NPI-NH. Comparativa de la línea base con las semanas que duró la intervención. IN= inicio-línea base, SE1= semana 1, SE2= semana 2, SE3= semana 3.

Se procedió a la evaluación de las conductas agitadas por medio del IAACM, en diversos momentos del estudio. Se realizó una valoración inicial, estableciendo así una línea base de 75,6 puntos de media de conductas agitadas. Se ha observado, a lo largo del estudio, que las conductas agitadas han disminuido (ver tabla 19 y gráfico 7).

INICIO	75,6
SEMANA 1	68,4
SEMANA 2	65,4
SEMANA 3	64,9

Tabla 19. IAACM. Puntuaciones medias obtenidas mediante el IAACM, sobre conductas agitadas.

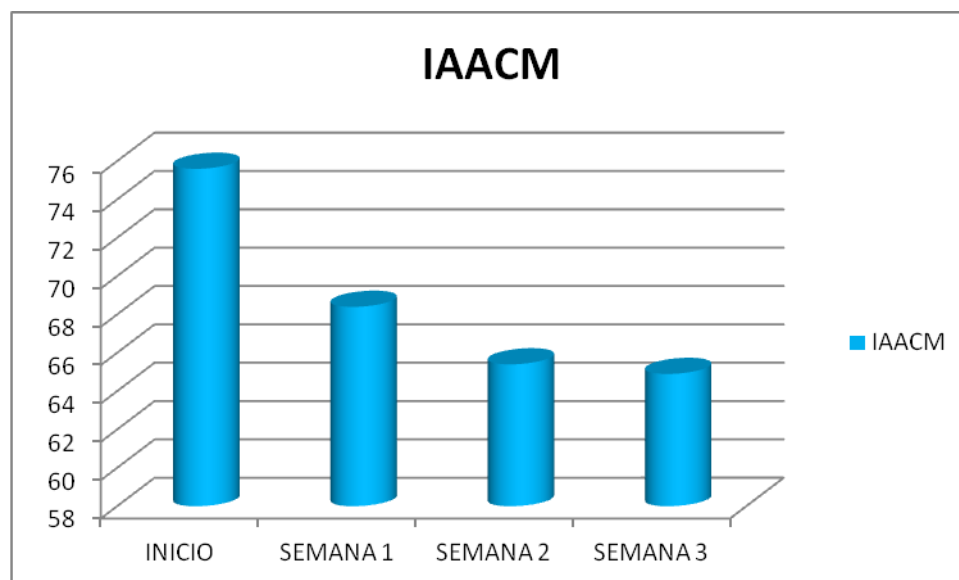


Gráfico 7. IAACM. Comparativa de puntuaciones medias obtenidas mediante el IAACM, sobre conductas agitadas.

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (QUALID)

En cuanto a la Calidad de vida, se estableció una puntuación media de 37 puntos (como línea base). Al finalizar la intervención, se hizo una revaloración y se obtuvo una

puntuación media de 33 puntos, lo cual se traduce en una mejora de la calidad de vida de la muestra (ver tabla 20 y gráfico 8).

Conductas observadas	PRE- INTERV.	POST- INTERV.
Sonrisas	3,2	2,9
Tristeza	4,1	3,9
Llanto	2,2	2,1
Incomodidad por dolor	3,9	2,8
Incomodidad por posición	2,9	2,7
Verbalización de incomodidad	3,2	2,8
Irritabilidad- agresividad	3,9	3,6
Disfruta comiendo	2,4	2
Disfruta el contacto físico propio-ajeno	3,4	3,4
Disfruta interacciones	3,8	3,1
Tranquilidad- comodidad	3,7	3,6
TOTAL	37	33

Tabla 20. QUALID. Calidad de vida. Puntuaciones medias por dimensión y totales.

La única conducta en la que no ha habido una variación ha sido la de “Disfruta el contacto físico propio o ajeno”, mientras que en el resto se ha experimentado una mejora.



Gráfico 8. QUALID. Calidad de vida. Comparativa de puntuaciones medias pre intervención y post intervención. SO= Sonrisas, TR= Tristeza Aparente, LL= Llanto, FA= Expresión Facial de Incomodidad, FI= Físicamente Incómodo, SM= Sonidos de Malestar, AG= Agresividad-Irritabilidad, CO= Comer, TP= Tocar a Otras Personas, IP= Interacción con Otras Personas, ET= Emocionalmente Tranquilo.

Las variaciones de las puntuaciones presentadas por la muestras no son enteramente atribuibles al Análisis observacional, ya que durante el periodo de estudio ha habido diversos factores (cambios de medicación, infecciones, dolor, ...) que han podido influir también en el comportamiento de los sujetos. En cuanto a los cambios de medicación, se ha revisado, junto con el médico del Centro, a cuántos usuarios se les ha cambiado la medicación, concluyéndose que únicamente a 2 usuarios se les ha cambiado la medicación que podría influir en el comportamiento, observándose que solamente a uno de los dos le ha afectado en la conducta, ya que han desaparecido diversos trastornos de comportamiento pero ha permanecido la irritabilidad.

Indicadores

-Número de otros trastornos del comportamiento registrados al mes PRE Y POST (NPI-NH)
(Tabla 21):

	F	S	FS	T
INICIAL	18	16	48	23
SEMANA 3	11	9,5	27	13

Tabla 21. Indicador 1. NPI-NH

-Número de incidencias de agitación registradas al mes PRE Y POST (IAACM) (Tabla 22):

INICIO	75,6
SEMANA 3	64,9

Tabla 22. Indicador 2. IAACM

-Índice de Calidad de vida de los residentes con demencia (QUALID), al inicio (37 puntos) y final del proyecto (33 puntos).

-Nº de potenciadores y detractores identificados (Tabla 23):

No participante	Trastornos de comportamiento	481
	Potenciadores	1687
	Detractores	31
Participante	Trastornos de comportamiento	89
	Potenciadores	34
	Detractores	16

Tabla 23. Indicador 3. Trastornos de comportamiento, potenciadores, detractores.

Se ha observado un efecto de la propia acción de observar sobre el comportamiento de los miembros de la muestra. Particularmente esto sucede cuando el observador es una persona

conocida de los residentes, ya que su aparición en la sala provoca demandas de atención y algunas reacciones emocionales.

Por otro lado es importante destacar las diferencias entre observadores participantes y no participantes. Ha sido mucho más exhaustivo el registro por parte de los observadores no participantes. Esto se atribuye por un lado a la mayor especialización (por tener formación de psicólogo) de los observadores no participantes, frente a la de los participantes (auxiliares con formación en Análisis observacional). En este sentido los observadores no participantes detectaban mayor número de trastornos, mientras que los participantes observaban principalmente los trastornos más disruptivos. Además, los observadores participantes presentan una mayor tendencia a interpretar todos los trastornos como Agitación en general.

5. CONCLUSIONES

El principal reto a la hora de diseñar y programar la aplicación del Análisis Observacional en el Centro ha sido el dotar a los cuidadores de las competencias y conocimientos necesarios para realizar el análisis observacional con los residentes. Dicho análisis requiere de una observación exhaustiva de la persona, y que los profesionales anoten de manera detallada todas las reacciones del individuo y las circunstancias en las que se producen. Es importante para el éxito del proyecto, no sólo la formación sobre el método de Análisis observacional, sino también la implicación activa de las personas que van a aplicarlo. Es por esta razón que la formación incluye también el análisis de casos prácticos, de manera que los cuidadores puedan ver ejemplos concretos de las mejoras que se pueden obtener en la atención a las personas, en particular a aquellas que registran una mayor incidencia de agitación y trastornos del comportamiento.

Las diferencias registradas en la observación participante y no participante hacen necesario hacer hincapié en dar una formación más intensiva y de mayor duración a los auxiliares, incidiendo de manera especial en las pruebas de interjuez a realizar con ellos (siendo más necesario con ellos que con los psicólogos por su perfil profesional). Es necesario además considerar la dificultad inherente a compaginar el registro de lo observado con las tareas propias del puesto.

Se ha comprobado también la importancia para el personal de recibir formación sobre trastornos del comportamiento ilustrándolo con vídeos y ejemplos prácticos, así como sobre potenciadores y detractores vinculados a ellos. Se propondrá incluir estos contenidos en la formación que reciben al ingreso los profesionales del Centro para fomentar que el personal sea consciente en todo momento del efecto que sus conductas tienen sobre los residentes.

De manera complementaria, se tendrá en cuenta la información de Historia de vida de la que se dispone en cada caso para que sirva de marco interpretativo de las conductas y reacciones

observadas en la persona. Asimismo, la información extraída del Análisis observacional se empleará para orientar la atención a cada persona en el marco de las distintas intervenciones planteadas desde el Modelo de Atención Centrada en la Persona.

Se ha valorado también la opción de simplificar el listado de potenciadores y detractores para hacer más sencilla su identificación por parte de los auxiliares. Sin embargo, finalmente se ha descartado esta opción porque supone una pérdida de concreción de la herramienta y se ha optado en su lugar por reforzar la formación del personal en la identificación de trastornos.

Por último, se propone como posible desarrollo del presente estudio realizar un análisis observacional con una población sin perfil psicogeriátrico. Se estima que en dicho estudio podrían identificarse ciertos trastornos de comportamiento menos disruptivos, lo que permitiría comprobar la eficacia de la herramienta con cualquier perfil de persona con deterioro cognitivo.

6. BIBLIOGRAFÍA

Palabras clave: agitación, análisis observacional, atención centrada en la persona, calidad de vida, comportamiento, demencia, deterioro cognitivo leve, Dementia Care Mapping (DCM), estrategias de comunicación, Inventario de Agitación del Anciano Cohen-Mansfield (IAACM), método Kitwood, Neuropsychiatric Inventory Nursing Home versión (NPI-NH), Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID), síntomas neuropsiquiátricos.

Bases de datos: PubMed (US National Library of Medicine. National Institutes of Health), Biblioteca Portal Mayores.

Resultados Bibliografía:

Allen, RS; Burgio, LD; Fisher, SE; Hardin, JM & Shuster, JL (2005). Behavioral characteristics of agitated nursing home residents with dementia at the end of life. Gerontologist; 45 (5): 661-666.

Arias, FG (1999). El proyecto de investigación. Guía para su elaboración. Editorial Episteme, Oriol Ediciones. 3ª edición. Caracas, Venezuela.

Bidzan L; Pachalska, M; Bidzan, M (2007) en Sánchez-Rodríguez, JL; Torrellas-Morales, C (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. Revista de Neurología; 52 (5): 300-305.

Boada, M; Tarrasa, L; Modinos, G; López, OL; Cummings, JL (2005). Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH): validación española. Neurología; 20 (10): 665-673.

Brooker, D. & Surr, C (2010). Dementia Care Mapping. Principios y práctica. Alzheimer Catalunya. Barcelona.

Cervilla, JA; Rodríguez-Cano, T; Gurpegui, M (1995) Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. Anales de Psiquiatría; 11 (1): 5-6.

Cervilla, J; Rodríguez, A; Hoyos, G; Minués, L & González, E (2002). Agitación y deterioro cognitivo usando la versión española del Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield. *Psiquiatría.com*; 6 (5).

Chenoweth, L; King, MT; Yun-Hee, J; Brodaty, H; Stein-Parbuy, J; Norman, R; Haas, M & Luscombe, G (2009). Caring for Aged-Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*; 8: 317-325.

Cummings, JL et al (1994) The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology*; 44:2308-2314. Tomado de Leturia, FJ et al (2001). La valoración de las personas mayores: valorar para conocer, conocer para intervenir. *Manual práctico*. Cáritas Española Editores, Matia Fundazioa.

Duaso-Magaña, E et al (2009). ¿Qué hacer y qué no hacer a lo largo del proceso demencial? Diálogo y ayuda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 44 (S2): 15-21.

Gómez-Gallego et al (2011). Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*. doi:10.1016/j.nrl.2011.03.006

Guisset-Martínez, MJ (2008). Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Guía de orientación práctica profesional. Boletín 34. IMSERSO. Madrid.

Leonard, R; Tinetti, ME; Allore, HG & Drickamer, MA (2006) Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Archives of International Medicine*; 166: 1295-1300.

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



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



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

Pillai, JA & Verghese, J (2009). Social networks and their role in preventing dementia. Indian Journal of Psychiatry; 51 (5): 22-28.

Sánchez-Rodríguez, JL; Torrellas-Morales, C (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. Revista de Neurología; 52 (5): 300-305.

Sloane, PD; Brooker, D; Cohen, L; Douglass, C; Edelman, P; Fulton, BR; Jarott, S; Kasayka, R; Kuhn, D; Preisser, JS; Williams, CS & Zimmerman, S (2007). Dementia care mapping as a research tool. International Journal of Geriatric Psychiatry; 22: 580-589.

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

7. ANEXOS

ANEXO 1. INVENTARIO DE AGITACIÓN DEL ANCIANO DE COHEN-MANSFIELD (IAACM)

Introducción: Puntúe los comportamientos tal y como hayan ocurrido durante su turno o a lo largo de las últimas dos semanas, basándose en la siguiente escala de comportamientos agitados:

1	Nunca
2	Menos de una vez por semana
3	Una o dos veces por semana
4	Varias veces por semana
5	Una o dos veces al día
6	Varias veces al día
7	Varias veces por hora
8	Ocurriría en caso de no prevenirlo (por ejemplo, deambularía sin propósito de no ser contenido)
9	No valorable (por ejemplo, no puede deambular porque no tiene capacidad para ello o no puede mover la silla de ruedas)

- Si el comportamiento es contenido durante parte del tiempo, estime con qué frecuencia ocurriría de no contenerse.
- No tenga en cuenta conductas inusuales que pueden ser claramente comprensibles por la situación.

1. Deambulaci3n y marcha sin prop3sito	
2. Vestirse y desvestirse de forma inapropiada	
3. Escupir (incluyendo cuando est1 comiendo)	
4. Decir tacos o agresividad verbal	
5. Petici3n constante de atenci3n o ayuda injustificadamente	
6. Repetic3n de frases y preguntas	
7. Golpear (incluso a s3 mismo)	
8. Pegar patadas	
9. Agarrar a personas o a cosas de forma inapropiada	
10. Empujar	
11. Tirar cosas	
12. Hacer ruidos extra1os	
13. Gritar	
14. Morder	
15. Ara1ar	
16. Intentar irse a otro sitio	
17. Tirarse al suelo intencionadamente	
18. Quejarse	
19. Negativismo	
20. Comer o beber sustancias inadecuadas	
21. Hacerse da1o a uno mismo o a otros	
22. Hacer cosas inapropiadas	
23. Esconder cosas	
24. Almacenar cosas	
25. Romper o destrozar cosas	
26. Realizar manierismos de repetic3n	

27. Hacer proposiciones sexuales verbalmente	
28. Hacer proposiciones sexuales físicamente o mostrar genitales	
29. Agitación general	
30. Hacer movimientos raros o muecas	



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



Frecuencia (F): 0= no presente; 1= ocasionalmente; 2= a menudo; 3= frecuentemente; 4= muy frecuentemente.

Severidad (S): 1= leve; 2= moderada; 3= grave

Trastorno ¿cuánto le parece que perturba ocupacionalmente este comportamiento? 0= nada; 1= mínimamente; 2= ligeramente; 3= moderadamente; 4= severamente; 5= muy severamente o extremadamente.

ANEXO 3. QUALID

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN DEMENCIA AVANZADA (CAVIDA-QUALID)

La escala CAVIDA es administrada en un formato de entrevista a un informante siguiendo las siguientes instrucciones:

- El 'informante' (cuidador principal) debe ser un miembro de la familia o un cuidador profesional perteneciente al centro en el que se encuentra ingresada la persona quien, regularmente, mantiene un contacto constante con la familia de la persona a evaluar.
- Los informantes deberán haber estado mínimo 3 de los últimos 7 días con la persona a evaluar; asimismo, deberán conocer cercanamente a la persona. Esto es debido a que ciertos ítems se corresponden a este periodo temporal.
- La escala se califica sumando las respuestas.
- Los rangos de puntuación fluctúan de 11 a 55, siendo 11 la mayor calidad de vida de la persona.
- Los ítems finales requieren que el entrevistador emita un juicio sobre la veracidad de la entrevista.
- Esto permite proporcionar tanto una valoración de la calidad general de la entrevista, como de la capacidad del informante de comprender los ítems y sus respuestas. Asimismo, el esfuerzo del informante para responder a las preguntas y la cercanía con la persona.
- A los informantes se les entrega una copia en blanco de la escala para que puedan ver los ítems mientras se le leen en voz alta, y se les dan las siguientes instrucciones:

“Quiero realizarle algunas preguntas sobre la calidad de vida de (nombre de la persona a evaluar). Quiero que califique sus comportamientos utilizando las respuestas que se encuentran debajo de las preguntas en esta página (*señale las respuestas en la primera pregunta*). No hay respuestas buenas ni malas, solamente quiero que califique sus comportamientos de acuerdo a lo observado por usted.

Especialmente, quiero saber su comportamiento en la última semana, no como se ha comportado antes. Recuerde que las respuestas deberán reflejar su comportamiento durante los últimos 7 días. Si tiene dudas acerca de lo que significa la pregunta, puede preguntarme. Si tiene dificultad para escoger una respuesta, dé la que le parece es la que se aplica mejor para la situación. Le repito que la observación es acerca de su conducta en los últimos 7 días”.

Qué respuesta describe mejor (nombre de la persona) durante la última semana:

<p>A. Sonrisas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espontáneamente más de una vez al día. 2. Espontáneamente menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 5. Rara vez.
<p>B. Parece triste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
<p>C. Llorar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
<p>D. Expresión facial de incomodidad- parece serio o con dolor: parece asustado, hace muecas, ceño fruncido</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Menos de una vez al día. 3. Mínimo una vez al día. 4. La mitad del día.

	5. Casi todo el día.
E. Parece físicamente incómodo: se retuerce, cambia de posición constantemente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Menos de una vez al día. 3. Mínimo una vez al día. 4. La mitad del día. 5. Casi todo el día.
F. Hace sonidos que muestran un claro descontento, inconformidad, malestar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
G. Está irritable o agresivo (insulta, empuja o intenta agredir al resto de personas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
H. Disfruta comiendo	<ol style="list-style-type: none"> 1. En casi todas las comidas y meriendas. 2. Dos veces al día. 3. Mínimo una vez al día. 4. Menos de una vez al día. 5. Rara vez o nunca
I. Disfruta tocar a las personas/ que le toquen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi siempre, casi siempre inicia él o ella el contacto. 2. Más de la mitad del tiempo; algunas veces él o ella inicia

	<p>el contacto.</p> <p>3. La mitad del tiempo; él o ella nunca inicia el contacto, pero no se resiste al contacto físico.</p> <p>4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo se resiste a tocar o a que le toquen.</p> <p>5. Rara vez o nunca; casi siempre se resiste al contacto.</p>
J. Disfruta interactuar con otras personas	<p>1. Casi siempre, casi siempre inicia él o ella la interacción.</p> <p>2. Más de la mitad del tiempo; algunas veces él o ella inicia la interacción.</p> <p>3. La mitad del tiempo; él o ella nunca inicia el contacto, pero no se resiste a la interacción.</p> <p>4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo se resiste a interactuar con otros.</p> <p>5. Rara vez o nunca; casi siempre se resiste a interactuar con otros.</p>
K. Parece emocionalmente tranquilo y cómodo.	<p>1. La mayor parte del día.</p> <p>2. Más de la mitad del día.</p> <p>3. La mitad del día.</p> <p>4. Menos de la mitad del día.</p> <p>5. rara vez o nunca.</p>

Puntuación total: _____

Calidad del informador (juicio del evaluador)	<p>0. La entrevista parece válida.</p> <p>1. Algunas dudas sobre la entrevista, pero probablemente aceptable.</p> <p>2. La información obtenida es muy dudosa.</p>
Conocimiento/familiaridad del cuidador con respecto a la persona	<p>0. Muy familiarizado, proporciona cuidados diarios.</p> <p>1. Medianamente familiarizado, proporciona cuidados a menudo.</p> <p>2. No familiarizado, proporciona cuidados</p>

	mínimos.
--	----------

Weiner, MF; Martin-Cook, K; Svetlik, DA; Saine, K; Foster, B & Fontaine, C (2005) The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assn*, 2000; 1: 114-116.

Qué respuesta describe mejor (nombre de la persona) durante la última semana:

A. Sonrisas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espontáneamente más de una vez al día. 2. Espontáneamente menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 5. Rara vez.
B. Parece triste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
C. Llorar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.

<p>D. Expresión facial de incomodidad- parece serio o con dolor: parece asustado, hace muecas, ceño fruncido</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Menos de una vez al día. 3. Mínimo una vez al día. 4. La mitad del día. 5. Casi todo el día.
<p>E. Parece físicamente incómodo: se retuerce, cambia de posición constantemente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Menos de una vez al día. 3. Mínimo una vez al día. 4. La mitad del día. 5. Casi todo el día.
<p>F. Hace sonidos que muestran un claro descontento, inconformidad, malestar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
<p>G. Está irritable o agresivo (insulta, empuja o intenta agredir al resto de personas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rara vez o nunca. 2. Solo como respuesta a un estímulo externo; menos de una vez al día. 3. Solo como respuesta a un estímulo externo; mínimo una vez al día. 4. Sin razón aparente menos de una vez al día. 5. Sin razón aparente más de una vez al día.
<p>H. Disfruta comiendo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En casi todas las comidas y meriendas. 2. Dos veces al día. 3. Mínimo una vez al día.

	<p>4. Menos de una vez al día.</p> <p>5. Rara vez o nunca</p>
I. Disfruta tocar a las personas/ que le toquen	<p>1. Casi siempre, casi siempre inicia él o ella el contacto.</p> <p>2. Más de la mitad del tiempo; algunas veces él o ella inicia el contacto.</p> <p>3. La mitad del tiempo; él o ella nunca inicia el contacto, pero no se resiste al contacto físico.</p> <p>4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo se resiste a tocar o a que le toquen.</p> <p>5. Rara vez o nunca; casi siempre se resiste al contacto.</p>
J. Disfruta interactuar con otras personas	<p>1. Casi siempre, casi siempre inicia él o ella la interacción.</p> <p>2. Más de la mitad del tiempo; algunas veces él o ella inicia la interacción.</p> <p>3. La mitad del tiempo; él o ella nunca inicia el contacto, pero no se resiste a la interacción.</p> <p>4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo se resiste a interactuar con otros.</p> <p>5. Rara vez o nunca; casi siempre se resiste a interactuar con otros.</p>
K. Parece emocionalmente tranquilo y cómodo.	<p>1. La mayor parte del día.</p> <p>2. Más de la mitad del día.</p> <p>3. La mitad del día.</p> <p>4. Menos de la mitad del día.</p> <p>5. rara vez o nunca.</p>

ANEXO 5. FORMATO DE REGISTRO DE OBSERVADOR NO PARTICIPANTE

M	ASEO				
fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA		
R1					
R2					
R3					
R4					
R5					
R6					
R7					
R8					
R9					
R10					
R11					
R12					
R13					
R14					
OBSERVACIONES					
OBSERVADOR					

M	DESAYUNO									
	minutos	0-20			20-40			40-60		
segundos	fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA
0 a 30	R1									
31 a 60	R2									
61 a 90	R3									
91 a 120	R4									
121 a 150	R5									
151 a 180	R6									
181 a 210	R7									
211 a 240	R8									
241 a 270	R9									
271 a 300	R10									
301 a 330	R11									
331 a 360	R12									
361 a 390	R13									
391 a 420	R14									
	OBSERVACIONES									
	OBSERVADOR									

M	M10									
	minutos	0-20			20-40			40-60		
segundos	fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA
0 a 30	R1									
31 a 60	R2									
61 a 90	R3									
91 a 120	R4									
121 a 150	R5									
151 a 180	R6									
181 a 210	R7									
211 a 240	R8									
241 a 270	R9									
271 a 300	R10									
301 a 330	R11									
331 a 360	R12									
361 a 390	R13									
391 a 420	R14									
	OBSERVACIONES									
	OBSERVADOR									

M	M11									
	minutos	0-20			20-40			40-60		
segundos	fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA
0 a 30	R1									
31 a 60	R2									
61 a 90	R3									
91 a 120	R4									
121 a 150	R5									
151 a 180	R6									
181 a 210	R7									
211 a 240	R8									
241 a 270	R9									
271 a 300	R10									
301 a 330	R11									
331 a 360	R12									
361 a 390	R13									
391 a 420	R14									
	OBSERVACIONES									
	OBSERVADOR									

M	SIESTA									
	minutos	0-20			20-40			40-60		
segundos	fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA
0 a 30	R1									
31 a 60	R2									
61 a 90	R3									
91 a 120	R4									
121 a 150	R5									
151 a 180	R6									
181 a 210	R7									
211 a 240	R8									
241 a 270	R9									
271 a 300	R10									
301 a 330	R11									
331 a 360	R12									
361 a 390	R13									
391 a 420	R14									
	OBSERVACIONES									
	OBSERVADOR									

T	CENA									
	minutos	0-20			20-40			40-60		
segundos	fecha	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA	TS CONDUCTA	AFECTA	FACILITA
0 a 30	R1									
31 a 60	R2									
61 a 90	R3									
91 a 120	R4									
121 a 150	R5									
151 a 180	R6									
181 a 210	R7									
211 a 240	R8									
241 a 270	R9									
271 a 300	R10									
301 a 330	R11									
331 a 360	R12									
361 a 390	R13									
391 a 420	R14									
OBSERVACIONES										
OBSERVADOR										

ANEXO 6. MANUAL DE CONSULTA

MANUAL DE CONSULTA PARA LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS OBSERVACIONAL

1. INTRODUCCIÓN

Ya que el comprender lo que siente y piensa una persona con demencia no es fácil, el Dementia Care Mapping fue concebido como una aproximación para los profesionales para realizar esto (Brooker y Surr, 2010). Desarrollado a partir de las ideas de Tom Kitwood, es un grupo de herramientas observacionales así como un proceso empleado en recursos de atención a las demencias en el Reino Unido (hospitales, residencias y centros de día), asimismo es un instrumento que promueve la práctica de la atención centrada en la persona; el cual se basa en la observación exhaustiva en tiempo real durante varias horas de las personas con demencia que viven en centros residenciales (Brooker y Surr, 2010).

En un principio, al iniciar el diseño de este proyecto, se pensó en utilizar el ‘mapeo’ mediante el Dementia Care Mapping (DCM); sin embargo, conforme se realizaba y consultaba el estado del arte, se observó que, pese a su efectividad, nos plantea una ‘foto estática’ de lo que le sucede a la persona en el momento en el que se realiza el mapeo y, lo que se busca en este proyecto, es que esa foto sea ‘dinámica’. Dentro del ‘dinamismo’ de la situación, se busca que, a medida que evoluciona la persona, en su día a día, el personal de atención directa sea capaz de amoldarse a los nuevos requerimientos del usuario y, no sea el usuario el que se amolde a los requerimientos del Centro. Por eso mismo, en el marco de este proyecto se ha diseñado una herramienta propia basada en la metodología del DCM pero mejorada, incorporando un diseño acorde a las expectativas de atención del Centro para con el usuario.

Asimismo, la herramienta propuesta es personalizable; es decir, no es rígida en cuanto a las soluciones que ofrece, sino que es moldeable para cada caso en particular. En promedio, un mapeador ‘experto’ en el DCM puede llegar a monitorear hasta 5 personas durante 6 horas por día. Por lo tanto, se ha considerado el replanteamiento de este proyecto buscando dar respuesta mediante el análisis observacional a esa necesidad de comprender mejor al usuario que atiende el personal de atención directa, tomando en cuenta sus expectativas, deseos e

historia de vida para mejorar la calidad de la atención, evitando una despersonalización de las personas con demencia y, logrando así una atención centrada en la persona; incluso si han perdido la capacidad de expresión mediante el lenguaje verbal.

Para poder realizar una adecuada observación, es necesario identificar conductas que se realizan en la mayoría de centros especializados de atención a las personas mayores. Este tipo de conductas, recibe el nombre de “detractores” (Brooker y Surr, 2010), son actitudes que menoscaban y debilitan a la persona (tabla 1); se encuentran arraigadas en el comportamiento del personal de atención directa, aunque, cabe mencionar, no se realizan con malas intenciones (intimidación, ritmo inadecuado, infantilización, etc.). El identificar los episodios de detractores, nos sirve para poder cambiar estas conductas por episodios de ‘potenciadores’ (tabla 2); los cuales, al contrario que los primeros que debilitan a la persona, “fomentan la conservación de la persona y cuyo requisito principal sea una total disponibilidad, física y psicológica, de los cuidadores de las personas con demencia” (Brooker y Surr, 2010). Estos episodios, ofrecen una forma alternativa de trabajar, lo cual no quiere decir que sean lo contrario de los episodios de Psicología Social Maligna (calidez, ritmo adecuado, respeto, etc.).

INDICADOR	DEFINICIÓN
INTIMIDACIÓN	Hacer que un participante se sienta asustado o temeroso utilizando amenazas verbales o la fuerza física.
EVITAR	Negarse a prestar atención que se reclama o a satisfacer una evidente necesidad de contacto.
RITMO INADECUADO	Proporcionar información y presentar las opciones a un ritmo demasiado rápido para que un participante lo entienda.
INFANTILIZACIÓN	Tratar a un participante de un modo paternalista, como si fuera un niño pequeño.
ETIQUETAR	Utilizar una etiqueta como principal modo de describir o relacionarse con un participante.
DESAUTORIZAR	Decirle a un participante que es incompetente, inútil, sin valor alguno o incapaz.
ACUSACIÓN	Culpar a un participante por cosas que ha hecho o no ha podido hacer.
MANIPULACIÓN	Utilizar artimañas o engaños para distraer o manipular a un participante para que haga o deje de hacer algo.
INVALIDACIÓN	No reconocer la realidad de un participante en una situación concreta.
DESEMPODERAMIENTO	No permitir a los participantes utilizar las capacidades que sí tiene.
IMPOSICIÓN	Forzar a los participantes a hacer algo, pasando por alto sus deseos y anhelos, o negándoles la elección.

INTERRUPCIÓN	Inmiscuirse o intervenir en algo que hace un participante, o romper de forma brusca su “marco de referencia”.
COSIFICACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran pedazos de materia inerte o un objeto.
ESTIGMATIZACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran objetos enfermos, ajenos o marginados.
IGNORAR	Comportarse (en conversación o acción) en presencia de los participantes como si no estuvieran.
EXCLUIR	Alejar a un participante o excluirlo física o psicológicamente.
BURLA	Reírse de un participante, burlarse, humillarle o hacer broma a su costa.

Tabla 1. Episodios de Psicología Social Maligna. Detractores. Tomado de Brooker y Surr, 2010.

INDICADOR	DEFINICIÓN
CALIDEZ	Demostración de afecto, cariño y preocupación por otra persona.
APOYAR	Proporcionar seguridad y confort.
RITMO ADECUADO	Reconocer la importancia de ayudar a crear un ambiente relajado.
RESPETAR	Tratar al participante como un miembro de la sociedad valioso y reconocer su experiencia y edad.
ACEPTAR	Establecer una relación basada en una actitud de aceptación y visión positiva del otro.
CELEBRACIÓN	Reconocer, apoyar y disfrutar de las habilidades y logros de un participante.
RECONOCIMIENTO	Reconocer, aceptar y apoyar al participante como un ser único y valorarlo como individuo.
AUTENTICIDAD	Ser sincero y abierto con el participante, con sensibilidad hacia sus necesidades y sentimientos.
VALIDACIÓN	Reconocer y apoyar la realidad del participante. Es prioritaria la sensibilidad hacia sentimientos y emociones.
EMPODERAMIENTO	Delegar el control y ayudar al participante a descubrir o emplear habilidades y aptitudes.
FACILITACIÓN	Calcular el nivel de apoyo requerido y proporcionarlo.
CAPACITAR	Reconocer y fomentar el nivel de compromiso de un participante dentro de un marco de referencia.
COLABORACIÓN	Tratar a un participante como un compañero completo e igual en lo que está sucediendo, consultarle y trabajar con él.
IDENTIFICAR	Conocer a un participante en su sentido de ser único, con una actitud abierta y sin prejuicios.
INCLUIR	Permitir y fomentar que un participante esté y se sienta incluido, física y psicológicamente.
INTEGRAR	Dar una sensación de aceptación en un escenario concreto, independientemente de las habilidades y discapacidades.
DIVERSIÓN	Adoptar una manera libre y creativa de ser, utilizar y reaccionar al uso de la diversión y el humor.

Tabla 2. Episodios de Trabajo Positivo para la Persona. Potenciadores. Tomado de Brooker y Surr, 2010.

Los trastornos de comportamiento, también conocidos como síntomas neuropsiquiátricos y síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, son diversos comportamientos disruptivos, entre los que se encuentran las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, gritos y demanda continuada (Chenoweth et al, 2009). Este tipo de comportamientos, son altamente complejos de manejar y reconducir por los familiares de la persona con demencia –quienes, la mayoría de las veces, son los cuidadores principales– pudiendo provocar una sobrecarga del cuidador, lo cual conlleva a muchas familias a proceder con un ingreso residencial (ibid). A aquellas personas que presentan trastornos de comportamiento, ya sea ocasionados por una patología psiquiátrica o por una demencia, se les reconoce como ‘personas con perfil UPSI’, es decir, que se les concede una plaza psicogeriatrica. En la Tabla 3, se muestran los trastornos de comportamiento más frecuentes y su definición. Esta clasificación es la utilizada en todos los centros de Matia Fundazioa.

De todos los trastornos de comportamiento presentados en la Tabla 3, la agitación, es el que constituye uno de los problemas habituales de más difícil manejo en el día a día de las personas que padecen alguna patología psiquiátrica y/o deterioro cognitivo (Cervilla et al, 2002). Cervilla et al (2002) en su artículo, refieren que “Cohen-Mansfield & Billing (1986) definieron operacionalmente agitación como ‘actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado”.

<p>AGITACION</p>	<p>Actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado (Cohen-Mansfield, 1986). Alteración difícil de manejar y que se resiste (voluntaria o involuntariamente). Se resiste. Da portazos, golpea muebles, tira cosas. Se da actividad motora (psicomotriz).</p>
<p>AGRESIVIDAD FISICA</p>	<p>El intento o la acción de dañar físicamente a alguien. Golpea, empuja, araña...</p>

AGRESIVIDAD VERBAL	Amenazas, insultos...
ALTERACION	Estado de inquietud, nerviosismo. No puede relajarse. Enfado excesivo. Sin actividad motora.
ALUCINACIONES	Percepción sin objeto. Falsa percepción sensorial (no existe ese estímulo externo que el sujeto ve, oye, huele, saborea, siente). Visiones falsas, escucha voces...
AUTOLESION	Agresión a uno mismo.
CAMBIO REPENTINO DE LA FUNCION MENTAL	Brusco cambio de su estado: problemas de memoria, que se le nota de repente "muy bajito", que está fallando mucho en los grupos, etc. Puede confundirse con el estado confusional agudo.
CONDUCTA INAPROPIADA	Comportamiento inadecuado. Cuando hace algo que no debe que hacer.
DELIRIOS	Conjunto de ideas erróneas y falsas. Presencia de ideas o creencias basadas en una inferencia incorrecta de la realidad externa. Distorsión de la realidad.
DEMANDA CONTINUADA	Demanda de atención continuada (en exceso).
DESINHIBICION	Falta de control sobre la conducta. Puede ser de carácter sexual, verborréico... Dice o hace cosas que normalmente no se hacen en público. Ej: hablar con desconocidos como si fueran íntimos amigos, hablar de cuestiones privadas en público, hace comentarios o actos sexuales...
DESORIENTACION	Estado mental caracterizado por confusión con respecto al tiempo, el espacio o sobre quién es uno mismo.
ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	Delirium. Alteración del estado de conciencia y una disminución en la atención, junto con cambios cognoscitivos (es decir, deficiencia en la memoria, pensamiento, desorientación o alteraciones del lenguaje), de la percepción, del comportamiento psicomotor, de la emoción y del ciclo sueño-vigilia. Su evolución es fluctuante (varía la clínica a lo largo del día). El desarrollo de los síntomas es en un periodo breve (por lo general de horas a días).
FUGAS	Intento de escape o escaparse, salir del centro.

GRITOS	Chillar. Hablar en tono excesivamente alto. Elevar la voz más de lo normal.
INTOXICACION ETILICA	Ingesta excesiva de alcohol.
LABILIDAD EMOCIONAL	Cambio rápido e importante del humor que puede ser suscitado fácilmente y desaparecer rápidamente. Puede pasar del llanto a la risa y viceversa.
MUTISMO	De repente se queda callado.
OTROS	-----
PELIGRO DE SEGURIDAD	Conducta que pone en peligro al sujeto o a su entorno. Ej. subirse a una silla, asomarse en exceso por la barandilla de la terraza...

Tabla 3. Trastornos de comportamiento en demencias (perfil UPSI)

2. FICHAS:

Con cada uno de los sujetos a observar, será necesario elaborar una ficha resumen que incluya lo siguiente (tabla 4):

<p><u>FICHA IDENTIFICATIVA</u></p> <p>NOMBRE:</p> <p>Nombre de la persona.</p> <p>DIAGNÓSTICOS:</p> <p>Diagnósticos padecidos por la persona.</p> <p>TRASTORNOS DE CONDUCTA:</p> <p>Enumerar brevemente los trastornos de conducta más frecuentes.</p> <p>PAUTAS DE MANEJO:</p> <p>Si se tienen pautas de manejo de trastornos de comportamiento identificadas.</p>
--

Tabla 4. Ficha resumen.

		conducta.
5	ALUCINACIONES	Ocurren cuando se ve, se escucha,...algo que no ocurre en realidad. La persona que lo percibe lo vive como si fuera completamente real.
6	AUTOLESION	Producción de heridas sobre el propio cuerpo.
7	CAMBIO REPENTINO DE LA FUNCION MENTAL	Suele ocurrir bruscamente, frecuentemente tras un accidente cerebro vascular y se observan cambios en el nivel de alerta y en la dificultad para hablar o entender a otros.
8	CONDUCTA INAPROPIADA	Respuestas inadecuadas (que no se ajustan a las normas sociales) a la convivencia con las personas del mismo entorno.
9	DELIRIOS	Son ideas firmemente sostenidas pero con fundamentos lógicos inadecuados. Son incorregibles con la experiencia o con la demostración de su imposibilidad.
10	DEMANDANTE	Actitud de exigir bienes y/o servicios, para prever la satisfacción de las necesidades por parte de uno mismo, sin tener en cuenta a los demás usuarios.
11	DESINHIBICION	Cuando se actúa impulsivamente sin pensar, sin considerar las consecuencias, diciendo y haciendo cosas que normalmente no se dicen ni hacen en público como decir cosas que hieren los sentimientos de los demás, hacer comentarios de contenido sexual que antes no hubiera hecho, hablar abiertamente sobre cuestiones privadas que antes no hubiera comentado en público, tocar, abrazar a los demás tomándose ciertas libertades que antes no se hubiera tomado, etc.
12	DESORIENTACION	Habría que señalarla cuando ocurre de forma aguda / brusca en una persona que habitualmente está relativamente bien orientada. Por ejemplo, cuando de forma repentina cree que estamos en otro lugar o cree que es otro momento del día, u otro momento de su vida, etc.
13	ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	Se caracteriza por un desorden global de la cognición y la atención, con disminución del nivel de conciencia, incremento o disminución de la actividad psicomotora y un trastorno del ciclo sueño-vigilia, inicio súbito y empeoramiento durante la noche, acompañado de trastornos de la percepción como ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas. La causa puede ser orgánica (infección de orina, infección respiratoria) o ambiental

		(p.e. ingreso hospitalario).
14	FUGAS	Cuando el residente/usuario intenta de forma repetida salir del centro e irse a casa, al trabajo, etc. Normalmente suele ser consecuencia de la desorientación pero también puede suceder cuando en casos de demencia la persona afectada de ésta deambula de forma errática.
15	GRITOS	Hablar en voz muy alta sin poder controlar el volumen, gritar llamando a alguien o pidiendo auxilio.
16	INTOXICACION ETILICA	Ingesta excesiva de alcohol.
17	LABILIDAD EMOCIONAL	Conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas).
18	MUTISMO	Cuando una persona que hablaba con normalidad deja de articular palabra.
19	OTROS	-----
20	PELIGRO DE SEGURIDAD	En el caso en el que por alguna conducta ponga en riesgo su integridad física / psicológica / social y la de los demás.
21	NEGATIVA A CUIDADOS	Cuando se resiste a la ayuda en AVDs, como por ejemplo a alimentarse, a tomar la medicación, a caminar, etc.
22	TRISTEZA	Cuando el usuario/residente dice estar triste, llora, etc. o cuando observamos que su expresión es triste o al menos más triste de lo habitual y nos parece que puede estar preocupado por algo.
23	SALIDA	Sale del área de observación.
24	CONDUCTAS RARAS	Realiza conductas raras como: hacer como que come pero no hay nada en el plato....

Tabla 6. Trastornos de comportamiento con códigos de registro.

CÓDIGO	DETRACTORES	DEFINICIÓN
D1	INTIMIDACIÓN	Hacer que un participante se sienta asustado o temeroso utilizando amenazas verbales o la fuerza física.
D2	EVITAR	Negarse a prestar atención que se reclama o a satisfacer una evidente necesidad de contacto.

D3	RITMO INADECUADO	Proporcionar información y presentar las opciones a un ritmo demasiado rápido para que un participante lo entienda.
D4	INFANTILIZACIÓN	Tratar a un participante de un modo paternalista, como si fuera un niño pequeño.
D5	ETIQUETAR	Utilizar una etiqueta como principal modo de describir o relacionarse con un participante.
D6	DESAUTORIZAR	Decirle a un participante que es incompetente, inútil, sin valor alguno o incapaz.
D7	ACUSACIÓN	Culpar a un participante por cosas que ha hecho o no ha podido hacer.
D8	MANIPULACIÓN	Utilizar artimañas o engaños para distraer o manipular a un participante para que haga o deje de hacer algo.
D9	INVALIDACIÓN	No reconocer la realidad de un participante en una situación concreta.
D10	DESEMPODERAMIENTO	No permitir a los participantes utilizar las capacidades que sí tiene.
D11	IMPOSICIÓN	Forzar a los participantes a hacer algo, pasando por alto sus deseos y anhelos, o negándoles la elección.
D12	INTERRUPCIÓN	Inmiscuirse o intervenir en algo que hace un participante, o romper de forma brusca su "marco de referencia".
D13	COSIFICACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran pedazos de materia inerte o un objeto.
D14	ESTIGMATIZACIÓN	Tratar a los participantes como si fueran objetos enfermos, ajenos o marginados.
D15	IGNORAR	Comportarse (en conversación o acción) en presencia de los participantes como si no estuvieran.
D16	EXCLUIR	Alejar a un participante o excluirlo física o psicológicamente.
D17	BURLA	Reírse de un participante, burlarse, humillarle o hacer broma a su costa.

Tabla 7. Detractores con código de registro.

CÓDIGO	POTENCIADORES	DEFINICIÓN
P1	CALIDEZ	Demostración de afecto, cariño y preocupación por otra persona.
P2	APOYAR	Proporcionar seguridad y confort.
P3	RITMO ADECUADO	Reconocer la importancia de ayudar a crear un ambiente relajado.
P4	RESPETAR	Tratar al participante como un miembro de la sociedad valioso y reconocer su experiencia y edad.
P5	ACEPTAR	Establecer una relación basada en una actitud de aceptación y visión positiva del otro.
P6	CELEBRACIÓN	Reconocer, apoyar y disfrutar de las habilidades y logros de un participante.
P7	RECONOCIMIENTO	Reconocer, aceptar y apoyar al participante como un

		ser único y valorarlo como individuo.
P8	AUTENTICIDAD	Ser sincero y abierto con el participante, con sensibilidad hacia sus necesidades y sentimientos.
P9	VALIDACIÓN	Reconocer y apoyar la realidad del participante. Es prioritaria la sensibilidad hacia sentimientos y emociones.
P10	EMPODERAMIENTO	Delegar el control y ayudar al participante a descubrir o emplear habilidades y aptitudes.
P11	FACILITACIÓN	Calcular el nivel de apoyo requerido y proporcionarlo.
P12	CAPACITAR	Reconocer y fomentar el nivel de compromiso de un participante dentro de un marco de referencia.
P13	COLABORACIÓN	Tratar a un participante como un compañero completo e igual en lo que está sucediendo, consultarle y trabajar con él.
P14	IDENTIFICAR	Conocer a un participante en su sentido de ser único, con una actitud abierta y sin prejuicios.
P15	INCLUIR	Permitir y fomentar que un participante esté y se sienta incluido, física y psicológicamente.
P16	INTEGRAR	Dar una sensación de aceptación en un escenario concreto, independientemente de las habilidades y discapacidades.
P17	DIVERSIÓN	Adoptar una manera libre y creativa de ser, utilizar y reaccionar al uso de la diversión y el humor.

Tabla 8. Potenciadores con código de registro.

Brooker, D. & Surr, C (2010). Dementia Care Mapping. Principios y práctica. Alzheimer Catalunya. Barcelona.

Cervilla, J; Rodríguez, A; Hoyos, G; Minués, L & González, E (2002). Agitación y deterioro cognitivo usando la versión española del Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield. *Psiquiatría.com*; 6 (5).

Chenoweth, L; King, MT; Yun-Hee, J; Brodaty, H; Stein-Parbuy, J; Norman, R; Haas, M & Luscombe, G (2009). Caring for Aged-Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*; 8: 317-325.