

**L'ESTIMULACIÓ COGNITIVA  
EN ELS SERVEIS A DOMICILI I  
CRITERIS DE QUALITAT**

---

## **L'estimulació cognitiva en els serveis a domicili i criteris de qualitat**

Teresa Jaudenes Gual de Torrella  
Enrique Gómez Prieto  
Antònia Vidal Arbós

## Resum

L'experiència del nostre treball dins l'àmbit de les persones grans durant els darrers anys ens fa pensar que existeixen tres aspectes molt importants a tenir en compte en el futur més immediat per a qualsevol projecte d'intervenció dirigit a aquest col·lectiu. Per una part, el lloc d'atenció ha de ser, tot el temps possible, el domicili; per altra banda, és molt important el paper de les famílies i, en general, dels cuidadors informals en l'atenció de les persones grans; finalment, una de les problemàtiques més preocupants és l'increment, cada vegada més evident, de persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

En el present capítol s'exposa una anàlisi de la situació sobre l'envelliment de la població i les conseqüències que se'n deriven. S'ha realitzat una primera aproximació a la realitat de la nostra comunitat autònoma quant al que suposa l'estimulació cognitiva en el marc de l'atenció domiciliària i la presentació i el desenvolupament del nostre projecte d'estimulació cognitiva en el domicili.

A partir d'aquesta reflexió, consideram que pot ser molt positiu desenvolupar i posar en funcionament projectes que tinguin presents les tres característiques esmentades i que, al mateix temps, proposin alguns aspectes innovadors. L'estimulació cognitiva com a projecte d'intervenció del Servei d'Atenció Personal Domiciliària té com a missió la cura i l'atenció a totes les persones amb algun nivell de dependència, amb el principal objectiu de millorar la seva qualitat de vida i de fer-ho mantenint-les en el seu propi entorn, és a dir, a casa.

No s'ha d'oblidar que també pot ser un bon instrument per a la prevenció i el manteniment cognitiu de persones grans amb dificultats de mobilitat moderades o greus, objecte d'estudi de pròxims capítols.

Consideram que la intervenció encaminada a potenciar l'estimulació cognitiva a domicili, pràcticament inexistent a Mallorca, és una interessant i innovadora línia d'actuació amb vista a l'atenció a la demència i a la problemàtica familiar que se'n deriva.

## Resumen

La experiencia de nuestro trabajo en el ámbito de las personas mayores durante los últimos años nos hace pensar que existen tres aspectos muy importantes a tener en cuenta para cualquier proyecto de intervención dirigido a este colectivo. Por una parte, el lugar de atención tiene que ser, durante el mayor tiempo posible, el domicilio; por otra, es muy importante el papel de las familias y, en general, de los cuidadores informales en la atención de las personas mayores; y finalmente, hay que tener presente el incremento, cada vez más evidente, de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Con el presente artículo se ha expuesto un análisis de la situación sobre el envejecimiento de la población y las consecuencias que ello conlleva, se ha realizado un primer acercamiento a la realidad de nuestra comunidad autónoma en cuanto a lo que supone la estimulación cognitiva en el marco de la atención domiciliaria y la presentación y desarrollo de nuestro proyecto de estimulación cognitiva en el domicilio.

A partir de esta reflexión, consideramos que puede ser muy positivo desarrollar y poner en marcha estos proyectos que tenga presentes las tres características mencionadas, y que al mismo tiempo proponga algunos aspectos innovadores. La estimulación cognitiva como proyecto de intervención del Servicio de Atención Personal Domiciliaria tiene como misión el cuidado y atención de todas aquellas personas con algún nivel de dependencia, con el principal objetivo de mejorar su calidad de vida, así como la de las personas que cuidan de ellas y hacerlo manteniéndolas en su propio entorno, en su casa.

No hay que olvidar que también puede ser una buena herramienta para la prevención y mantenimiento cognitivo de personas mayores con dificultades de movilidad moderada-grave, objeto de estudio de próximos capítulos.

Consideramos que la intervención encaminada a potenciar la estimulación cognitiva en domicilio, prácticamente inexistente en Mallorca, es una interesante e innovadora línea de actuación en la atención a la demencia y a la problemática familiar que de ella se deriva.

---

## 1. Introducció

El servei de suport a domicili és un servei polivalent i d'atenció personal en el domicili. La missió del servei de suport a domicili, des dels principis ètics i partint de les necessitats individuals, familiars i socials, és arribar a prestar els suports i serveis necessaris a les persones en situació de risc, fragilitat o dependència, als seus domicilis, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida i afavorir la permanència en el seu entorn habitual. La realitat que trobam és múltiple i diversa, tant dels col·lectius a tractar com de les diferents problemàtiques. Si es pretén donar resposta a la varietat de necessitats que es deriven de tot això, consideram que no n'hi ha prou amb la intervenció solament d'atenció directa de necessitats bàsiques, sinó que cal incorporar un equip de professionals de caràcter interdisciplinari com a aportació i suport del servei, en què participin disciplines com el treball social, la teràpia ocupacional, la psicologia i la infermeria, que intervingui en la millora del servei, tant en l'àmbit de les persones usuàries i el seu entorn familiar i social, com en el dels professionals d'atenció directa (auxiliars), i que centri les seves funcions en el disseny de programes integrats de servei, suport directe a l'equip auxiliar o de coordinació, assessorament dins dels seus àmbits d'actuació, participació en la formació contínua i intervencions puntuals directes amb la persona usuària.

Partint de la base que l'atenció a domicili analitza, valora i atén les necessitats d'una persona amb dependència domiciliària, bé sigui temporal, bé sigui crònica, diferenciam entre dos tipus de serveis: els serveis bàsics i els serveis complementaris. Entenem per prestacions bàsiques: atenció i cures personals, atenció pedagògica en activitats de la vida diària, atenció domèstica supervisada, atenció en les necessitats de la llar, acompanyament, suport a cuidadors (professionals/familiars), suport socioeducatiu. I per prestacions complementàries: acompanyament intensiu puntual, assessorament i orientació en ajudes tècniques, ajudes tècniques complementàries als serveis d'atenció personal, adaptacions funcionals de la llar, aplicacions domòtiques, menjar a domicili, bugaderia a domicili, condícia personal en establiments socials fora del domicili.

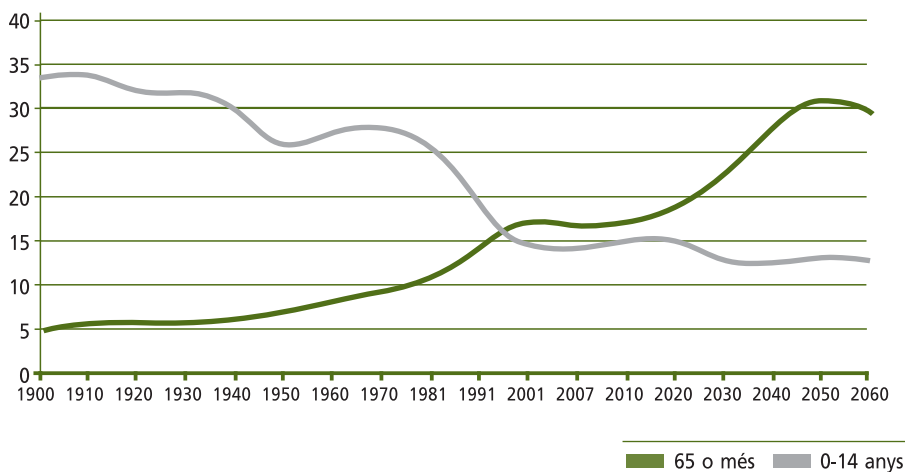
Des d'aquesta perspectiva, creiem que és important incloure el programa d'estimulació cognitiva dins de les prestacions bàsiques, tant en atenció i cures bàsiques com en suport a cuidadors. Es dirigeix, en principi, a les persones a les quals s'ha diagnosticat un dèficit cognitiu a causa d'una procés de demència i en això ens centrarem, encara que apuntam des d'aquí una nova línia d'atenció i un nou camp d'investigació quant a l'estimulació cognitiva en domicili pel que fa al manteniment i la prevenció per a les persones amb dificultat de mobilitat moderada i severa.

## 2. Anàlisi de la situació

### 2.1. Dades demogràfiques i de prevalença

L'augment del nombre de persones grans als països desenvolupats, gràcies a les més bones condicions de vida, alimentació, l'extensió de la salut general, la higiene, la prevenció i més protecció de tot tipus, constitueix un fenomen únic en la història de la humanitat.

A causa de l'augment de l'esperança de vida i l'important descens de les taxes de natalitat, la tradicional piràmide de població s'està invertint. Aquest fet no solament té conseqüències econòmiques (per exemple, en el tema de pensions del futur), sinó que també té importants conseqüències socials. D'una banda, augmenta el nombre de persones que necessiten cures; segons algunes investigacions dutes a terme a Espanya (Verdugo, Gutiérrez-Bermejo 2000), entre un 15 i un 20% de la població més gran de seixanta-cinc anys té algun problema que li impossibilita totalment o parcialment l'acompliment de les activitats de la vida diària, i a partir dels vuitanta-cinc anys, el 80% sofreix algun tipus de limitació, normalment relacionades amb la mobilitat i amb la deterioració cognitiva. D'altra banda, disminueixen els potencials cuidadors (nombre de fills per parella, que disminueix la ràtio de persones joves per cada persona gran; incorporació de la dona al món laboral, que disminueix considerablement el temps de dedicació a l'àmbit familiar).

**Gràfic 1 | Inversió de la tendència demogràfica, 1900-2060**

\* De 1900 a 2007 les dades són reals; de 2010 a 2060 es tracta de projeccions

Font: INE. INEBASE:

1900-2001: Xifres de població. Resums provincials de població segons sexe i edat des de 1900 fins a 2001

2007: Revisió del padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2007

2010-2060: Projeccions de la població calculades a partir del cens de població de 2001 Escenari

Les dades de les Illes Balears de 2003 a 2007 ens indiquen un increment d'un 5,8% de la població més gran de seixanta-cinc anys i d'un 12% de la població de vuitanta anys o més. Increment de la població de seixanta-cinc anys o més segons comunitat autònoma, 2003-2007.

**Taula 1 | Evolució de la població gran a les Illes Balears 1991-2007**

	2003		2007		Increment	
	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més
Espanya	7.276.620	1.756.844	7.531.826	2.046.554	3,5%	16,5%
Andalusia	1.128.535	245.296	1.179.308	284.738	4,5%	16,1%
Aragó	262.460	69.334	261.415	80.014	-0,4%	15,4%
Astúries	238.075	60.520	235.518	70.550	-1,1%	16,6%
Illes Balears	133.383	33.786	141.054	37.825	5,8%	12,0%
Canàries	228.142	47.462	251.953	54.569	10,4%	15,0%
Cantabria	105.213	27.137	106.383	31.910	1,1%	17,6%
Castella i Lleó	569.834	155.783	569.338	180.174	-0,1%	15,7%
Castella - la Manxa	358.564	90.351	361.501	105.414	0,8%	16,7%
Catalunya	1.149.771	283.033	1.183.628	333.310	2,9%	17,8%

continua

	2003		2007		Increment	
	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més
Comunitat Valenciana	740.781	169.302	793.917	198.845	7,2%	17,4%
Extremadura	207.973	49.215	207.018	56.497	-0,5%	14,8%
Galícia	585.977	152.979	598.283	172.125	2,1%	12,5%
Madrid	830.839	200.503	875.550	234.221	5,4%	16,8%
Múrcia	178.983	38.118	191.432	46.850	7,0%	22,9%
Navarra	103.200	27.995	105.720	32.261	2,4%	15,2%
País Basc	383.761	88.529	397.132	106.568	3,5%	20,4%
La Rioja	55.578	14.501	56.713	17.248	2,0%	18,9%
Ceuta	8222	1575	8572	1769	4,3%	12,3%
Melilla	7329	1425	7391	1666	0,8%	16,9%

Font: INE. Padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2003 i de 2007. INE, maig 2008.

## Taula 2 | Percentatge sobre el total d'Espanya

Anys	Total	Total 65 i més anys	80 i més anys
1991	709.138 1,8 %*	100.567 14,2 %	22.042 3,1 %
2007	1.030.650 2,3 %	141.054 13,7 %	37.825 3,7 %

Font: 1991: INE: Cens de població i habitatges 1991. Consulta el novembre de 2008. 2007: INE: INEBASE: Revisió del padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2007. Consulta el novembre de 2008.

Respecte dels diferents tipus de demència i la seva distribució, els percentatges varien en funció de la població estudiada, però totes coincideixen a col·locar la demència tipus Alzheimer en primer lloc, amb uns percentatges que varien entre el 60% i el 80%, seguida de les demències vasculars, amb el 15% i el 40%, i després les demències mixtes, les subcorticals i, finalment, les demències secundàries a problemes orgànics que poden ser reversibles.

La demència és una síndrome clínica caracteritzada per una deterioració adquirida que afecta més d'un domini cognitiu, que representa un declivi respecte d'un nivell previ i que és bastant greu com per afectar el funcionament personal i social. En la majoria dels casos s'hi afegeixen símptomes conductuals i psicològics.

Tots els estudis epidemiològics han confirmat que l'edat és el principal factor de risc per al desenvolupament d'una demència, de manera que tant la prevalença com la incidència pràcticament es dupliquen cada cinc anys a partir dels seixanta-cinc anys d'edat. Atès l'increment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població als països

desenvolupats i en vies de desenvolupament, es comprèn que la demència representi un enorme repte per als sistemes de salut públics d'aquestes societats.

Entre les patologies lligades al procés d'envelliment, i per a les quals l'edat suposa un factor de risc a considerar o, dit d'una altra manera, que són més freqüents així com augmenta l'edat, es troba la malaltia d'Alzheimer, la qual genera incapacitat tant física com psicològica i social, la qual cosa, a mesura que es desenvolupa la síndrome, es tradueix en una creixent dependència del malalt respecte de la persona que el cuida, i acaba per causar la mort al malalt, sense que de moment existeixi curació.

Les recents classificacions CIE-10 i DSM-IV (1995) han aconseguit establir criteris de més consens a l'hora d'estudiar les xifres d'incidència i prevalença de les demències en general, i de la malaltia d'Alzheimer en particular, i fins i tot permeten establir criteris comuns respecte dels graus de severitat; no obstant això, segueixen existint llacunes diagnòstiques.

No existeix un estudi epidemiològic a l'àmbit nacional sobre la incidència i prevalença de la demència tipus Alzheimer; no obstant això, sí que s'han realitzat diversos treballs als àmbits provincial i autonòmic, que confirmen xifres similars a les de països de característiques de desenvolupament semblants a les nostres, que situen la prevalença de la demència entorn del 4,2% per a la població entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys, del 12,5% per al grup de setanta-cinc a vuitanta-quatre anys, i del 29,7% per als de vuitanta-cinc anys o més (López-Pousa 1998). D'entre els subtipus de demència, cal destacar la malaltia d'Alzheimer, que suposa entre el 48% i el 70% dels casos; les demències vasculars, entre el 14,3% i el 41,1%; les demències mixtes, entre el 0% en alguns estudis i el 42%; i les demències secundàries, que igualment oscil·len entre el 0% i el 13,3%. Com pot apreciar-se, les xifres poden ser bastant diferents segons l'estudi que es prengui.

En qualsevol cas, amb aquestes xifres cal suposar que a Espanya existeixen uns 635.975 casos de demència, dels quals pràcticament la meitat són de tipus Alzheimer (uns 305.268) i 138.643 són de tipus vascular; una xifra un poc més alta correspon a demències mixtes (163.445) i 28.619 corresponen a demències degudes a causes secundàries. Respecte de la incidència, els estudis, a causa de dificultats metodològiques, són menys, i igualment ofereixen xifres diferents; no obstant això, en tots els casos s'aprecia un creixement exponencial a mesura que augmenta l'edat (de manera evident a partir dels quaranta anys), de manera que aquesta xifra ronda entorn de l'1% anual per a grups amb edats superiors a 60-65 anys (Ruiz-Adame Regna 2010). D'altra banda, segons Bermejo i Colmenarejo (1990), les investigacions sobre incidència de la demència tipus Alzheimer han evidenciat l'absència de bimodalitat en la corba d'incidència (també en la de prevalença), la qual cosa epidemiològicament no justifica el sosteniment de la diferenciació entre demència senil i presenil.



Aquestes són dades rellevants per a la societat espanyola, ja que és una de les que més envelleixen al món a causa de l'increment de l'esperança de vida que ha provocat l'espectacular avenç social, econòmic i sanitari experimentat en els últims cinquanta anys, la qual cosa ha fet que es duplicàs la població de seixanta-cinc anys o més durant els últims trenta anys.

A Espanya viuen 7,5 milions de persones més grans de seixanta-cinc anys, el 16,7% de la població i, d'aquestes, un 28% té més de vuitanta anys. Això ens situa com el quart país més envellit del món. A més, el segment poblacional de més de vuitanta anys, el més susceptible a la demència, és el que més ha augmentat.

Si es calcula una prevalença intermèdia del 7%, pot concloure's que a Espanya existeixen aproximadament entre 500.000 i 750.000 persones amb demència. A aquestes xifres caldria sumar els casos de demència d'inici presenil, de la qual no disposam d'estudis epidemiològics a Espanya i que són molt escassos a Europa. Un estudi realitzat a Londres va trobar una prevalença de 52/100.000 i que les principals causes de demència presenil són la malaltia d'Alzheimer, la degeneració frontotemporal, la demència posttraumàtica, la demència associada a l'alcoholisme i la demència associada a la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Aquestes dades ens demostren la importància i la incidència cada vegada més evident d'aquesta malaltia en les societats occidentals, les quals tendeixen significativament a l'envelliment, però sense oblidar l'objectiu de mantenir la qualitat de vida. Tot això ens porta a la necessitat que de cada vegada més la nostra societat prengui consciència d'aquesta realitat i es posi en marxa per trobar solucions.

Des de les diferents administracions públiques, entitats de tipus social, etc., s'han engegat diferents projectes per intentar atendre les moltes necessitats que genera aquesta malaltia en els diferents àmbits: els aspectes sanitaris, els socials i els psicològics. L'envelliment de la població, per tant, és un progrés social que reflecteix les condicions de vida més bones, però que planteja reptes per atendre degudament la població que envelleix. Aquest fenomen planteja una sèrie d'interrogants a la ciència i la política com la dependència, les pensions, el maltractament, etc., interrogants que requereixen noves respostes. Si la societat no dóna resposta a aquests reptes, pot convertir-se en un problema per als individus que envelleixen sense una qualitat de vida adequada i es poden arribar a produir situacions tan poc desitjades com l'abandonament, la malaltia i la marginació.

Actualment, els nuclis de pertinença (família, veïns, amics...) que anteriorment desenvolupaven algunes funcions han estat substituïts per professionals i serveis socials de caràcter públic o iniciativa social (Casado 1970) i, com es pot observar en els gràfics (gràfic 1), es preveu que el 2020 la població més gran de seixanta-cinc anys superi en un 5% la de zero a catorze anys, i

que el 2060 aquesta diferència superi el 15%. Aquests recursos socials són els recursos humans, professionals, materials, tècnics, financers, institucionals, etc., amb què es dota a si mateixa una societat per donar resposta a les necessitats dels seus individus, grups i comunitats (Cucurella 2000). Veiem, per tant, que la resposta a les necessitats poden donar-la diferents agents i al mateix temps poden presentar diferents formes. Aquests professionals i els serveis han d'estar a l'altura d'aquestes noves demandes i ser capaços de dissenyar projectes d'actuació amb l'objectiu d'ordenar un sistema de mesures i activitats que tendeixin a compensar les mancances i aportin una intervenció integral (biopsicosocial) i de qualitat.

L'impacte de la demència es produeix directament sobre el pacient, però té una enorme repercussió sobre el seu entorn social i causa un gran dany moral, físic i econòmic sobre el nucli familiar. En aquest sentit, la demència ha de ser abordada com una veritable malaltia de la família i una malaltia de la societat. L'atenció a les persones amb demència i als seus familiars exigeix un abordatge multidisciplinari, amb participació activa de tots els professionals implicats; ha de ser integrada i ha de garantir el continuïtat assistencial de manera que la participació de cada professional i recurs s'adapti a les necessitats canviants del pacient i els cuidadors en cada fase evolutiva de la malaltia. La norma ha de ser l'intercanvi coordinat, flexible i eficaç de coneixements i de recursos entre els professionals de l'àmbit sociosanitari, posat a la disposició de persones malaltes i de cuidadors.

L'Organització Mundial de la Salut ha reconegut la importància de la qualitat de vida en l'ancianitat i ha afirmat que allò que importa no solament és la quantitat d'anys que es viu, reflex del progrés social, sinó la qualitat de vida global de què es gaudeix en aquests anys, la qual cosa podem resumir amb l'expressió «allò que importa no és donar anys a la vida sinó vida als anys». La longevitat és un bé si va acompanyada de qualitat.

El benestar social es configura avui com una resposta a una societat amb unes necessitats i unes demandes que requereixen una xarxa assistencial de recursos socials destinada a satisfer-les, tant pel que fa a l'atenció domiciliària com institucional. En el quart estudi sobre les persones grans a Espanya i una enquesta sobre les seves condicions de vida publicat per l'IMERSO, se'ns presenta una radiografia sobre els hàbits, relacions socials, actituds i opinions d'un col·lectiu que representa el 16,6% de la nostra població i que en les properes dècades anirà en augment. Conèixer la seva realitat, les seves necessitats i les seves preocupacions permetrà atendre amb més precisió les seves demandes.

Sobre la base d'aquest estudi obtenim com a dada significativa que el col·lectiu de persones grans no és gaire partidari de viure l'última etapa de la seva vida en una residència, ni tan sols estant malalts. En cas de necessitar ajuda, un 77,1% preferiria seguir vivint a casa seva amb atenció i cures; un 10,6% voldria anar a casa dels seus fills; un 4,5%, viure en una residència; i un 2,9%, estar en una residència el temps que ho necessitès (<http://www.mpt.gob.es/gobierno/muface/o208/mayores.htm>).

Quant a l'atenció a la dependència que s'ofereix a les Balears, presentam a continuació dades de dia 1 de juny de 2011 i trobam el següent:

**Taula 3** | *Sol·licituds de valoració dependència a Balears*

Sol·licituds		Habitants Balears	
Nombre	% Espanya	Nombre	% sol·licituds habitants
22.914	1,5%	1.112.712	2,1%

**Taula 4** | *Sol·licituds de prestació*

Sol·licituds de prestació												
nombre	Dictàmens de les sol·licituds							Dret a prestació				
	nombre	%	Desglossament dels dictàmens per grau				Desglossament per nivell					
Total					Grau	nombre	%	Nivell	nombre	%		nombre
22.914	20.804	90,8%	III	6.896	33,1%	2	2.314	11,1%	Amb dret	16.414	78,9%	
							1	4.582				22,0%
							2	3.047				14,6%
							1	4.020				19,3%
							2	2.451				11,8%
							1	2.410				11,6%
			Sense grau	1.980	9,5%	Sense grau	1.980	9,5%	Resta	4.390	21,1%	

**Taula 5** | *Tipus de prestació*

	A les Balears		Respecte Espanya
	nre.	%	%
Prevenió dependència i promoció autonomia personal	0	0,0%	0,0%
Teleassistència	0	0,0%	0,0%
Ajuda a domicili	0	0,0%	1,2%
Centres de dia/vespre	630	6,0%	1,7%
Atenció residencial	1.964	18,7%	1,0%
Prestació econòmica vinculada al servei	412	3,9%	1,9%
Prestació econòmica per cures familiars	7.475	71,3%	0,0%
Prestacions sanitàries assistència personal	1	0,0%	1,0%
<b>Total</b>	<b>10.482</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,0%</b>

Font: SAAD-IMERSO, Servei d'Estadístiques de la Sotsdirecció General Adjunta de Valoració, Qualitat i Avaluació. INE: INEBASE: Avanç del padró municipal a 1 de gener de 2011. Dades provisionals. Informació històrica acumulada a les Illes Balears.

Respecte de la xifra 1.112.712 habitants (1), 0,9% de les Balears, trobam un total de 10.166 persones beneficiàries amb prestacions, que suposa un 1,4% de persones que obtenen prestacions respecte de totes les comunitats autònomes. Això es tradueix que a les Illes Balears hi ha una ràtio d'1,03 prestacions per persona.

**Taula 6** | *Dades des de l'entrada en vigor de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència fins a juny 2007*

	A les Balears		Respecte Espanya
	nre.	%	%
Sol·licituds	33.178	100,0%	1,70%
Dictàmens	28.225	85,1%	1,60%
Amb dret a prestació	23.479	70,8%	1,70%
Prestacions	14.564	43,9%	1,30%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del SAAD-IMSERSO

### 3. Justificació de l'estimulació cognitiva en el domicili

#### 3.1. Justificació social

Les persones afectades per algun tipus de demència comencen a sofrir una deterioració cognitiva que s'inicia de manera lenta amb els primers símptomes de pèrdua de memòria recent i algunes dificultats per realitzar tasques quotidianes i progressivament es van fent cada vegada més importants. Aquest procés pot tenir una durada molt variable, d'entre dos i deu anys, i comporta una evident dependència de la persona malalta respecte del seu entorn, que necessita cada vegada més atencions.

La cura d'aquestes persones ha estat objecte de diversos estudis (Bermejo 1998). Les dades d'aquest estudi ens diuen que el 85% dels malalts viuen amb la seva família, que el 88% té un sol cuidador principal i que entre el 50 i el 70% dels cuidadors identifiquen la seva càrrega com a important.

La malaltia suposa una desestructuració i un desgast important per al cuidador principal i per a la família en general. Aquestes famílies reben suport de manera desigual des de l'Administració pública, les associacions d'Alzheimer i també existeix l'oferta privada. Els recursos que poden rebre són principalment atenció per realitzar les activitats de la vida diària amb serveis d'ajuda a domicili i centres de dia per als malalts.

Aquests recursos, no obstant això, no són en la majoria dels casos especialitzats en demència, sinó que són els mateixos que s'ofereixen a persones grans dependents. L'oferta de teràpies per evitar o alentir l'avanç de la malaltia es redueix moltes vegades als tractaments farmacològics. L'oferta de tractaments complementaris pràcticament no existeix o és poc significativa. Principalment, es concreta en alguns centres de dia en els quals es practica l'estimulació cognitiva, però no són gaire, atès que, en la majoria dels centres de dia que existeixen en el nostre entorn, no hi ha cap unitat específica per a malalts afectats per demència.

El centre de dia especialitzat és un gran recurs per a aquestes persones, atès que pot oferir un bon tractament, el manteniment de la persona al seu domicili, pot promoure les relacions amb altres persones i evitar l'aïllament i, al mateix temps, proporcionar unes hores de descans per a les famílies. Tot això, sempre que la persona rebi les atencions adequades per a la seva malaltia. No obstant això, no són suficients en nombre i, a més, moltes persones no presenten un perfil idoni per a aquest tipus de recurs.

Actualment trobam una nova realitat que va en augment: un grup cada vegada més important de persones diagnosticades que presenten la malaltia en un estadi inicial i que conserven la gran majoria de les seves capacitats cognitives.

En aquests casos és molt difícil que acudeixin al centre de dia perquè no s'hi troben còmodes, a causa del perfil dels altres usuaris amb processos més avançats. Aquestes persones estan en el moment més interessant per realitzar estimulació cognitiva i se'ls podria atendre en el seu domicili de manera molt més normalitzada.

Per tant, s'han de desenvolupar noves propostes d'atenció que puguin atendre les noves necessitats, cada vegada més emergents, d'aquest col·lectiu de persones.

Apropar el recurs a l'entorn de l'individu és una perspectiva que en els últims anys està clarament reconeguda. A més, en el cas de la malaltia d'Alzheimer, pensam que és més adequat atendre la persona en el seu propi domicili, sempre que sigui possible, tenint en compte els problemes de desorientació i la possibilitat de problemes de comportament en trobar-se en un entorn totalment desconegut i, per tant, que li genera inseguretat, amb la qual cosa augmenta la probabilitat que respongui a l'estrès que això li suposa.

### **3.2. Justificació neurobiològica**

Durant dècades s'ha conegut la increïble capacitat del cervell per adaptar-se i seguir exercint les seves funcions després d'accidents traumàtics que l'han afectat seriosament. No obstant això, solament recentment s'ha aplicat el concepte de «plasticitat cerebral» a

malalties que comporten la deterioració progressiva del cervell i les seves funcions, com és el cas de la malaltia d'Alzheimer.

Cada vegada està més acceptat que l'estimulació cognitiva, basada en l'anterior concepte de la plasticitat cerebral, pot millorar les funcions mentals i la qualitat de vida de pacients amb deterioració cognitiva lleu, demències lleus o moderades. Especialment s'han assenyalat una sèrie de beneficis com:

- Disminució de la velocitat de progressió de la malaltia, mesurada mitjançant les corresponents avaluacions neuropsicològiques.
- Reducció dels símptomes de tipus emocional d'irritabilitat i apatia.
- Manteniment de la comunicació verbal.
- Millora, segons el pacient, de la seva qualitat de vida.
- Disminució més lenta de les habilitats funcionals per a la vida diària.

La base de l'estimulació cognitiva es troba en el concepte de neuroplasticitat cerebral, que es pot definir com «la capacitat del cervell d'adaptar-se, regular i remodelar la dinàmica de la neurotransmissió davant situacions adverses, fins i tot en edats molt avançades» (Geschwind 1985).

La neuroplasticitat del cervell humà permet renovar les sinapsis entre neurones, de manera que neurones properes a la zona afectada adquireixen noves sinapsis i, per tant, noves funcions (Nieto-Sampedro 1988).

Aquesta capacitat de rehabilitació cognitiva ha estat àmpliament demostrada en persones amb disfuncions causades per traumatismes i és evident també durant el procés d'envelliment normal (Norman, Nieto-Sampedro 1991; Katzman, Björklund 1971) i també existeix en el cervell de les persones amb demència, encara que en mesura més petita (Barbacid 1994).

Aquesta degeneració cerebral provoca una sèrie de pèrdues característiques d'aquest tipus de malaltia: memòria, apràxies, agnòsies, desorientació tempoespacial, afàsies, aprosèxies (atenció i concentració), així com dificultats per al càlcul, per fer seqüències d'accions i pensament abstracte.

Per tractar aquesta simptomatologia s'han desenvolupat tractaments farmacològics que tenen els seus principis actius relacionats amb els diferents dèficits bioquímics que s'han detectat en els estudis realitzats.

L'estimulació cognitiva apareix cada vegada més com un tractament complementari al tractament farmacològic. Aquestes tècniques s'estan fent servir en diversos països

del nostre entorn i també a Espanya, que n'inicià la pràctica fa més d'una dècada (Galiano 1988).

La justificació dels resultats de l'estimulació cognitiva en el manteniment de les capacitats en persones amb demència es pot trobar en almenys dos raonaments (Jódar 1999, en premsa).

L'estimulació continuada augmenta el nombre de sinapsis entre neurones i, per tant, millora el funcionament dels circuits neuronals, aspecte que no garanteix la regeneració en cervells malalts però que sí retarda l'aparició de dèficits cognitius (Kesslak [et al.] 1997).

Una altra capacitat que mantenen els cervells afectats per demència és la capacitat que la funció d'un determinat circuit pugui ser assumida per un altre circuit neuronal que anteriorment no tenia aquesta funció. L'estimulació cognitiva també millora aquesta capacitat cerebral.

L'estimulació cognitiva no és una tècnica gaire estesa i, per tant, no és fàcil trobar experiències que demostrin l'eficàcia d'aquest tractament. Existeixen, no obstant això, diferents autors que han realitzat estudis de camp i fins i tot algunes experiències amb mètode experimental que donen proves empíriques dels bons resultats que podem obtenir.

Un dels primers estudis es va presentar el 1993 a la III Reunió Internacional Alzheimer Europa celebrada a Madrid i plantejava els efectes positius de la psicoestimulació a curt i mitjà termini.

Posteriorment, al Congrés Nacional de Neurologia es varen presentar els resultats de l'aplicació del Programa de Psicoestimulació Integral (Tàrraga 1996). L'estudi realitzat amb quaranta persones diagnosticades de demència demostra la millora en els resultats de diferents proves (MMSE, Set Test, Boston...) en les demències vasculares i subcorticals i un manteniment estable en els casos de malaltia d'Alzheimer.

Els autors amb experiència en estimulació cognitiva confirmen la utilitat d'aquesta en el tractament de persones afectades de demència: «La tasca diària en l'estimulació del malalt amb demència i el mesurament dels resultats obtinguts corroboren la possibilitat d'aprenentatge del malalt de demència, capacitat d'altra banda que depèn del tipus i de l'estadi d'evolució» (Tàrraga 1997).

Altres estudis realitzats amb tècniques específiques també presenten uns bons resultats d'aquests tractaments. Algunes d'aquestes experiències són les que es presenten en la utilització de tècniques d'orientació en la realitat (Holden, Woods 1982) i estimulació de la memòria (Hutton [et al.] 1996).

També trobam algunes experiències amb mètode experimental tot i que no són gaire habituals. A la Universitat de Mòdena es va dur a terme una experiència amb un grup d'estudi, al qual es varen aplicar tècniques d'orientació en la realitat, i un grup control, per observar les diferències entre els dos grups durant un any de tractament. Els resultats del MMSI del grup d'estudi varen millorar a curt termini i es varen mantenir constants a llarg termini. Els resultats del grup control varen ser clarament un empitjorament constant. (Baldelli [et al.] 1993).

Podem concloure, per tant, que encara que l'estimulació cognitiva és una tècnica relativament nova, existeixen estudis i autors reconeguts en l'àmbit de la neuropsicologia que demostren l'eficàcia del tractament en persones amb estadis inicials de la malaltia d'Alzheimer o altres demències.

## 4. Objectius de l'estimulació cognitiva en el domicili

### 4.1. Objectius dirigits als usuaris

- Millorar la qualitat de vida de la persona afectada per la malaltia i de la seva família: l'evolució de la malaltia d'Alzheimer i d'altres demències no es pot evitar, però la possibilitat de mantenir les capacitats conservades i l'activitat el màxim temps possible garanteix a la persona viure d'una manera més digna i agradable.
- Possibilitar i afavorir la integració de la persona en el seu entorn habitual, la família: l'atenció en el propi domicili i en coordinació amb els cuidadors habituals permet que la persona es trobi més ben orientada i més segura. D'altra banda, l'adaptació de l'entorn a les necessitats de la persona minimitza la incidència de la malaltia en l'activitat quotidiana.
- Donar suport i assessorament a la família per atendre de manera més adequada el malalt. La possibilitat de tenir una opinió externa i experta de manera periòdica i estable facilita a la família el procés de formació i d'adquisició dels coneixements necessaris per a la correcta atenció de la malaltia.
- Reduir la confusió que provoca la malaltia. Conèixer el procés normal que desenvolupa la malaltia i observar totes les activitats que es poden mantenir, així com les conductes inadequades que es poden evitar facilita la comprensió del que passa i redueix la confusió que pateix la persona malalta i els seus cuidadors.
- Evitar o retardar al màxim ingressos innecessaris. Tenir un suport en el propi domicili que permet mantenir la persona amb les seves capacitats el màxim temps possible retarda el procés de la malaltia i permet que pugui estar atesa durant més temps a la seva pròpia casa.



- Prevenir la claudicació del cuidador principal. Amb el reforç de la tasca quotidiana que fa, mitjançant el reconeixement de la seva funció i oferint instruments per atendre adequadament, evitarem que els cuidadors se sentin sols en la seva tasca i els reduïrem la càrrega.
- Oferir un recurs més a les associacions de familiars de malalts de demència i a les administracions públiques. L'aparició de nous recursos adequats a les noves necessitats és important per als diferents professionals i entitats que treballen per atendre les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

#### 4.2. Objectius terapèutics

- Retardar la deterioració cognitiva i l'evolució, aprofitar les habilitats i capacitats que encara es mantenen actives. És necessari garantir que aquest objectiu sigui avaluable, és a dir, fem un estudi comparatiu de les diferents capacitats cognitives en diferents moments del procés terapèutic.
- Optimitzar les capacitats de la persona per realitzar les AVD i facilitar a la família que mantingui actiu el malalt durant el dia. Utilitzam l'estimulació per millorar el desenvolupament de la persona en la seva vida diària i potenciar conductes útils i adaptades a les necessitats quotidianes.
- Adequar les situacions i l'entorn per minimitzar la discapacitat. Treballam en el domicili i, per tant, podem millorar les seves característiques per adaptar-lo a les necessitats de la persona.
- Individualitzar l'atenció, amb el disseny d'un pla de treball individualitzat mitjançant diferents tècniques d'estimulació cognitiva, tenint en compte el seu estil de vida i els recursos familiars disponibles.
- Adaptar el pla d'actuació a les característiques i al nivell funcional real de la persona, minimitzant els dèficits sensorials i funcionals. D'aquesta manera garantim la màxima eficàcia i evitam situacions de frustració per demanar nivells d'actuació inadequats.

### 5. Anàlisi de la realitat a Mallorca

En un primer acostament a la realitat de Mallorca respecte de l'estimulació cognitiva, hem trobat que la majoria dels serveis se centren en la prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia mitjançant tallers i diversos programes d'entrenament de la memòria amb persones grans, però la nostra inquietud va sorgir en relació amb el que

podria succeir en els casos en què trobam una clara deterioració cognitiva i no podem brindar els beneficis de l'estimulació que reben les persones que acudeixen a centres de dia i participen en aquestes activitats, i més encara en el cas de persones que, per la seva fase inicial, poden ser ateses en el seu domicili d'una manera més normalitzada i en el seu propi entorn, amb una atenció personalitzada i adaptada a les seves necessitats.

Per analitzar la situació concreta de la nostra comunitat, s'ha contactat amb diversos serveis d'atenció a domicili, tot diferenciant tipologia pública i privada. Entre els de tipologia pública, s'han recollit les dades proporcionades pels treballadors socials que gestionen el servei, els quals han coincidit en la inexistència de l'estimulació cognitiva com a tal dins de la cartera de serveis pròpia del SAD.

Quant al sector privat, s'han trobat algunes dificultats com: problemes per accedir a alguna informació per política de confidencialitat d'algunes empreses (malgrat que vàrem remarcar que era a nivell estadístic i es respectaria la confidencialitat); problemes per no poder contactar directament amb personal responsable, atès que la petició d'informació es realitza via correu electrònic; finalment, durant l'últim any s'han donat de baixa un considerable nombre d'empreses en els últims mesos malgrat ser una actualització de les empreses d'aquest mateix any 2011 (cinc en total de la llista), a causa del descens del nombre d'usuaris que no havia permès seguir en funcionament i una que no havia arribat a posar-se en funcionament.

Malgrat això, s'ha pogut contactar amb set empreses de tipologia privada, extreure'n una visió general i oferir un primer acostament al que constituïa el punt de partida de la nostra hipòtesi, que era la falta de recursos d'estimulació cognitiva en l'àmbit domiciliari i, en el cas que n'hi hagués, el perfil dels professionals que la duïen a terme. Com a cas particular, cal esmentar el de l'única empresa que trobam que oferia el servei, que tenia un total de deu usuaris, xifra que resulta increïblement baixa en comparació amb el nombre d'usuaris que reben ajuda a domicili i que podrien aprofitar aquest recurs.

Quant a l'oferta pública, l'Administració ha desenvolupat plans estratègics des dels serveis d'atenció sanitària i des dels serveis d'atenció social per dur a terme accions dirigides a les persones que sofreixen la malaltia i a les seves famílies.

Diferents entitats i empreses privades han desenvolupat programes d'atenció i suport específicament per a aquesta necessitat social. El recurs més evident de la mobilització de la societat ha estat la creació d'associacions dedicades plenament a atendre les necessitats i els interessos de les persones afectades per demència i principalment per la malaltia d'Alzheimer.

Associació de Familiars Alzheimer Mallorca (AFAM) està formada per professionals i familiars preocupats per donar respostes a aquesta problemàtica. Els objectius d'aquestes

associacions són informar i assessorar, oferir formació, promocionar la necessitat de diagnòstics correctes i la investigació sobre la malaltia, donar suport a les famílies en els diferents moments de la vida d'aquestes persones i sensibilitzar la societat.

Aquestes associacions ofereixen cursos de formació, grups d'ajuda mútua, suport psicològic a la família, ajuda a domicili, suport de voluntariat i assessorament mèdic, jurídic i socioeconòmic. També ofereixen activitats d'estimulació cognitiva per a les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

Hem de fer especial esment de les activitats que es desenvolupen en els centres de dia terapèutics especialitzats en atenció de persones afectades per demència. Aquests centres augmenten progressivament en nombre i en qualitat i ja podem trobar alguns especialitzats a la ciutat. Entre les diferents activitats que desenvolupen, podem trobar tallers d'estimulació cognitiva en què s'ofereix activitat individual i en grups, amb nivells de dificultat per adaptar-se als diferents perfils d'usuari.

En aquest primer contacte amb la realitat de la nostra illa, s'ha apreciat que s'atenen un gran nombre de casos de persones més grans de seixanta-cinc anys, que ha anat creixent el nombre de persones que superen els vuitanta anys d'edat però també ha ocupat un buit important la població de menys edat que requereix assistència derivada d'alguna discapacitat. No hem pogut tenir dades precises quant al nivell de dependència però la majoria, segons les treballadores socials que ens han atès, es tracta de casos amb gran dependència i que requereixen assistència en la majoria de les activitats de la vida diària.

Pel que fa als usuaris que rebien l'ajuda del SAD, un petit percentatge rep els beneficis de l'estimulació en centre de dia, aspecte de què consideram que seria molt útil que es poguessin beneficiar també els usuaris que no accedeixen a aquests centres, quant a l'estimulació i la potenciació de les capacitats personals i a nivell funcional.

Quant als serveis públics, les dades obtingudes reflecteixen en el cas dels enquestats que no es preveu l'estimulació cognitiva com a servei específic dins d'aquest tipus d'ajuda. A més, un 80% dels enquestats assegura que disposen d'escàs temps al domicili i que les tasques estan encaminades a la part assistencial d'higiene i neteja. En definitiva, no s'ofereix el servei d'estimulació com a tal dins del SAD, però es considera que si es disposàs de més temps i recursos seria molt beneficiós, especialment en casos amb escàs suport social i que tenen un nivell d'activitat i estimulació baixa o nul·la i no poden acudir tampoc a cap centre de dia.

Dins de la llista d'empreses que ofereixen SAD s'inclouen associacions sense ànim de lucre. Pel que fa a aquestes, s'ofereix atenció domiciliària, però la majoria centrada en suport als familiars i altres serveis a domicili que no tenen a veure amb l'estimulació cognitiva.

Pel que fa a l'interès del nostre estudi, tan sols vàrem obtenir dues associacions en les quals s'ofereix estimulació cognitiva a domicili: l'Associació d'Esclerosi Múltiple i l'Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer. La primera compta amb aquest servei però, per la tipologia dels usuaris, un percentatge molt baix és més gran de seixanta-cinc anys; per tant, no la incloem dins dels serveis destinats a la població en què ens centram, que és les persones de seixanta-cinc anys o més amb deterioració cognitiva. S'ha pogut constatar que, en aquest cas, la tasca la duen a terme al domicili treballadores familiars supervisades per professionals com el psicòleg o terapeuta ocupacional.

D'altra banda, pel que fa a les empreses de tipologia privada de les quals hem obtingut resposta, tan sols dues ofereixen estimulació cognitiva a domicili i la resta no ho preveia entre els seus serveis. D'aquestes dues, tan sols una té en l'actualitat casos que reben el servei d'estimulació cognitiva.

Per tant, en aquesta primera aproximació trobam que el nombre d'usuaris que reben estimulació cognitiva tant dins com fora del domicili és molt reduït, així com les empreses que ho preveuen entre els seus serveis, per la qual cosa consideram i ratificam en el present capítol la importància de l'estimulació i els beneficis que pot proporcionar a les persones que continuen a la seva llar i no reben aquest recurs per part d'un centre, per problemes de desplaçament, aïllament per falta de suport social o altres recursos o simplement prefereixen o es valora com a més adequada una atenció més individualitzada.

D'altra banda, hem trobat que, en un percentatge significatiu, els perfils que atenen el col·lectiu d'usuaris responen, en la majoria, a treballadores familiars, per la qual cosa emfatizam la importància del paper del psicòleg com a especialista per orientar, servir de guia i elaborar un pla d'actuació conjunt per dur a terme aquesta activitat amb una finalitat rehabilitadora, mantenir en el grau més alt possible la capacitat funcional i facilitar continuar en la seva llar i el seu entorn habitual.

## 6. Desenvolupament de la nostra proposta de projecte d'estimulació cognitiva en el domicili

El punt de partida de la nostra intervenció és la intenció de tractar la persona de manera global, és a dir, tenint en compte els tres aspectes de la vida de l'ésser humà: les característiques biològiques, les psicològiques i les socials. L'estimulació cognitiva persegueix el manteniment de les capacitats cognitives no alterades durant el màxim temps possible.

No obstant això, pensar que aquestes capacitats s'utilitzen solament en determinades funcions superiors és treballar amb plantejaments molt limitats.

Pretendre estimular la cognició només amb exercicis específics per a cadascuna de les capacitats superiors és quedar-se a mitjan camí. Les persones utilitzam els nostres recursos cognitius en cadascuna de les nostres activitats personals i socials i, per tant, un treball complet ha de combinar els exercicis d'estimulació de capacitats concretes amb l'aplicació en la vida quotidiana d'aquestes habilitats cognitives.

És per aquesta raó que en cadascun dels processos de la intervenció, que seran diagnòstic, pla terapèutic i valoració dels resultats, tenim en compte l'historial mèdic de la persona, l'edat, el sexe, el nivell cultural, la seva biografia, el grau de deterioració cognitiva, l'entorn familiar, les característiques socials i de relació amb el medi i els aspectes emocionals, de personalitat, motivació i autoestima.

Com ja hem explicat anteriorment, el fonament de l'estimulació cognitiva està en la neuroplasticitat cerebral. Podem definir diferents factors que afectin aquesta neuroplasticitat. A grans trets, podem classificar aquests factors en dos grans grups: factors intrínsecs i extrínsecs. Els factors intrínsecs són aquells com les característiques genètiques, la memòria biològica i, en general, les capacitats potencials de cada persona quan neix.

Els factors extrínsecs són principalment ambientals, per tant, les possibilitats que ofereix l'entorn per desenvolupar les pròpies capacitats.

És en aquests factors extrínsecs on hem de situar l'estimulació cognitiva per aconseguir un ambient enriquidor que produeixi un retard del procés de deterioració cerebral.

Diversos autors defensen que la majoria de les persones no esgoten al màxim les seves capacitats i mantenen una reserva no utilitzada, que s'activa en funció de l'entrenament, l'aprenentatge i l'exercici (Baltes, Baltes 1993; Mortimer 1997). Un ambient estimulador afavoreix aquesta capacitat cerebral de millorar el rendiment cognitiu.

No es tracta, no obstant això, de provocar una sobreestimulació desorganitzada, molt negativa per a persones que sofreixen algun tipus de demència, sinó que hem d'aconseguir una estimulació adaptada a les capacitats conservades de cada persona, que permeti activar els recursos encara presents, però sense demanar esforços no assequibles a la persona, que poden produir frustracions i els efectes totalment contraris dels que perseguim.

## **6.1. Usuaris a qui dirigim el projecte**

En primer lloc, les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències, que estiguin en un procés inicial de la malaltia i que convisquin amb la seva família. És l'inici d'un projecte que pretén anar estenent-se a tot el procés de la deterioració cognitiva i al manteniment i prevenció en persones més grans de seixanta-cinc anys amb mobilitat reduïda moderada-greu.

Aquest és un col·lectiu cada vegada més nombrós, que augmenta de manera important en la nostra societat. La deterioració cognitiva causa que aquestes persones presentin moltes dificultats per mantenir la seva activitat quotidiana.

Els primers símptomes que es detecten són l'oblit de coses quotidianes, dificultat per trobar algunes paraules o recordar noms coneguts, petites deficiències per realitzar activitats de la vida diària. En aquest moment, la persona encara és conscient d'aquests problemes i intenta solucionar-los i fins i tot de vegades ocultar-los.

L'evidència d'aquests canvis en la seva vida és fàcil que el porti a certa desorientació, canvis en la personalitat, pèrdua d'autoestima i és habitual que la persona presenti símptomes de depressió.

En una segona fase, la persona té greus problemes de memòria, desorientacions en el temps i l'espai, és fàcil que es pugui perdre, que no reconegui el seu entorn més proper, que tingui dificultats per expressar-se, per fer les tasques quotidianes, per relacionar-se amb altres persones. Pot començar també a tenir dificultats de motricitat i mobilitat i va perdent progressivament la seva autonomia.

La frustració fa que es deixin de fer activitats que encara no s'han perdut. Mantenir la persona activa, dins de les seves capacitats no perdudes, retarda el procés de la malaltia i millora el seu estat emocional i la seva autoestima.

Un programa d'estimulació cognitiva dissenyat de manera individualitzada ens permet treballar cadascuna de les capacitats de la persona que continuen en bon estat. És necessari treballar de manera sistemàtica els aspectes de la memòria recent, l'orientació en el temps i l'espai, el reconeixement dels objectes i les persones, el llenguatge, la psicomotricitat i la mobilitat.

En segon lloc, el projecte va dirigit als familiars o cuidadors habituals de persones afectades per algun tipus de demència. Com ja hem dit anteriorment, el 85% d'aquests malalts viuen a l'entorn familiar.

Aquests cuidadors habituals es troben amb una realitat quotidiana molt dura i poc reconeguda. Els riscos de claudicació són molt elevats i la llarga durada de la malaltia fa més difícil encara aquest procés.

Les demandes que principalment plantegen els familiars quan es troben de sobte amb el diagnòstic de la malaltia se centren principalment en tres aspectes (Arroyo-Anlló, Thomas, Thomas-Hazif 1999):

L'impacte que suposa assabentar-se del diagnòstic i el rebuig social que suposa habitualment. La pèrdua de la seva vida personal per haver d'estar constantment amb el malalt.

En segon lloc, la falta d'informació operativa sobre la malaltia, és a dir, com evolucionarà, quines característiques la defineixen, com han de tractar la persona malalta, com han de canalitzar les seves actuacions i emocions.

Finalment, la necessitat de formació i preparació específica per oferir les cures específiques que el seu familiar necessitarà en les diferents fases del procés de la malaltia.

El suport per part dels professionals del projecte serà molt important per resoldre aquests problemes. Disposar d'una opinió experta de manera periòdica els permet consultar tots els dubtes que van sorgint.

Incorporar el cuidador durant una part de la sessió d'estimulació ofereix formació referent a la manera de tractar el malalt.

Finalment, adequar el tractament de les activitats que encara pot mantenir fa que el cuidador se senti més bé a causa que manté activa la persona malalta, sense provocar-li frustracions innecessàries.

Finalment, el nostre projecte també va dirigit a associacions de familiars. La falta de respostes per part de la societat ha conduït les famílies afectades per les demències a organitzar-se de manera territorial per buscar recursos, donar-se suport i compartir experiències.

Aquestes associacions actuen com a catalitzadores de diferents processos de millora de les necessitats que presenten les persones afectades per la malaltia i les seves famílies. I pel que fa a les administracions públiques, els diferents equips professionals dedicats a l'assistència i els serveis sanitaris i socials es troben davant una problemàtica no gaire coneguda i amb uns recursos bastant limitats. L'augment d'ofertes, com el projecte que es planteja, per atendre les famílies suposa un increment de les possibilitats que aquests professionals poden utilitzar per fer la seva feina.

## **6.2. Fases de la intervenció**

El projecte planteja diferents fases en la seva execució:

- **Primera entrevista:** Una vegada comencin a arribar les demandes, realitzarem una primera entrevista amb les famílies per informar-les del funcionament de la teràpia, recollir les dades necessàries i fer un primer diagnòstic per avaluar en quin nivell està de la malaltia.

- Entrevista de diagnòstic: Prèviament a qualsevol pla d'estimulació, és necessari fer una avaluació ajustada de les capacitats cognitives de la persona per conèixer el nivell d'evolució de la malaltia i proposar el pla més adequat possible.
- Disseny del pla de treball: Amb tota la informació recollida, dissenyam un pla de treball individualitzat que inclogui les activitats d'estimulació per sessions, les possibles modificacions de l'entorn per millorar l'adaptació de la persona i l'estratègia de treball amb la família per facilitar la seva tasca diària.
- Creació del material de treball: Per adaptar-nos al màxim a la realitat de la persona, treballem amb objectes i material del propi entorn de l'usuari i de la seva vida quotidiana.
- Sessions terapèutiques: Seguint el pla d'estimulació i amb el material necessari, duem a terme les sessions terapèutiques.
- Reavaluació periòdica: Bimensualment realitzam una reavaluació de les diferents capacitats que es treballin amb la persona, per observar l'evolució i oferir una retroacció adequada a la família.

En la fase de diagnòstic realitzam una avaluació integral de la persona. Per a l'avaluació cognitiva existeixen diversos instruments de diagnòstic estandarditzats que ens permeten valorar de manera quantitativa l'estat de conservació de cadascuna de les capacitats cognitives. Existeixen proves de diagnòstic dirigides a l'avaluació d'una àrea concreta i també bateries de proves que inclouen pràcticament totes les àrees.

La utilització d'aquestes proves és rellevant per tenir un punt de partida que ens permeti realitzar un bon programa terapèutic. No obstant això, la capacitat d'aquestes proves per adaptar-se a la realitat de cada persona és limitada i, respecte de la possibilitat de recollir tota la informació complementària sobre la manera en què afecta la malaltia a la vida diària de la persona, la limitació de les proves estandarditzades també és evident.

La valoració cognitiva inclou:

- Avaluació de capacitats cognitives: atenció, memòria, orientació, llenguatge, gnosi, praxi i raonament abstracte.
- Valoració del nivell d'autonomia en la realització de les activitats de la vida diària bàsiques i instrumentals.
- Informació d'aspectes socials: relació amb el seu entorn, suport informal, nivell cultural, història de vida, ocupacions, aficions...



Bateria neuropsicològica:

- Instruments d'avaluació cognitiva (funcions mentals):
- Escala breu d'avaluació cognitiva: valoració global del rendiment.
- Orientació, atenció i concentració.
- Llenguatge: comprensió, expressió, lectura, escriptura, denominació i fluïdesa.
- Memòria i aprenentatge.
- Gnosis i praxis, habilitats perceptuals i visomotors.
- Funcions executives: planificació, organització, flexibilitat mental.

Instruments d'avaluació conductual: símptomes psiquiàtrics, comportament.

Escales funcionals: activitats de la vida diària.

Instruments d'avaluació evolutiva de la deterioració: entrevista a un informador.

D'aquest conjunt de dades en deriva una definició de l'estat cognitiu actual del pacient, un diagnòstic neuropsicològic, que determinarà les capacitats alterades i preservades del pacient i un determinat pronòstic evolutiu.

És rellevant realitzar una detecció precoç, per poder començar a treballar amb els tractaments dels quals avui es disposa i així retardar l'aparició dels símptomes cognitius i conductuals. Les diferències neuropsicològiques entre les diferents formes de demència poden ser observades en estadis primerencs, abans que el procés patològic sigui prou extens com per fer-les desaparèixer.

El que plantejam és l'aplicació de les tècniques d'estimulació cognitiva al domicili de la persona. Això ens ha de permetre fer un disseny d'atenció a la mida de cada cas. Aquest disseny a mida és important que comenci des del primer moment, és a dir, dins de la realització de la valoració inicial.

Aquesta bateria de proves ens permet adaptar les preguntes i les proves a la realitat concreta de cada persona. Amb això podrem fer un seguiment personalitzat de l'evolució de la malaltia i dels resultats de la teràpia.

Durant l'entrevista de diagnòstic recollim les dades de la persona de manera global i ampliam així l'informe de la primera visita. Obrim l'expedient amb les dades personals, informació sobre la família i els cuidadors habituals, característiques del domicili, historial sanitari, dades socials i una primera valoració cognitiva.

En primer lloc, utilitzam la Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg 1982), que ens serà útil per valorar de manera objectiva el moment en què es troba la malaltia. En funció dels resultats, realitzam proves complementàries específiques per realitzar un

diagnòstic neuropsicològic més complet en les àrees en què s'hagin detectat més dèficits (memòria, orientació, atenció i concentració, habilitats lingüístiques, praxis, gnosis i avaluació de l'estat emocional).

També fem avaluació de les AVD bàsiques i instrumentals mitjançant proves específiques i completades amb l'observació d'activitats diagnòstiques per incloure-les en el pla de treball. Per a aquesta avaluació tenim proves estandarditzades que ens ajudaran: per a les AVD bàsiques s'empra l'índex de Barthel i per a les AVD instrumentals, l'índex de Lawton i Brody. Aquestes escales ens permeten observar el nivell d'autonomia que manté la persona i això serà molt important, ja que l'objectiu final de la teràpia és mantenir les capacitats cognitives per mantenir tant de temps com es pugui el màxim nivell d'autonomia.

Les activitats de la vida diària bàsiques i instrumentals són la raó de ser de totes les consultes que es reben, és a dir, allò que realment importa a una persona i a la seva família, no solament perquè les seves capacitats cognitives s'estan deteriorant, sinó perquè aquesta deterioració afecta a la realització de la seva feina, de la seva cura personal i d'altres persones, de les seves relacions personals i socials; en resum, que la pèrdua de memòria, d'atenció... dificulta que la persona segueixi la seva vida quotidiana de manera normal.

Finalment, observarem també si es disposa de proves de neuroimatge que ens podran donar pistes sobre la possible disfunció cerebral i les conseqüències que pot tenir a nivell cognitiu.

Segons Junqué (1994), les disfuncions cerebrals afecten les capacitats cognitives en funció de la zona en què es produeixin.

**Taula 7** | *Alteracions neuropsicològiques segons topografia cerebral en la malaltia d'Alzheimer*

Parietal dret	Parietal esquerra	Temporal dret
- Desorientació espacial	- Desorientació dreta-esquerra	- Desintegració perceptiva
- Apràxia de vestir-se	- Apràxia ideomotriu i ideatòria	
- Apràxia constructiva	- Agrafia	
- Dèficit raonament	- Acalcúlia	
- Visoespacial	- Dèficit raonament abstracte	
Temporal esquerra	Frontal	Sistema límbic
- Anòmia	- Baixa fluència	- Alteracions memòria recent
- Dificultats de comprensió	- Dificultats càlcul mental	- Canvis emocionals
- Acalcúlia	- Canvis comportament social	- Trets psicòtics
- Disgramatisme	- Adinàmia	

Font: C. Junqué (1994)

### 6.3. Pla de treball

Una vegada recollida tota la informació necessària, dissenyarem el pla terapèutic individualitzat que identifiqui les diferents àrees que treballarem, els objectius específics que ens plantejam i que defineixi les activitats d'estimulació per sessions mitjançant les quals assumirem aquests objectius.

En el pla de treball també incloem les possibles modificacions de l'entorn per millorar l'adaptació de la persona i l'estratègia de treball amb els cuidadors formals i informals per facilitar la seva tasca diària. És important compartir aquest procés amb el pacient i el seu entorn per adaptar-lo al màxim a la seva realitat i a les seves necessitats. També hem de fer participar les persones que comparteixen el dia a dia per garantir que l'estimulació es mantindrà de manera continuada, hem de potenciar l'activitat i evitar al mateix temps frustracions innecessàries.

Per establir el pla d'estimulació individual tindrem en compte les proves estàndard que hem passat (GDS, Barthel, Lawton i Brody) com a referència d'estat, però el disseny concret del contingut de les sessions el farem a partir de la informació que obtenim de la Prova de Valoració Cognitiva Individual.

### 6.4. Estructuració de les sessions

Respecte del nombre de sessions setmanals, és indubtable que la teràpia serà més efectiva com més continuada sigui. L'estimulació diària és la situació òptima; no obstant això, pot haver-hi diversos factors a tenir en compte amb vista a valorar aquest punt.

Tenim en compte l'estat d'evolució en què es troba la malaltia, la predisposició i l'interès manifest de la persona, l'existència o no d'altres professionals (cuidadors formals) en l'atenció diària, el nivell de col·laboració que podem tenir de la pròpia persona i dels seus familiars.

Tenint en compte tots aquests aspectes, dissenyam un pla d'intervenció que partirà de la necessitat de treballar, al principi, cinc sessions setmanals, atès que necessitam continuïtat perquè l'efectivitat de la teràpia sigui òptima, però que també es pugui adaptar de manera progressiva en funció de les necessitats i possibilitats del pacient i la seva família, de manera que es pugui plantejar oportunament l'evolució progressiva del nombre de sessions, o anar incloent en la participació els cuidadors, anant a poc a poc al rol del psicòleg menys intervencionista i més coordinador i formador.

Respecte de l'horari, es decideix en funció dels hàbits del pacient i de la disponibilitat del terapeuta. La sessió ha de realitzar-se en un moment del dia en el qual el pacient es trobi descansat, desocupat i que no li suposi deixar de fer res d'interès especial per a ell.

**Taula 8 | Dades sobre afectació de funcions en relació amb el GDS**

Nivell	Atenció	Memòria de Fixació	Memòria d'evocació	Orientació	Llenguatge	Praxi	Càlcul
1	No evidència de déficits subjectius ni objectius	No evidència de déficits subjectius ni objectius	No evidència d'alteracions subjectives ni objectives	No existeix déficit de memòria tempoespacial	No hi ha alteracions objectives	No hi ha canvis objectius ni subjectius	No hi ha canvis objectius ni subjectius
2	Defectes subjectius. Fàcil de distreure's	Evidència de deteriorament subjectiu	Només existeix deteriorament subjectiu	Només existeix deteriorament subjectiu	Dificultat subjectiva per denominar persones i objectes	Pot dibuixar un cub	Pot restar 43 menys 17
3	Apareixen petits errors en la seriació	Déficits para recordar petits detalls. Recorda fets importants recents	Apareixen dificultats per als detalls	Confusió de dues o més hores i tres o més dies respecte de la data actual	Dificultat objectiva per trobar paraules amb interrupcions freqüents	Dificultat per dibuixar el cub amb perspectiva	Pot restar 39 menys 14
4	Déficit moderat per a la seriació de números	No recorda fets importants de la setmana anterior	Déficits clars per trobar fets cronològicament	Confusió en els dies (10 dies o més) i el mes actual	Dificultats en la verbalització evidents per als familiars, però no tant durant l'entrevista	No pot dibuixar el cub. Pot dibuixar un rectangle.	Pot restar 15 menys 6
5	Deficiències importants en les sèries de números i mesos cap enrere	Inseguretat en la situació temporal i espacial dels fets recents	No pot recordar fets importants del seu passat	Dubtes sobre el mes, l'any, l'estació, i sobre el lloc on es troba	Llenguatge pobre, evidència durant l'entrevista. Pot completar un refrany	Pot dibuixar dos cercles concèntrics	Pot restar 9 menys 4
6	Oblida la consigna. Compta cap endavant encara que se li demana cap enrere	Ocasionalment recorda fets recents. Desorientació tempoespacial greu o total	Mantén alguns records, país, nom dels pares	No coneix la data. Sap qui és la seva parella però no el nom. Recorda el seu propi nom	Respostes amb una o dues paraules	Pot dibuixar un cercle, una línia	Pot sumar 8 més 7 i 13 més 1
7	Clara dificultat per comptar d'un en un fins a deu	Desconeixement de fets recents	Pèrdua total	No reconeix la seva parella. Pot presentar inseguretats per saber el seu propi nom	Pèrdua quasi total del llenguatge. Logorrea, es limita a fer renous o cridar	No és capaç d'escriure res, però agafa correctament el llapis	Acalculia total o freqüent

Font: Reiseberg [et al.] (1983). Modificada per Tàrraga (1999)

Respecte del contingut de les sessions, ve marcat per les capacitats cognitives que treballarem. De manera general, tindrem en compte que les capacitats que treballarem seran les que la persona tingui més ben conservades.

Les diferents capacitats les treballarem en les sessions d'estimulació i, també, mitjançant la col·laboració dels cuidadors formals i informals, durant l'activitat quotidiana de la persona.

Les diferents tècniques que empram estan dirigides a estimular una capacitat concreta de manera específica, però no exclusiva, és a dir, totes impliquen la utilització de diverses, sinó totes, les capacitats cognitives.

L'orientació i la memòria són capacitats bàsiques per treballar la resta. Per aquesta raó, les treballarem a l'inici de totes les sessions; la resta de capacitats les anirem treballant periòdicament, sempre tenint en compte que les capacitats que s'hagin perdut no les estimularem perquè no podem recuperar-les i la seva estimulació pot provocar en la persona frustracions innecessàries.

Les capacitats que estan més minvades s'intenten suplir mitjançant recursos externs i l'adaptació adequada de l'entorn per intentar millorar la qualitat de vida de la persona. A continuació, desenvoluparem les diferents tècniques que utilitzarem per a l'estimulació cognitiva.

## Orientació

Ens basam en les tècniques d'orientació de la realitat (ROT), ja que hi ha estudis (Bailey [et al.] 1986; Baines 1987; entre altres) que demostren millores manifestes en pacients amb demència que han estat entrenats amb tècniques ROT. D'altra banda, autors com Woodrow (1998) defensen que aquestes tècniques promouen la passivitat i creen un cert sentiment de desemparament. Per evitar això, treballam utilitzant també l'estimulació de l'ambient, tot afavorint sensacions satisfactòries en la persona, que millorin la seva qualitat de vida.

Treballam l'orientació temporal mitjançant l'estructuració temporal de les sessions, els temes d'actualitat social, els aspectes culturals del temps, les celebracions personals, la climatologia...

Per a l'orientació espacial utilitzam descripcions de cada estança del domicili, viatges virtuals (què he de fer per anar a...?)...

L'orientació personal l'estimulam mitjançant descripcions de persones conegudes, familiars, àlbums de fotos...

## Atenció i memòria

Demanarem al pacient que, sense mirar el terapeuta, descrigui quina roba porta aquest. Demanarem un relat detallat de les coses que va fer ell mateix el dia anterior. Treballarem amb una agenda amb les cites i actes importants que el pacient tingui i també treballarem una biografia de la persona, tot intentant recórrer els moments més contemporanis al principi i anar cap enrere en el temps.

També podem utilitzar periòdicament material editat com les llistes de paraules, els jocs d'imatges amagades, la cerca de diferències entre dues fotos o dibuixos...

## Llenguatge

El llenguatge espontani el treballam mitjançant els relats de la persona, valorant la correcció sintàctica, si utilitza frases llargues o curtes, i la riquesa de vocabulari. Utilitzam l'àlbum de fotos familiar i algun altre material fotogràfic, demanam descripcions de les fotos. Les descripcions del seu entorn o del que veu des de la finestra també ens seran útils per estimular el llenguatge.

Per a la fluïdesa verbal, fem sèries categorials mitjançant la relació d'objectes de la seva pròpia casa, aliments i condiments. Demanarem també la denominació i la descripció d'aquests objectes quotidians.

La denominació l'estimulam mitjançant objectes quotidians del seu entorn i fotos d'objectes i persones. Utilitzam també definicions en les quals hagi de trobar la paraula adequada, mots encreuats i autodefinits.

Treballam la comprensió amb ordres simples, semicomplexes i complexes adaptades a les característiques de la persona.

Demanam al pacient que llegeixi articles del periòdic, contes o llegendes curtes, frases i llistes de paraules.

La biografia que confeccionam per a l'estimulació de la memòria, la fem per escrit, si les habilitats de la persona ho permeten, per potenciar també l'escriptura.

## Praxis

Per a les praxis ideatòries treballarem de manera especial les activitats de la vida diària. Demanam que els cuidadors deixin fer a la persona totes les activitats quotidianes que sigui capaç de fer per si mateixa (higiene, vestir-se, manteniment de la casa, cuina, compres).

Les praxis ideatòries i ideomotrius les treballam mitjançant la imitació de gestos i moviments, exercicis de psicomotricitat i representacions amb mímica.

En les sessions aprofitam si la persona té una afició en la qual s'apliquin praxis ideomotrius i constructives (modelisme, ganxet, cosir, modelar argila, fer puzles, construcció amb peces) per treballar amb això. Si la persona no té cap d'aquests entreteniments, valoram la possibilitat d'iniciar-la en algun.

## Gnosis

Utilitzam fotos i objectes reals per a les gnosis visuals. Tant podem usar fotos pròpies de la persona com material editat. Les revistes d'actualitat, la publicitat impresa de supermercats, d'agències de viatge, llibres i vídeos de llocs de la ciutat, el país i la resta del món també ens serveixen per treballar el reconeixement visual.

Les gnosis tàctils i auditives les treballarem amb objectes quotidians com fruites, plantes, textura de robes, reconeixement de cançons i autors musicals.

## Càlcul

El càlcul, igual que el llenguatge, és una capacitat que cal treballar en funció del nivell cultural previ de la persona.

Plantejam operacions aritmètiques, sèries numèriques i càlcul mental mitjançant dates de naixement de persones volgudes, fets familiars i històrics...

En un segon nivell treballam amb objectes quotidians els conceptes de quantitat, volum, capacitat, pes i valor econòmic.

## 6.5. Material de treball

Per adaptar-nos al màxim a la realitat de la persona, treballam amb objectes i material de l'entorn de l'usuari i de la seva vida quotidiana.

Complementam aquest material amb eines i instruments de treball d'estimulació cognitiva que es comercialitzen específicament per a aquesta tasca i que ens permeten treballar aspectes concrets de la cognició que d'una altra manera seria molt més complicat treballar.

Per a cada capacitat cognitiva concreta, utilitzam un material concret procedent de l'entorn o dissenyat específicament, amb el qual reforçam els exercicis per a cada àrea cognitiva.

No obstant això, hem de tenir present que els diferents materials i exercicis treballen específicament una àrea cognitiva concreta, però no de manera exclusiva. És a dir, que amb qualsevol dels exercicis treballam diverses àrees cognitives, per tant, això cal tenir-ho en compte per a la combinació de matèries en el pla terapèutic.

**Taula 9** | *Materials per treballar les diferents àrees cognitives*

Orientació	Atenció	Memòria	Llenguatge
Periòdic Calendari Rellotges Fotos del barri	Sèries de números Laberints Periòdic, novel·les Dibuix diferències	Agenda - Diari personal - Joc de parelles - Llista de paraules	Fotos descriptives Jocs de paraules Cintes de so i vídeo Taules categories
Praxis	Gnòsis	Càlcul	
Fruïta i verdura Roba de la casa Dibuix incomplet Puzles	Àlbum fotos familiar Revistes Targetes d'objectes Targetes d'accions	Jocs amb números Calendari dates Fulls de problemes	

## 6.6. Sessions terapèutiques

Sessions terapèutiques: Seguint el pla d'estimulació i amb el material necessari, duem a terme les sessions terapèutiques. Es plantegen cinc sessions setmanals de quaranta-cinc minuts de durada amb la persona malalta i tres sessions de trenta minuts amb el cuidador principal i el pacient.

Durant la primera part es treballen els aspectes més cognitius i es prioritzen els que s'hagin avaluat com a més ben conservats. Dividim les sessions per treballar diferents capacitats cognitives i incorporam de manera programada les diferents capacitats en diferents sessions.

Totes les sessions mantenen un ordre de treball estable en les diferents sessions per evitar la desorientació i la pèrdua de continuïtat entre sessions.

En la segona part treballam aspectes de la vida diària i la manera en què la família pot millorar les diferents conductes i emocions. És important treballar tant els sentiments i conductes del malalt com els dels familiars que hi mantenen contacte habitual.

Ens interessa que els cuidadors habituals mantinguin una coherència entre el treball terapèutic que estam fent i l'atenció quotidiana que es dona a la persona, per evitar efectes contradictoris entre les diferents intervencions.



A més de les tècniques que ja hem descrit en apartats anteriors, també incloem sessions periòdiques de psicomotricitat, musicoteràpia i relaxació que ens permetran treballar l'orientació, la memòria, el llenguatge, les praxis i les gnosis.

D'altra banda, i encara que en el present document no es desenvolupa a causa que no n'és l'objecte principal, també tractam durant la intervenció molts altres aspectes de la persona que també es veuen afectats per la malaltia. Aquests aspectes són les emocions, el comportament, la comunicació, l'alimentació, les alteracions del son i l'entorn protèsic, entre altres.

Els aspectes emocionals que acompanyen les demències són evidents tant en la persona malalta com en el seu entorn familiar i social. El procés d'evolució d'una malaltia cognitiva degenerativa suposa un procés de dol constant, atès que provoca un procés de pèrdua constant. Al principi, es perd la capacitat de fer certes activitats quotidianes, això comporta una pèrdua progressiva d'autonomia i independència, i finalment, quan l'amnèsia i l'agnòsia són totals, la persona malalta perd els seus éssers estimats perquè no els recorda, i aquests perden al malalt perquè s'ha convertit en una persona diferent.

Tot això exigeix la necessitat d'atendre els aspectes emocionals de manera molt especial, tractant d'aconseguir, sobretot en els familiars, una relació emocional basada en el present i conscient dels canvis que s'aniran produint, però essent conscients que és possible mantenir durant molt de temps una bona qualitat de vida.

El comportament també pot veure's afectat per la malaltia. L'aparició de conductes inadequades o impròpies de la persona abans d'iniciar la malaltia són habituals i molt preocupants per a la família.

Han de ser tractades en el context de la malaltia, entendre-les com a conseqüència inevitable de la pèrdua de les capacitats cognitives que ens permeten la conducta personal i social. Sense perdre això de vista, es poden utilitzar teràpies convencionals, així com teràpia farmacològica en cas de conductes agressives, autolesives i psicòtiques.

En aquest procés la comunicació és essencial. Hem de recordar que la comunicació es torna més lenta. És necessari repetir freqüentment el mateix missatge, sense garanties que faci efecte. S'aconsella acompanyar el llenguatge oral amb gests i contacte físic.

L'alimentació també pot veure's alterada tant a nivell fisiològic com en els hàbits alimentaris. És adequat recordar i identificar clarament els moments de menjar, augmentar el nombre de menjades amb quantitats més petites i sobretot mantenir els aspectes culturals de l'alimentació com un moment de relació social molt important.

L'insomni o les alteracions del son és una altra problemàtica que se sol produir i que pot suposar un trastorn important en el nucli familiar. Aquest insomni es pot produir per diversos factors (apnea, dolor, efecte de fàrmacs, alteracions bioquímiques, dormir de dia); en funció d'una causa o d'una altra s'actuarà en conseqüència. És bo mantenir una rutina i un ambient afavoridor per al somni.

L'entorn físic exerceix una gran influència sobre el desenvolupament general de les persones que sofreixen una demència. La disminució d'estímuls ambientals, els canvis de domicili, la falta d'intimitat, les dificultats per moure's en el seu entorn habitual intervenen molt negativament en el desenvolupament de la malaltia.

Lindsley (1964) identifica aquest entorn protèsic que potencia i accelera els efectes de la malaltia i que ha de compensar-se amb tot tipus d'ajudes que promoguin l'autonomia, que s'incorporaran en el moment en què el pacient les necessiti i no abans.

Finalment, volem destacar que el present projecte no és un servei aïllat, sinó que s'enquadra en el paquet de serveis d'atenció domiciliària.

Per aquesta raó, hem de tenir en compte que podem disposar de tots els recursos necessaris per poder fer una atenció global. És a dir, disposam de professionals (metges, infermeria, teràpia ocupacional, fisioteràpia, treballadors socials i cuidadors, entre altres) i recursos materials (teleassistència, alarmes complementàries i ajudes tècniques) que poden permetre'ns atendre les diverses necessitats que puguin tenir les famílies durant el procés d'evolució de la malaltia.

## 6.7. Reavaluació periòdica

Bimensualment convé realitzar una reavaluació de les diferents capacitats que es treballin amb la persona, per observar l'evolució i oferir una retroacció adequada a la família.

Aquesta reavaluació ens permet valorar la nova situació per mantenir o modificar el pla de treball i així adequar-lo a la realitat canviant del procés d'evolució de la malaltia. Atès que ens enfrontam a un dany cerebral no estable sinó progressiu, la intervenció terapèutica tampoc no pot ser estable, sinó que ha d'adaptar-se al procés de la malaltia.

En la mesura que la intervenció sigui positiva, i les capacitats cognitives es mantinguin el màxim temps possible, la reavaluació periòdica també tindrà efectes terapèutics, tant en el pacient com sobretot en la família, que veurà que el progrés de la malaltia s'alenteix i la qualitat de vida de la persona es manté en les més bones condicions possibles.

## 6.8. Valoració terapèutica

Consideram de gran importància poder valorar de manera preestablerta els resultats que aconseguim amb la intervenció i el grau de consecució dels objectius plantejats. Hem d'observar els resultats de l'evolució del malalt, de manera objectiva amb dades quantitatives, i de manera subjectiva amb l'entrevista als familiars.

Existeixen diversos estudis que valoren les pèrdues que sofreixen les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer, en els quals ens podem basar per comparar l'evolució que fa la persona que rep la nostra intervenció amb la que hauria de fer segons les previsions. Per fer aquesta comparació podrem utilitzar els estudis de diversos autors.

**Taula 10** | *Estudis de valoració de la reducció en el MMSE per a la malaltia d'Alzheimer durant un any d'evolució de la malaltia.*

Autor	Nre. subjectes de la prova	Reducció MMSE
Uhlman [et al.] 1996	120	2,2
Becker [et al.] 1988	44	1,8
Yesavage [et al.] 1988	33	4,2
Salomon [et al.] 1991	106	2,8
Burns [et al.] 1994	85	3,5

També hem de poder valorar el grau de satisfacció tant de la persona que rep la teràpia com de la persona que la cuida habitualment i valorar si estam aconseguint realment millorar les condicions de vida de tota la família.

Aquesta valoració la podem fer mitjançant la comparació dels resultats de les proves realitzades al principi del tractament i al final del primer any després d'iniciar-lo.

## 6.9. Control de qualitat i grau de satisfacció

Un aspecte prioritari de qualsevol servei d'intervenció amb persones és poder rebre periòdicament la retroacció del client que el rep, ja que ens permet millorar-ne la qualitat.

Cada mes és adequat fer un control de qualitat aplicat a aquest servei d'estimulació cognitiva a domicili.

Periòdicament (d'un a sis mesos segons la velocitat d'involució de la persona) demanarem a la família que ens respongui l'enquesta de qualitat, la qual ens servirà per modificar els aspectes millorables.

D'altra banda, conèixer el grau de satisfacció respecte del resultat de la teràpia és molt important per donar un contingut qualitatiu a l'avaluació del projecte.

Aproximadament cada tres mesos es passa una enquesta de valoració del grau de satisfacció, coincidint amb la reavaluació cognitiva que ens permetrà comparar els resultats d'aquesta i l'opinió que els familiars tenen respecte de la teràpia.

## Referències bibliogràfiques

Agüera, L. F. (1998): *Demencia. Una aproximación práctica*. Barcelona: Masson.

Alberca, R. (1999): *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.

Alberca, R. (1998): *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Arroyo-Anlló, E. M. (1999): «Quejas y límites familiares en el cuidado de los enfermos de "Alzheimer"». *Revista española de Geriátria y Gerontología*, setembre-octubre, vol. 34, pàg. 289-297.

Baldelli M. V. [et al.] (1993): «Effects of reality orientation therapy on elderly patients in the community». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 17, pàg. 211-218.

Barreto, M. P.; Martínez, E. (2000): *Capítulo 25. Cuidados paliativos*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 1. Las personas y el campo de estudio*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 1-24. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 3. Envejecimiento normal y prevención de enfermedades*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 86-96. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 5. Enfermedad, discapacidad y atención sanitaria*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 131-149. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 7. La memoria y la demencia*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 212-227. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 9. Psicopatología*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 263-294. Madrid: Paraninfo.

Boada, M.; Selmes, M. A. (1991): *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines a debate*. Conferència System Barcelona 1991.

Boada, M.; Tàrraga, L. (2000): *Capítulo 24. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Boada, M.; Tàrraga, L. (2002): *Alzheimer. La memoria está en los besos*. Barcelona: Mayo.

BOE 299, 15/12/2006. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Brannon, L.; Feist, J. (2000): *Capítulo 11. Enfermedades crónicas*. A: *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Calero, M. D. (2000): *Capítulo 7. Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Casado, D. (1970): *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Acebo, pàg. 54.

Castro, A. [et al.] (1998): *La enfermedad de Parkinson y la vida cotidiana*. Majadahonda: Ergón.

Del Ser Quijano, T.; Peña-Casanova, J.(1994): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J. R. Prous.

Fundació Mapfre Medicina (1997): *Daño cerebral y calidad de vida: demencias*.

IMSERO (1998): *Cuidados en la vejez, el apoyo informal*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

Fernández-Ballesteros, R. [et al.] (1992): *Capítulo 1. La vejez en la sociedad actual*. A: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, pàg. 17-29. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M. [et al.] (1992): *Capítulo 3. Evaluación e intervención en el funcionamiento cognitivo: La memoria*. A: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, pàg. 75-108. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (2000): *Capítulo 1. Gerontología social. Una introducción*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

García, E. (2000): *Capítulo 20. Prevención y promoción en salud en la vejez*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Gómez, Xavier.(1996): *Diez años del programa «Vida als Anys»*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Gómez J. [et al.] (2007): I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Ministeri de Sanitat i Consum.

Gómez, E. [et al.] (1999): «Detección temprana y predictiva de la demencia: índices electrofisiológicos y cognoscitivos». *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, vol. 1, abril.

González, R. (2000): *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, Tratamiento, Rehabilitación*. Barcelona: Masson.

Grupo de trabajo interinstitucional y multiprofesional (2010): *Mejora del diseño del SAD*. Madrid: Asade.

Hitch, S. (1994): «Cognitive therapy as a tool for caring for the elderly confused person». *Journal of Clinical Nursing*, 3, pàg. 49-55.

Jódar, M. [et al.] (1996): «Does an integral stimulation retard cognitive deterioration in dementia?». *Journal of the international neuropsychological society*, 2, 195.

Jódar, M. (1999): *Estimulación cognitiva*. En premsa.

Jones, A. (1995): «How effective is reality orientation for elderly, confused patients?». *British Journal of Nursing*, vol. 4, núm. 9, pàg. 519-525.

Jorm, A. F.(1994): *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos afines*. Madrid: Fundación Caja Madrid.

Junqué, C.; Barroso, J. (1999): *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.

Junqué, C.; Jurado, M. A. (1994): *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

Katz, N. [et al.] (1992): *Cognitive Rehabilitation*. Boston: Andover Medical Publishers.

Kold, B.; Whishaw, I. Q. (1986): *Fundamentos de neuropsicología humana*. Barcelona: Labor.

IMSERSO: *Las personas mayores en España. Informe 2008*. <<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/capitulo-5.html>> (12 de juny de 2009).

Martínez, A. (2000): *Capítulo 12. Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Medina, J. (1997): «Biología del envejecimiento». *Investigación y Ciencia*, pàg. 219 i següents.

Micheli, F.; Scorticati, M. C. (2000): *Convivir con la enfermedad de Parkinson*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Morris, R. G. [et al.] (1996): *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia*. Nova York: Oxford University Press.

Peña-Casanova, J. (1999): *Fundamentos y principios generales de la intervención en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundació la Caixa.

ONU (2002): II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment: Pla d'Acció Internacional.

Rodríguez, L. (2000): *Capítulo 5. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Ruipérez, I. (2000): *Capítulo 16. Escalas de valoración en contextos geriátricos*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Servei Català de la Salut (1994): *El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Servei Català de la Salut (1998): *Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció socio-sanitària*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Slachevsky, A.; Oyarzo, F. (2008): *Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica*. A: Labos, E. [et al]: *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.

Tàrraga, L.; Boada, M. (1999): *Volver a empezar*. Barcelona: Fundació Ace.

Timiras, P. S. (1997): *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.

Vega, J. L.; Bueno, B. (1996): *Atención, aprendizaje y memoria*. A: *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.



Verdugo, M. A.; Gutiérrez-Bermejo, B. (2000): *Promoción de la autonomía*. A: Montorio, I.; Izal, M. (ed.) (1998): *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*, pàg. 43-59. Madrid: Síntesis.

Vilajoana, J. C. (1997): «L'impacte de la cronicitat patològica en els nuclis familiars». *Alzheimer Catalunya*, núm. 9, setembre, pàg. 3-5.

Vinuesa, J.; Moreno Jiménez, A. (2000): *Capítulo 2. Sociodemografía*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Vizcaíno, J. (1997): *El proceso de ordenación de los servicios de Bienestar Social en el Ayuntamiento de Barcelona*. En premsa.

## Autors

### TERESA JAUDENES GUAL DE TORRELLA

Palma. Llicenciada en Psicologia per la UIB. Especialista Universitària en Gerontologia i Especialista Universitària en Gestió de Qualitat en Serveis Socials per la UIB.

Directora del servei d'atenció a domicili per a persones grans i amb dependència DEPENDENTIA. Psicòloga del Servei de Protecció al Menor i Atenció a la Família de l'IMAS. Membre del grup de treball de qualitat de la SEGG i col·laboració amb el grup de treball de qualitat de la SEGG: Cent recomanacions de qualitat per als centres de dia. Vocal de la Vocalia d'envelliment del COPIB. Ha treballat com a directora de la Llar d'Avinguda Argentina, centre de dia per a persones grans, de l'IBAS. Ha estat responsable autonòmica del servei de teleassistència de la Creu Roja i del servei públic de teleassistència mòbil per a dones víctimes de violència de gènere de les Illes Balears. Ha estat directora de residència de persones grans. Ha impartit diferents cursos de gerontologia a professionals socio-sanitaris.

### ENRIQUE GÓMEZ PRIETO

Barcelona. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Màster en Psicologia i Envel·liment per la Universitat Autònoma de Barcelona.

Director tècnic de Dependència-Grup Atlàntida, serveis d'atenció a la dependència. Ha estat director de desenvolupament de Ramperson-Grup Ramel, atenció personal domiciliària, i cap de projecte de la Creu Roja a Barcelona. Ha format part de projectes de gent gran i atenció a domicili. Docent de cursos per a professionals socio-sanitaris, tutor d'alumnes de pràcticum de Psicologia de la UB, UAB i UOC i tutor d'estudis de Psicologia de la Universitat Oberta de Catalunya.

### ANTÒNIA VIDAL ARBÓS

Palma. Llicenciada en Psicologia per la UIB (juny 2005). Ha treballat a Servicios de teleasistencia, SA, i ha realitzat pràctiques a Mente (centre de dia i atenció neuropsicològica).