



M.A. Carbajo Martínez*
A. Hoyuela Soto*
C. Castanedo Pfeiffer**

*Enfermeras Coordinadoras de los Centros de Día de Psicogeriatría "Padre Menni" en Santander y Los Corrales en Cantabria.

**Enfermera. Profesora Titular de Enfermería Geriátrica Universidad de Cantabria.

Correspondencia:

M. Ángeles Carbajo Martínez. Centro de Día de Padre Menni
C/ Tetuán s/n. Santander
Tfno.: 942-319087

Centros de Día de Psicogeriatría.
Experiencia en la Institución "Padre
Menni" de Cantabria

*Psychogeriatric Day-Care Centres
Experience from the Institution
Padre Menni from Cantabria*

RESUMEN

El artículo presenta la experiencia que en la Comunidad Autónoma de Cantabria está llevando a cabo la Institución "Padre Menni" en sus Centros de Día para pacientes con demencia. Siendo las enfermeras una pieza clave en el desarrollo tanto de la asistencia y coordinación de programas como de la gestión de los centros.

Después de tres años de intensa actividad, se puede hablar de la consolidación de la estructura y el hueco importante que estos centros se han hecho dentro de la red asistencial en Cantabria, y se refleja en la demanda constante de información de familias y centros de Atención Primaria y también en la actividad docente demandada, desde distintas instituciones, llevándose a cabo en estos momentos un ambicioso proyecto de colaboración.

PALABRAS CLAVE

Centros de Día, Psicogeriatría, atención socio-sanitaria, personas mayores.

SUMMARY

This article presents the experience of the Institution Padre Menni's Day-care Centres for patients with dementia. Nurses represent a key element in providing both Care and Programme Co-ordination as well as managing each Centre.

After three years of hard work, it can be said that the structure of the Centres is consolidated. In addition, they currently play a role in Cantabria's care network, as evidenced by constant information requests from families and Primary Care Centres, as well as by teaching requests from several institutions. At the moment, there exists an ambitious collaborative project in this sense.

KEY WORDS

Day-care centres, Psychogeriatrics, social-health care, elderly people.

36 INTRODUCCIÓN

Según dijo Plum en 1979, "la demencia constituye una epidemia que se aproxima", y en la actualidad ya presenta enormes implicaciones sociofamiliares, sanitarias y económicas. Nuestra obligación como enfermeras debe ir encaminada a desechar la idea de que "no hay nada que hacer" y abandonar las actitudes pasivas frente a esta enfermedad.

OBJETIVO

El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer los programas con los cuales trabajamos en los Centros de Día psicogerítricos que la institución "Padre Menni" tiene en Cantabria.

¿Qué papel debemos desempeñar las enfermeras en el cuidado de los pacientes con demencia?

- Participar junto al resto del equipo multidisciplinar en la detección y diagnóstico exacto, aportando la valoración específica y la resolución de problemas o complicaciones tratables que con frecuencia agravan el deterioro cognitivo.

- Prestar cuidados de enfermería a usuarios, familiares y cuidadores, que aseguren el bienestar y permitan una calidad de vida óptima.

¿DÓNDE SE REALIZAN ESTOS CUIDADOS?

El Centro de Día es una estructura intermedia de atención psicogerítrica que se encuentra a medio camino entre la Residencia u otro sistema institucional y el domicilio.

Constituye un medio efectivo para los enfermos y sus familias, pero sólo es uno de los medios a utilizar para enfrentarse globalmente a la enfermedad.

Debe utilizar los conceptos de asistencia integral desde un enfoque rehabilitador que asegure la continuidad en los cuidados en el domicilio.

El objetivo general del Centro de Día psicogerítrico consiste en ofrecer un tratamiento integral desde un enfoque rehabilitador a personas aquejadas de deterioro cog-

nitivo. Con ello se propone facilitar que estos enfermos 27 puedan seguir viviendo en su entorno familiar el mayor tiempo posible, con la mayor calidad de vida posibles, así como aliviar y disminuir la sobrecarga de la familia.

El programa terapéutico mantiene al enfermo activo e integrado en su medio, preserva y/o potencia aquellas habilidades que aún están presentes, rehabilitando en la medida de lo posible aquellas no conservadas, fomentando el mantenimiento del mayor grado de autonomía personal y social.



PROGRAMAS DE TRABAJO (Tabla 1)

A continuación se exponen los programas con los cuales trabajamos en nuestros centros. Vamos a centrarnos en los más significativos del trabajo enfermero. Muchos de ellos pueden parecer elementales y por ello adquieren mayor relevancia en nuestra actividad diaria.

Tabla 1. Programas de trabajo

Programa de evaluación
Programa de autocuidados
Alimentación
Control de esfínteres
Higiene personal y bucodental
Vestido y arreglo personal
Programa de movilización
Programa de entrenamiento cognitivo
Orientación a la realidad
Reminiscencia
Estimulación psicosensorial
Programa recreativo ocupacional
Terapia ocupacional
Ocio terapéutico
Musicoterapia
Programa de atención a las familias
Programas de calidad asistencial
Programa de formación y docencia
Otros programas



28 Los cuidados no sólo van dirigidos a los usuarios, sino también a sus familiares y/o cuidadores, a los cuales se les incide en la importancia de la continuidad de estos cuidados en el domicilio.

1. Programa de evaluación

Todos los usuarios son evaluados en el momento de su incorporación y de forma periódica por parte del Equipo Interdisciplinar. La periodicidad está establecida semestralmente o siempre que se produzca un cambio brusco en el estado del enfermo.

Se realiza exhaustivamente haciendo hincapié en: área cognitiva, área funcional, conducta, familia y/o cuidadores.

Nuestra aportación como enfermeras es una valoración siguiendo el modelo de Virginia Henderson con diagnósticos enfermeros según la taxonomía de la NANDA y plan de cuidados individualizado.

Una vez evaluados, los usuarios son incluidos en grupos de estimulación cognitiva y en los diferentes programas de trabajo que se explican a continuación.

2. Programa de autocuidados

Los objetivos que se marcan con este programa son los siguientes:

- Conseguir un mayor grado de autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la autoestima del paciente.
- Evitar la sobreprotección.

Dentro del programa se incluyen varios módulos:

– *La alimentación:*

Teniendo en cuenta que aproximadamente un 50% de los enfermos con demencia necesita algún tipo de ayuda para comer y que es frecuente la presencia de malnutrición y deshidratación, se ha de valorar los siguientes aspectos:

- Dieta actual del paciente: en este aspecto se valora el tipo de dieta, consistencia (entera, turmix...) y la vía de ingesta (oral, sondas...).

- Grado de dependencia y la capacidad para manejar los utensilios necesarios.

- Presencia o no de disfagia.
- Valoración exhaustiva de la boca: prótesis, número de piezas dentales, estado, presencia o no de úlceras.
- Pérdida o aumento significativo de peso en los últimos meses.

- Valorar posibles signos y/o síntomas de deshidratación y desnutrición (p. ej., disminución brusca de la diuresis, control de constantes vitales...).

Dentro de la planificación de cuidados se debe:

- Mantener fijos los horarios de comidas, colocando al enfermo siempre en el mismo sitio para evitar aumentar la confusión. La distribución de las mesas se hace según estado y grado de dependencia.

- Mantener orden, limpieza y óptima presentación de la comida.

- Servir la comida en un ambiente tranquilo, que no fomente la distracción.

- Fomentar la independencia, procurando que coma solo aunque emplee mucho más tiempo y se ensucie.

- No servir la comida demasiado caliente, ya que la sensibilidad disminuye y se pueden producir quemaduras.

- Muchas veces no recuerdan haber comido e insisten en volver a hacerlo; en estos casos será necesario algún alimento bajo en calorías (p. ej., una manzana, yogur...).

- Pautar suplementos dietéticos en casos de malnutrición y en pacientes diabéticos.

- Programar pautas fijas de hidratación y en casos de disfagia aportar líquidos en forma de gelatinas y/o espesantes.

- Programar higiene bucodental posterior a cada comida.

- Valorar periódicamente el peso.

- Es necesario educar y hacer recomendaciones a los familiares y/o cuidadores para dar continuidad a estos cuidados en el domicilio.

– *Control de esfínteres:*

La incontinencia constituye uno de los problemas más molestos para el enfermo y más estresante para el cuidador. En muchos casos, predispone a un exceso de incapacidad, disminuyendo la independencia y autoestima del paciente. Siempre se ha de valorar el origen

38 de la incontinencia y descartar posibles causas tratables (infecciones, medicación...).

Dentro de la planificación de cuidados se debe:

- Establecer intervalos fijos para acudir al retrete c/2-3 horas según hábito de eliminación del paciente, con registro en ficha de incontinencia y evaluación continuada, desechando la utilización de absorbentes como primera elección.

- Proporcionar siempre seguridad, comodidad e intimidad a la hora de la micción, utilizando el cuarto de baño y esperando que la persona sea continente.

- Promover la integridad de la piel, manteniendo al paciente limpio y seco.

- No hay que olvidar nunca los refuerzos positivos, aunque tenga episodios de incontinencia.

- Facilitar la identificación del cuarto de baño, colocando un distintivo en la puerta. Si fuese posible, sería conveniente que el baño fuese siempre el mismo, teniendo en cuenta que esté libre de barreras arquitectónicas.

- Mantener una hidratación óptima.

- Educar, motivar y reforzar a la familia sobre el control de la incontinencia y la necesidad de dar continuidad a estos cuidados.

Como dicen Duffin y Castleden, profesionales especializados en incontinencia del Hospital General de Leicester (Reino Unido), la incontinencia urinaria no es un problema incurable o en absoluto modificable, sino que es un síntoma que requiere un diagnóstico seguro y un tratamiento específico, después del cual todos los pacientes pueden mejorar y en un significativo número curarse.

- Higiene personal y bucodental:

Este módulo constituye en muchas ocasiones un problema para su realización. Pueden influir varios aspectos como la confusión, problemas de conducta, negativa del paciente...

Dentro de la valoración incluimos el estado de la boca, piel y grado de dependencia teniendo siempre en cuenta el patrón habitual del paciente.

Dentro de la planificación de cuidados se debe:

- Mantener una rutina de horarios y procedimientos sencilla (higiene bucal después de cada

comida e higiene personal antes y después de cada 29 comida).

- Preservar su intimidad y pudor, ya que puede provocar agitación en el paciente.

- Fomentar un ambiente agradable.

- Proporcionar el equipo y las ayudas técnicas necesarias poniéndolo a su alcance. Siempre se fomentará la independencia del paciente.

- Darle tiempo para su realización y, en caso de negativa, no insistir sino esperar.

- Evaluar la actividad mediante hojas de registro.

- Educación a la familia para la continuidad de cuidados.

- Vestido y arreglo personal:

Al igual que en el módulo anterior, nuestra actuación irá dirigida a fomentar la independencia del usuario, potenciando las capacidades que todavía conserva, respetando la intimidad e intentando que la actividad se convierta en una rutina agradable.

3. La movilidad

Con este programa se pretende mantener la máxima capacidad funcional del individuo, evitar complicaciones derivadas de la inmovilidad mediante la instauración de medidas preventivas y detección precoz de síntomas y signos de alteraciones.





30 Con todo ello se intenta incorporar activamente a los usuarios en los cuidados derivados de las actividades básicas de la vida diaria.

Se valora la capacidad para desplazarse, caminar y equilibrio, subir y bajar escaleras, vencer obstáculos, capacidad de movilidad con ayudas técnicas y riesgo potencial de caídas.

Las actividades que se realizan en el Centro de Día son:

- Grupos de gimnasia dirigida tres veces por semana (dos grupos de trabajo según deterioro cognitivo y físico).

- Paseos programados en el Centro de Día y en el exterior.

- Programas más específicos (en coordinación con el fisioterapeuta).

Para la realización de estas actividades se valora previamente la tolerancia al ejercicio y la adaptación ambiental. Siempre se explicará la actividad que se va a realizar y su objetivo, teniendo en cuenta que la repetición va ser un elemento fundamental.

Programamos períodos de descanso para evitar la fatiga, siendo el enfermo siempre quien determina el ritmo de la actividad.

4. Programa de entrenamiento cognitivo

Con este programa se pretende mejorar la calidad de vida del usuario, favoreciendo la orientación personal, espacial y temporal de éste.

Con las actividades que se detallan a continuación, se trabajará el reconocimiento de experiencias pasadas, potenciando el conocimiento de acontecimientos recientes.

Las actividades que se realizan son:

- Orientación en la realidad con grupos de estimulación cognitiva según deterioro, e informal integrado en todas las actividades.

- Actividades de reminiscencia.

- Actividades de memoria, denominación, categorización.

- Actividad de vocabulario, conservación del grafismo, lectura, resolución de problemas.

- Actividades de cálculo, concentración...

Existe una hoja de registro que se revisa semanal-

mente y donde se valora: la participación, interacción, orientación, concentración y memoria. 39

5. Programa recreativo-ocupacional

Con este programa se trabaja el área cognitiva, estimulando habilidades de coordinación óculo mental, coordinación y ritmo, capacidad de opinión, capacidad creativa dando especial importancia a la interacción social entre los pacientes.

Inicialmente es necesario evaluar las capacidades cognitivas, sensoriales y manipulativas del paciente.

Las actividades que se realizan son:

- Terapia ocupacional.

- Ocio terapéutico.

- Musicoterapia.

Estas actividades se llevan a cabo a través de distintas técnicas de dinámica grupal y educación para el ocio.

6. Programa de atención a las familias

Teniendo en cuenta que el grado de sobrecarga es ya muy alto cuando recurren al Centro de Día y que su bienestar es un pilar importantísimo en la continuidad de unos buenos cuidados en el domicilio, se intenta educar e integrar a las familias en el cuidado de los usuarios.

Este programa se basa en dos tipos de acciones complementarias: por una parte, el apoyo emocional a las familias, evaluando la aparición de problemas emocionales debido a la sobrecarga que produce el cuidado de estos enfermos; por otra, la formación de los cuidadores enfocada al manejo de situaciones más complejas que habitualmente se dan en la convivencia diaria con el enfermo. En los grupos programados, se presentan y contrastan problemas, se plantean soluciones y se exponen sesiones didácticas. En cada sesión, se pasa un cuestionario de calidad que los familiares contestan de forma anónima. En él se expresa la reducción de la sensación de aislamiento, la mejora de la información y el manejo de la enfermedad. No obstante, su eficacia no está suficientemente evaluada en cuanto a mejorar síntomas depresivos y satisfacción por la vida.

40 Un dato obtenido a través de la escala de Zarit nos indica que el grado de sobrecarga no disminuye y en algunos casos incluso aumenta.

Otras de las actividades que se realizan con las familias son la educación para mantener un ambiente seguro, evitar cambios bruscos de domicilio y la necesidad de una rutina diaria de actividades con horarios fijos, promoviendo el autocuidado y la máxima independencia del enfermo.

En otro orden, también se trabaja la información sobre publicaciones relacionadas con la demencia, así como sobre la existencia de asociaciones de familiares con este problema y los recursos que existen para el cuidado de los enfermos con demencia.

Asimismo, se ofrece a la familia la posibilidad de estancias diurnas de fin de semana e ingresos de respiro en nuestro Centro Hospitalario para intentar paliar dicha sobrecarga.

Como recurso intermedio, se les orienta, apoya y prepara para el ingreso en larga estancia que en muchos casos será inevitable.

7. Programa sobre la calidad asistencial

Todos estos programas son evaluados de forma continuada para garantizar la eficacia terapéutica de los programas diseñados.

Asimismo y anualmente se realiza una memoria de resultados y programación por objetivos.

Existe un protocolo de información a la familia mediante la guía del usuario y catálogo del centro.

A los seis meses de la incorporación, y posteriormente de forma anual, se pasan cuestionarios sobre satisfacción en la asistencia.

8. Programa de formación continuada, docencia e investigación

En esta institución se considera fundamental la formación continuada para los trabajadores de todo el centro. Garantiza una mejor prestación de la atención a los usuarios y retrasa el síndrome de fatiga y desgaste laboral.

Es de destacar en los últimos años el incremento de la oferta docente proyectada al exterior de esta estructura.

Por una parte, para estudiantes de la Escuela 31 Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria, entidad con la que se tiene suscrito un convenio de trabajo y docencia en las distintas áreas en las que coinciden los intereses y necesidades formativas:

Prácticas asistenciales en la formación básica:

- Materia de Enfermería Geriátrica.
- Materia de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.



También y desde hace 2 años, se colabora dentro del área de Enfermería Geriátrica en las prácticas del Curso de Experto Universitario en "Enfermería Geriátrica y Gerontológica", aunque es de destacar que esta colaboración no sólo consiste en recibir a los alumnos para la realización de las prácticas, sino que distintos profesionales de la Institución "Padre Menni" colaboran en la impartición de materia teórica dentro del programa del curso.

Por otra parte, se reciben igualmente estudiantes de Auxiliares y de Formación Profesional para la realización de prácticas y a otros estudiantes en distintas colaboraciones institucionales.

En relación a la investigación, se están trabajando distintas líneas, siendo en este momento las vías preferentes en el campo de la Psicogeriatría:

- Instrumentos de valoración de deficiencias, discapacidades y minusvalías.



32 - Desgaste laboral de cuidadores de enfermos con deterioro cognitivo.

- Modificaciones de variable según técnicas de rehabilitación utilizadas.

Queda pendiente, como enfermeras, un paso decisivo en la investigación, creando líneas propias relacionadas con los cuidados y los programas propios de la Enfermería.

9. Otros programas

Otras actividades que se realizan en el Centro son prestar cuidados de enfermería a usuarios como el seguimiento de pacientes diabéticos, hipertensos, control de peso, sesiones de educación para la salud, prevención y cuidados en las úlceras por presión, manejo de incontinencia, administración y manejo de fármacos.

10. Conclusiones

Aunque la mayoría de las demencias son incurables, todas precisan cuidados especializados de enfer-

mería. Debemos desechar actitudes como que "no hay nada que hacer", ya que con una correcta estimulación se puede mantener una adecuada calidad de vida del enfermo y la familia.

El éxito del plan de cuidados dependerá de:

- El conocimiento profesional.
- La actitud de los profesionales hacia el problema.
- La capacidad del usuario para cooperar.
- La adhesión del cuidador al plan establecido y su capacidad para ejecutarlo.
- La gravedad de la demencia.

Se debe dar especial importancia a la formación continuada de todo el personal con especial énfasis en tres aspectos:

- Mejorar la atención y el cuidado a los enfermos.
- Evitar el estrés y el síndrome de desgaste laboral.
- Estimular el trabajo en equipo.

Debemos obtener satisfacción con el cuidado de estos enfermos: el paciente con demencia constituye un gran desafío para la paciencia y la fatiga de los profesionales, en especial para los distintos niveles del personal de enfermería, en contacto más directo con los enfermos y familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995.
2. Guillen Lera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona, 2001.
3. Moragas Moragas R. El Centro de Día para enfermos de Alzheimer. Masson Barcelona, 1994.
4. Pérez Melero A, Palacios Ceña D. Cuidados de Enfermería Geriátrica en Residencias Asistidas. Síntesis, 1995.
5. Kaschak, Jacovac. Planes de Cuidados en Geriatria. Doyma. Barcelona, 1994.
6. Ribera, Veiga, Torrijos. Enfermería Geriátrica. Idepsa. Madrid, 1991.