

Alternativas a la restricción física-psíquica/manejo conductual

Cristina Masegú Serra

Neuropsicóloga.

Fundación Maria Wolff . Fundación Lescer

Reunión Grupo De Demencias de la SEGG (otoño 2013)

Índice

- Marco teórico SCPD
- Cognición, génesis y mantenimiento de los SCPD
- Plan de manejo SCPD
- Problemas frecuentes
- Pautas generales manejo SCPD

Modelos teóricos para el análisis e interpretación de los SCPDs

Umbral de estrés progresivamente reducido

(Buckwalter & Buckwalter)

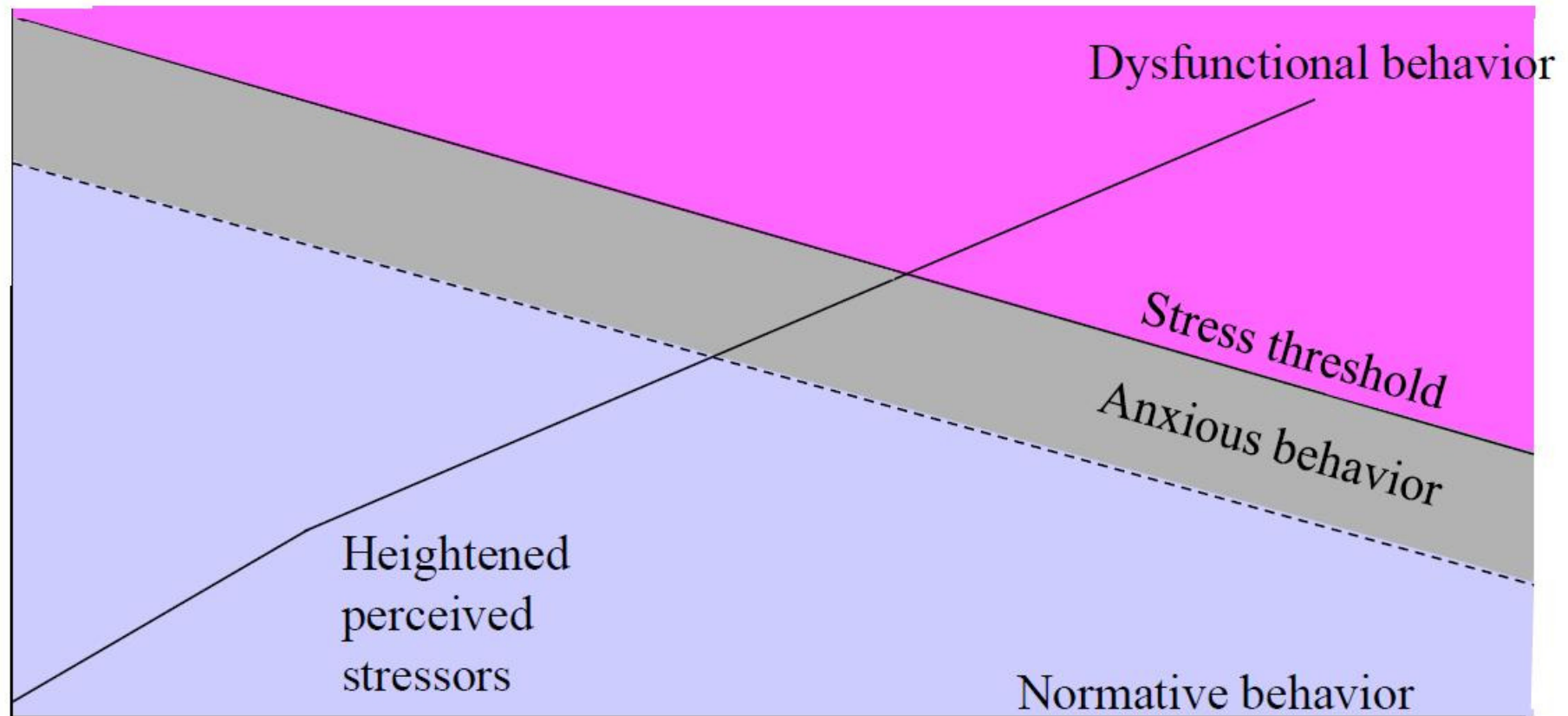


Umbral de estrés progresivamente reducido

(Buckwalter & Buckwalter)

- A medida que avanza la enfermedad la persona con demencia posee menos recursos para manejar el estrés.
- Actividades y eventos que eran placenteros o neutros pasan a convertirse en fuente de estrés

Progressively lowered stress threshold in persons with ADRD.



Reprinted from: Hall, G., & Buckwalter, K. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), p. 403, Copyright 1987, with permission from Elsevier and the authors.

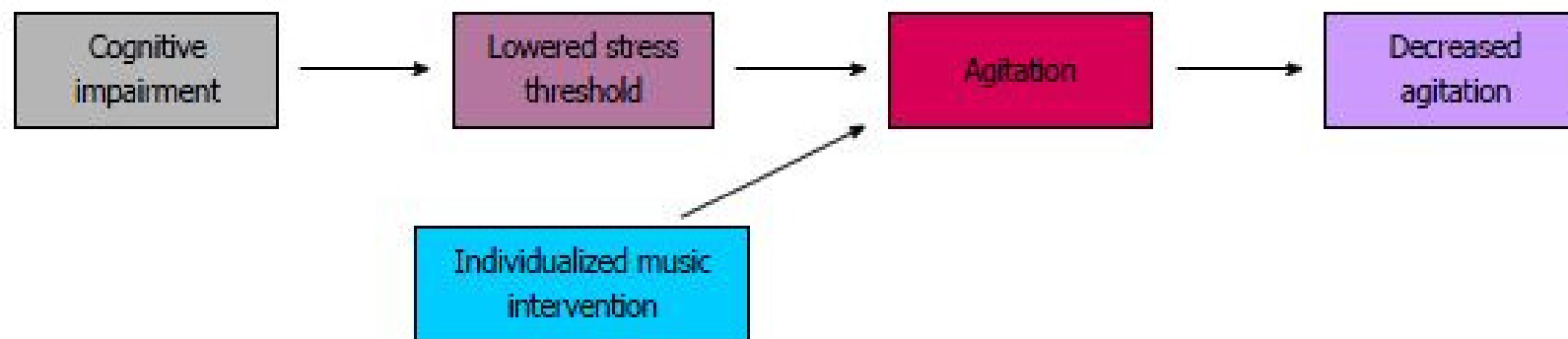


Figure 1 Gerdner's mid-range theory of individualized music intervention for agitation^[11].

Umbral de estrés progresivamente reducido

(Buckwalter & Buckwalter)

- El manejo debe basarse en el uso de las habilidades conservadas y en la eliminación de estresores ambientales
- Al cabo del día la persona con demencia está expuesta a numerosos estresores
 - **Internos** = dolor, hambre, cansancio, imposibilidad comunicación ,etc.
 - **Externos** = distracciones ambientales, ruidos, impaciencia/ inesperienza cuidador

Útil en:

- *Fatiga*
- *Cambio de rutina, ambiente o cuidador*
- *Demandas int/externas que exceden la capacidad funcional*
- *Estimulación inapropiada (tipo o intensidad)*
- *Dolor o malestar*
- *Respuesta afectiva asociada a la percepción de pérdida*
- Flexibilidad rutina actividades
- Preparación, asegurar, coordinar con antiguo cuidador o equipo
- Reelaboración plan personalizado actividades
- Minimizar carga estimular o adecuar a características paciente y estadio
- Manejo y valoración regular
- Validación/ manejo malestar psicológico

Modelo de Necesidades no cubiertas

(Need Driven Behavioural Model)



Maslow's Hierarchy of Needs – early years

Modelo de Necesidades no cubiertas

(Need Driven Behavioural Model)

- **Biológicas** (alimentación, adecuada temperatura, iluminación, actividad física, etc.),
- **Psicológicas** (seguridad, empatía, refuerzo afectivo, etc.)
- **Sociales** (compañía, valoración, respeto, etc.).

Modelo de Necesidades no cubiertas

(Need Driven Behavioural Model)

- SCPD = necesidad no cubierta (física/psicológica/social) emerge en forma de conducta

SCPD= **características relativamente estables del paciente**

+

detonantes ambientales

* Puede utilizarse por separado o en combinación con UEPR

Estudio sobre NNC y SCPD

(Miranda-Castillo, Woods et al. 2010)

- Las necesidades más frecuentemente detectadas en personas con demencia que viven en el hogar:
 - Realización de actividades
 - Compañía
 - Ayuda con el malestar psicológico

Características personales relativamente estables

- Rasgos personalidad premórbida
- Hª personal y experiencias
- Estrategias afrontamiento y adaptación



Teoría del Aprendizaje / Modelo A-B-C

- Toda conducta tiene un antecedente (int/ext) y una consecuencia

Antecedente → **Conducta** → **Consecuencia**

- Este modelo de análisis facilita la elaboración de un plan de manejo que refuerce conductas deseables y reduzca aparición de las disfuncionales

Evaluación A-B-C

La Sra. B. presenta SCPD. Busca a su marido y esta búsqueda se manifiesta en forma de deambulación. Cuando se la confronta se muestra agresiva.

A = Antecedente

Entra en la habitación de otro residente quien le grita que se vaya. Sra. B. responde gritando y llega la enfermera del centro.

Reevaluación

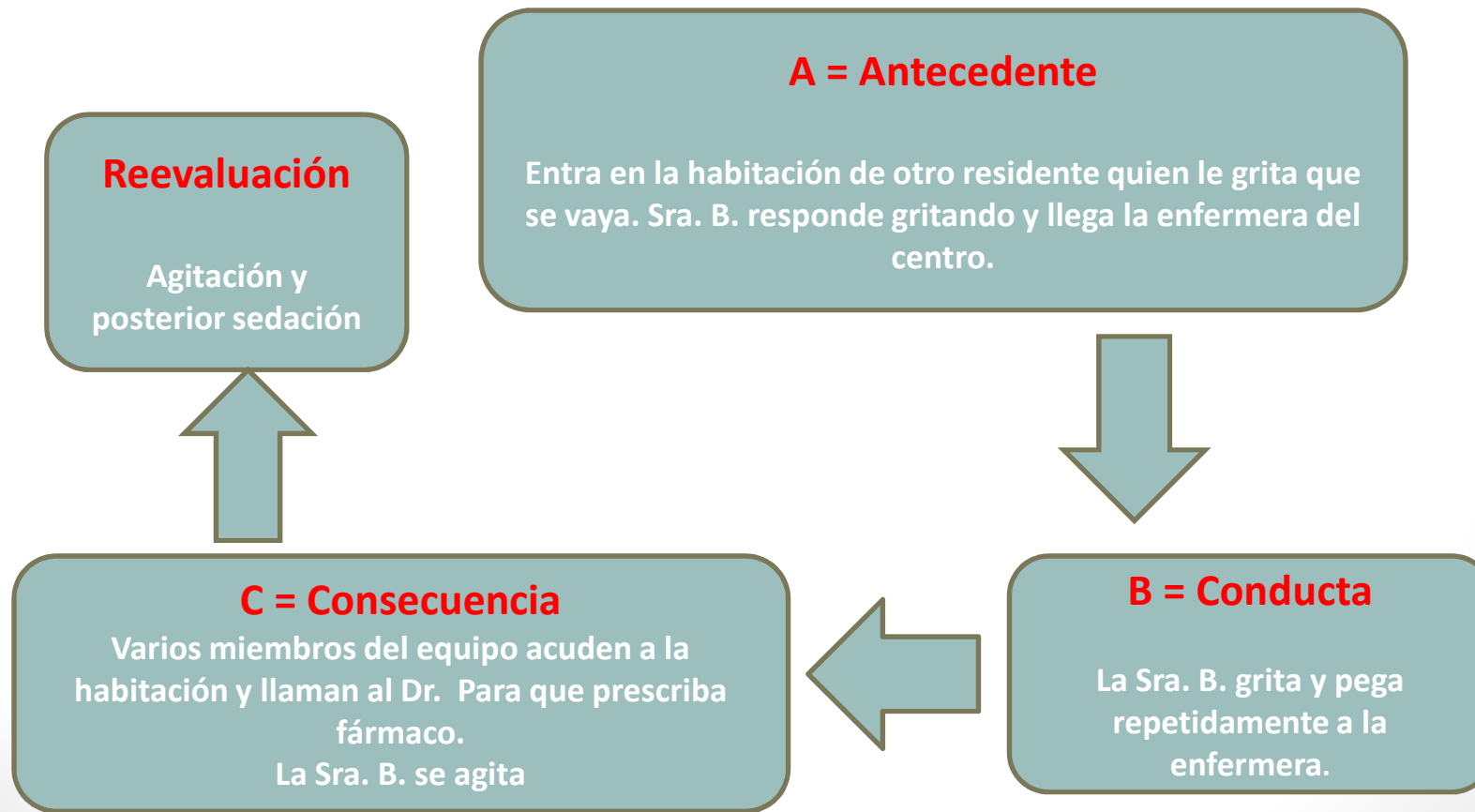
Agitación y posterior sedación

C = Consecuencia

Varios miembros del equipo acuden a la habitación y llaman al Dr. Para que prescriba fármaco.
La Sra. B. se agita

B = Conducta

La Sra. B. grita y pega repetidamente a la enfermera.



Modificaciones A-B-C

La Sra. B. presenta SCPD. Busca a su marido y esta búsqueda se manifiesta en forma de deambulación. Cuando se la confronta se muestra agresiva.

Reevaluación

La Sra. B sigue buscando a su marido, menor frecuencia de SCPD.

A = Antecedente

Aumento actividades significativas
Señalización adaptada y personalización de su habitación
Comunicación calmada, validación y orientación regular por parte del equipo

B = Conducta

Cuando inicia conducta agresiva el equipo no interviene físicamente. Redirigen atención y tranquilizan

C = Consecuencia

Los episodios de agresividad duran menos y tienen menos intensidad. Pueden redirigirse en su mayoría.



Cognición, génesis y mantenimiento de los SCPD

Déficit cognitivo y SCPD

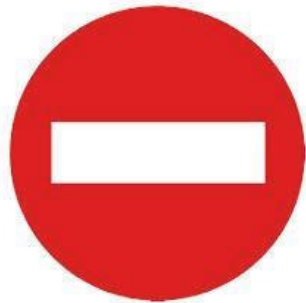
- Capacidad de expresión del lenguaje
- Déficit ejecutivo (razonamiento abstracto)
 - Síntomas psicóticos
 - Actividad motora aberrante

1. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, et al: The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: part I: findings from the two-year longitudinal MAASBED study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:523–530
2. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, et al: The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: part II: relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:531–536
3. Potkins D, Myint P, Bannister C, et al: Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:1002–1006

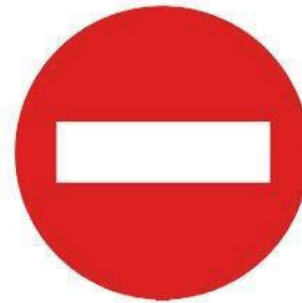
Lenguaje:

- Habilidad reducida para modular conducta mediante el lenguaje interno

PLANIFICACION



**RESOLUCION DE
PROBLEMAS**





¿Cómo afectan los problemas de lenguaje?

- Dificultad para entender explicaciones sobre procedimientos, cuidados médicos, etc.
- No seguir instrucciones
- No comunicar síntomas ni necesidades
- No pedir ayuda
- No desarrollar o mantener relaciones con personal que posibiliten la cooperación

PLAN MANEJO SCPD

Plan de prevención de SCPD

- Recopile **información personal relevante**
- Identifique **habilidades residuales y motivaciones** para su uso en el manejo
- Las **acciones** pueden incluir:
 1. Mantener seguridad
 2. Modificar comunicación
 3. Modificaciones ambientales
 4. Plan personalizado de actividades significativas
- **Considere las siguientes TNFs:**
 - × Manejo conductual
 - × Musico terapia o intervenciones con música
 - × Terapia de Validación y Reminiscencia
 - × Higiene de sueño
 - × Actividad física / psicomotricidad
 - × Estimulación multisensorial
- **Coordinación** con cuidadores y/o grupo manejo SCPD

Plan MANEJO SCPD

1. Identificar conducta a modificar
2. Investigar posibles **ANTECEDENTES**:
 - a. **Internos**: sensaciones, sentimientos como dolor, hambre, miedo, invasión espacio personal.
 - b. **Externos**: factores en ambiente físico y social como ruido, masificación, entorno confuso, demandas por encima de sus posibilidades
3. Recopilar información personal del paciente
4. Establecer meta realista (corto plazo y baja expectativa)
5. Modificar las **CONSECUENCIAS** asociadas al SCPD
6. Evaluar el plan y ajustar

DOCUMENTAR SCPD

¿Qué hace la persona? (conducta concreta)	
¿Cuándo ocurre? ¿Cuántas veces?	
¿Cuánto dura?	
¿Quién está presente?	
¿Dónde ocurre?	
¿Qué sucede antes?	
¿Qué sucede después?	
¿Qué lo mejora?	
¿Qué lo empeora?	

Comunicación

- Preguntar al paciente qué necesita (fundamental en personas que aún pueden comunicarse)
- Descomponga las tareas/actividades en acciones sencillas
- Lenguaje claro (frases cortas y vocabulario sencillo)
- Hable despacio y con calma
- Formule preguntas de posible respuesta SI/NO
- Cuidado con gesticulación brusca

Factores Ambientales frecuentemente asociados a SCPD

- **Ruido** (TV o música en la sala volumen elevado, equipo prof. , cierre puertas, otras personas en la sala...)
- **Temperatura** inadecuada
- **Espacios** hacinados
- **Intrusividad** de otras personas
- **Iluminación**
- Condicionamiento **SCPD previos**
- **Espejos**
- Entorno poco familiar y ambientes **no personalizados**

Historia de vida

- Conocer exhaustivamente **rutina actividades** persona con demencia (alimentación, sueño, w.c.)
- **Trato familiar** (cómo le llamaban, miembros importantes entorno.)
- ¿Qué situaciones le **incomodaban**?
- **Posibles intervenciones** con efecto calmante
- Fuentes de **confort y seguridad** habituales



Problemas frecuentes

SITUACIONES DESAFIANTES	BAÑO	COMIDA	VOCALIZACIONES
<p>FUENTES DE ESTRÉS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura hab. 2. Tª agua 3. Cambio rutina o espacio no familiar 4. Pudor/intimididad 5. Dolor asociado a movilización 6. Malestar físico 7. Miedo /error percepción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor bucal 2. Sobreestimulación (ruido, concentración gente, etc) 3. Exceso demanda atencional 4. Apraxia 5. Comida no familiar (orden comida no es habitual...) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiper/ hipoestimulación sensorial 2. Inmovilidad 3. Dolor/ malestar 4. Cansancio 5. Tic vocal 6. Síntomas psicóticos 7. Malestar psicológico (ansiedad, miedo, soledad...) 8. Trato impersonal /indiferencia cuidador 9. Depresión

	BAÑO	COMIDA	VOCALIZACIONES
INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Registro conducta durante baño (Hª) • Horario preferido • Método baño habitual • Distraer con reminiscencia • Utilizar un ayudante para baño (no varios) • Cubrir partes no aseadas • Proteger ojos y cara • Lavar pelo en último lugar • Utilizar palabras familiares • Permitir colaboración cuando sea posible • Reforzar conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer en grupos pequeños o en hab. • Comedor parecido al de una casa (manteles, flores, etc) • Garantice espacio en mesa • Tolere cierta falta adecuación • Ayude e incite a comer si es necesario • Simplifique presentación comida • Utensilios apropiados (contraste, único plato o cubierto) • Rediseñe rutina para evitar sobreestimulación o confusión • Adoptar políticas flexibles comida (cocina abierta; salón-comedor, cafetería, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evite participación en grupos grandes, ruidosos... • Sonido ambiental relajante • Personalice espacios paciente • Aromaterapia/ TAA • Maximice función sensorial • Movilícele o facilite acceso a espacios abiertos • Confortar vía tacto, conversación, música, grabación voz familiar... • Siestas y revise rutinas • Revise medicación dolor

Pautas manejo general de los SCPD

Manejo general SCPD

SINTOMA

- Ideación delirante
- Alucinaciones
- Ilusiones
- Agresividad

MANEJO GENERAL

- ✓ Identificar desencadenante
- ✓ Orientar a otro tema emoción +
 - ✓ Personalizar entorno
 - No reforzar ni trivializar
- ✓ Desencadenantes
 - ✓ Hª previa
- ✓ Promover autonomía
 - ✓ Privacidad
- ✓ Presentar cuidados
 - ✓ Negociar

SINTOMA

Depresión

MANEJO GENERAL

- ✓ Desencadenante
- ✓ Actividades significativas
 - ✓ Actividades aire libre
 - ✓ Cambio de planta
- ✓ Aumentar interacción social
 - ✓ Reminiscencia

Ansiedad

- ✓ Reducir estímulos y demandas
 - ✓ Asegurar verbal/no verbal
- ✓ Evitación/ preparación situaciones nuevas
 - ✓ Distractores
 - ✓ Actividad física

Vocalizaciones repetitivas

- ✓ Dolor
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Hiper/hipoestimulación
- ✓ Reforzar momentos calma
- ✓ Tocar, dar la mano, conversación

SINTOMA

Euforia

- ✓ No reforzar ni trivializar
- ✓ Corregir u ofrecer afecto de forma respetuosa

Apatía

- ✓ Solicitación verbal o física
 - ✓ Actividades grupales
 - ✓ Modelado
- ✓ Estímulos con movimiento y componente afectivo
 - ✓ Música y/ TAA

Desinhibición

- ✓ Desencadenantes
 - ✓ Actividad física
- ✓ No reaccionar con alarma, reconducir

Alteración del sueño

- ✓ Actividad física
 - ✓ Iluminación
 - ✓ Siesta reducida
- ✓ Retrasar hora acostarse
- ✓ Limitar ruidos u otros estímulos nocturnos

Conductas del cuidador que pueden crear o mantener SCPD:

- Trato paternalista, autoritario o infantilizante
- Tono de voz
- Ignorar al paciente, imponer cosas o luchas de poder
- Preguntar frecuentemente lo mismo para que el paciente lo recuerde.

“Deberíamos conocer lo que nos confunde de aquellos con los que vivimos y a los que queremos.”

Norman Maclean (1902-1990)

Muchas gracias por vuestra
atención