



## CARTAS AL EDITOR

### Unidades de memoria en Cataluña



#### Memory units in Catalonia

Sr. Editor:

Los estudios destinados a conocer los dispositivos asistenciales en un determinado territorio para el manejo de las demencias son de gran importancia para poder conocer las necesidades actuales de los pacientes y los profesionales que les atienden, así como para poder diseñar estrategias de futuro acorde con la realidad actual. Por este motivo, leímos con especial interés el artículo de Martínez-Lage P et al., sobre el mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España<sup>1</sup>.

Este artículo analiza y recoge el estado de los recursos disponibles para el manejo de las personas con enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias y de su proceso asistencial a lo largo de la geografía española. Para este objetivo se utilizó una metodología en base a cuestionarios para los participantes de perfil clínico y los representantes de las asociaciones de familiares que servirían como herramienta semiestructurada para el análisis del estado de la situación real de la atención a los pacientes.

Los autores únicamente detectan 6 unidades en el territorio nacional que cumplen con los criterios de definición de unidad de memoria propuestos, ninguna de ellas en Cataluña. Sin embargo, los autores refieren que dado la variabilidad de los Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EAIAs) de las demencias en Cataluña estas requieren una clasificación a parte y se muestran en la figura 1 C. En este sentido, consideramos que la información reportada en relación a estas unidades de Cataluña es claramente insuficiente y no se ciñe con la realidad actual del territorio ocasionando un sesgo de mala clasificación.

Tal como se describe en el documento fuente<sup>2</sup>, en Cataluña, las unidades específicas de atención a las personas con demencias se han desarrollado, principalmente, bajo el marco y la normativa de los servicios sociosanitarios. En 1990 se redactó el primer Plan de demencias 1990-1995, que ayudó a desarrollar recursos específicos como las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de demencias. Las UFISS de demencias fueron las primeras unidades especializadas en el diagnóstico y manejo experto de personas con EA y otras demencias. Ya en 1996 se publicó en el Pla de Salut como debían estar establecidas las unidades de demencias que coinciden en gran parte en la definición utilizada por los autores en el presente artículo<sup>3</sup>. En 2002 se publicó

la normativa para las EAIAs en trastornos cognitivos, de modo que las UFISS de demencias tuvieron continuidad y pasaron a denominarse EAIAs de trastornos cognitivos<sup>2</sup>.

Existen actualmente 29 EAIAs en Catalunya contratadas por el CatSalut: 22 en Barcelona, 3 en Tarragona, 3 en Girona y una en Lleida<sup>4</sup>.

Si bien es cierto de su heterogeneidad, esto no exime a los autores poder obtener información de sus recursos y el manejo de los pacientes en cada una de ellas, por lo que metodológicamente no sería correcto excluirlas por dicho motivo. Así, como se observa en el documento original sobre el que se basa el artículo<sup>2</sup>, muchas de estas unidades cuentan con todas las características que incluye la definición de unidad de demencia propuesta por los autores.

Fruto de esta inexactitud de los resultados, el artículo afirma también que solo se realiza evaluación neuropsicológica reglada en las 6 unidades consideradas por los autores y en las consultas monográficas de Extremadura. Sin embargo, como se puede comprobar otra vez en el documento fuente, muchas de las EAIAs ofrecen evaluación neuropsicológica reglada en su cartera de servicios además de recursos de psicoestimulación en los hospitales de día de trastornos cognitivos.

Por todos estos motivos, la figura 1 A puede llevar a conclusiones erróneas al lector pensando que las únicas unidades de memoria con los criterios establecidos son las que se muestran en dicha figura. Enmarcar todas las EAIAs en la figura 1 C puede permitir al lector comprender que existe una organización política y sanitaria en el ámbito de las demencias en Cataluña diferente a otras regiones del territorio nacional, pero no las excluye de cumplir con los criterios de unidades de memoria y, por tanto, aquellas que cumplan con los criterios tras una correcta información de sus recursos y actividades, deberían estar presentes en la figura 1 A. A pesar de los datos interesantes del trabajo de Martínez-Lage et al., por lo comentado previamente, evidenciamos que no refleja de manera fiable la situación actual de la atención a las personas con deterioro cognitivo en España y, por tanto, necesita de una revisión de las figuras y de la información aportada para poder tener una imagen real del estado de la atención de la demencia a nivel nacional y evitar posibles confusiones a los lectores.

#### Agradecimientos

Dicho documento ha sido valorado y consensado por el Grup D'Estudi de la Cognició i la Conducta, Societat Catalana de Neurologia.

## Bibliografía

1. Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Map of Alzheimer's disease and other dementias in Spain. MapEA Project. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53:26–37.
2. Lilly. [consultado 3 Mar 2018] Disponible en: <https://www.lilly.es/global/img/es/pacientes/mapea/mapea-catalua.pdf>.
3. Quadern 10 del Pla de Salut de Catalunya sobre «Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció sociosanitària» (1996).
4. General de Planificació i Avaluació. 2006. [consultado 4 Mar 2018]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits.tematics/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/plans\\_directors/sociosanitari/documentacio/bases.atencio\\_comunitaria.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits.tematics/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/sociosanitari/documentacio/bases.atencio_comunitaria.pdf).

Albert Lladó y Gerard Piñol-Ripoll

Grup D'Estudi de la Cognició i la Conducta, Societat Catalana de Neurologia, Barcelona, España  
Correo electrónico: [gerard.437302@hotmail.com](mailto:gerard.437302@hotmail.com) (G. Piñol-Ripoll).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.449>  
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## El valor de «sentirse como en casa» en los centros residenciales: lo pequeño es hermoso



### The value of «feeling at home» in nursing homes. Small is beautiful

Sr. Editor:

La tendencia a la personalización en las sociedades modernas aparece con una fuerza inusitada. Desde los ámbitos del consumo, hasta aquellos que configuran la vida cotidiana de las personas que necesitan apoyos.

Especial relevancia tiene, desde esta perspectiva, la atención a las personas mayores en residencias. Estos recursos si bien suelen prestar una atención adecuada desde el punto de vista médico-asistencial, suponen la pérdida de uno de los espacios más importantes para la personalización y el mantenimiento de la identidad: la casa, el lugar de la seguridad, los afectos y la historia vivida<sup>1</sup>.

En los últimos años se están generando iniciativas en el marco de la atención centrada en la persona (MACP), que ponen de manifiesto la importancia del «sentido de la casa» en el diseño de alojamientos para personas en situación de dependencia.

El significado o sentimiento de hogar es un fenómeno multifactorial condicionado no solo por el ambiente físico, sino también por las peculiaridades tanto personales como sociales y culturales de las personas que los ocupan. Para algunos autores «sentirse como en casa» en una residencia es un concepto complejo, determinado por un equilibrio dinámico entre autonomía y seguridad que progresivamente va transformando un espacio en un hogar<sup>2</sup>.

En nuestro contexto, cuando algún residente desea enseñar el lugar en el que vive, suele referirse a «su casa». Un espacio reducido o incluso compartido, que ha ido configurando como propio con unos cuantos elementos cuidadosamente elegidos y dispuestos para ser vistos, disfrutados y mostrados a los visitantes<sup>3</sup>.

En este mismo sentido, algunos trabajos recientes, efectuados con y desde la perspectiva de los usuarios, resaltan el valor que tienen «los detalles», «lo pequeño» para que la personalización en el trato sea posible y la vida tenga sentido.

Comer en compañía en entornos hogareños<sup>4</sup>, contar con la presencia y la participación de allegados en las actividades que configuran la vida diaria, ofrecer posibilidades para que el día transcurra acorde a lo que se desea, etc., son algunas de las cuestiones que ayudan a que un entorno residencial se convierta en algo parecido a un hogar<sup>1</sup>.

Por otro lado, el grupo de la casa (personas residentes, familiares y profesionales) constituido en «una familia» se convierte en el contexto en el que se desarrollan las intervenciones profesionales, favoreciendo ya no solo la implementación de nuevas prácticas, sino también su consolidación y mantenimiento. Los pequeños-grandes entornos y eventos que construyen el día a día,

se configuran en elementos que han de guiar la identificación y desarrollo de las actuaciones profesionales, ofreciendo además una oportunidad para superar la tradicional separación entre prácticas basadas en la evidencia y rutinas profesionales más o menos estandarizadas<sup>5</sup>.

Considerar «la casa» y dar voz a quienes la habitan, resultan pues asuntos imprescindibles para avanzar hacia los alojamientos que organizaciones, personas y profesionales perseguimos<sup>6</sup>.

Pero los retos que imponen incorporar los detalles relevantes para que cada persona, en entornos institucionales, «se sienta como en casa» son grandes y dificultosos.

En primer lugar, asegurar la participación de personas, la mayoría con deterioro cognitivo avanzado en las decisiones que les afectan, es una tarea compleja que exige generación de conocimiento e identificación de metodologías y herramientas de evaluación que, hasta ahora, han tenido un valor y desarrollo muy limitado: observación, etnografía visual, autoevaluación, etc.<sup>7</sup>.

Además, las transformaciones de carácter organizacional, que posibiliten dar respuesta a las preferencias de las personas, imponen un cambio cultural en profundidad que ha de avanzar hacia la singularización del individuo desde su rol profesional, promoviendo el desarrollo de competencias, tales como la escucha activa, la capacidad para el consenso, la gestión emocional y del conflicto propio y del entorno<sup>8</sup>.

En definitiva «sentirse como en casa» exige esfuerzo y compromiso por parte de todos los implicados para rutinizar solo aquello que sea beneficioso para las personas y abordar un proceso creativo y, de liderazgo, para transitar en lo cotidiano hacia la generación de interés e ilusión y llenar de vitalidad los itinerarios de las personas que necesitan ayuda. Un itinerario que incluye a los amigos y las familias que, con frecuencia viven con preocupación y tristeza esta etapa, y también a profesionales, hasta ahora centrados en el cumplimiento de tareas múltiples e, invitados actualmente a «ser personas» en su actividad laboral.

Sin duda nos espera un futuro mejor en el acompañamiento del itinerario vital de la dependencia. Definitivamente, «lo pequeño es hermoso»<sup>9</sup>.

## Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a Raquel Lázaro sus contribuciones a versiones preliminares del manuscrito.

## Bibliografía

1. Van Hoof J, Verbeek H, Janssen BM, Eijkelenboom A, Molony SL, Felix E, et al. A three perspective study of the sense of home nursing home residents: The views of residents, care professionals and residents. BMC Geriatr. 2016;16:169.
2. Van Dijk-Heinen C, Wouters E, Janssen B, van Hoof J. A sense of home through the eyes of nursing home residents International. IJIRST. 2014;1:57–69.
3. Fundación Matia. Informe no publicado. San Sebastián, 2016.