
“Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada.”

Responsable: María Isabel Genua Goena. Matia Fundazioa

Equipo de trabajo:

Centro Gerontológico Julián Rezola. Matia Fundazioa: María José Gárate Olazábal, Izaskun Iturrioz Arrechea, Gabriela Mondragón Olán, Marta Idiaquez Miramón, Ana Olaizola Pildain, Ane Gurruchaga Elicegui, Begoña Salaberria Trecu, Laura Aguirregomezcorta Madinabeitia, Idoia Larrumbide Simón, Josefa Rollán Sánchez, Marian Costa Casco, Maitane Gaztañaga.

Centro Gerontológico Lamorous. Gerozerlan: Javier Quintas, Eli Abad, Esther Rivas, Celia Atienza, Silvia Marcos, Idoia Cano, Ana Belén Egaña, Virginia Hernández, Rosa Ibargúren.

Metodólogas: Pura Díaz Veiga, Izaskun Cuartango Acha, Elena Urdaneta Artola. Fundación Ingema

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

2.2.1 MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA EN ATENCIÓN RESIDENCIAL

I. INTRODUCCION	3
1.1. La Atención Centrada en la Persona (ACP)	3
1.2. Atención centrada en la persona y personas con demencia	6
1.3. El papel de la familia	10
1.4. Características Físicas, sociales y organizativas	10
1.5. Atención centrada a la persona como reto para los profesionales de la atención	12
1.6. Calidad de vida	13
1.7 Otros factores a tener en cuenta en el nuevo modelo a implementar en atención residencial directamente relacionados con la salud y calidad de vida de los residentes de centro gerontológico	17
1.8 Necesidad de cambio organizativo, desde el liderazgo de políticas hasta los modelos de atención	21
1.9. Evaluación de la atención centrada en la persona	22
1. 10 Modelo de Atención en Matia Fundazioa	24
II. OBJETIVO	29
III. METODOLOGIA A SEGUIR	30
IV. CRONOGRAMA PROYECTO 2011	34
V. RESULTADOS ESPERADOS	35
VI. RESULTADOS	35
VII. CONCLUSIONES	80
VIII. BIBLIOGRAFIA	83
ANEXO I. Información para usuarios, familias y trabajadores	87
ANEXO II: Estudio y conceptualización del modelo de atención centrado en la persona	132
ANEXO III. Competencias del profesional de referencia	142
ANEXO IV. Indicadores seguimiento atención residencial en la unidad de convivencia	143
ANEXO V. Indicadores de evaluación proyecto atención centrado en la persona en atención residencial	145
ANEXO VI. Plan de Formación: grandes temas abordados	147
ANEXO VII. Proyecto de ejercicio físico orientado a personas mayores en situación de fragilidad	148
ANEXO VIII. VALORACIÓN DEL BURNOUT EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO LAMOUREOUS ZUBIAURRE	160

1.1. La Atención Centrada en la Persona (ACP)

Hay una tendencia generalizada a pensar que la población mayor es una población relativamente homogénea ya que se encuadra dentro principalmente de una generación. Ello ha llevado en un principio a la planificación de unos cuidados poco diferenciados para las personas mayores atendidas en los diferentes recursos. Sin embargo, la comunidad científica no ha tardado en evidenciar personas con muy distintas necesidades y expectativas. Este hecho además ha cobrado fuerza en los últimos años al sorprendernos el enorme porcentaje de personas que necesitan atención especializada por presentar deterioro cognitivo siendo la demencia la principal causa, demencia que en sus distintos estadios necesita de estrategias de atención diferentes lo que unido a la diversidad de las personas por cultura, biografía y soporte sociofamiliar hacen replantear totalmente la provisión de los cuidados y los conocimientos y competencias de las personas que las prestan

Los valores que aporta la reflexión de lo que es la persona y lo que necesariamente los profesionales tenemos que incorporar en la toma de decisiones sobre su curación y cuidados, ha llevado a distintas disciplinas a ir avanzando en la conceptualización de lo que ello supone en la población afectada por sus cuidados. Conceptualización que a distintos grupos de trabajo han llevado a la descripción y aplicación de nuevos modelos de atención que requieren no solo una buena aplicación del conocimiento de la especialidad de la que se trate sino a ir mas allá y lograr no solo transmitir y compartir estos conocimientos con la persona, sino garantizar que entiende y puede incorporarse a las decisión de la forma en que va a ser abordado, en consecuencia, su cuidado.

Estos modelos deberan estar orientados no solo a dar respuesta a necesidades identificadas, sino deben orientarse a incorporar a las personas en la definición y puesta en práctica de sus planes de atención teniendo en cuenta la potenciación de las capacidades mantenidas (Bermejo L y col 2009)

Así, en Australia, Sandra Davis, Suzanne Byers y Fay Walsh en 2008, entendiendo que la Atención Centrada en la Persona es considerada la vía óptima de proveer servicios de salud, y la definen como “considerar a las personas como individuos”, conceptualizan aspectos concretos a incorporar en la atención de hospitales de subagudos para conseguir prestar la atención centrada en la persona

Sonia Poochikian-Sarkissian y col en 2010 investigaron en Canadá hasta que punto los cuidados prestados por el personal de enfermería se encontraban centrados en el paciente analizando la percepción de las enfermeras y los pacientes, los procedimientos asociados al modelo y a la evolución de los pacientes. Lo estudiaron en pacientes de cardiología, neurología/neurocirugía y ortopedia. Los aspectos analizados fueron

- Individualización de los cuidados
- Participación de los pacientes en los cuidados
- Estado funcional
- Auto cuidado
- Satisfacción con los cuidados

Los resultados evidenciaron que la percepción de estos cuidados en el propio paciente estaban asociados a un alto nivel de auto cuidado lo que les llevo a concluir que la implantación de un modelo de atención centrado en la persona debería mejorar la evolución de los pacientes aumentando sus capacidades de auto cuidado y su satisfacción respecto a los cuidados y a su calidad de vida

El Instituto de Medicina define la atención centrada en el paciente como “atención de la salud que establece la colaboración entre profesionales de atención, pacientes, familias cuando es necesario para garantizar las decisiones del paciente y sus preferencias y la educación y soporte que estos necesitan para tomar sus propias decisiones y participar en su autocuidado (IOM 2001).

Los procesos de comunicación, información y mejora del papel de los usuarios en la toma de decisiones de atención compartida es un tema complejo que no depende sólo de la voluntad y las habilidades de los profesionales, sino también de la capacidad de las personas afectadas y

de los ciudadanos de entender el proceso de información de temas relacionados con la salud y servicios sociales (health literacy) para tomar decisiones y de las características y organización de los sistemas de atención.

La **Atención Gerontológica Centrada en la Persona** ha sido recientemente analizada en un documento elaborado por Teresa Martínez (Martínez, T. 2011) . Es este un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, como seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento que todas las personas tenemos igual dignidad.

Define la atención centrada en la persona como un “Modelo de atención que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, situando en el centro de atención a la persona en su día a día permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo”

Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

La definición de dignidad no es algo objetivo, al depender en último término de dónde cada persona situamos la frontera sobre lo que consideramos digno o indigno. El concepto de dignidad lo delimitan los consensos sociales, los derechos recogidos en la legislación vigente, pero también los límites desde donde cada individuo conformamos nuestro propio concepto de dignidad.

En lo que atañe a la atención profesional a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el trato digno implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia. La autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida, y por tanto como término opuesto a heteronimia. La independencia como desenvolvimiento en la vida cotidiana, y por tanto, término opuesto a dependencia.

El trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Y se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: a) su bienestar físico y emocional, b) el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, f) el fomento de la inclusión social o g) el respeto a la edad adulta.

La búsqueda de la atención individualizada no es algo nuevo en la intervención social. Tampoco es algo que, por mucho que figure en nuestros objetivos de trabajo, se consiga fácilmente.

La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

1.2. Atención centrada en la persona y personas con demencia

El incremento en la prevalencia de pacientes con demencia impulsa la necesidad de desarrollar y evaluar modelos excelentes de atención en aras a conseguir la mejor calidad de vida con las personas que presentan esta enfermedad. Los cuidados de las personas con demencia engloban compensar el declinar de sus funciones y el apoyo psicosocial que estas necesitan.

En esta última década, múltiples autores abordan la necesidad de que la persona con demencia sea atendida dando valor y teniendo en cuenta su experiencia vital y sus capacidades mantenidas en lugar de ser atendida con un modelo de atención que deshumanice y despersonalice a la persona con dicha enfermedad (Kitwood,1997)

¿En que consiste la prestación de cuidados de calidad en personas con demencia?

Irene Ericson y col en 2001, trabajan en Suecia con profesionales y familiares para poder contestar a esta pregunta. Que la familia y los profesionales entienden que la mejor manera es la de aplicar cuidados centrados en la persona no tiene lugar a dudas, sin embargo, el como prestar esos cuidados esta menos claro. Comparando los caminos que seguirían cuidadores profesionales y familiares para prestar la mejor atención se encuentran con importantes diferencias lo que evidencia la necesidad de trabajar conjuntamente para que los cuidados centrados en la persona en personas con demencia sea una realidad, necesitan unos entender la perspectiva del otro y reconocer su expertise. Necesitan los cuidadores profesionales además adquirir el conocimiento que les permita sentirse competentes en el cuidado de su familiar

Una revisión reciente describe la atención centrada en la persona como la atención que consigue mantener la personalidad a pesar del declive de su capacidad cognitiva a través de la identificación real de las capacidades mantenidas, conocimiento de sus experiencias personales, sus relaciones sociales y familiares e incluyendo a su entorno social como un agente terapéutico (Edvardsson y col , 2008)

Brooker en 2007 define la atención Centrada en la Persona con demencia (PCC en ingles correspondiente a person-centered care) como la suma de Valorar, es decir darle valor, a la persona con demencia (V), tratarla como persona individual (I), mirar al entorno desde la perspectiva de la persona (P), y crear un entorno social positivo (S)

$$PCC= V+I+P+S$$

La literatura describe distintas estrategias para proveer atención centrada en la persona en personas con demencia

1.2.1 Conocimiento de la biografía e historia de vida

Amanda Clarke en el año 2000, con objeto de tratar a las personas con demencia como individuos, más que como pacientes o casos, apuesta por incorporar el conocimiento de la biografía en los cuidados. Dice que el conocimiento de la biografía puede ser la vía de entrada de la enfermera en los cuidados centrados en la persona. El hecho de asignar a la enfermera este papel puede deberse a que las figuras profesionales cercanas a los residentes en los países del norte de Europa se corresponden principalmente a cuidadores expertos en la atención a personas dependientes y enfermería. El artículo describe además la manera en la que contando con las personas, no necesariamente con demencia, y conociendo su historia de vida, esta puede proveer información sobre sus necesidades actuales, prioridades y aspiraciones. Mas adelante, la misma autora en 2003 establece la necesidad de conocer la vida previa de la persona para poder interpretar comportamientos y establecer la mejor manera de tratarle y aplicar un plan de atención individualizado

Mckeown J y col en 2010 se plantean un pequeño estudio con el objeto de ver si una historia de vida correctamente trabajada consigue ser entendida y aprovechada en la práctica diaria de personas con demencia, si es compartida por las distintas personas involucradas en los cuidados, si afecta a la manera de prestar los cuidados y si afectan a los resultados de estos. Lo que en el estudio emerge es el necesario esfuerzo a hacer para el mantenimiento de la personalidad en la persona con demencia (de ser considerado paciente a ser considerada persona), el necesario esfuerzo para “oir” a la persona utilizando para ello todas las estrategias posibles y el necesario esfuerzo para conseguir que la persona con demencia se sienta contento y orgulloso de si mismo

1.2.2 Reminiscencia

La reminiscencia es otra estrategia encaminada a avanzar en la atención centrada en la persona, utilizando para ello por ejemplo estrategias de mostrar fotografías, ver la respuesta ante determinadas músicas,... que permitan confirmar datos autobiograficos, como describió ya Broker en 2004 y mas recientemente Downs y col en 2006

Conocer como la persona interpreta la realidad es otra fuente que ayuda a validar las terapias (Neal and Barton Wright, 1999)

1.2.3 Priorizar la experiencia personal del individuo a la de completar los protocolos establecidos

En este sentido adquiere mayor importancia el lograr pequeños momentos confortables que el cumplir las tareas planificadas de manera eficiente.

Lograr que los profesionales de atención directa flexibilicen sus rutinas constituye la clave para la organización, planificación y ejecución de los cuidados de las personas con demencia (Cohen-Mansfield and bester, 2006)

1.2.4. Aplicación de estrategias no farmacológicas en personas con demencia que presentan trastornos del comportamiento en determinadas intervenciones cotidianas

Sloane PD,y col en 2004 midieron la agitación, los comportamientos agresivos y el disconfort en personas con demencia a la hora del baño aplicando los conceptos que marca la atención centrada en la persona con 2 tipos de intervenciones no farmacológicas, el baño-toalla y la aplicación del modelo.

La agitación y la agresión se midieron utilizando el "Care recipient Behavior Assessment; el disconfort se midió utilizando una modificación del "Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type". Como parámetros secundarios se midieron la duración del baño, si el baño había sido completo (si se habían limpiado todas las zonas del cuerpo), la condición de la piel y la flora microbiana de la piel. Los baños en estudio fueron grabados en video para su evaluación posterior.

Según los resultados del estudio, entre todas las medidas de agitación estudiadas, las 2 intervenciones produjeron significativamente menos comportamientos de agitación que en el control. La agresión disminuyó en un 53% en el grupo del baño centrado en la persona y 60% en el grupo del baño-toalla y sólo 7% en el grupo control. El disconfort disminuyó en las dos intervenciones, más (significativamente) en el grupo baño-toalla pero no en el grupo control.

La duración del baño aumentó en el baño centrado en la persona pero no en el baño-toalla. La condición cutánea mejoró en las 2 intervenciones y no aumentaron la colonización por bacterias potencialmente patógenas.

Conclusiones: el baño centrado en la persona y el baño-toalla constituyen métodos seguros y efectivos en disminuir la agitación, agresión y discomfort durante el baño de las personas con demencia.

1.3. El papel de la familia

La implementación efectiva de la atención centrada en la persona en centros residenciales requiere de la creación de una tupida red por parte de los profesionales de atención directa, personal administrativo, los propios residentes y sus familias. Los centros residenciales deben de visualizar formas de integración de las familias a través de la formación, del establecimiento de políticas adecuadas, planes de intervención y documentación. Para poder abordar y mantener estas redes colaborativas en un entorno real en el que se manejan turnos de trabajo, requisitos normativos, etc, es necesario revisar normas y procedimientos y acompañarlo de programas de formación y sensibilización

Ser capaces de acordar planes de cuidados entre los residentes y sus familias junto al resto de agentes implicados, se convierte en la mejor manera de lograr una implantación efectiva del modelo de atención centrado en la persona (Boise L y col 2004)

1.4. Características Físicas, sociales y organizativas

Verbeek y col en 2009 relacionan centros de nueva concepción con la provisión de los cuidados en unidades pequeñas (6-10 residentes por unidad) de carácter doméstico parecido a una casa particular con comedor y cocina en la unidad. Los residentes de esa unidad forman una comunidad y el personal forma parte de esa comunidad.

A nivel de organización del centro, los residentes, las familias y el personal de atención directa deciden conjuntamente las rutinas diarias. Todo el personal realiza funciones integradas: de Enfermería, atención personal y domésticas

Mayte Sancho y col en el documento "Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen Trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción" elaborado en 2011 a

petición del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco, para el momento en que los mayores necesitan ayuda propone adaptar las instituciones residenciales a las personas para “Vivir como en casa” argumentando que

- El Modelo de alojamiento residencial desarrollado en los últimos años y que hoy en día sigue vigente en las nuevas iniciativas y proyectos residenciales se basa en criterios de un modelo clínico-asistencial más que en un modelo que reproduzca “lugares para vivir” una etapa vital en la que las personas necesita apoyos para su vida diaria.
- El enfoque arquitectónico ambiental, la dimensión media de los centros residenciales estándar dificulta la implantación del Modelo de Atención centrado en la Persona. Esta tipología de Recursos merma el derecho a la privacidad de las personas y la práctica habitual de la autodeterminación, autonomía y libertad de elección.
- La configuración de ambientes limita, cuando no elimina las posibilidades de las personas de disponer de un espacio propio, de un espacio de pertenencia como elemento primordial para conseguir que estos recursos de alojamiento alternativo al domicilio sean un “lugar para vivir”.
- Además, los aspectos organizativos condicionan la vida diaria de las personas que son atendidas en estos servicios de alojamiento.
- La organización del trabajo de los profesionales está excesivamente compartimentada y clasificada por categorías profesionales y funciones dificultando un conocimiento y comprensión global e integral de las personas a atender minimizando la orientación a la persona. Así mismo la personalización, el acompañamiento y apoyos a la persona se sitúan en un nivel secundario(a excepción de tareas de atención básica como higiene, vestido...) no logrando influir ni promocionando las capacidades en las actividades de vida diaria.

Pura Diaz Veiga (2011) reflexiona sobre el significado de la vivienda para la buena vida y el bienestar individual, poniendo de manifiesto la necesaria consideración de estas premisas para el diseño de viviendas para personas con discapacidad que envejecen, (específicamente para las personas con trastornos del espectro autista). Analiza también las posibilidades que ofrecen los modelos de atención centrados en las personas, y sus consecuencias en el desarrollo de nuevas prácticas profesionales dirigidas a la promoción de la autonomía y la independencia de las personas con necesidades de apoyo para su vida cotidiana.

1.5. Atención centrada a la persona como reto para los profesionales de la atención

La aplicación práctica de la atención centrada en la persona en entornos diferenciados tanto por perfiles de pacientes y/o residentes como por su adaptación a distintos niveles asistenciales, ya sea en domicilios o en instituciones, supone un enorme reto tanto para los profesionales como para las propias organizaciones y para las entidades que financian el cuidado.

Brendan McCormack, profesora del Instituto de Investigación de enfermería de la Universidad del Ulster en Irlanda del Norte, ha trabajado intensamente estos aspectos junto a un importante número de investigadores en estos últimos años. Así establece

a) respecto a los profesionales de atención, la necesidad de disponer de unos requisitos previos como son:

- Competencia profesional
- Habilidades de relación interpersonal
- Compromiso con el trabajo
- Ser capaz de demostrar claridad de creencias y valores
- Conocerse a sí mismos

b) Respecto al contexto en el que se prestan los cuidados,

- apropiada incorporación de distintas competencias
- sistemas para facilitar la puesta en marcha de las decisiones acordadas por el equipo
- interrelación efectiva entre miembros equipo interdisciplinar
- potencial para la innovación y la asunción de riesgos
- entorno físico adecuado

c) Respecto a los cuidados: Prestar cuidados focalizando en procesos centrados en la persona, así

- Trabajar con creencias y valores de las personas

- Tener presencia empática
- Compartir las decisiones adoptadas
- Proveer cuidados integrales

d) Respecto a resultados

- Satisfacción con los cuidados
- Participación en el cuidado
- Sensación de bienestar
- Creando entorno terapéutico

Koren MJ en 2010 publica dentro del programa para ancianos frágiles en Nueva Cork, el movimiento de “cambio cultural” con objeto de visualizar las residencias para mayores frágiles como lugares de atención a largo plazo, no sanitarios, sino potenciadores de la calidad de vida de las personas. Anima a desarrollar políticas que potencien ese camino minimizando los problemas que lo originan como son los frecuentes cambios en los profesionales de atención directa.

Mayte Sancho y col en el borrador del documento referido anteriormente propone Promover la implantación de prácticas profesionales asociadas al modelo de atención centrado en las personas argumentando que el desarrollo de prácticas profesionales congruentes con el modelo de atención centrado en la persona lleva consigo la modificación de muchas de las actuaciones que han venido siendo desarrolladas por los profesionales que trabajan en los ámbitos gerontológicos. Preservar la dignidad e intimidad de las personas, así como la promoción de su autonomía e independencia se sitúa en centro de este marco conceptual. Por ello, se hace necesario el desarrollo de diversas acciones que contribuyan a conseguir estos objetivos, reformulando diversos aspectos de la actuación profesional

1.6. Calidad de vida

Hablar de calidad de vida es fácil, y ver como objetivo la mejora de la calidad de vida en las empresas y procesos que proveen servicios para mayores y para mayores con demencia, una constante

Las dimensiones de la calidad de vida también han sido ampliamente estudiadas y no es necesario volverlas a mencionar en este documento. Tampoco es necesario explicar que la calidad de vida y su percepción dependen de uno mismo ya que en este campo, los valores, las preferencias y las expectativas de vida son personales y por tanto no pueden definirse desde fuera.

La atención centrada en la persona persigue precisamente esto, poder dar respuesta a las necesidades y expectativas desde la perspectiva de la persona.

Si ya dar esta respuesta a personas que pueden comunicarse con facilidad depende de muchos factores y es difícil de lograr, dar respuesta a personas con demencia y otras patologías que dificultan la comunicación es todavía más difícil.

Lo que está claro es que curar y prevenir enfermedades, dependencia y riesgos, identificar y hacer frente a los síntomas (principalmente al dolor) y potenciar capacidades, debe de estar garantizado en los modelos de atención de las unidades residenciales.

Una persona con dolor, una persona con dependencia superior a la que su propia patología origina, una persona que no utilice capacidades mantenidas por desconocimiento de los profesionales de cómo aflorarlas, una persona desnutrida y en riesgo, una persona que se cae y se golpea o fractura la cadera, es una persona con mala calidad de vida.

Una persona que no hace la vida que desea y puede es una persona con mala calidad de vida.

Por tanto, acceder a servicios sanitarios de calidad y la provisión de servicios especializados que permitan detectar problemas y riesgos así como potenciar capacidades, son servicios básicos a implementar en un modelo de atención centrado en la persona.

La manera de acceder a servicios sanitarios de calidad desde los servicios residenciales es diferente tanto en los distintos países como en las distintas comunidades autónomas. Con la evolución de los centros gerontológicos a centros con personas con alto grado de dependencia, unos centros han optado por disponer de recursos sanitarios propios y otros han optado por los servicios que ofrece la red sanitaria.

Los protocolos y la capacitación de los profesionales para la detección de riesgos y actuación ante los problemas también depende de los centros aunque empiezan a desarrollarse protocolos consensuados que en algunas autonomías son de obligado cumplimiento

Cabe destacar el papel del ejercicio físico en la prevención del síndrome de inmovilidad, es decir en el mantenimiento funcional, e incluso el papel en el mantenimiento cognitivo. Se trata de una intervención que ha mostrado evidencia clara en relación con la calidad de vida de la persona y por tanto una intervención a la que los residentes deberían de acceder. Eso sí, debe de ofrecerse adaptada a la situación y necesidades de la persona

Otras intervenciones analizadas ligadas a la calidad de vida han sido las intervenciones cotidianas. Ser capaces de orquestar en los centros actividades cotidianas como si de un hogar se tratara haciendo que la participación de las personas persiguiera su normalización pero también la máxima utilización de sus capacidades y por tanto realizadas desde esta perspectiva, es un objetivo ampliamente descrito en los manuales de Atención centrada en la persona pero que sin embargo no hemos sido capaces de evaluar de forma tan clara, la evidencia de su efectividad

También la manera de evaluar la calidad de vida de las personas institucionalizadas y sobre todo de las personas con demencia ha sido muy discutida

La Dra. Beatriz León-Salas. De la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer. De la Fundación CIEN-Fundación Reina Sofía. Instituto de Salud Carlos III. Junto con sus colaboradores realizó una exhaustiva Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia que publicó en 2010. El análisis del estado del arte en esta materia así como su reflexión posterior difícilmente podría ser mejorado en este trabajo por lo que lo reproducimos a continuación:

“La medición de la Calidad de Vida en la demencia supone un reto conceptual y metodológico al que los investigadores han respondido logrando algunos acuerdos, con ciertas reservas y limitaciones.

En los últimos años hemos asistido a un importante avance en el estudio de la CV en la demencia, pero, hoy por hoy, todavía existen incertidumbres en torno al tema. Actualmente no hay una definición consensuada de CV en demencia, pero sí un acuerdo sobre el carácter multidimensional y subjetivo del término. La CV es definida de distinta manera por diferentes personas, y los diversos instrumentos de medida utilizados para valorarla reflejan diferentes marcos conceptuales. Además, hay que considerar las potenciales consecuencias de la demencia en la evaluación debido a las dificultades cognitivas, especialmente los problemas de comunicación, de entendimiento y de razonamiento, la autoevaluación es realizable en escasas ocasiones. Por este motivo, en general, suele acudir a la información proporcionada por un cuidador o familiar próximo que, a través de la observación o de su cercanía con el paciente, pueda informar de datos valiosos referentes a su CV.

A pesar de estas limitaciones, la aplicación de instrumentos específicos creados para su evaluación resulta cada vez más frecuente. A diferencia de los genéricos, estos instrumentos se centran en los problemas asociados a la demencia y son más informativos y sensibles al cambio. Por tanto, son preferibles para detectar los cambios inducidos por los tratamientos y las intervenciones psicosociales. En general, las propiedades psicométricas de estos instrumentos (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) son satisfactorias. Además, son instrumentos concisos, fáciles de entender y sencillos de aplicar. Teniendo en cuenta la especificidad de la demencia y sus consecuencias en la valoración, es aconsejable la utilización de instrumentos de CV que tengan dos versiones, una para el paciente y otra para el cuidador. Respaldando la naturaleza subjetiva e individual de la CV, en aquellos casos en los que el paciente pueda contestar al cuestionario, sería muy útil recoger su visión acerca de la repercusión de la demencia en su vida. Sin embargo, son pocos los casos en los que los pacientes pueden participar de tal modo. Por este motivo resulta aconsejable y casi necesario contar con una versión para el cuidador familiar o profesional, que ayudaría a valorar la CV del paciente, aunque sea desde su punto de vista. La principal ventaja de contar con una versión para el cuidador es que permite utilizar el instrumento en todas las fases de la enfermedad, independientemente de la gravedad del paciente. En este sentido, las escalas específicas más útiles son QOL-AD, DEMQOL y CBS. En demencia avanzada está indicada la utilización de instrumentos de tipo observacional. En estas fases es más difícil que el paciente pueda participar en el estudio y, además, el cuidador no sabe interpretar los gestos y

comportamientos de su familiar si no es a través de un patrón de conductas relacionadas con la CV fijadas previamente por el investigador. En este caso, los instrumentos más útiles son DCM y QUALID.

El grupo INTERDEM llegó a un consenso europeo sobre las herramientas más útiles en la demencia. En el caso de instrumentos de CV, este grupo de expertos aconsejó la utilización del QOL-AD por ser uno de los instrumentos más apropiados por su brevedad y por su sensibilidad a las intervenciones psicosociales. Woods et al lo emplearon para examinar la relación entre CV y estado cognitivo en personas con demencia. Realizaron un ensayo aleatorizado con 201 personas que participaron en una terapia de estimulación cognitiva. Se comprobó que, aunque los cambios en la CV de personas con demencia fueron independientes de los niveles de estado cognitivo, la intervención realizada para mejorar la función cognitiva tuvo un efecto directo sobre la CV de los pacientes”.

[1.7 Otros factores a tener en cuenta en el nuevo modelo a implementar en atención residencial directamente relacionados con la salud y calidad de vida de los residentes de centro gerontológico](#)

En la primera parte del proyecto que se presenta a estudio, se identifican aquellos aspectos que el equipo de atención residencial de Matia identifica como aspectos claves que diferencian los modelos de atención de calidad actuales y los modelos de atención centrados en la persona aplicados en los países nórdicos y en países norteamericanos y que se concretan en la potenciación y apoyo en el domicilio, en aplicación de cuidados evitando el uso de restricciones, la incorporación de lo que nos enseña la historia de vida en la planificación de cuidados, y lo mas importante, poner como prioritaria la voluntad y prioridad de las personas atendidas. Todo ello equilibrado con las necesidades que en materia de salud y seguridad dichas personas necesitan y los profesionales competentes de atención identifican.

Cuando se piensa en la forma de aplicar de esa manera y esos cuidados, se piensa también en el entorno físico que contribuye a que el cuidado sea “como en casa”, es decir, se provea desde unidades de convivencia con pocas personas atendidas por profesionales estables, que tengan empatía con los usuarios y con conocimiento de la historia de vida y las preferencias

que presentan. Esto complica aún más la provisión de los cuidados con este enfoque ya que no es fácil diseñar espacios y unidades con pocos residentes ya que encarece en gran manera la prestación del servicio, ni es fácil asignar cuidadores fijos a estas unidades ya que las cargas asistenciales no son homogéneas entre unidades y puede corresponder la máxima siempre a los mismos trabajadores si no rotan, salvo que se tenga en cuenta también este factor al asignar las habitaciones, etc....

Dichas unidades de convivencia deberán además contar con espacios, utensilios y equipamientos que permitan incorporar actividades cotidianas al día a día de los residentes sin prescindir por ello de los servicios del centro, si queremos introducir las estrategias de las que estamos hablando.

En definitiva, muchos son los aspectos que desde la perspectiva del nuevo modelo deben ser revisados si se pretende dar un vuelco definitivo al modelo de atención. Se ha hablado ya del cambio en el enfoque de todos los profesionales del centro para incorporar a los usuarios en tareas cotidianas de la mejor manera posible y la implicación que ello conlleva. Se ha hablado también de las necesidades de infraestructuras, pero no se puede olvidar el impacto en la normativa y legislación necesario ni el nuevo modelo económico que de este nuevo enfoque se deriva

El objetivo de atención teóricamente no ha variado en estos últimos años. Se persigue conseguir mejorar la calidad de vida, entendiendo esta como el Mantenimiento y/o mejora de autonomía, capacidad funcional y cognitiva y bienestar físico y emocional. Integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares

La calidad de vida es claro objetivo perseguido por la definición y conceptualización de la Atención Centrada en la persona, sin embargo hay otros aspectos incuestionables en la atención que contribuyen a ella. Prácticas hoy todavía cotidianas en la atención en nuestro medio como son el uso de restricciones físicas y/o químicas claramente han sido descritas como prácticas que pueden ir erradicándose en gran medida a pesar de la dificultad que ello conlleva sobre todo en personas con demencia. Difícilmente los problemas, riesgos y

afectación a la calidad de vida de las personas a los que se aplica restricciones pueden compensar los riesgos que el no uso de las mismas pudiera acarrear. Concretamente en incremento de las caídas y aumento en trastornos de comportamiento de difícil control. Sin duda, la profundización y el abordaje imaginativo en la prevención de caídas y en la prevención de los trastornos de conducta constituye uno de los grandes retos en la atención que contribuirá a la mejora de calidad de vida de las personas institucionalizadas o que acuden a un centro de día. No hay que olvidar que las caídas constituyen una de las principales causas de morbi-mortalidad de las personas mayores en situación de fragilidad

En Estados Unidos, la ley OBRA en el año 1987 establece:

- a) El derecho a estar libre de restricciones físicas y químicas innecesarias e inapropiadas.
- b) Pone énfasis tanto en la Calidad de Vida de los residentes como en la Calidad de los Cuidados.
- c) Considera el “no uso de Sujeciones” como un Indicador de Calidad de Vida (de residentes y cuidadores): Utiliza en diferentes estudios el uso ó no de sujeciones como Indicador de Calidad de Vida.

Como consecuencia de la concienciación en esta materia y con objeto de cumplir la ley, el Centro de Grupos de Análisis y Certificación para Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Sociales planificó y puso en marcha:

- Proyectos de Cambio de Cultura: La Organización de Mejora de la Calidad (QIO) trabaja con un 5% de las residencias buscando alcanzar un cambio de cultura que permita que los centros funcionen sin restricciones físicas.
- Estrategias Alternativas de Manejo de Residentes: La QIO trabaja con un 30% de residencias para enseñar estrategias alternativas de manejo de residentes que permitan una reducción considerable del uso de sujeciones, en centros que aún no están preparados para renunciar a las restricciones.

Demostraron que los centros residenciales con formación/sensibilización y acompañamiento podían lograr reducir las restricciones físicas a menos del 5%. Hoy día este constituye un indicador de calidad de vida que debe estar visible para la sociedad

Otros aspectos fundamentales en la atención con repercusión directa en la calidad de atención y por tanto en la calidad de vida de los residentes en situación de fragilidad han sido recogidos por la Joint Commission, aspectos que de no tener en cuenta originan graves riesgos y efectos en la salud de los residentes. Aunque inicialmente recogieron aspectos concretos que han demostrado riesgo a pacientes hospitalizados, y por tanto, desarrollaron una “normativa” prescriptiva que permitía acreditar hospitales como hospitales seguros y de garantía en la prestación de los servicios, mas recientemente elaboraron un modelo para centros sociosanitarios. Aspectos recogidos en este y que no siendo tenidos en cuenta, podrían afectar negativamente a la calidad de vida de los residentes y/o usuarios son:

- Accesibilidad y Continuidad de la Atención: adaptar las necesidades de atención del residente a los servicios con que se cuenta para la mejora de los resultados en salud, garantizar información y continuidad de cuidados en altas, traslados,...
- Derechos de la persona y de su Familia: entender y proteger los valores culturales y creencias, informar a los pacientes de sus derechos, posesiones, habilidades, evitar contención, medicación para conducta, información (consentimiento informado)
- Evaluación del paciente: valoración de necesidades: médicas, de enfermería, físicas, de actividad, de socialización, funcionales, cognitivas. Elaborar el Plan de Atención que atienda a las necesidades del paciente. Es un proceso continuo y dinámico e interdisciplinar (mayor eficacia).
- Atención a los pacientes: responder a las necesidades específicas de cada residente (atención preventiva, paliativa, rehabilitación...). Realizar un seguimiento a los resultados obtenidos. Interdisciplinar. Requiere alto nivel de coordinación y planificación.
- Cuidado, servicio y soporte: cuidado al paciente de riesgo, manejo de la sangre, manejo de pacientes con enfermedades contagiosas, uso de la medicación, la alimentación y terapia nutricional.

- Gestión del dolor y cuidado al final de la vida: evaluar el dolor, atender al confort y dignidad, conocer sus últimas voluntades.
- Educación del Paciente y de su Familia: mejorar su participación en la atención, tomar decisiones informadas. Educar en uso seguro de mctos, interacciones mcto-alimento. Adecuar la información al nivel cultural del paciente o familia.
- Gestión de la mejora de la calidad: incluye la recogida de indicadores (infecciones, UPP, caídas, satisfacción del paciente/familia, EM, cuidado del dolor) y su análisis. Monitorización continua y compararse con otros. Los estándares de otros sistemas de calidad (EFQM...) ayudan.
- Prevención y control de infecciones: estrategias para ↓ riesgo de infección nosocomial y su transmisión
- Gestión y seguridad de las instalaciones: plan ante emergencias, epidemias, prevención de accidentes, prevención ante incendios...
- Gestión del personal, calificaciones y educación
- Gestión de la información: confidencialidad, historia clínica
- Órganos de Gobierno, liderazgo y dirección: una atención excelente requiere de un liderazgo eficaz: asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios
- Hoy en día se reconoce que la asistencia sanitaria y el uso de medicamentos entrañan unos riesgos importantes cuando los comparamos con otras actividades o situaciones de riesgo.

La Joint Comisión International recomienda el cumplimiento de unos estándares de seguridad, que son medidas preventivas del proceso general del uso de medicamentos

1.8 Necesidad de cambio organizativo, desde el liderazgo de políticas hasta los modelos de atención

La implementación de un modelo global de atención centrada en la persona en un ámbito residencial a partir de un modelo clásico de atención basado en las tareas, es difícil de realizar como ya ha quedado patente por la cantidad de iniciativas que distintos profesionales en sus áreas de responsabilidad correspondientes han puesto en práctica y aportado valor a la calidad de vida del residente sin que por ello la organización en la que trabajan sufra un

cambio radical y se ponga toda ella junto con sus profesionales, de forma sinérgica, a trabajar contemplando los valores y enfoques que cada residente necesita.

Leutz W y col en 2010 vieron, a través de un proyecto de investigación realizado en 2 residencias de mayores, el papel positivo que este sentido puede jugar un consultor especializado, en la promoción de los cambios organizativos en atención directa mediando entre los profesionales asistenciales y los gestores de los centros

Respecto a los líderes, en 2007 Tellis-Nayak V explica la manera en que influye un estilo de liderazgo, basado en la atención centrada en la persona, en la transformación de “trabajadores de turnos” en cuidadores comprometidos, viendo que cuando el lugar de trabajo aporta calidad de vida a los trabajadores, estos añaden calidad de vida a los residentes

Levenson SA entre los años 2009 y 2010 publica distintos artículos relacionados con las reformas necesarias en la gestión de los centros residenciales para mejorar la calidad de vida de los residentes basada esta en la prestación de servicios residenciales seguros, eficaces, eficientes y centrados en las personas vista la dificultad de ver pasar el tiempo sin lograr mejorar realmente la atención a pesar de toda la literatura existente

1.9. Evaluación de la atención centrada en la persona

La abundancia de estudios acerca de la atención centrada en la persona, no solo con demencia ni únicamente en el entorno residencial sino también en entornos sanitarios nos han llevado a ver ventajas y desventajas, lo que ha hecho que emerjan estudios que analicen resultados de su aplicación

Así, Chenoweth y col en 2009 realizaron un estudio randomizado en el que hacían seguimiento de personas a las que se aplicaba la ACP, personas a las que aplicaban metodología de evaluación observacional siguiendo el Dementia Care mapping (DCM) y personas a las que se aplicaban cuidados tradicionales. Tanto la aplicación de la ACP como el DCM lograban reducir la agitación en personas con demencia

Sloane y col en 2004 así como Hoefffer y col en 2006, vieron que el disconfort, la agitación y la agresión de personas con demencia en los momentos de la ducha o el baño se reducía notablemente con profesionales amables, empáticos y facilitadores.

Otras estrategias en el modelo de ACP como la incorporación de Profesionales formados específicamente en habilidades en el uso de neurolépticos, que conseguían disminuir el uso de los mismos, lograban también resultados positivos como lo demostraron Fossey y col en 2006

A la espera de medidas más fiables de la bondad de la atención centrada en la persona, y sobre todo, en la persona con demencia, su aplicación debería de estar garantizada dentro de la ética profesional dado que refleja un cuidado mas humanitario con pocos riesgos asociados como nos comenta Edvardsson y col en 2008

El mismo autor en 2010 junto a profesionales del Centro Australiano para el estudio de Cuidados a mayores basados en la evidencia y del Instituto de investigación en envejecimiento de Australia, plantea una herramienta de medida de la aplicación de la Atención Centrada en la Persona en base a resultados en salud, modelos organizacionales, características y competencias de los profesionales, categorización del grado de necesidad de atención entre los residentes (estratificación de los mismos) e impacto de las intervenciones. Así,

- discutir frecuentemente como prestar ACP,
- disponer de equipos formales para discutir el Plan de Atención Individualizada,
- tener en cuenta la historia de vida en la planificación de los cuidados,
- dar mas importancia a la calidad de la relación entre residentes y profesionales de atención directa que trabajar sin mas,
- tener libertad para flexibilizar la rutina en función de las preferencias de los residentes,
- ofrecer a los residentes la oportunidad de participar en la elaboración de su PAI y
- asegurar en la base del trabajo la inclusión de las necesidades del residente constituyen factores consensuados relacionados con la atención centrada en la persona en relación con el CUIDADO PERSONALIZADO

- ❖ no tener tiempo para prestar el PAI,
 - ❖ entornos caóticos,
 - ❖ falta de cultura organizacional en prestar apoyos personalizados,
 - ❖ no pensar y disponer de entornos parecidos a su domicilio ni actividades cotidianas a disposición de los residentes, son factores de soporte de la organización que dificultan el desarrollo de la ACP
-
- resultar difícil el entorno para la adaptación del residente y
 - no disponer de accesibilidad a lugares donde desee el residente, constituyen los factores relacionados con accesibilidad del entorno que dificultan también la aplicación del modelo

Aplicado al entorno institucional nos encontramos con dificultades derivadas de la necesidad de atención concomitante a un elevado número de personas con graves dependencias y riesgos lo que dificulta la prestación de los servicios individualizados.

En la actual provisión de servicios, este enfoque requiere un claro conocimiento de algo que no es fácil de saber y es el de definir y conocer el actual modelo de atención. ¿Lo tenemos identificado? ¿Sabemos realmente cuales son los principales indicadores de su bondad y del impacto para los diferentes agentes implicados?

1. 10 Modelo de Atención en Matia Fundazioa

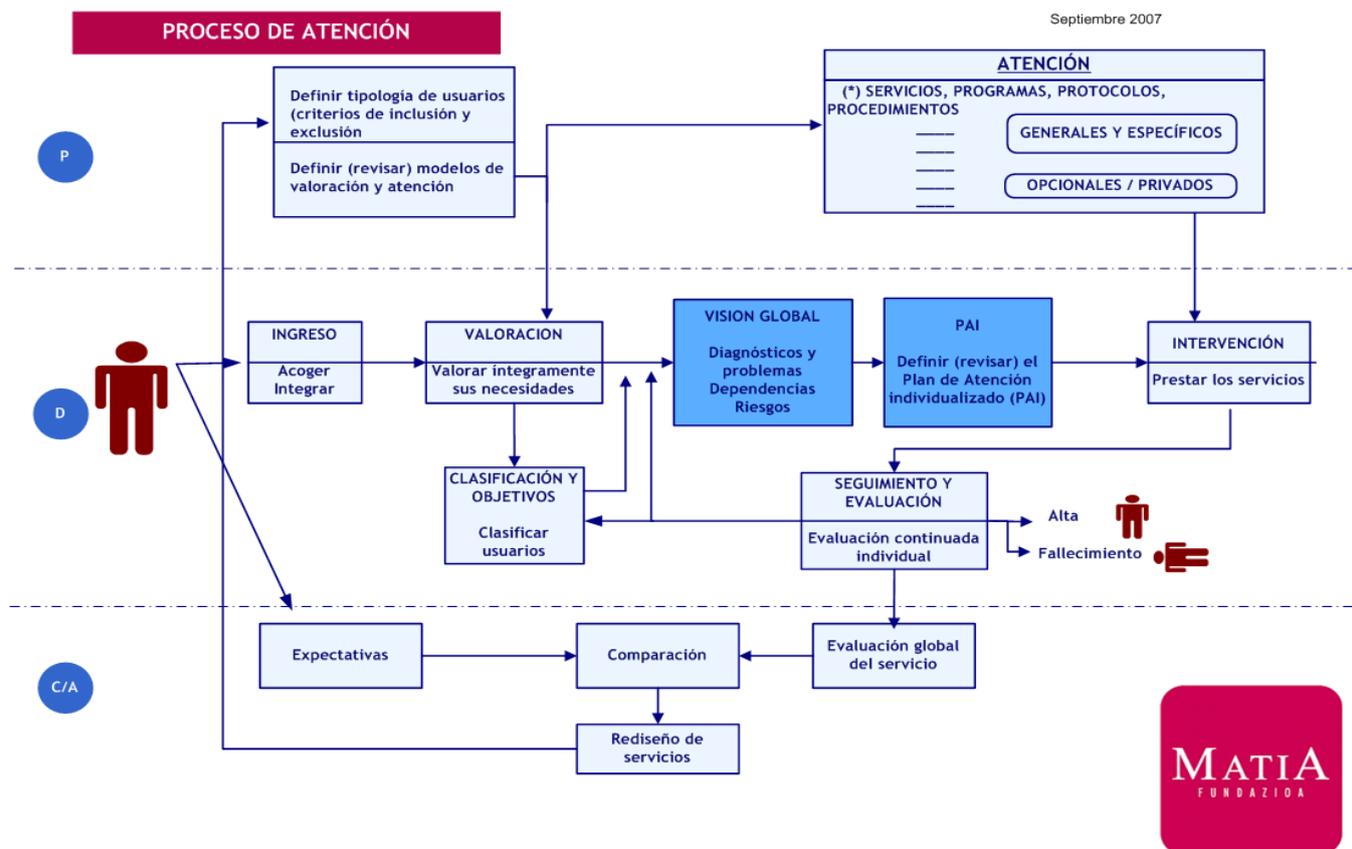
Desde el año 1998 en Matia se asume el modelo europeo de calidad total EFQM como el modelo de gestión a seguir, iniciando para ello un plan de mejora que abarca a todos los servicios de la organización.

La gestión por procesos se convierte en la herramienta fundamental y la formación continua instrumento para avanzar en ella.

Se inicia el cambio identificando todos los grupos de interés de la organización, principalmente aquellos grupos de interés a los que están orientados los servicios. Se define un primer modelo

básico de atención que agrupa dos objetivos principales, la orientación al cliente y la orientación a los resultados.

En la figura 1 se puede observar los pasos y actividades que se definieron como configuración básica de dicho modelo. A lo largo de estos años el esfuerzo de todos los profesionales ha sido orientado a concretar desde la profesionalidad, las mejores herramientas para la evaluación de las necesidades de los usuarios y la definición y puesta en marcha de los programas de intervención que en consecuencia con esas necesidades ayudaran a conseguir los objetivos individuales.



Centrar a todos los profesionales del equipo en la consecución de los objetivos de los usuarios ayudó a valorar la competencia de cada uno de ellos en la aportación a la consecución de los mismos.

De acuerdo con las instituciones involucradas en la atención a los usuarios, se estableció la obligatoriedad de valorar integralmente las necesidades de cada uno de ellos con una frecuencia determinada en función del nivel asistencial en el que se encontraran, así en atención residencial esta valoración integral se realiza minimamente una vez al año, y en centro de día dos veces al año.

Con objeto de garantizar la participación del usuario y su familia en el establecimiento del plan individualizado de cuidados se estableció la necesidad de interactuar con el y presentarle los resultados que el equipo interdisciplinar había obtenido de su reflexión en cuanto al plan de actuación necesario para el alcance de los objetivos.

Sin embargo, revisando y profundizando en el modelo de atención centrado en la persona, se han visto experiencias que profundizan en los requisitos básicos de un modelo que garantice de verdad la participación del usuario y/o su familia en las decisiones que a su respecto se adopten.

El análisis del modelo va más allá de lo que hasta ahora esperaba un usuario que se ve avocado a ingresar en un centro residencial.

El modelo se basa en unos principios que persiguen preservar la dignidad de las personas y que enfocan hacia que esas mismas personas puedan desarrollar una vida como la que le gustaría vivir en su casa.

Las experiencias consultadas y experimentadas en este sentido nos han llevado a identificar una serie de ASPECTOS CLAVES O ELEMENTOS DEFINITORIOS DEL NUEVO MODELO a tener en

cuenta a la hora de definir un modelo de atención centrado en la persona a validar mejorando el modelo que actualmente se presta en los centros residenciales de Matia Fundazioa. (tabla I)

Las dificultades para procurar estos cuidados, estas condiciones de vida, y estos ambientes que esos principios requieren son obvias. Desde la necesaria formación técnica y humana de las personas hasta la adecuación y gestión de los servicios existen múltiples situaciones que dificultan la implantación de un modelo que incorpore esos principios.

Por otro lado, también los modelos de atención que se prestan en los centros de Día están siendo de igual forma cuestionados. La provisión cercana de este servicio a los usuarios que lo necesitan hace que el número de centros de día aumente y por otro lado hace que el perfil de las personas atendidas sea muy variado. Estos hechos dificultan la provisión de infraestructuras y modelos de atención acordes con las necesidades detectadas y mas aún si lo que se pretende es que la atención sea individualizada

El reto en este trabajo será el de desgranar aquellos aspectos fundamentales a incorporar al modelo de atención actualmente prestado en Matia que en conjunto pueda ser aplicado y evaluado en un grupo de población determinada y definida.

Tabla I

ASPECTOS CLAVES O ELEMENTOS DEFINITORIOS DEL NUEVO MODELO:

Calidad de vida

Unidades de convivencia

Diseños modulares con personal estable y funcionamiento propio

Personalización de los ambientes

Residentes como participantes de la definición del Plan Individualizado de atención

Profesionales de referencia

Historia de vida y Metodología observacional como elementos definitorios de los programas de intervención

Intervenciones ligadas a vida cotidiana

Equipos interdisciplinarios de atención

Sistemas de información como apoyo a la orientación de la atención a los profesionales

Familias como participantes en el plan de atención

Familias como objeto de atención

Este proyecto pretende aglutinar las mejores prácticas asistenciales. Permite conocer los resultados en las personas residentes, en los familiares y en los trabajadores, lo que permite definir las nuevas tareas y las competencias asociadas a ellas, el impacto en la gestión económica y la interacción, si la hubiera, en la normativa aplicable

II. OBJETIVOS

- Definir un nuevo modelo de atención residencial y de centro de día que aglutine las mejores prácticas encaminadas a la prestación de servicios de calidad centrados en las necesidades y preferencias de las personas, que potencie sus capacidades y minimice sus riesgos.
- Configurar una trayectoria formativa para los profesionales de atención directa involucrados en la implantación de dicho modelo
- Definir indicadores de seguimiento
- Formar a los profesionales implicados en su aplicación
- Definir y concretar los cambios organizativos necesarios en un centro que hasta el momento ha prestado un modelo de atención orientado al residente
- Definir y concretar equipamientos e infraestructuras que permitan implementar el modelo de atención centrada en la persona mediante unidades convivenciales e intervenciones cotidianas.
- Implementar y hacer seguimiento del modelo a lo largo de 6 meses en una unidad de centro residencial y en centro de día pilotos.
- Evaluar continuamente la atención centrada en la persona en el ámbito residencial (unidad piloto)
- Analizar el impacto en usuarios, familias, recursos especializados y en el propio centro

III. METODOLOGIA A SEGUIR

El proyecto se llevará a cabo en dos centros gerontológicos: en el centro Julian Rezola de Fundación Matia de San Sebastián y en el Centro Gerontológico Lamourous Donostia de la empresa Gerozerlan participada por Matia Fundazioa.

El proyecto consta de dos partes,

- Conjunto de buenas prácticas relacionadas con la Atención Centrada en la Persona, identificadas por presentar un alto impacto tanto en la calidad de vida de las personas y los objetivos planteados en este estudio como en el necesario cambio cultural de los profesionales de los centros gerontológicos
- Una aproximación a la definición, puesta en marcha y valoración de un modelo global de atención centrado en la persona para personas dependientes institucionalizadas.

El conjunto de buenas prácticas relacionadas con la atención centrada en la Persona se desarrollara en el centro Julian Rezola, liderados cada uno de ellos por uno de los profesionales del equipo interdisciplinar, constituyendo los subproyectos 2.2.2 , 2.2.3, 2.2.4, 2.2.5 y 2.2.6 como se verá mas adelante.

La puesta en marcha y valoración del modelo global se realizara en el centro Lamourous.

En este proyecto 2.2.1 se procederá a definir el modelo, a partir de grupos de discusión formados por profesionales experimentados de diferentes disciplinas: medicos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos y gestores y por usuarios y familias

Se procederá a la puesta en marcha y valoración de dicho modelo en el Centro lamourous de Gerozerlan

Para ello se define una Unidad Convivencial con 8 residentes con dependencia funcional y cognitiva leves.

El análisis de los resultados se basará en analizar la satisfacción con la atención de las personas seleccionadas en el grupo piloto así como de los trabajadores de dicha unidad. Así mismo se hará seguimiento del impacto de cambio de modelo en la calidad de vida, funcionalidad y situación cognitiva de los residentes.

El trabajo incluirá un contraste con las familias mediante un cuestionario diseñado al efecto.

Finalmente, se realizara una auditoria en las unidades de estudio con el fin de evidenciar el cumplimiento de los ítems de la herramienta P-CAT que han evidenciado relación directa con

la aplicación de un modelo de ACP de acuerdo con el trabajo realizado por Edvardsson y col publicado en 2010 que aborda dimensiones relacionadas con

- Personalización del cuidado
- Apoyo organizacional y
- Accesibilidad del entorno

PASOS A REALIZAR:

1. Identificación de equipo líder de proyecto incorporando en él algún profesional técnico de las instituciones involucradas, garantizando el enfoque social y sanitario del mismo.
2. Identificación e implicación del centro residencial, para su compromiso en este proyecto.
 - 2.1 Implicación y compromiso Coordinación del Centro
 - 2.2 Implicación y compromiso equipo interdisciplinar como equipo
 - 2.3 Implicación y compromiso profesionales del equipo interdisciplinar con la identificación y liderazgo del área a desarrollar e investigar dentro de su competencia profesional
 - 2.4 Adhesión profesionales del centro
 - 2.5 Información y aprobación e implicación de usuarios y familias
3. Análisis del Burn-out de los trabajadores del Centro antes y después del proyecto
4. Caracterización de la muestra
5. Definición de un nuevo modelo de atención concretando y definiendo las áreas principales y que mínimamente garantice provisión de programas de intervención acordes a las necesidades de salud, seguridad, de los gustos e historia de vida y biografía de las personas. Para ello realizaremos:
 - 5.1 Revisión bibliográfica exhaustiva de buenas prácticas asociadas al modelo de atención centrado en la persona en instituciones

- 5.2 Descripción del estado del arte tanto en centros residenciales como en centros de día
- 5.3 Identificación y consenso a través de grupos focales de aquellos requisitos básicos a incorporar en el modelo, tanto en cuanto a la prestación de los servicios
6. Establecimiento de indicadores sociales y sanitarios así como de calidad de vida que permitan monitorizar en todo momento el impacto que este nuevo modelo esta teniendo el todos los agentes implicados.
7. Selección unidad convivencia junto con el equipo interdisciplinar en el centro residencial
8. Planificación conjunta de la prestación y medición del servicio entre equipo líder y equipo del centro incorporando el necesario plan de formación y seguimiento.
9. Planteamiento y discusión de las conclusiones con usuarios y/o familias del centro así como con las instituciones implicadas y definición final del modelo a implementar y su plan de implantación y seguimiento.
10. Implementación de las tecnologías y equipamientos para dotar al centro de los recursos necesarios para la puesta en marcha de los nuevos programas y el nuevo modelo en general.
11. Selección profesionales unidades piloto en función al nuevo perfil requerido por el modelo a implementar en las unidades piloto. Realización de calendarios.
12. Definición y estructuración del plan de formación y sensibilización requerido por el nuevo modelo
13. Formación a todos los profesionales del centro y de manera específica a los asociados a las unidades

14. Implementación nuevo modelo de atención en unidades piloto
15. Seguimiento de impacto del mismo en las competencias profesionales, normativa vigente y en costes, lo que a su vez constituyen proyectos en si mismos
16. Evaluación final y descripción detallada de los resultados obtenidos
17. Continuidad del modelo.

IV. CRONOGRAMA PROYECTO 2011

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión bibliográfica												
Identificación, captación centro y equipo líder												
Compromiso trabajadores, usuarios y familias en nuevo proyecto												
Burn-out trabajadores 1												
Nuevo modelo: definición y contraste Definición de indicadores												
Selección unidad de convivencia												
Caracterización de la muestra												
Adecuación ambientes, nuevos equipamientos e infraestructuras												
Definir intervención para la aplicación del nuevo modelo en unidad piloto y centro día												
Puesta en marcha intervenciones												
Seguimiento y evaluación resultados												
Evaluación final y realización memoria												

V. RESULTADOS ESPERADOS

Satisfacción de usuarios y familias

Cuidadores y profesionales involucrados con gran implicación, conocimiento y satisfacción.

Demanda competente de servicios sociales y sanitarios especializados.

Conocimiento real de los aspectos diferenciados implicados en los cuidados, sean estos hosteleros, asistenciales para la dependencia y asistenciales para garantizar salud y seguridad.

VI. RESULTADOS

1. Responsabilidad del proyecto. El equipo de proceso de atención residencial de Matia Fundazioa y Gerozerlan junto a la Dirección Asistencial asumen el reto de preparar un proyecto relacionado con la atención residencial centrada en la persona ante la posibilidad de poder llegar a firmar un convenio para su realización con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales de Gobierno Vasco.

2. Identificación e implicación de centro para posibilitar el desarrollo del proyecto definido. Para garantizar la calidad del trabajo a desarrollar, y la mejor aceptación del mismo, se considera indispensable contrastarlo y aceptarlo por un centro residencial de Matia y todos los grupos de interés. Principalmente sus líderes, los trabajadores, familias e instituciones implicadas

2.1 Presentación borrador proyecto de definición, aplicación modelo atención centrado en la persona en el ámbito residencial al Equipo de Coordinación de Matia y selección de candidatos para el desarrollo y evaluación del proyecto

En Enero 2011 se presenta al Equipo de Coordinación de Matia Fundazioa la propuesta de proyecto con objeto de identificar un responsable de centro que voluntariamente asuma

el reto de liderar la puesta en marcha de un ilusionante proyecto encaminado a definir y validar un modelo de atención centrado en la persona aplicado en la atención de personas mayores dependientes institucionalizadas. En dicha reunión el Centro Julian Rezola asume el reto a expensas de que el proyecto sea presentado al equipo interdisciplinar para su aprobación e involucración completa

2.2 Presentación del proyecto al equipo interdisciplinar e implicación y compromiso del mismo

El miércoles 26 de enero se presenta el contenido inicial del proyecto que se plantea poner en marcha en el Centro Rezola, con objeto de validarlo con el equipo interdisciplinar y lograr su aprobación y compromiso. A dicha reunión acuden 10 personas que representan a todas las categorías profesionales del centro. Se discuten los contenidos, se avanzan las posibles dificultades esperadas así como la manera en la que puedan ser resueltas. Se analizan también las posibles consecuencias para las personas atendidas, las familias los profesionales y el propio centro. La mejora en la atención que de este análisis se percibe, hace que el equipo interdisciplinar del centro asuma la responsabilidad y el compromiso de avanzar por esta vía, sabiendo que solo logrando el compromiso de todo el resto de profesionales y la aprobación de los usuarios y las familias se puede llevar a cabo.

Una vez pasados todos los filtros marcados para garantizar el buen fin de la puesta en marcha y desarrollo del proyecto, este equipo junto con la dirección asistencial el viernes 4 de marzo lanza el pistoletazo de salida dispuestos a trabajar de lleno en el proyecto. Ver figura 1

Figura 1: Equipo líder inicial para la definición y puesta en marcha de un modelo de atención residencial y centro de día centrado en la persona



2.3 Definición de subproyectos y liderazgo de los mismos

Una vez analizado el borrador del proyecto y viendo los aspectos fundamentales en los que hay que profundizar para conseguir un viraje en el modelo de atención orientado a la persona que se presta en el centro residencial Julián Rezola y el modelo que se propone de atención residencial centrado en la persona se pide a cada una de las personas del equipo interdisciplinar que asuma el liderazgo del análisis y profundización de aquel aspecto propio de su profesión. Solo logrando el compromiso individual se logrará avanzar y finalizar no solo la conceptualización de cual debe ser la mejora en la línea identificada sino que esto suponga una mejora real en la atención prestada logrando implicar al resto del centro en lo que de este análisis se derive.

Así se logra el compromiso individual de cada uno de los componentes del equipo interdisciplinar asumiendo el liderazgo de los siguientes subproyectos:

- Historia de vida y biografía del usuario como fuente de conocimiento del mismo para establecer ambientes y ofrecer actividades acordes con la persona: la trabajadora social. Marta Idiaquez (ver proyecto 2.2. 6)
- Análisis observacional como método de conocimiento de la calidad de vida e impacto de las actividades del centro en las personas que no pueden comunicarse verbalmente: la psicóloga. Gabriela Mondragon (ver proyecto 2.2.5)
- Profundizando en la minimización de los riesgos: Minimización del riesgo de caídas y de los problemas originados por estas: la médico. Izaskun Iturrioz (ver proyecto 2.2.3)
- Uso racional de restricciones tanto físicas como químicas: la enfermera referencial. Ana Olaizola. (ver proyecto 2.2.2)
- Intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana y muy coherentes con la historia de vida, biografía y necesidades de las personas: la directora del Centro. M^a Jose Garate.(ver proyecto 2.2.4)

Dado el alcance de los proyectos anteriormente definidos, se decide abordar en el centro Lamourous de Gerozerlan, la puesta en marcha del modelo global de atención a definir en este proyecto, en una unidad de convivencia. Tanto la gerencia de la organización como el director del centro y la psicologa del mismo se incorporan al proyecto asumiendo el liderazgo de la implantación

El 7 de febrero se convoca una reunión de los diez profesionales en la que se explican las líneas generales de los subproyectos anteriormente descritos por parte de cada uno de los líderes así como la metodología a seguir para la definición del Modelo de atención centrado en la persona mayor dependiente institucionalizada así como para la puesta en marcha de la unidad piloto.

Se afianza el compromiso del equipo y se planifica la reunión con usuarios y familias así como la transmisión de la información y reunión con el resto de profesionales.

2.4 Compromiso de los profesionales

En marzo y en julio se convoca a una reunión a todos los profesionales de los centros acudiendo la mayoría de los mismos con el objetivo de explicarles los proyectos que habían sido definidos por los profesionales del equipo interdisciplinar y la dirección asistencial de Matia/Gerozerlan y lograr su adhesión al camino emprendido. En la reunión además de explicar el proyecto se habla también de las posibles dificultades a superar. La principal, asumir el cambio que del avance del mismo inevitablemente supondrá para toda la organización pero principalmente para los profesionales de atención directa. Todo el equipo interdisciplinar, las direcciones de los centros y la dirección asistencial muestran su compromiso, manifiestan sus preocupaciones para poder llevar adelante el proyecto y compaginarlo con la asistencia diaria y también transmiten las ventajas y beneficios que de cada uno de sus proyectos se esperan.

Nº asistentes a la reunión: 41 en Rezola y 35 en Lamourous

Los trabajadores manifiestan compartir la importancia de los proyectos seleccionados. Muestran disposición incondicional a apoyar este proyecto, lo que visualiza la confianza en el equipo interdisciplinar y lo que es más importante, el compromiso con la calidad de atención.

2.5 Compromiso de usuarios y familias

Como se ha planteado desde el inicio, para garantizar el adecuado desarrollo del proyecto se pone como condición contar con los usuarios y familias para el desarrollo del mismo. Se celebran distintas reuniones con familias y usuarios. Una en Rezola con familias y usuarios de la unidad residencial el jueves 31 de marzo, otra con familiares y usuarios de centro de Día de Rezola y otra con familiares y usuarios de la unidad convivencial de lamourous.

Al igual que en la reunión de trabajadores acuden todos los miembros del equipo interdisciplinar implicado así como parte de los trabajadores del centro.

Nº asistentes a la reunión: 49 familiares en Rezola residencial, 14 de centro de día y todos los familiares menos uno de la unidad de la 7ª planta de lamourous junto con una usuaria

Se presenta una descripción gráfica a través de una presentación en power point. Se les explica el compromiso de todos los profesionales en los proyectos que se presentan así

como los apoyos que el desarrollo de estos proyectos va a poder proporcionar durante la duración de los mismos a la buena atención prestada con la incorporación de nuevos profesionales.

Presenta la dirección asistencial complementando la información el resto de profesionales implicados.

Las reuniones se desarrollan en un clima de confianza y sirven, al igual que en otras ocasiones en las reuniones con usuarios y familias, para sacar a la luz sus preocupaciones.

En general la satisfacción con la atención que se presta es muy alta. En Rezola residencial consideran como uno de los principales problemas el horario del desayuno ya que este se distribuye al finalizar las higienes. La directora del centro manifiesta los esfuerzos realizados para adelantar el horario y se compromete a mejorar este punto aprovechando los movimientos que se esperan con la realización de este proyecto. En centro de día de rezola y en Lamourous la satisfacción es tan alta que dudan de que este avance en el modelo aporte gran valor. Tiene importancia en este punto la participación de una residente de la Unidad de convivencia de Lamourous que expresa deseos no manifestados hasta el momento y que pueden resolverse con la aplicación del modelo desde esta nueva visión

En otro orden de cosas, un usuario sin deterioro cognitivo con alto grado de dependencia funcional, manifiesta la poca flexibilidad de los equipos para poder facilitarle horarios extraordinarios para acostarse o levantarse. Dentro del análisis y discusión de este punto se explica que precisamente este proyecto va encaminado a poder dar respuesta a estas demandas y que para ello además de formación y sensibilización, se va a realizar un trabajo serio de análisis de las tareas que no puedan ser demorables con objeto de flexibilizar el resto de las mismas y permitir responder las demandas individuales.

Dado que los usuarios de centro de día presentan perfil Psicogeriátrico, además de explicarles el proyecto a realizar, se pide colaboración activa de las familias, sobre todo para el proyecto de historia de vida

Finalmente los familiares y usuarios presentes muestran su apoyo de forma incondicional al equipo de trabajadores para avanzar en estos proyectos que persiguen una innovación importante en los centros para la prestación de los mejores servicios, y solicitan una información escrita con los contenidos resumidos de los proyectos presentados, así como

intentar que estos puedan ser consultados a través de una página web. En el anexo I se acompaña la documentación puesta a disposición de usuarios, familias y trabajadores con la información básica de los proyectos que se están llevando a cabo en el centro, elaborada tras la primera reunión realizada en Rezola.

2.6 Presentación del proyecto a las instituciones

Diputación Foral de Gipuzkoa. El martes 1 de febrero, en una reunión extraordinaria celebrada con la Diputada de Política Social de Diputación Foral de Gipuzkoa, en la que se encontraban presentes miembros de su departamento tanto políticos como técnicos (responsable planificación) y la Dirección asistencial así como la asesora institucional de Matia Fundazioa, se presenta el borrador del proyecto y la idea de ponerlo en práctica entre otros en el Centro Julián Rezola, centro con un % elevado de plazas concertadas con el departamento de Política Social.

El proyecto se valora muy positivamente no identificando nuevas áreas de trabajo de las ya especificadas. Lo que ponen de manifiesto desde el departamento es su interés en profundizar en el modelo de atención centrado en la persona en relación con el centro de día.

A partir de dicha fecha se incorpora esta nueva visión ampliando el alcance del proyecto al centro de día.

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. El 9 de mayo se presenta el proyecto y todo su desarrollo previsto a la Directora Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, que valora muy positivamente el contenido planteado. El centro Julian Rezola y su equipo sanitario, es conocido en el departamento por encontrarse en el momento de la reunión finalizando un proyecto de Atención telemática a residentes con patología crónica reagudizada.

3. Análisis del burn out de los trabajadores antes y después del proyecto.

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de desarrollar un proyecto en el que se ven involucrados de forma primordial los trabajadores y que impacta de una manera

tan directa en la calidad de vida de los usuarios es el visualizar los recursos emocionales de los trabajadores.

La valoración del Burnout mediante el Inventario Burnout de Maslach MBI (Maslach, C. y Jackson, S.E., 1981. Adaptación al castellano realizado por Seisdedos, 1997) sera una de las herramientas utilizadas para la visualización del proyecto en lo que a impacto en trabajadores se refiere.

Este cuestionario está formado por 22 ítems y mide tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

La subescala de Agotamiento Emocional está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo;

La subescala de Despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

Finalmente la subescala de Realización Personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Respecto a las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, las puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo, las bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

4. Caracterización de la muestra

El Centro Julian Rezola se encuentra distribuido en 4 plantas una planta baja y tres altas, así como una entreplanta. El Centro de día se encuentra situado en la planta baja y los usuarios residenciales con perfil Psicogeriátrico en la segunda planta. Esta planta dispone de tres unidades psicogeriatricas de 14 plazas cada una.

En la planta primera y tercera se distribuyen 65 residentes más que presentan deterioro cognitivo medio con alto grado de deterioro funcional. En la entreplanta se sitúan 10 residentes con deterioro cognitivo leve y alto grado de autonomía funcional.

El avance en la definición de los subproyectos y en la definición de la muestra para cada uno de ellos de forma que se garantice la calidad de la investigación, ha hecho que se discuta en distintos foros junto con el personal investigador de IngeMa la adecuada ubicación y el adecuado perfil de los usuarios para posibilitar una buena práctica de validación de un modelo de atención residencial centrado en la persona.

En los meses de marzo a mayo 2011 se realizan las distintas reuniones para el adecuado planteamiento de los proyectos identificándose la primera planta como idónea para realizar el proyecto de caídas, una unidad psicogeriatrica de la segunda planta para el proyecto observacional, un ala de la tercera planta para la historia de vida, los usuarios que a uno de enero 2011 tienen restricción física independientemente de la planta donde estén y el perfil que presenten para el proyecto de restricción física y centro de día para validar el proyecto de las intervenciones cotidianas.

El centro Lamourous de Gerozerlan dispone ya de una unidad de convivencia en la séptima planta, unidad de convivencia para la puesta en marcha de la unidad piloto para la validación de un modelo de atención residencial centrada en la persona

5. Definición del modelo

Para la definición del modelo se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva de buenas prácticas asociadas al modelo de atención centrada en la persona en instituciones. Los documentos más relevantes están descritos bajo el epígrafe de bibliografía. A partir de la revisión de la bibliografía se ha descrito el estado del arte referido al modelo que se encuentra adecuadamente relatado en la introducción de este trabajo.

A lo largo del mes de julio se realizarán los grupos focales de discusión no solo con los requisitos básicos a incorporar en el modelo sino también en cuanto a la definición de las actividades a realizar (nuevas herramientas de valoración, nuevos sistemas de participación de usuarios y/o familiares en los planes de cuidados, nuevos roles profesionales como el auxiliar

de referencia e incorporación de intervenciones cotidianas) en los centros con los profesionales de los mismos o en el exterior.

Las competencias de los profesionales han sido también analizadas en cuanto a su idoneidad para el trabajo en este modelo. Están siendo trabajadas por un equipo de proyecto dentro del convenio firmado con el Gobierno Vasco aportando desde la visión de este proyecto las necesidades identificadas.

En el anexo II podemos ver el resultado del estudio y conceptualización del modelo de atención centrado en la persona así como el consenso establecido sobre ello y en el Anexo III las competencias atribuidas al profesional de referencia.

6. Cuadro de mando para el seguimiento del proyecto.

El seleccionar indicadores para la medida de los resultados de la puesta en marcha del modelo de atención así como para la medida del impacto de las buenas prácticas a implementar en los centros no resulta fácil. Dado que estos proyectos impactan tanto en usuarios como en familias, trabajadores y en el propio centro, se discute y decide los indicadores más adecuados. En la planificación de los proyectos se acuerda la información a recoger y el responsable del cálculo y gestión de cada indicador. Los resultados pueden verse en cada subproyecto. En el anexo IV y V, vienen reflejados los indicadores de seguimiento y de evaluación del impacto de la puesta en marcha del modelo de atención centrado en la persona en la unidad de convivencia de Lamourous

7. Selección unidad de convivencia

La selección de la unidad de convivencia ha sido muy difícil. La primera opción fue presentada desde el centro Julian Rezola y tras el análisis detallado del centro por parte de su equipo interdisciplinar. Este equipo identificó la entreplanta y los diez residentes que en él se encontraban como la unidad ideal. El equipo avanzó así mismo la adecuación que la unidad necesitaba para posibilitar este proyecto.

El análisis realizado en el contraste con el personal investigador desestimó esta propuesta por encontrarse los profesionales afectados por su participación en los subproyectos definidos y puestos en marcha ya en el propio centro.

Se discutió en profundidad el plantear una nueva localización para la puesta en marcha de este proyecto piloto, decidiéndose en una reunión planteada a tal efecto con el equipo directivo de Matia Fundazioa y de Gerozerlan trasladar el proyecto piloto a la séptima planta del Centro Gerontológico Lamourous Donostia gestionado por esta última entidad.

A partir de ahí se iniciaron nuevamente las acciones para la implicación de los distintos agentes relacionados con la atención en esa planta con objeto de garantizar el buen desarrollo y los resultados del proyecto, como ha sido ya descrito anteriormente.

8. Definición del Plan de Formación

Se diseña un plan de formación inicial (anexo VI) que incorpora los contenidos nuevos del modelo definidos en este trabajo con los básicos de la trayectoria formativa del proceso de atención residencial existentes hasta ahora en Matia Fundazioa y Gerozerlan

9. Formación de los profesionales

La formación de los profesionales del centro Lamourous y de Julian Rezola se ha desarrollado de dos maneras diferentes

- a) Formación inicial: Se realizó de forma presencial a dos niveles. Uno se ofreció a todos los trabajadores del centro y versó sobre el modelo de atención centrado en la persona impartido por Pura Díaz Veiga, gerontóloga, experta en el modelo y docente acreditada y por los responsables de los subproyectos ya descritos que aportarán la visión del cambio principal de las actividades a realizar y facilitarán la capacitación de los trabajadores. Otro más específico y avanzado a los trabajadores involucrados en el proyecto, trabajando casos prácticos con la información de los usuarios y viendo como en adelante hacer partícipes a dichos usuarios en el recorrido establecido
- b) Formación continuada. Se ha realizado un proceso tutelado semanal con los trabajadores. Dicho proceso ha sido realizado por Pura Díaz Veiga quien se incorporó desde ese momento al equipo de trabajo. Dicho proceso ha sido ayudado utilizando técnicas de grabación

- c) Formación especializada. Dada la importancia de abordar un modelo de atención libre de restricciones físicas y/o químicas o cuando menos haciendo el menor uso de las mismas, un número importante de profesionales acudieron a las jornadas internacionales sobre uso racional de sujeciones celebrado en Pamplona los días 17,18,19 de marzo así como a los dos cursos impartidos por Teresa Martínez de formación-acción sobre Atención Centrada en la Persona en el ámbito residencial celebrado en marzo y junio 2011 en San Sebastián.

10. Puesta en marcha de la Unidad de Convivencia

Mediante el desarrollo de este proyecto, se trata de adecuar el ambiente, las rutinas organizativas y las prácticas profesionales a los principios y objetivos del modelo de atención centrado en la persona. El desarrollo de las diversas intervenciones conlleva, por otro lado, la modificación de ambientes, rutinas y prácticas profesionales en torno a las que se desarrollaba la atención previamente al desarrollo de esta experiencia.

Por todo ello, el análisis de esta experiencia contribuirá además de conocer el impacto en el bienestar individual y la autonomía, a modificaciones en los ambientes y las personas, y a identificar las mejores condiciones para que los procesos de atención habitualmente desarrollados en centros gerontológicos se transformen en otros centrados en las preferencias, gustos y capacidades de sus destinatarios.

a) Incorporación de cambios en el ambiente físico de la planta séptima del Centro Gerontológico Lamourous- Zubiaurre.

El módulo elegido para llevar a cabo la experiencia consta de 8 habitaciones individuales dotadas todas ellas de wc propio y terraza individual. Además consta de una sala de estar, dos comedores, un mirador y una terraza común.

Partimos de una unidad diseñada a priori de manera acogedora y con el concepto de domicilio, por lo que no ha sido necesario introducir ni realizar muchos cambios de lo que ya se partía.

Se realiza un análisis de las necesidades que requiere el nuevo modelo en cuanto a la puesta en marcha de intervenciones cotidianas y se valora que el cambio más importante a realizar en el área ambiental es la dotación de elementos que permitan realizar tareas domésticas. Se

decide centralizar las actividades en uno de los comedores, el cual ya estaba dotado con un frigorífico, microondas y fregadera. Se solicitan varios presupuestos y, finalmente se opta por la instalación de una lavadora, horno, lavavajillas, cocina de inducción y muebles de cocina. Además se dota a esta misma de menaje, así como de productos de limpieza, tenderetes y tabla de planchar entre otros elementos.

También se estudia la decoración de los espacios comunes con el objetivo de aproximarla a la de un domicilio. En este sentido no son necesarios muchos cambios, ya que como se ha mencionado la decoración de origen compartía el mismo objetivo. Así, nos encontramos con mobiliario de hogar adaptado a las necesidades de este colectivo como pueden ser sofás con asientos lavables o alfombras pegadas al suelo. Sí se introducen pequeños cambios como son el uso de manteles y la colocación de marcos con fotos de las residentes y del propio personal en las zonas comunes.

Se reordena la zona del comedor, dejando la zona de la cocina más amplia y despejada y se traslada un aparador para poner las mesas del comedor junto al ventanal para tener más espacio y claridad.

Con el nuevo modelo a implementar, el personal de atención directa come con las residentes, por lo que también se modifica la distribución de las mesas. Este cambio también permite que las residentes puedan estar con sus familias ó visitas en un espacio más agradable para poder tomar un café ó merendar con ellos.

Se van introduciendo otros cambios menos estéticos pero más prácticos como definir la zona de tender la ropa, la zona de planchado y se compra una vajilla propia para la unidad. Se reordena la lencería y se deja espacio en ésta para guardar los productos de limpieza.

Otro elemento importante y destacable es que se instala un punto de internet así como de un ordenador, de uso tanto para el personal como para las residentes que así lo deseen.

También se debate el trabajar en esta unidad con animales domésticos y se decide de manera conjunta por parte de las trabajadoras y de las residentes el contar con un canario. En este sentido también se introducen más plantas en las zonas comunes y se reubican alguna de las ya existentes para que estén en lugares más accesibles para que las residentes se encarguen de su cuidado.

Con respecto a las habitaciones, antes de la implantación del nuevo modelo ya se sugería a las residentes y sus familias que las personalizaran con objetos ó mobiliario propios, por lo que no se han producido importantes cambios en este sentido. Se realiza mayor seguimiento de este tema por parte del personal y se ha introducido algún elemento que posibilite mayor accesibilidad a los efectos personales de las residentes.

En el análisis del área ambiental se trata también la iluminación, viendo necesaria la incorporación de lámparas y puntos de luz indirectos que provoquen una atmósfera agradable. Por último, y relacionándolo con el tema ambiental y con la creación de un ambiente hogareño, señalar que un cambio muy significativo se ha producido al retirar el uniforme sanitario al personal de atención directa. Este hecho ha sido valorado muy positivamente tanto por parte de residentes como del propio personal.

Se van introduciendo otros cambios menos estéticos pero más prácticos como definir la zona de tender la ropa, la zona de planchado y se compra una vajilla propia para la unidad. Se reordena la lencería y se deja espacio en ésta para guardar los productos de limpieza.

Otro elemento importante y destacable es que la instalación de un punto de internet así como de un ordenador, de uso tanto para el personal como para las residentes que así lo deseen.

También se debate el trabajar en esta unidad con animales domésticos y se decide de manera conjunta por parte de las trabajadoras y de las residentes el contar con un canario. En este sentido también se introducen más plantas en las zonas comunes y se reubican alguna de las ya existentes para que estén en lugares más accesibles para que las residentes se encarguen de su cuidado.

Con respecto a las habitaciones, antes de la implantación del nuevo modelo ya se sugería a las residentes y sus familias que las personalizaran con objetos o mobiliario propios, por lo que no se han producido importantes cambios en este sentido. Se realiza mayor seguimiento de este tema por parte del personal y se ha introducido algún elemento que posibilite mayor accesibilidad a los efectos personales de las residentes.

En el análisis del área ambiental se trata también la iluminación, viendo necesaria la incorporación de lámparas y puntos de luz indirectos que provoquen una atmósfera agradable.

Por último, señalar la contribución que para la creación de un ambiente hogareño ha tenido la sustitución del uniforme sanitario del personal de atención directa por ropa de casa

convencional. Este hecho ha sido valorado muy positivamente tanto por parte de residentes como del propio personal

b) Selección, Formación y Capacitación continuada del profesional auxiliar implicado en el desarrollo de la experiencia

b.1. Selección de profesionales

Se presenta la idea del proyecto al comité de trabajadores/as del Centro Gerontológico Lamourous Zubiaurre y se explica cómo se va a realizar el proceso selectivo del personal que va a trabajar en la unidad. Se comunica que la participación en el mismo será siempre de carácter voluntario y que la misma selección tendrá una repercusión en los calendarios de todo el personal del centro. Dicho comité valora este proyecto de manera muy positiva y transmite su apoyo al desarrollo del mismo.

Se realiza una estimación de ratio de personal de atención directa necesario para el buen desarrollo de la experiencia y se concluye la necesidad de selección de 6 personas cuidadoras. La distribución horaria de presencia de personal cuidador que se establece se detalla en la siguiente tabla (Tabla II). En base a ello se realizan los calendarios personalizados de cada una de las trabajadoras que van a participar de manera directa en la experiencia.

Tabla II. Asignación de profesionales a la unidad durante el día

Nº PERSONAS	HORARIO	Nº HORAS
1 cuidador	08:00 a 14:00	6
1 cuidador	08:30 a 14:30	6
1 cuidador	14:30 a 20:30	6
1 cuidador	16:00 a 22:00	6
		TOTAL 24 HORAS

Selección de las auxiliares participantes. Tras la reunión con el Comité de trabajadores/as del Centro se presentó la experiencia a todo el personal auxiliar, estableciéndose un periodo de

inscripción de una semana para todas aquellas personas interesadas en participar en la misma de manera voluntaria.

Se decidió este carácter voluntario por diversos motivos. Por un lado, el participar como auxiliar en el proyecto iba a suponer un cambio de calendario de trabajo para el último cuatrimestre del año lo que, según el convenio, no se puede hacer sin el consentimiento expreso de las personas afectadas. Además, este proceso iba a implicar la participación en cursos de formación y reuniones que no son habituales en su día a día laboral. Por último, el participar en proyectos de éste tipo implica una importante capacidad de cambio, así como una visión de la atención a las personas mayores autocrítica y con espíritu de mejora, y estas características sólo se dan si el embarcarse en un proyecto de este tipo se realiza de manera voluntaria.

Se interesaron por la experiencia un total de 28 personas, realizándose una selección final de 8. Dentro de estas 8 cuidadoras seleccionadas, 2 tienen menos presencia física en el módulo ya que se requerirá de su presencia en momentos puntuales (bajas, vacaciones e imprevistos) pero participan en toda la formación y reuniones que se realizan.

El proceso de selección que realiza es el siguiente:

- Se hace pública la realización del proyecto en el centro.
- Se abre período de inscripción voluntario al mismo.
- Se valoran todas las candidaturas (un total de 28) en base al modelo de perfiles de competencias profesionales implementado en el Grupo Matia. (ver tabla III)

Tabla III. Perfil competencial del auxiliar en Matia Fundazioa

COMPETENCIAS GENERICAS	Nivel
1. Orientación al cliente	2
2. Orientación a resultados	1
3. Profesionalidad	1
4. Trabajo en Equipo	1
5. Habilidades Sociales	2
6. Visión Global	1
7. Liderazgo	N.A.
8. Negociación	1
9. Adaptación a los cambios	2
10. Organización del trabajo	1
11. Capacidad de respuesta	1
12. Dinamización	1

Se hace valoración de la experiencia y trayectoria laboral de las personas candidatas en el Centro.

Se comunica a todas las personas candidatas la decisión final y se desarrolla el programa formativo a todo el personal del centro.

Las fases seguidas para la selección de participantes se resumen en la tabla IV

Tabla IV. Fases desarrolladas para la selección de Participantes

1. Se hace pública la realización del proyecto en el centro.
2. Se abre período de inscripción voluntario al mismo.
3. Se valoran todas las candidaturas (un total de 28) en base al modelo de perfiles de competencias profesionales implementado en el Grupo Matia
4. Se identifican las participantes

En la Fig 2 puede verse a la mayor parte de los auxiliares que han tomado parte de la experiencia acompañados de una de las residentes, las metodologas integrantes del proyecto y a la dirección asistencial de Matia Fundazioa. Líderes importantes del proyecto como son el director y la psicóloga no han salido en la misma



b.2. Capacitación de los profesionales participantes en la Unidad de Convivencia de Lamourous

Se ha diseñado un plan de formación continuada a lo largo de la experiencia con el fin de favorecer la adquisición y desarrollo de competencias profesionales relacionadas con la puesta en marcha e implantación de la experiencia.

Desarrollo de un Seminario formativo de diez horas de duración dirigido a todo el personal del centro en el que se aportó información relacionada con diversos componentes del modelo de atención centrado en la persona. (1 y 2 de Agosto de 2011). En este Seminario participaron un total de 18 auxiliares, la encargada de servicios del Centro y dos monitoras. El contenido y los ponentes del mismo es el siguiente: (tabla V)

Tabla V. SEMINARIO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA

Primera Parte. Recursos para la intervención con las personas residentes

- Estimulación cognitiva, desde el modelo de atención centrado en la persona. Impartido por Esther Rivas
- Restricciones físicas en el modelo de atención centrado en la persona. Impartido por Ana Olaizola

Segunda Parte. Recursos para la práctica profesional

- Sesión informativa sobre burn-out. Impartido por Igone Etxeberria.INGEMA)
- Organizando la vida en la unidad
 - La utilidad de las historias de vida. Impartido por Pura Díaz Veiga/Marta Idiaquez.
 - Las actividades de la vida cotidiana. Impartido por Javier Quintas, Elixabet Abad y Pura Díaz Veiga
- Puesta en común y Debate Dirigido por Javier Quintas, Elixabet Abad y Pura Díaz Veiga.

Debido al interés suscitado entre el personal del Centro la acción formativa descrita anteriormente, este mismo seminario se repite el día 29 de Agosto. A él se invitó a participar el personal que no pudo asistir con anterioridad, participando un total de 11 personas, de las cuales 9 son auxiliares y 2 enfermeras. El contenido del curso así como los ponentes son similares a la formación ya realizada.

Se realiza una visita a un centro de atención residencial de personas con discapacidad intelectual. A la misma acuden las cuidadoras seleccionadas para participar en el proyecto acompañadas por el director de Lamourous Zubiaurre. El objeto de esta visita fue conocer un modelo de atención diferente al desarrollado por ellas hasta el momento y más en sintonía con el que se iba a implantar en la unidad de convivencia.

Desarrollo de un Seminario, de 5 horas de duración, centrada en la puesta en marcha de la experiencia. En ella participaron las 8 auxiliares seleccionadas para su colaboración en la Unidad. El principal objetivo de este seminario consistió en establecer pautas generales de actuación, intercambiar información acerca de las residentes con las que se va a trabajar, establecer posibles actividades a desarrollar, etc. (30 de Agosto de 2011).

Introducción al uso de la herramienta informática SIGECA. Se hace una primera introducción al personal ya seleccionado de la herramienta informática que se va a implementar en la unidad.

Actividades Formativas durante el desarrollo de la experiencia piloto

Se han realizado reuniones Semanales formativas (a lo largo de la experiencia)

Durante el desarrollo de las mismas, se analiza el curso de las iniciativas puestas en marcha, se identifican nuevas propuestas de actuación y se consultan y resuelven cuestiones de funcionamiento asociadas al desarrollo de la misma. Quedan establecidos los miércoles a las 14,30 horas como día de la semana para realizar las mismas.

Algunos de los acuerdos alcanzados en estas reuniones son :

- La asignación de la persona de referencia para cada una de las residentes que componen la muestra del proyecto. La distribución se realiza a partir de las afinidades que se dan

entre las distintas personas participantes en base a la historia de vida de las residentes y las competencias de las profesionales. Esta figura tiene como objeto servir de aglutinador de información de la residente y, así, hacer de canal entre ella, su familia y el resto de las personas que intervienen en la atención

- Identificación de cambios de ubicación de mobiliario
- Establecimiento de días semanales para la elaboración de comidas en la unidad
- Identificación de estrategias ante desajustes comportamentales de residentes

Asimismo, se han desarrollado sesiones formativas personalizadas en las que se ha procedido al análisis del desempeño profesional cada auxiliar, mediante el visionado de grabaciones en vídeo de diversas actividades en la unidad.

c. – Aportaciones de los profesionales a la concreción del modelo. Además de implementar el modelo de atención consensuado y explicado anteriormente, se realizó una primera reunión “in situ” para la concreción del modelo a aplicar entre los profesionales del equipo de este proyecto

c.1 Respecto a la participación de profesionales especializados en el modelo establecido

Se establece que la trabajadora social gestione la incorporación del usuario a la plaza recogiendo la información relevante de necesidades de salud y de historia de vida

La enfermera junto con una auxiliar, que en principio se asignara como de referencia para ese usuario, será quienes acojan al residente procediendo a comprobar y completar el plan de atención derivado de sus necesidades de salud y riesgos identificados tras realizar la correspondiente evaluación. Dicho plan será el básico a utilizar en la unidad de convivencia. A partir de dicha información, el plan de atención individualizado irá configurándose con la información recogida y actualizada continuamente en la unidad con participación de todos los profesionales con los usuarios y familias de los mismos. Esa información contendrá información a partir de la historia de vida, las preferencias recogidas a través de la escucha activa y/o observación y de la evaluación continuada.

Otros profesionales especializados: Además de intervenir ante necesidades puntuales a demanda de usuarios y auxiliares de atención directa (por fiebre, trastornos comportamiento y otras incidencias), los distintos profesionales intervendrán de forma programada si la necesidad de los usuarios lo requiere (curas programadas, ...)

La dirección, la psicóloga y la metodóloga experta asociada al Centro para este proyecto, necesitaron concretar otros aspectos a lo largo de la experiencia

c.2 Definición de aspectos clave antes del comienzo de la experiencia piloto

En sesión conjunta entre la dirección y psicóloga del Centro, colaboradora externa del proyecto y el personal asistencial se deciden temas clave que van a repercutir en el buen desarrollo de la experiencia y están estrechamente relacionadas con cambios en su desarrollo profesional, como:

- a. USO DE UNIFORME: Se establece la retirada del uniforme actual (pijama sanitario) exceptuando en momentos de higienes a residentes, pasando a ropa cómoda pero normalizada. Son las propias trabajadoras las que elegirán la misma. Se establece que su lavado se puede realizar en el mismo centro.
- b. TAREAS DIARIAS: Hasta el momento el personal auxiliar ha funcionado con unas tareas preestablecidas sin tener mucho margen de maniobra ni posibilidad de decisión. Con el nuevo modelo a implementar se pretende dar un giro radical, trasladando la responsabilidad y organización de las mismas al personal de atención directa. Además de asumir otra serie de tareas que hasta la fecha no se estaban realizando, como por ejemplo lavado de ropa, cocinar, planchar, realizar salidas, compras, etc
- c. REGISTRO DE LA INFORMACION: Se transmite la importancia de registrar la información que se produzca en el día a día, ya que dependerán, en gran

medida, las conclusiones que se obtengan de esta unidad piloto. Para ello se facilitará tanto soporte informático como en papel.

- d. CONVIVENCIA: Se observa la importancia desde la convivencia de realizar las comidas de manera conjunta el personal y las residentes. Así se huye de una imagen hostelera y se acerca más al contexto familiar. Por último se recalca la importancia de incluir a las familias en la vida cotidiana en la unidad, para ello se les invitará a hacer uso de las nuevas instalaciones como la cocina, la posibilidad de incorporarse en actividades como salidas, comidas...
y se establecerá una persona de referencia como se ha definido anteriormente

*c.3 Respecto a los programas de intervención: "Intervenciones cotidianas como terapéuticas"
Programas básicos a implementar y programas cotidianos con su definición de actividades*

- El uso de programas cotidianos como terapéuticos, intentando cubrir con ellos la participación, la normalización, el trabajo en habilidades cognitivas y manuales. Para ello se piensa mínimamente de dotar a la unidad con un procedimiento que permita a los residentes decidir parte de los menús diarios (respetando las necesidades que cada residente tenga por sus condicionantes de salud), salir a hacer determinadas compras, elaborar algún plato, poner y quitar la mesa,... Que permita gestionar la ropa personal: Lavar, planchar y recoger en función de los gustos y voluntad de las personas, Se planificó el diseño de la unidad para poder ofrecer la posibilidad de realizar estas tareas que a su vez contribuían a transformar la unidad en una unidad más del estilo de una vivienda

y

- Ofrecer un programa de ejercicio físico con objeto de contribuir a la prevención de la inmovilidad, ganancia de fuerza muscular y mejora en el equilibrio de la marcha y postural. El ejercicio físico es el que ha mostrado mayor evidencia científica en mejora de la función, mejora de la morbi-mortalidad, mejora del riesgo cardiovascular y

mejora en las consecuencias de las caídas. Para ello, la fisioterapéutica incorporada al proyecto, a partir de la búsqueda realizada, procedió a diseñar un programa de ejercicio físico adaptable a las características de las personas y que a su vez fuera variado y divertido (ver anexo VII)

Sesiones formativas personalizadas (Fecha de comienzo. 4 de Octubre)

Análisis del desempeño profesional cada auxiliar, mediante el visionado de grabaciones en video de diversas actividades en la unidad. En las grabaciones se analiza el grado en el que las auxiliares promueven la participación en actividades, el tipo, la intensidad y la adecuación de ayuda que prestan y la atención a las necesidades emocionales de las residentes.

En segundo lugar, se procede a examinar con cada auxiliar las grabaciones correspondientes con el fin de identificar las actuaciones adecuadas, así como las susceptibles de mejora, junto con las estrategias más adecuadas para poner en marcha.

11. . Evaluación de los resultados del proyecto

Se ha procedido a evaluar el proyecto de acuerdo al cuadro de mando establecido previamente. El periodo analizado es corto por lo que los resultados corresponden más al impacto de un proceso de cambio que a lo que podría ser un modelo estabilizado de atención centrada en la persona. Ver Tabla VI Procedimientos de evaluación utilizados

La evaluación inicial se desarrolló en la semana precedente al inicio de la intervención.

Los datos relativos a la evaluación final se tomaron una vez transcurridas 15 semanas desde el inicio del Proyecto. Participaron todas las residentes del grupo control y experimental, a excepción de una del grupo control que falleció durante el periodo de intervención. Asimismo, se obtuvo información de auxiliares (6), familiares (4) y residentes (2). Los datos fueron obtenidos por los mismos evaluadores tanto en la evaluación inicial como final.

Tabla VI. Procedimientos de evaluación utilizados

Sujetos y Variables	Instrumentos
<p>Residentes</p> <p>Nivel funcional</p> <p>Nivel cognitivo</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Intereses y Preferencias</p> <p>Bienestar afectivo</p>	<p>Barthel</p> <p>Informe auxiliares y familiares</p> <p>Grab.video</p> <p>Escalas Tinetti, "Test up ad go" y "Escala De Autonomía de Berg"</p> <p>Minimental</p> <p>Fumat (1) /Qualid (2)</p> <p>Historias de Vida</p> <p>Informe auxiliares, Informe familiares e Informe residentes</p>
<p>Profesionales</p> <p>Burn-out</p> <p>Satisfacción laboral</p> <p>Actitudes/ habilidades/competencias</p>	<p>Escala de Maslach</p> <p>Entrevista ad hoc</p> <p>Analisis grabaciones de video</p>
<p>Centro</p> <p>Grado de implantación del modelo</p>	<p>Herramienta P-CAT modificada</p>

(1) usuarios con MEC >= 10; (2) Qualid en usuarios con MEC < 10

11.1 Impacto del modelo en residentes

Se procedió a evaluar a las residentes participantes en la Unidad de Convivencia mediante la administración de los instrumentos y procedimientos de evaluación indicados. Asimismo, se identificó un grupo control de residentes comparable con el experimental en capacidades funcionales y cognitivas, con el fin de establecer una vez finalizado el periodo de implantación

experimental del nuevo modelo, el impacto de la participación en la experiencia en el funcionamiento cognitivo, capacidades funcionales y calidad de vida.

Todas las integrantes del grupo experimental son mujeres, con una edad media de 87 años. La mayoría (6) han nacido en distintas localidades de Guipúzcoa, una en Zaragoza y otra en Alava. La mayor parte de las residentes (6) utilizan el castellano como lengua habitual y 2 se comunican en euskera. En relación con el estado civil, la mitad son solteras, dos casadas y otras dos viudas. Asimismo, la mitad han realizado estudios primarios, y la otra mitad sabe leer y escribir.

Las participantes del grupo control son mujeres, con una edad media de 86,8 años. La mayoría (6) han nacido en distintas localidades de Guipuzcoa, una en Almeria y otra en Navarra. La mayor parte de las residentes (6) utilizan el castellano como lengua habitual y 2 se comunican en euskera. En relación con el estado civil, la mitad son solteras, dos casadas y otras dos viudas. Asimismo, la mitad han realizado estudios primarios, y la otra mitad sabe leer y escribir.

La participación en las actividades cotidianas ha sido excelente, sorprendiendo la implicación y participación de personas cuyo deterioro cognitivo no predecían dicha participación

Respecto al Programa de Ejercicio Físico: Se han realizado ejercicios de prevención del síndrome de inmovilidad adquirida, sobre todo las personas que se encuentran en silla de ruedas y no caminan, mediante ejercicios con balón, globos y una sábana.

Ha habido bastantes personas que por razones de salud han tenido que abandonar el grupo varios días, lo cual ha entorpecido la evolución. También ha habido gente que no ha querido participar por negativa propia. Aún así, han acabado viniendo al final por voluntad propia y se han integrado bien en el grupo.

Se ha contado con más participantes de otras plantas, lo cual ha facilitado la realización de un grupo mayor y más divertido.

Resultados de la Evaluación de Residentes

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en las evaluaciones inicial y una vez transcurridas quince semanas desde la puesta en marcha de las intervenciones. En relación

con los datos de los instrumentos aplicados, se han analizado las puntuaciones obtenidas por los sujetos de cada uno de los grupos en las dos evaluaciones efectuadas, con el fin de establecer la existencia de patrones o tendencias de cambio en el grupo control y/o experimental. Asimismo, se ha analizado la información cualitativa procedente de las entrevistas efectuadas a los distintos implicados en la experiencia.

Capacidades Cognitivas (Ver Tabla VII)

A todas las integrantes del grupo experimental y control se les administro el MEC al inicio y una vez transcurridas 15 semanas desde el inicio de la intervención. En el caso del grupo experimental, una persona no quiso participar en la evaluación inicial y dos no son evaluables por deterioro cognitivo severo. En el grupo control, tres personas no pudieron ser evaluadas con este instrumento por deterioro cognitivo severo. En estos casos, se administró el Several Minimental

En el grupo control, de las 5 personas evaluadas con el MEC en la fase pre, 3 de ellas obtienen una puntuación menor a 23 (punto de corte de la escala para la identificación de deterioro cognitivo). En la fase post, se evaluaron 4 personas (una falleció), situándose dos de ellas debajo del punto de corte establecido. Dos de las personas evaluadas presentan en la evaluación post puntuaciones ligeramente menores, respecto a la evaluación inicial una sube y otra permanece igual. En el grupo experimental, de las 5 personas evaluadas con el MEC, 4 de ellas obtienen una puntuación menor a 23 en la fase pre. En la evaluación post, son tres mujeres las que cumplen el criterio de deterioro cognitivo. Tres participantes mejoran su puntuación, y dos disminuyen.

Una de las personas del grupo control a las que se administró el SMME registró la misma puntuación en las dos aplicaciones efectuadas, y otra registra un descenso apreciable en la segunda administración. Por el contrario en el grupo experimental, un sujeto registró una puntuación apreciablemente mejor y otra una puntuación menor en un punto, respecto a la evaluación inicial.

Tabla VII. Funcionamiento Cognitivo (MEC y SMME) en los Grupos Control y Experimental

Sujetos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Primera Evaluación	Segunda Evaluación
S. 1	15	14 (-)	17	20 (+)
S.2.	13	8 (-)	7	13 (+)
S.3	19	19 (=)	R	20
S.4	34	33 (-)	34	32 (-)
S.5	24	----	23	27 (+)
S.6	13	10 (-)	13	12 (-)
S.7	NV	NV	10	9 (-)
S.8	30	32 (+)	23	25 (+)
Promedio MEC	23.2	22.2	22.0	22.6
Promedio SMME	16	13.5	8.5	11

NV.No valorable, R. Rechaza. () Más o menos puntuación respecto a la 1ªEvaluación

En resumen, las puntuaciones iniciales relativas al funcionamiento cognitivo revelan perfiles relativamente similares, diferenciándose más los sujetos del grupo control y experimental a los que se les aplicó el SMME. Las puntuaciones tanto del grupo control, como del experimental cambian muy ligeramente de la primera a la segunda evaluación. Sin embargo, son más los participantes del grupo experimental que mejoran su ejecución, entre las dos

evaluaciones, respecto al grupo control Mientras que la tendencia predominante en el grupo control es el mantenimiento de las puntuaciones entre ambas evaluaciones

Capacidades Funcionales y Participación en actividades (Ver Tabla VIII)

En el grupo control, 3 de las personas evaluadas con Escala Barthel, obtuvieron en la evaluación inicial una puntuación de más de 61, (dependencia leve o moderada) 3 obtuvieron puntuaciones entre 33 y 54 (dependencia grave) y 2 obtuvieron una puntuación de menos de 10 (dependencia total). Después del periodo de intervención, 5 de las residentes han mantenido su puntuación inicial (53, 33, 68, 0, 0), dos ha registrado un descenso en la puntuación y una no ha podido ser evaluada

En relación con los resultados iniciales de las personas del grupo experimental, 4 obtuvieron una puntuación de más de 61, (dependencia leve o moderada), 1 obtuvo una puntuación de 26 (dependencia grave) y 3 obtuvieron una puntuación de menos de 10 (dependencia total). En la evaluación post, 3 sujetos han mantenido la puntuación inicial (5, 96, y 0), 4 la han mejorado y 1 ha registrado una puntuación menor.

En relación con las capacidades funcionales, los grupos control y experimental presentan perfiles ligeramente distintos. La comparación de las puntuaciones de cada uno de los grupos en las dos evaluaciones desarrolladas muestra que la mitad de las participantes del grupo experimental han experimentado mejoría en sus capacidades funcionales. Sin embargo, en el grupo control, la mitad de los participantes mantienen su puntuación y tres empeoran.

Tabla VIII. Resultados funcionales en grupo control y grupo experimental (Barthel)

Sujetos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Primera Evaluación	Segunda Evaluación
S. 1	33	33 (=)	26	30(+)
S.2.	0	0(=)	5	5(=)
S.3	78	74(-)	68	76(+)
S.4	53	53(=)	10	21(+)
S.5	54	-	63	72(+)
S.6	73	44(-)	88	83(-)
S.7	0	0(=)	0	0(=)
S.8	68	68(=)	96	96(=)
Promedio	44,8	38,8	44,5	54,7 (+)

La puesta en marcha de la intervención ha contribuido al inicio de actividades que previamente no se desarrollaban. (Ver tabla IX) Tal y como se ha descrito al hablar de intervenciones, la mayoría de ellas corresponden a tareas domésticas y/o tareas muy relacionadas con actividades cotidianas. En el periodo inicial de la puesta en marcha de la Unidad, las actividades fueron iniciadas por las auxiliares. De modo progresivo se fueron incorporando las residentes con mayor grado de capacidades funcionales y posteriormente se favoreció la participación de aquellas con más necesidad de ayuda.

Tabla IX. Actividades cotidianas desarrolladas en la Unidad

Tareas de cocina (cortar, pelar, mezclar...)	Poner la mesa
Fregar	Recoger la mesa
Tender ropa	Planchar
Recoger/Doblar ropa	Cuidar mascota
Limpiar	Jugar
Hacer la cama	Hacer Tertulias

En definitiva, los cambios implantados han favorecido que las residentes hayan comenzado a participar en actividades de la vida cotidiana. La elección y desarrollo de las actividades cotidianas se relaciona con: 1) las preferencias de las personas que viven en la unidad, 2) con las aportaciones de las auxiliares y 3) con las posibilidades que ofrece la vida diaria (clima, suceso de la semana, ideas de los familiares, etc.).

En relación con los resultados del programa de **ejercicio físico** Se ha observado que tras realizar la gimnasia dos días por semana, los residentes están más activos, con ganas de caminar y no tanto de quedarse sentados en su silla de ruedas. Han mostrado actitud de ayudar a sus compañeros con más dificultades, lo cual ayuda al grupo en general. Ha habido gente en el grupo que por su deterioro cognitivo grave no ha sido capaz ni de imitar los ejercicios y se ha visto que participan mucho más con estímulos como juegos con pelota, globos...

Calidad de Vida (Tabla X)

En relación con la evaluación de la calidad de vida, se utilizó la escala de Calidad de Vida FUMAT en el caso de los sujetos de los grupos control y experimental que no presentaban deterioro cognitivo grave. Se aplicó la Escala Qualid para conocer la calidad de vida de las

personas con mayor deterioro cognitivo. En relación con los resultados (Índice de Calidad de Vida) de la Evaluación inicial de la Escala FUMAT, en el grupo control, las puntuaciones promedio muestran un ligero descenso de las puntuaciones obtenidas por los componentes del grupo control en las dos evaluaciones efectuadas. Así, en la evaluación inicial, tres de los sujetos del grupo control obtienen índices de calidad de vida correspondientes a percentiles superiores a 80 (p:118, p: 118, p. 114), uno un índice superior al percentil 60 (p. 105) y otro que se sitúa en el percentil 35 (p.94). En relación con los datos de la escala Qualid, las puntuaciones promedio muestran mejoría en la calidad de vida entre las dos evaluaciones. En la evaluación inicial, 2 sujetos se sitúan en el intervalo de calidad de vida alta y uno en el correspondiente a calidad de vida media. En la segunda evaluación, descienden las puntuaciones de los sujetos a los que se aplicó la escala Fumat, mejoran dos puntuaciones de la escala Qualid y tres descienden

En la evaluación inicial del grupo experimental, tres sujetos obtienen índices de calidad de vida superiores al percentil 75 (p. 113, p.110 y p.110), un sujeto que obtiene un índice que se corresponde con el percentil 52 (101) y otro con el percentil 24 (p.90). En relación con las personas a las que se aplicó el Qualid en el grupo experimental dos sujetos se sitúan en el intervalo de calidad de vida media (p.23- p.43), y uno en el correspondiente a calidad de vida alta (p.11-p.22). En la evaluación efectuada una vez implantada la intervención, tres de los sujetos obtienen mejores puntuaciones en la Escala Fumat, dos peores y mejoran todas las puntuaciones obtenidas con la escla Qualid.

Tabla X. Puntuaciones de calidad de vida Pre. Grupos Control y Experimental

Sujetos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Primera Evaluación	Segunda Evaluación
S. 1	105	100 (-)	90	94 (+)
S.2.	19	15 (+)	25	17 (+)
S.3	18	19 (-)	24	18 (+)
S.4	118	114 (-)	110	111 (+)
S.5	99		113	107 (-)
S.6	114	94 (-)	101	106 (+)
S.7	29	21 (+)	18	11 (+)
S.8	118	114 (-)	110	108 (-)
Promedio (Fumat)	110.8	105.5	104.8	105.2
Promedio (Qualid)	22	18.3	22.3	15.3

En resumen, las puntuaciones de la Escala FUMAT de los sujetos del grupo control tienden a disminuir entre las dos aplicaciones, observándose en el grupo experimental un ligero incremento en el promedio y una mayor variabilidad en la dirección de los cambios respecto al grupo control, de modo que 3 sujetos obtienen mejores puntuaciones, y 2 menores, respecto a la primera evaluación. En lo que hace referencia a los resultados en la escala Qualid, 2 sujetos del grupo control mejoran su puntuación inter-evaluaciones, y uno empeora, mientras que en

el grupo experimental mejoran las puntuaciones de todos los sujetos a los que se administró esta escala.

La información procedente de auxiliares y familiares en relación a cambios en la calidad de vida de las residentes participantes en la experiencia subrayan los efectos positivos de la experiencia en las mismas. Todas las personas entrevistadas (familiares y auxiliares) coinciden en señalar cambios de las residentes relacionados con una mayor interacción social entre ellas, con auxiliares y familiares, más presencia de iniciativas sociales (inicio de conversaciones, hacer preguntas), así como más manifestaciones emocionales positivas como: calma, tranquilidad y alegría (sonrisas, risas o frases con mensajes humorísticos).

En lo que hace referencia a las historias de vida, se han realizado las correspondientes a las residentes en la Unidad de Convivencia. Los análisis efectuados han permitido identificar algunas preferencias de las residentes en relación con la incorporación de actividades o elementos decorativos en la unidad, así como también, en algún caso ha ayudado a identificar a la persona de referencia.

Satisfacción Residentes

Se han entrevistado dos residentes participantes en la iniciativa. Ambas se han mostrado satisfechas con la experiencia, destacando la importancia de la estabilidad de las profesionales de la unidad y el trato que les dispensan tanto en cantidad como en calidad. Aprecian además el ambiente tranquilo y relajado con el que se desarrolla la vida en la unidad cotidiana. En las entrevistas, se proporciona más valor a aspectos de tipo interpersonal y de clima social que a la oportunidad de hacer actividades. Por último, ambas residentes identifican mejoras en el estado de ánimo de sus compañeras.

11.2 Impacto del modelo en familias

Los 4 familiares entrevistados manifiestan un notable grado de satisfacción con el desarrollo de la experiencia. Las personas entrevistadas manifiestan que han apreciado mejoras en el grado de actividad de sus familiares así como en su estado de ánimo. Una de las familiares

considera que los cambios operados en la Unidad de convivencia han contribuido a mejorar su relación personal con la residente.

Manifiestan además que han percibido una transformación en el clima social de la unidad, convirtiéndose en un ambiente “familiar”, en el que ellos se encuentran cómodos, indicando la mayoría su participación en actividades como comidas, meriendas, salidas, etc. Informan, por último, que han apreciado una mayor relación social entre las residentes.

11.3 Impacto del modelo en auxiliares de atención directa

En la experiencia de la Unidad de Convivencia intervienen 8 profesionales cuyo rango de edad oscila entre 32 y 55 años, siendo la media de edad de 44 años. En relación al género el 100% eran mujeres. En cuanto al nivel de estudios el 75% tiene completados los estudios primarios, mientras que el 13% tiene Bachillerato superior. Un 12% declara tener otro tipo de formación (administrativo...).

Respecto al tiempo que llevan trabajando en la profesión, la media de tiempo que llevan en esta profesión es de 8 años, rango que oscila entre 4 años y medio y los 13 años. Mientras que el promedio que llevan trabajando en su puesto actual de trabajo es de 5 años, siendo el rango entre 1 a 6 años. En cuanto a la situación laboral, el total de la muestra tiene un contrato fijo. Se ha procedido a la administración del Inventario de de Burn-out de Maslach y a una Entrevista semiestructurada acerca de competencias profesionales y satisfacción laboral

Resultados de la Evaluación de Auxiliares

Competencias

Se han desarrollado tres sesiones de formación personalizada a lo largo del desarrollo de la experiencia con cada una de las auxiliares participantes. En las sesiones participaban dos miembros del equipo investigador. En cada una de estas sesiones se les han presentado entre 3 y 5 grabaciones de su actuación en actividades desarrolladas en la unidad (previamente analizadas y seleccionadas por el equipo investigador). Posteriormente, se han discutido con cada una de ellas su desempeño, identificando actuaciones asociadas a la promoción de la

independencia y otras que necesitaban ser sustituidas por otras potenciadoras de las capacidades de las residentes. En la tabla XI se indican las distintas fases desarrolladas

Tabla XI. Contenidos y Estructura de Reuniones Personalizadas de Formación

- . Grabaciones en actividades cotidianas (comidas, tareas domésticas)
 - . Análisis de las grabaciones por parte de el Equipo Investigador en relación con:
 - Intensidad y grado de ayuda
 - Iniciativas
 - Muestras de afecto
 - etc...
 - . Identificación de grabaciones con aspectos positivos y a mejorar por parte de cada auxiliar (en relación con los Objs. de la UCA)
- . Reunión con cada auxiliar.
 - . Visionado de las situaciones seleccionadas
 - . Reconocimiento de actuaciones adecuadas
- . Reconocimiento y Discusión de áreas de mejora

El desarrollo de este proceso de formación ha permitido identificar “y mostrar” a las auxiliares cuáles de sus actuaciones profesionales son las más adecuadas al desarrollo de competencias por parte de las residentes. En algunos casos, estas actuaciones se desarrollaban de modo “no intencionado” por parte de las profesionales, siendo necesario en las sesiones formativas señalar las consecuencias positivas de formas de actuar calificadas como “normales” (por ej, reconocer el valor del esfuerzo de una residentes, insistir y dar el tiempo necesario para comenzar una actividad, etc.). Asimismo, en la mayoría de los casos ha sido preciso fomentar la identificación de actuaciones ligadas a prestar la ayuda precisa para cada residente, en relación con la participación en cada actividad. En este sentido, en el análisis de las observaciones iniciales, se ponía de manifiesto que el desempeño de las auxiliares estaba dirigido “a hacer de modo adecuado la tarea” (vaciar la lavadora, tender la ropa) más que a fomentar la participación de las residentes, en la medida de sus posibilidades. Sucesivamente, este patrón de actuación se ha ido modificando de modo que la atención se ha ido centrando más que en hacer la actividad en la forma en la que se favorece la participación en la misma. Asimismo, se han identificado y favorecido el desarrollo de estrategias con vistas al mantenimiento de las actividades desarrolladas e iniciadas por cada residente.

Por último, el análisis de los registros de las distintas ejecuciones muestra un itinerario personalizado de aprendizaje, en el que cada profesional, incorpora las nuevas estrategias a su “currículum”, de modo que el proceso de formación seguido permiten identificar y desarrollar estrategias propias y singulares en cada una de las profesionales participantes.

En definitiva, a lo largo de la monitorización desarrollada se han ido proporcionando oportunidades para que las auxiliares reconocieran la necesidad de cambiar su forma de actuar, disminuyendo su presencia, la intensidad y el grado de ayuda, adecuándolas a las capacidades de cada una de las residentes. El acompañamiento ha permitido identificar las competencias y necesidades de reorientación de cada una de las profesionales. En otras palabras, cada auxiliar ha ido generando competencias, incorporando cambios en relación con la nueva experiencia a partir de sus destrezas y competencias previas, registrándose un itinerario personalizado en cada una de ellas. En definitiva, la experiencia ha incorporado las aportaciones y recursos personales de cada una de las personas de atención directa que han intervenido.

Satisfacción y Bienestar

El análisis de la información obtenida en las *entrevistas* con las auxiliares muestra que las participantes en la experiencia presentan una trayectoria profesional vinculada a la atención a personas, en la mayoría de los casos a personas mayores o personas con discapacidad. Consecuentemente, su actividad profesional es preferentemente vocacional. Consideran que conocen las destrezas para el desarrollo de su trabajo, están satisfechas con él, y saben identificar reacciones de las personas que atienden en relación con el mantenimiento de su motivación personal. Manifiestan que para una atención de calidad es relevante el tiempo y la atención a las necesidades emocionales de las personas residentes. Sin embargo, apenas manifiestan la relevancia del desarrollo de capacidades y la promoción de la autonomía como competencias asociadas a su desempeño laboral. Por último, consideran que la participación en la experiencia de la Unidad de convivencia contribuirá a su desarrollo personal y profesional, aunque no precisan los aspectos potencialmente mejorables.

En las entrevistas posteriores a la intervención, todas las participantes muestran un elevado grado de satisfacción personal y profesional asociado a su participación en la experiencia. Subrayan los cambios en el estado de ánimo y la actividad de todas las usuarias, independientemente de su nivel funcional. Coinciden en resaltar que los avances han superado las expectativas previas sobre el desarrollo de la experiencia. Asimismo, coinciden en señalar la importancia de “un ambiente tranquilo y relajado” para que se den y favorezcan oportunidades para generar iniciativas. En este mismo sentido, coinciden en manifestar que se han sentido cómodas y relajadas a lo largo del desarrollo de la experiencia, y consideran que ese bienestar (tanto personal, como grupal) ha contribuido a configurar un buen clima social en la unidad. Por último, consideran que la participación en la experiencia de la Unidad de convivencia ha contribuido a su desarrollo tanto personal como profesional.

Esta información es similar a la procedente de la escala de “realización personal”, procedente del cuestionario de “*burn-out*” de Maslach aplicado. (Ver informe completo en ANEXO VIII) Así, la puntuación directa media obtenida por la muestra en esta variable es de 41,50 (Puntuación centil=75), lo que indica una alta puntuación, es decir, el grupo de este estudio no tiene un sentimiento de falta de realización personal, o lo que es lo mismo, se siente realizado personalmente con el trabajo que realiza.

En la Escala de Cansancio Emocional se incorporan los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. La puntuación media obtenida en esta variable es de 19,50 (Puntuación centil=45), lo que indicaría que el grupo valorado tienen un nivel medio de cansancio emocional.

En los elementos de la Escala de despersonalización se describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. La puntuación media obtenida en esta variable es de 7,25 (Puntuación centil=60), lo que significa que las personas de este estudio tienen un nivel medio-alto de despersonalización.

11.4 Impacto en el modelo de atención:

El trabajo desarrollado ha permitido crear las bases para el inicio de la experiencia y su implantación inicial. En primer lugar, es necesario resaltar la relevancia de todas las acciones desarrolladas para establecer un consenso entre todos los implicados en relación con el desarrollo de “una hoja de ruta” que esta guiando la transformación de las practicas instauradas a otras asociadas a nuevos modelos de atención.

En este mismo sentido, es necesario resaltar la relevancia a la atención a la formación y apoyo continuada a los profesionales de atención directa por parte de los responsables institucionales comprometidos con el desarrollo de la experiencia.

En la fase actual de intervención, ya se están evidenciando cambios en los profesionales, los ambientes y también en las residentes que participan en la experiencia. Lugares más hogareños, actividades cotidianas, y un aumento en la participación en actividades por parte de las residentes se están observando desde el inicio del desarrollo de las intervenciones. Sin embargo, también se evidencia la necesidad de incrementar las posibilidades de toma de decisiones de las residentes, de mejorar su independencia y control en las actividades que organizan, de modo que no sólo se “hagan cosas”, sino que estas se hagan cada vez de un modo más personalizado. Por otro lado, el esfuerzo en el proceso de capacitación de los profesionales de atención directa debería no sólo asegurar el éxito de la iniciativa actual, sino trascender en líneas de actuación que permitan el desarrollo de acciones con vistas a extender la experiencia a contextos distintos al que se desarrolla en la actualidad.

11.5 Impacto de la puesta en marcha del proyecto en el centro, Valoración General y perspectivas de Futuro

Esta experiencia ha tenido un importante impacto en el centro.

Por un lado se ha vivido como una oportunidad para reivindicar el papel de gerocultor/a en la atención. Con este modelo, dicho papel cobra mayor autonomía y responsabilidad, así como una mayor implicación en la vida de las personas que atienden y sus familias.

Además, tras vivir esta experiencia, se ha apreciado la relevancia de aumentar la estabilidad del personal de atención directa en los módulos de atención. De esta manera, se mejora la confianza entre cuidadores y personas atendidas, y su conocimiento sobre las características individuales de éstas últimas es mayor. Por ello, se ha realizado un importante esfuerzo en este sentido al realizar los calendarios de trabajo del año 2012. Así, aunque no es posible implantar todas las mejoras derivadas del modelo en el resto de los módulos, se pretende establecer pasos en esa dirección.

Como parte de la evaluación de resultados del proyecto piloto MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA: ESTUDIO PILOTO EN ATENCIÓN RESIDENCIAL Y ANALISIS DE BUENA PRÁCTICA EN CENTRO DE DIA se previó la realización de una auditoria para evidenciar el grado de cumplimiento de los ítems de desarrollo iniciales del PCAT (Person-centered Care Assessment Tool) previo al inicio del trabajo y una vez finalizado el mismo.

Comentar que es auditoria y no pasación de la propia escala, ya que no nos ha sido posible conseguirla, y que la metodología seguida ha sido, para cada ítem, la búsqueda de evidencias del aspecto a valorar en base a las conversaciones con las personas implicadas y en base al análisis del ambiente, las actividades del personal y/o con documentación (actas, SIGECA; planing de actividades, etc). En base a las evidencias se ha establecido un grado de avance en una escala de 0 a 5 siendo el 0 grado bajo de implantación y 5 grado elevado de implantación.

Finalmente, se aporta una reflexión sobre cada uno de los ítems valorados.

Ítems valorados PCAT

Personalización de los cuidados

- Se tratan a menudo sobre cómo dar la mejor atención centrada en la persona
- Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes
- Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales
- La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas
- Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes

- Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario
- La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario

Soporte organizacional

- No existe tiempo para la atención centrada en la persona
- El ambiente es caótico
- Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona
- Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona

Grado de accesibilidad del entorno

- Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o (orientarse?)
- Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren

RESULTADOS EN ZUBIAURRE

CG ZUBIAURRE (AUDITORIA PREVIA)

De 1 a 5, de menor a mayor implantación					
PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS					
Los profesionales tratamos a menudo cómo dar la mejor atención centrada en la persona	1	2	3	4	5
Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes	1	2	3	4	5
Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales	1	2	3	4	5
La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas	1	2	3	4	5
Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes	1	2	3	4	5
Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario	1	2	3	4	5
La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario	1	2	3	4	5
SOPORTE ORGANIZACIONAL (*)					
No existe tiempo para la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
El ambiente es caótico	5	4	3	2	1
Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
GRADO DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO					
Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o (orientarse?)	1	2	3	4	5
Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren	1	2	3	4	5

(*) para estos aspectos se tiene en cuenta la puntuación a la inversa.

Si bien es verdad que se está trabajando en la orientación adecuada, resulta difícil evidenciar el grado de implantación del modelo de atención centrada en la persona en un

primer momento debido a las limitaciones derivadas de los recursos existentes y a la propia organización del trabajo. Se está en límite aceptable en relación a la reflexión de los profesionales sobre la mejora de la atención y en la existencia de reuniones para el tratamiento de lo asistencial pero se ve una baja implantación en aspectos como flexibilización de horarios y actividades, en la evaluación de necesidades de los residentes a diario y en la anteposición de actividades a la interacción. Las actividades que son más bien generales, se adaptan en la medida de lo posible a las características de cada residente evidenciándose una implantación media de la AICP.

Por otro lado, y relacionado con el soporte organizacional, antes de poner en marcha el proyecto, se evidencia que no siempre la organización permite el tiempo o pone dificultades para poder llevar adelante un modelo de atención centrada en la persona y que aunque no se esté haciendo de manera intencionada, es consecuencia del modelo organizacional y de los recursos existentes, lo que hace que se ponga el foco más en lo planificado (tareas) que en las necesidades y preferencias de los residentes en el día a día.

Finalmente y de cara a los dos últimos ítems que hacen referencia a la accesibilidad, se evidencia que ambos dos están plenamente orientados a lo que es el modelo de atención centrado en la persona.

CG ZUBIAURRE (AUDITORIA AL FINALIZAR EL PROYECTO)

De 1 a 5, de menor a mayor implantación					
PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS					
Los profesionales tratamos a menudo cómo dar la mejor atención centrada en la persona	1	2	3	4	5
Existen reuniones formales para tratar la atención a los residentes	1	2	3	4	5
Se incorpora la historia de vida en los planes de atención individuales	1	2	3	4	5
La calidad en la interacción entre el personal y los residentes es más importante que el cumplimiento de tareas	1	2	3	4	5
Resulta posible cambiar las rutinas diarias en base a las preferencias de los residentes	1	2	3	4	5
Los residentes tienen la oportunidad de participar en actividades individualizadas a diario	1	2	3	4	5
La evaluación de necesidades de los residentes se realiza a diario	1	2	3	4	5
SOPORTE ORGANIZACIONAL					
No existe tiempo para la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
El ambiente es caótico	5	4	3	2	1
Tenemos que tener el trabajo hecho antes de poder ofrecer la atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
Esta organización me impide ofrecer una atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
GRADO DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO					
Es difícil para los residentes en este centro poder encontrar su camino o (orientarse?)	1	2	3	4	5
Los residentes pueden salir al espacio exterior cuando quieren	1	2	3	4	5

(*) para estos aspectos se tiene en cuenta la puntuación a la inversa.

Por otro lado, al finalizar la experiencia piloto en el centro el resultado ha sido mejor observándose un desplazamiento en todos los valores. Los ítems en los que más se ha avanzado es en la implantación de la historia de vida, en la priorización de la interacción frente a las tareas o actividades programadas y en la flexibilidad a la hora de cambiar las rutinas

existentes en función de las necesidades y preferencias de los residentes del día aunque este último aspecto es el que se queda con una puntuación de 4 frente al resto de los relacionados con la personalización de los cuidados.

En relación al soporte organizacional, destacar que se ha mejorado sustancialmente en tres de los aspectos: tiempo para la atn. centrada en la persona, facilitación por parte de la organización para poder implantar la AICP y, finalmente, priorización de la atención frente al cumplimiento de tareas en los tiempos establecidos. Por otro lado, destacar que el ambiente ha variado mucho en el módulo gracias a la incorporación de una zona de cocina y lavado de ropa, personalización de los espacios comunes con mobiliario y objetos personales, etc, y que no se ha percibido en ningún momento el desorden o sensación de sensación de caos. En relación a si se ha tenido que adelantar el trabajo antes de poder realizar una atención centrada en la persona, comentar que no se ha dado el caso pero el ratio de profesionales en el grupo piloto ha sido superior en todo momento, por lo que este resultado está condicionado. Así mismo, el hecho de estar inmerso en un proyecto de investigación acción, ser la participación por parte de los profesionales de atención directa totalmente voluntaria y por tanto su implicación elevada, el haber recibido formación durante todo el proceso también condiciona estos resultados.

Y en relación al grado de accesibilidad al entorno, siempre la organización, tanto antes como después ha permitido la fácil orientación de los residentes así como la libertad en horarios, salidas, acompañamiento, etc... siempre que la situación personal lo ha permitido es decir, en situaciones de riesgo controlado y consensuado entre las partes.

Finalmente, destacar que la metodología en que hemos realizado esta evaluación sobre los ítems del PCAT es de elaboración propia ya que, como hemos comentado anteriormente no disponemos de la escala definitiva validada.

VII. CONCLUSIONES

En primer lugar, las acciones desarrolladas para establecer un consenso entre todos los implicados han permitido la elaboración de “una hoja de ruta” que ha ido guiando la transformación de las prácticas instauradas a otras asociadas a nuevos modelos de atención.

En segundo lugar, los datos obtenidos apuntan los efectos que las intervenciones efectuadas han ocasionado en las capacidades y bienestar de las residentes participantes en la experiencia. Así, el grupo experimental muestra un patrón de mejora en sus capacidades funcionales, que no ha sido identificado en el grupo control. Esta tendencia, observada en el análisis de los datos de los instrumentos administrados, ha sido refrendada por el resto de los implicados en el desarrollo de la experiencia (tanto familiares como auxiliares). Asimismo, los datos relativos a la calidad de vida muestran que los participantes en el grupo experimental presentan indicios de mejora en los instrumentos utilizados y sobre todo en las manifestaciones comportamentales observadas por auxiliares y familiares. Los datos respecto a funcionamiento cognitivo aunque no muestran grandes cambios, revelan diferentes tendencias en los grupos control y experimental. Así en el grupo control, la tendencia predominante es el mantenimiento de puntuaciones y el incremento de las mismas en el grupo experimental

En tercer lugar, la implantación de la unidad de convivencia ha dado oportunidades de participación no sólo a los residentes sino también a los familiares. El desarrollo de las rutinas habituales de “un hogar”, en las que cada uno de sus miembros participan según sus posibilidades, proporcionan a los familiares la oportunidad de transformar su papel de “visitas” por otro más activo en el que colaboran, apoyan o crean oportunidades para el desarrollo de la vida cotidiana en la unidad, llegando a formar parte de la misma.

Por último, en el desarrollo de esta experiencia se ha prestado especial atención al diseño de un procedimiento de actuación que favoreciese la transición de las prácticas profesionales habituales en centros con perspectiva a sistencial, a otras derivadas del modelo de atención centrado en la persona. El procedimiento desarrollado ha implicado la puesta en práctica de

un plan de captación, formación y acompañamiento. Su puesta en práctica ha permitido, en buena medida, la consecución de los objetivos inicialmente previstos. Se ha prestado especial atención al apoyo para favorecer la transformación de pautas centradas en la ejecución de las tareas de cuidado por otras centradas en el desarrollo de las posibilidades de cada residente. Asimismo, se han potenciado el desarrollo de iniciativas y de las capacidades personales de cada auxiliar. En otras palabras se ha desarrollado “un plan de formación centrado en la persona”, congruente con el modelo de atención que se pretendía implantar. Todo ello ha contribuido además a la creación de un clima social calificado como “hogareño” y “muy calido” por todos los implicados.

Para poder producirse esta transformación no basta la realización de acciones formativas al uso sino un acompañamiento constante y tutelado por una persona experta en el modelo al estilo de un coach

En resumen, los cambios en el ambiente físico, puestos en marcha en esta iniciativa favorecen, en un grado notable, el inicio y desarrollo de actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, la transición del modelo habitual al modelo acp conlleva la necesidad de incorporar asimismo cambios en el ambiente social, especialmente en el personal auxiliar para "desaprender practicas profesionales" instauradas a lo largo del tiempo y sustituirlas por otras competencias dirigidas a la promoción de independencia. Si no se desarrolla este objetivo se harán cosas nuevas pero se tenderán a actuar, con el paso del tiempo, de la "manera en la que se ha hecho siempre". Esta acción contribuye de un modo notable a la incorporación de cambios, resolución de problemas y a la generación del bienestar de todas las personas de la Unidad

En este mismo sentido, el liderazgo, apoyo e implicación de los responsables de la residencia en la implantación del modelo resulta fundamental para "hacer avanzar" a todos los participantes, facilitando los cambios, ofreciendo nuevas ideas o apoyando las que surgen en el equipo. En definitiva, de lo que se trata es trabajar para crear oportunidades para la autonomía e independencia tanto a partir de los recursos de los "ambientes físico y social" de cada entorno en el que se desee implantar el modelo acp. La consecución de este objetivo

conlleva, por otro lado, el desarrollo de un estilo de formativo congruente con el modelo acp, en el que se favorezcan oportunidades de reflexión sobre las prácticas habituales y apoyo para generar cambios e identificar nuevas perspectivas de actuación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO REALIZADO

La experiencia objeto de esta Memoria presenta varias limitaciones. En primer lugar, su desarrollo afecta a un número limitado de residentes y, por otro lado presenta limitaciones temporales en relación con su reducido tiempo de desarrollo. Ambas cuestiones ponen de manifiesto, considerando los prometedores resultados obtenidos, la necesidad de ampliar su implantación a otros grupos de residentes durante periodos más amplios de tiempo.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Bermejo L, Martínez T. Díaz N, Mañós Q y Caballero C (Coord). (2009). Guía de Buenas Prácticas en centros de día para personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.bienestar.as/v_portal/apartados/apartado.asp?te=167

Boise L, White D. 2004. The family's role in person-centered care: practice considerations. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* May;42(5):12-20.

Brooker, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley.

Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H. Et al. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8, 317–325

Clarke, A. (2000). Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing*, 9, 429–433.

Clarke, A., Hanson, E. J., and Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 797–706.

Cohen-Mansfield, J. And Bester, A. (2006). Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. *Gerontologist*, 46, 540–544.

Davis, S., Byers, S. And Walsh, F. (2008). Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting. *Aust Health Rev* 2008: 32(3): 496–504

Díaz-Veiga, P. (2011). Creando lugares para vivir. *Revista Maremagnum*, 15, 217-223

Downs, M., Small, N. And Froggatt, K. (2006). Person-centered care for people with severe dementia. In A. Burns and B. Winblad (eds.), *Severe Dementia*. (pp 193–204). Chichester: Wiley.

Edvardsson, D., Winblad, B. And Sandman, P. O. (2008). Person-centered care for people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362–367.

Edvardsson, D., Koch, S. And Nay, R. (2009). Psychometric evaluation of the English version Person-Centered Climate Questionnaire – Patient version. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 235–244.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh D., Nay R., and Gibson S (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) *International Psychogeriatrics* (2010), 22:1, 101– 108

Ericson, I., Hellström, I., Lundh, V., Nolan M (2001) What constitutes good care for people with dementia? *British Journal of Nursing*, 2001. Vol 10, Nº 11

Fossey, J. Et al. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. *BMJ*, 332, 756–761.

Hoeffler, B. Et al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist*, 46,524–532.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.

Koren MJ. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Aff (Millwood)*. 29(2):312-7.

León-Salas B., Martínez-Martín P. (2010) Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría* 2010; 2 (2): 69-81

Leutz W, Bishop CE, Dodson L (2010) Role for a labor-management partnership in nursing home person-centered care. *Gerontologist*. 2010 Jun;50(3):340-51.

Mccormack B. , Dewing J . , Breslin L. , eus-Nevin A. , Kennedy K. ,Manning M. , Peelo-Kilroe L. , Tobin C. & Slater P. (2010) Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93–107

Martínez T. (2009). "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 98. [Fecha de publicación: 30/12/2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

Martínez T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno del País Vasco-España. Disponible en: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Atencion%20Gerontologica.pdf

Mckeown J. , Clarke A. , Ingleton C. , Ryan T. & Repper J . (2010) The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing* 5, 148–158

Neal, M. And Barton Wright, P. (1999). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.

Poohikian-Sarkissian, S, Sidani, Sferguson-Pare, M., Doran, D, (2010) • Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 32: 4

Sancho, M., Leturia M., Del Barrio E., Diaz Veiga P., Pérez Rojo G., Salazar J., (2011) “Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen Trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción” elaborado en 2011 a petición del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco

Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, Stewart BJ, Talerico KA, Rasin JH, Zink RC, Koch GG (2004). Effects of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2004 Nov;52(11):1795-804.

Sloane, P. D. Et al. (2007). Dementia care mapping as a research tool. International Journal of Geriatric Psychiatry,22, 580–589.

Tellis-Nayak V. (2007) A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. J Am Med Dir Assoc. Jan;8(1):46-54.

Verbeek et al. (2009). BMC Geriatr, 2009:9:3 on line January 20.

IX ANEXOS

ANEXO I. Información para usuarios, familias y trabajadores



Atención Centrada
en la Persona en el
Centro Julián Rezola
Fundación Matia

**Información para
usuarios,
familias y
trabajadores**

Índice

1. Introducción	3
2. Avanzando hacia la Atención Centrada en la Persona	6
3. La historia de vida	10
4. El análisis observacional	13
5. Intervenciones terapéuticas basadas en la Vida cotidiana y Preferencias de los usuarios	15
6. Minimizar el riesgo de caídas y las consecuencias de las que se produzcan	19
7. Uso racional de restricciones	23

1. Introducción

Este documento tiene como objetivo transmitir las mejoras que queremos impulsar en la atención que prestamos en el centro residencial y en el centro de día Julián Rezola de Fundación Matia a los usuarios y a sus familias. Mejoras encaminadas a ir avanzando en la Atención Centrada en la Persona, es decir en potenciar y facilitar que la persona en nuestro centro pueda vivir como le gustaría hacerlo, con la máxima autonomía posible y la máxima seguridad.

Este impulso se produce gracias a que el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco ha apostado por el avance en el modelo de atención exigiendo a su vez, rigor en el trabajo y evaluación estricta del resultado obtenido, midiendo los resultados en salud y satisfacción de los propios usuarios, familias y profesionales implicados.

De inicio, se han producido ya unos avances que sin duda nos animan en el camino que hemos emprendido, camino que no carecerá de dificultades ya que estamos hablando de retos importantes que nos llevarán a impulsar cambios no siempre fáciles en nuestra organización.

Punto de partida: Compromiso de las partes y asunción del liderazgo del proyecto

La Dirección, el Equipo Interdisciplinar, resto de trabajadores del centro y las familias en reunión específica convocada al efecto, han apostado por el proyecto, lo que en gran parte da garantía del éxito del mismo. Todos los componentes del equipo interdisciplinar asumen además la tarea de liderar proyecto

¿Qué repercusión a la larga podría derivarse en el modelo de atención que actualmente se viene prestando en el Centro?

Las mejoras identificadas y que a continuación se describen conllevan un alto grado de formación y especialización a los profesionales del Centro, lo que sin duda redundará en un beneficio para los usuarios.

De momento, podemos ya decir que las reuniones mantenidas hasta el momento entre trabajadores, usuarios y familias, han surgido aportaciones de mejora a las que intentaremos dar respuesta rápida ya que no dejan de ser aportaciones encaminadas a la mejora de la calidad de atención que es lo que buscamos. Estamos hablando de poder ofertar los desayunos antes, flexibilizar los turnos tanto a la hora de levantar como de acostar en función de otros parámetros de los hasta ahora empleados, potenciar la empatía y comunicación con los usuarios, etc... Algunas de estas sugerencias han sido ya incorporadas

Las áreas de mejora seleccionadas y plasmadas en los siguientes proyectos son áreas identificadas por nuestros equipos y por los técnicos de las instituciones con las que trabajamos

Los proyectos se desarrollaran fundamentalmente en el presente año, finalizando el análisis de los resultados y la presentación de los mismos en el primer trimestre del año 2012.

A continuación describiremos aquellos aspectos relevantes de los proyectos intentando den respuesta a las necesidades de información de todas las personas implicadas y afectadas por los mismos

Finalmente, no queda más que animar a todos los lectores de este documento a ponerse en contacto con cualquier profesional del equipo del Centro Julián Rezola ante dudas, ideas o incidencias que de nuestro trabajo diario o de nuevas iniciativas puedan surgir. Animaros también a participar en todas aquellas iniciativas que se plantean. Solo de la participación de todos podremos hablar de mejora real en la atención



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



Queremos agradecer el apoyo metodológico que Fundación Ingema va a prestar en la planificación, desarrollo y evaluación de los proyectos planteados y a todos los Servicios de Apoyo de Matia que van a contribuir facilitándonos el camino emprendido

M. Isabel Genua

Directora asistencial e innovación

M. Jose Garate

Coordinadora del centro

Donostia-San Sebastián, marzo 2011

2. Avanzando hacia la Atención Centrada en la Persona

En este proyecto queremos integrar las mejores prácticas conocidas identificadas en relación a la Atención Centrada en la Persona, prácticas derivadas de la integración del modelo actual y los aspectos relevantes, alguno de los cuales se identifican en los proyectos siguientes, que se relacionan en la comunidad científica con mejora en la calidad de vida de usuarios y familias.

¿En que consiste la Atención Centrada en la Persona?

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Este modelo de atención se basa a su vez en los principios de Autonomía y Continuidad de atención a la persona, así como otros aspectos a tener en cuenta, así nos centraremos en potenciar:

- Principio de autonomía (libertad de elección)
- Principio de continuidad de atención
- Potenciación del trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia.
- Participación en la toma de decisiones que afecten a su vida en la medida de sus capacidades y deseos

Independientemente del grado de apoyo o ayuda o de su situación de dependencia y/o heteronomía, es imprescindible reconocer y hacer posible el ejercicio de derechos de todas las personas usuarias del Centro.

¿Cómo se implantará este proyecto en Rezola?

El modelo de atención centrado en la persona es la apuesta a seguir en la mejora continua en nuestro centro. Sin olvidar que en estos últimos años se ha avanzado de forma importante en la orientación a los usuarios, en el trabajo interdisciplinar para la consecución de los objetivos asistenciales individuales establecidos por el equipo con mayor o menor participación de los usuarios y/o sus familias, en la continua actualización de los Planes de atención personalizada para cada usuario y en la comunicación e integración de las familias

Con el presente proyecto lo que queremos es profundizar en aspectos que consideramos muy importantes y cuyo nivel de desarrollo e implantación en el centro consideramos insuficiente o por decirlo de otra manera, mejorable a juicio de los profesionales del centro y con gran impacto en la calidad de vida de usuarios y familias. Mejorable sobre todo con un buen programa de formación/sensibilización de los profesionales, con una organización que permita y asuma los cambios y con el necesario apoyo en equipamientos e infraestructuras así como de personal especializado y por supuesto con implicación de usuarios y familias quienes valoraran el correcto enfoque.

Estos proyectos son:

- Historia de vida y biografía del usuario como fuente de conocimiento del mismo para establecer ambientes y ofrecer actividades acordes con la persona
- Análisis observacional como método de conocimiento de la calidad de vida e impacto de las actividades del centro en las personas que no pueden comunicarse verbalmente
- Intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana y muy coherentes con la historia de vida, biografía y necesidades de las personas
- Profundizando en la minimización de los riesgos: Minimización del riesgo de caídas y de los problemas originados por estas
- Uso racional de restricciones tanto físicas como químicas

En resumen, además de lo enunciado, las buenas prácticas relacionadas con el modelo de ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA tienen que ver con:

Planificación de cuidados: autonomía, participación, continuidad en la atención, individualidad, plan de atención y vida o similar, figura de facilitador del PAI y/o profesional de referencia en el centro y/o servicio. Espacios de participación entre profesionales, personas mayores y familias. Personal polivalente dentro de su calificación profesional. Personal estable. Contratos indefinidos. Ratios de personal suficientes. Evaluación y revisión de planes dentro del concepto de calidad de vida.

Atención integral: equipos interdisciplinares, valoración integral, objetivos asistenciales pactados con usuarios y/o familias, Planes de Atención individualizados basados en actividades cotidianas y terapéuticas acordes con los deseos e historia de vida de usuarios.

Grupos de reflexión ética en los centros

Familias: como objeto de atención y como participantes en el plan de atención.

En relación con la aplicación del modelo, se medirán también otros aspectos que se consideran básicos para la consecución del proyecto y para su mantenimiento y difusión. Aspectos relacionados con:

Formación y competencias de los profesionales

Organización del trabajo

Herramientas de valoración así como programas de intervención derivados

Costes del nuevo modelo

Calidad y satisfacción de usuarios, familias y trabajadores

....

En este proyecto se implicara todo el equipo interdisciplinar del centro bajo el liderazgo tanto de la Dirección del mismo como de la Dirección asistencial de Matia

3. La Historia de Vida

¿Qué es la Historia de Vida?

En numerosas ocasiones, los profesionales se olvidan de que las personas que atienden han tenido una vida anterior al ingreso en el centro, y sólo se interviene con ellos valorando su vida después del ingreso. Sin embargo, para garantizar una Atención centrada en la Persona es necesario conocer qué vida, qué situaciones y cómo han vivido las personas antes de entrar a vivir en el centro, es decir, conocer su Historia de vida.

La Historia de vida puede ser definida como un tipo particular de narración donde la persona mayor elabora un relato de su propia vida. A diferencia de la biografía, que es realizada por otras personas, la historia vital es un relato, generalmente oral (si es escrito hablamos de autobiografía), narrado por la propia persona.

Cuando la persona no tiene capacidad suficiente para informar, la Historia de vida podrá ser completada o realizada por sus familiares o amigos, siempre que la persona, o quien ejerza su representación, lo consienta.

¿Qué aspectos recoge la Historia de Vida?

Tras el relato de la línea argumental de la vida de la persona llegaremos a disponer de información clara referida a los aspectos que mejor resumen su vida:

- Sus personas más queridas. Familiares, amigos, compañeros con los que la persona guarda especial relación.
- Sus lugares preferidos: Su domicilio, la casa del pueblo, el centro, la habitación, otras ciudades en las que ha vivido...
- Las anécdotas que le gusta recordar: Eventos culturales, viajes, convivencias...

- Los intereses actuales, personas más importantes ahora, deseos actuales y planes de futuro.

Con este esquema el profesional o el familiar puede acompañar a la persona usuaria, con una escucha activa, en un proceso de resumen que supone la identificación y recuerdo de las experiencias más significativas de su vida. Es el momento de ayudarle a que pueda definir e incorporar nuevas metas o planes en su momento vital actual.

Con toda esta información podrá elaborarse un Libro de Historia de vida o Álbum personal, que puede ir acompañado de fotografías y textos significativos para la persona.

Recoger y conocer esta información no tendría valor si no se utiliza esta para adecuar los planes individualizados de atención así como los programas que se ofertan desde el centro a los usuarios.

Esta información deberá servir por tanto para dar satisfacción en pequeñas cosas a las personas que de otra manera no se haría. Para ello el equipo deberá idear la forma de hacerlo ya que a veces respuestas tan individualizadas no suelen ser ofertables fácilmente

Por otro lado además, el conocimiento de la historia de vida, la biografía e incluso las actuales preferencias de las personas pueden condicionar y, de hecho, sería deseable que ocurriera, la elección de los programas a ofertar en el centro incluso de forma prioritaria a programas que hasta ahora se consideraban imprescindibles

¿Para qué sirve la Historia de Vida?

El mero hecho de recordar le permite a la persona sentirse bien compartiendo vivencias y emociones. Permite dar valor a la experiencia pasada, así como fijar los referentes personales presentes y hacia el futuro, ya que:

Cada persona es única y diferente. Por su trayectoria vivida, por su situación presente y por sus deseos de futuro.

La Historia de vida es una herramienta útil para la personalización de la atención, que ha de dispensarse en coherencia con su proyecto de vida (pasado, presente y futuro) donde la persona participe y ejerza control. Es importante identificar los gustos, aficiones y preferencias de la persona.

Mejoras esperadas en el Centro

Conjugando los gustos, aficiones y preferencias de los usuarios y los de los profesionales del centro, se plantea asignar a cada usuario un profesional de referencia que sea compatible y de su agrado.

El liderazgo de este proyecto lo asume la trabajadora social del centro

4. El Análisis Observacional

¿Qué es el Análisis Observacional?

El Análisis Observacional es una metodología de observación desarrollada para determinar la calidad de la atención que reciben los usuarios con demencia. Una de las metodologías más conocidas (la Dementia Care Mapping) lo describe como:

“Un intento serio de adoptar el punto de vista de la persona con demencia, usando una combinación de empatía y destrezas observacionales”.

Estas metodologías ayudan a identificar conductas que se considera que tienen un impacto positivo sobre el bienestar de la persona y aquellas con un impacto negativo en el estado de ánimo e implicación de la persona con demencia (Valor de Ánimo-Implicación). Con toda esta información se pueden identificar aquellos factores y conductas del personal que tienen un impacto positivo o negativo sobre la persona, y actuar en consecuencia.

¿Para qué sirve el Análisis Observacional?

La evaluación observacional es una parte de la valoración integral y continuada de la persona. Mejora la calidad de vida y la atención a las personas con demencia al promover intervenciones acordes con los resultados de la observación realizada. Mediante esta metodología se pueden evaluar las necesidades de las personas que tienen una limitación cognitiva que les impide expresarlas.

Mejoras esperadas en el Centro

Los profesionales, sobre todo los de atención directa, desarrollarán, mediante programas de formación/ sensibilización, habilidades que les permita conocer la percepción y satisfacción de las personas con su situación y los programas y actividades en los que participan. Prestar adecuada atención a hacerlo e incorporar esta información en los planes de cuidados

Será la Psicóloga del centro quien lidere este importante enfoque en el modelo de atención

5. Intervenciones terapéuticas basadas en la Vida cotidiana y Preferencias de los usuarios

¿Qué son las Intervenciones terapéuticas basadas en la Vida cotidiana y Preferencias de los usuarios?

Los programas de intervención terapéutica o eusoreses desarrollados hasta el momento presentan diseños atractivos para las personas pero que a veces no están preparados con formatos o actividades que puedan ser similares a las que se realizan en un hogar, sino que tienen un formato más de tipo “ejercicio escolar” o bien de estimulación pasiva.

Lo que se pretende en este momento es diseñar programas de intervención que se acerquen más a las dinámicas del día a día y que a la vez puedan servir tanto para personas con capacidades físicas y/o psíquicas todavía mantenidas, como para personas con un deterioro importante. Y, por supuesto, que den respuesta a los intereses particulares de cada persona.

Se trata de utilizar la Vida cotidiana como terapia, favoreciendo el mantenimiento de la Autonomía y Calidad de vida.

¿Qué tipo de actuaciones se van a llevar a cabo?

Básicamente, se van a identificar y llevar a cabo programas de actividades relacionadas con la vida diaria que garanticen la autonomía personal y la gestión de la vida cotidiana, desde las capacidades y habilidades de la persona, y dentro de su plan de vida.

Poner en valor la biografía (Historia de vida) y las preferencias de cada persona y situándolas en el eje de su Plan personalizado de atención: Es fundamental que desde el centro respetemos la identidad de cada persona usuaria y actuemos con el criterio

de coherencia biográfica, es decir, siendo conscientes de la historia de la persona, de sus roles y de la forma de vida y de relación que ha tenido y tiene.

Las intervenciones en los centros deben situarse en coherencia con las identidades personales y permitir seguir desarrollando los proyectos de vida que todas las personas tenemos. Conocer y respetar las preferencias de las personas usuarias en referencia a los asuntos cotidianos en el centro, resulta imprescindible para adaptar nuestro desempeño profesional y el recurso en su conjunto a la persona.

Se debe evitar que sea siempre el usuario quien se vea obligado a adaptarse a las normas del centro o a procedimientos establecidos de forma idéntica para el conjunto de personas allí atendidas.

- Para ello se van a recoger y registrar las preferencias de las personas en relación a los asuntos cotidianos del Centro.

Preferencias relacionadas con:

- * La comunicación con ella: cómo debemos iniciar nuestra comunicación con la persona, el modo en cómo quiere que se le llame, hay que conocer tanto el nombre por el cual quiere ser llamado, así como la cercanía o confianza que desea recibir (trato de tú o de usted, distancia, tono de voz, etc.).
- * La toma de decisiones: qué tipo de elecciones podemos proponerle a lo largo del día.
- * El cuidado personal: sus hábitos, sus preferencias, sus costumbres relativas al cuidado de sí mismo (del aseo, de higiene íntima, del vestido, de la estética, etc.).
- * Sus enseres y espacios: cómo le gusta tener sus cosas, usar su habitación, etc.
- * Sus gustos y preferencias en la alimentación, especialmente en lo referido a las diferentes comidas del día.
- * Los talleres y actividades en los que participa con agrado y motivación.
- * Las situaciones informales y actividades de ocio que le agradan especialmente.
- * Las relaciones o actividades comunitarias que le gustan.

- Detección del bienestar o malestar que generan algunos elementos de la vida cotidiana en el centro. Se trata de conocer más específicamente qué cosas o situaciones le agradan o generan bienestar a la persona y cuáles le disgustan o le producen ansiedad o malestar. Concretamente deberemos saber cuál es la repercusión emocional que conlleva algunos aspectos como las formas de trabajo y hábitos del personal, relaciones interpersonales, entorno, etc.

En el caso de personas con grave afectación o deterioro, el registro de estas cuestiones debe realizarse con la información proporcionada por su círculo cercano (familia, amigos...), completándola siempre desde la mirada (Análisis Observacional) en el centro.

Compromiso con el respeto de las preferencias de las personas usuarias. La información referida a las preferencias de las personas debe ser actualizada ya que las personas cambiamos con el tiempo. Se harán revisiones para asegurarnos que la información se encuentra actualizada. De no hacerlo podemos quedarnos con una imagen fija de la persona (por ejemplo de cuando ingresó en el centro) cuando, a lo mejor, las personas han ido asumiendo nuevos roles, y adquirido más confianza con otros usuarios y con los profesionales. Por otra parte con el tiempo, los profesionales del centro dispondremos de más conocimiento acerca de lo que la persona prefiere, ya que la conocemos mejor.

Deberemos asegurarnos que todo el personal conoce esta información y de que se actúa acorde a ella. Hay que asegurarnos de que tratamos a cada persona de forma individualizada, como desea serlo, y que ello lo hace todo el personal. También debemos buscar mejorar la calidad en las formas de relación, propiciando comunicaciones sinceras, naturales y que presenten coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal.

Mejoras esperadas de las Intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana y preferencias de la persona

Con el desarrollo de Intervenciones terapéuticas dirigidas a avanzar en un trato personalizado a las personas en su vida cotidiana, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno:

- Se desarrolla la autonomía: Porque se logra una mejor autoestima y bienestar de la persona al sentir que es identificada y reconocida y se potencian asimismo las capacidades físicas, las cognitivas y el equilibrio

- Se mejora el bienestar emocional: Porque se refuerza la autoestima al recibir un trato más ajustado a sus gustos y peculiaridades. Porque perciben respeto, importancia y que son los verdaderos protagonistas de nuestro trabajo. Porque se da respuesta a sus demandas de interacción en un lenguaje que les es propio y desde su perspectiva personal.

- Se fortalecen las relaciones interpersonales: Puesto que nos permite para conocer mejor a las personas usuarias desde sus significados y deseos. Porque al conocer aspectos aparentemente triviales de cada relación interpersonal nos adaptamos más a sus gustos, preferencias. Porque al evitar lo que a la persona le genera malestar, se favorece el acercamiento y la mejora en las relaciones entre la persona usuaria y los profesionales.

Se protegen derechos: Porque se respeta el derecho a la persona a ser única, a elegir cómo quiere ser tratada y a que esta información sea tratada atendiendo a criterios éticos y profesionales.

La propia directora del centro, M^a Jose Garate, liderara la transformación que, en función del trabajo desarrollado, requieran los programas de intervención tanto a nivel de organización, como de equipamiento y/o infraestructuras

6. Minimizar el Riesgo de Caídas y las consecuencias de las que se produzcan

¿Cuáles son los efectos de la edad sobre la marcha?

Aunque no todos los ancianos experimentan cambios en su mecánica de marcha, el deterioro físico inherente al envejecimiento o incluso la prudencia que el temor a caer despierta en las personas mayores hace que los efectos sobre la marcha sean frecuentes y de muy diversa índole; no obstante, el más común a todos ellos es la disminución de la velocidad.

Efectos de la edad sobre la marcha

- Disminución de la velocidad.
- Disminución de la longitud de la zancada y aumento de su anchura.
- Disminución de la longitud del paso.
- Disminución de la cadencia.
- Disminución del ángulo del pie con el suelo.
- Prolongación de la fase bipodal.
- Reducción de tiempo de balanceo/tiempo de apoyo.
- Aumento de la anchura del paso y disminución de la altura.
- Pérdida del balanceo de los brazos.
- Reducción de las rotaciones pélvicas.
- Menor rotación de cadera y rodilla.

¿Cómo se producen las caídas en los mayores?

La caída es una patología muy frecuente en la población anciana, con consecuencias muy importantes y que, sin embargo, a veces pasa inadvertida. Las razones por las que a menudo no se estudian son: el paciente no suele mencionar que se ha caído, no se pregunta acerca de caídas en la historia clínica, no se producen lesiones directas tras la caída y porque se atribuye la caída al proceso normal de envejecimiento.

Sin embargo, la caída es una de las principales causas de lesiones, incapacidad, institucionalización e incluso de muerte en este grupo de población, y por este motivo se consideran un factor de fragilidad en el anciano.

La lentitud en la marcha, los problemas de movilidad, la dificultad para mantener el equilibrio, la disminución de la fuerza muscular sobre todo de miembros inferiores y el deterioro cognitivo son factores y motivos de CAIDAS EN EL ANCIANO

La mayoría de las caídas se producen en lugares cerrados, sin relación con el momento del día ni época del año. Los lugares más frecuentes de caída son el baño y el dormitorio. La actividad que más favorece la caída es caminar. Aproximadamente el 10% de las caídas se producen en escaleras, siendo más peligroso el descenso que el ascenso;

¿Cómo pueden prevenirse las caídas en los mayores?

Las claves en la prevención de caídas son las siguientes:

- Prevención de la primera caída
- Valoración de las caídas ya producidas
- Prevención de nuevas caídas
- Prevención de la incapacidad tras la caída

Prevención de la primera caída

La primera caída puede prevenirse mediante la promoción de un estado físico, mental y social óptimo del anciano, así como la prevención de enfermedades. Juegan un papel destacado en esta prevención la realización de actividad física, la realización de revisiones periódicas y el aseguramiento del correcto uso de productos de apoyo como gafas, audífonos, bastones, andadores, sillas, etc.

Valoración de las caídas ya producidas

La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (los ya descritos que pueden estar presentes en las personas), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando). Por ejemplo, una

persona con artrosis y neuropatía diabética (factores intrínsecos) va caminando descalza por el pasillo (factor extrínseco) mientras se dirige al cuarto de baño por la noche (factor circunstancial). El riesgo de caída se incrementa conforme aumentan los factores de riesgo.

Esta valoración de las caídas incluye: Análisis de las circunstancias en las que se ha producido, estado de la persona (médico, funcional y psicosocial), exploraciones específicas (cardiovascular, neurológica y del sistema locomotor), análisis de trastornos del equilibrio y la marcha, evaluación del entorno y pruebas complementarias.

Prevención de nuevas caídas

Se trata de la prevención destinada a prevenir nuevas caídas en aquellas personas que previamente ya han sufrido alguna. Su finalidad es actuar a nivel de las causas que la han generado. Se trata de un punto muy importante de la prevención, pues recordemos que el haber presentado una caída es el principal factor de riesgo para que se produzca otra. Incluye:

- Valoración de factores intrínsecos y extrínsecos relacionados
- Corrección de las causas.

Prevención de la incapacidad tras la caída

Son todas aquellas actuaciones que tratan de disminuir la incapacidad desencadenada por una caída. Actuar sobre:

- Adecuado tratamiento de las complicaciones físicas y psicológicas de la caída.
- Rehabilitación de la marcha y el equilibrio.

¿Cuáles son los resultados esperados?

Mediante el programa de prevención de caídas y el correcto uso de las ayudas técnicas necesarias se espera obtener los siguientes resultados en los usuarios del centro Rezola:

- Disminución del número de caídas, con disminución a su vez de las complicaciones sanitarias y psíquicas de las mismas.
- Adecuación de la estructura del centro, tanto en barreras como en mobiliario a las necesidades de los usuarios del centro.
- Mejora en el proceso de atención y especialmente en los programas de intervención

Este proyecto lo liderara la médico del centro Dra. Iturrioz

7. . Uso racional de restricciones

¿Qué son las Restricciones?

Cuando nos referimos a una restricción física estamos hablando de: cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede librarse con facilidad.

Cuando nos referimos a una restricción química estamos hablando de: el uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo. En general, se administran esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, no conocemos un tratamiento mejor.

El uso de restricciones físicas es una práctica habitual en residencias, junto con la prescripción de fármacos psicotrópicos basados en criterios de seguridad para los enfermos. Esta práctica ha sido introducida en la práctica diaria en la atención de personas mayores, con importantes riesgos de caídas o de trastornos conductuales que impliquen riesgos para su seguridad o la de sus vecinos, casi sin darnos cuenta hasta niveles importantes Sin embargo, conforme avanzamos en el conocimiento, las consecuencias de su uso, el impacto en su dignidad, autonomía, autoestima y calidad de vida son peores que los beneficios que se pretenden. Tan conscientes e implicados estamos de ello que queremos potenciar y acelerar este proceso de análisis y reducción de restricciones en el centro a mucha mayor velocidad de la que estábamos imprimiendo al proceso.

Gracias a este proyecto contaremos este año con apoyo de distintos profesionales, entre los que figuraran tanto fisioterapeuta como terapeuta ocupacional, farmacéutico hospitalario y psicólogo que, potenciando estrategias encaminadas a mejorar el equilibrio en la marcha, análisis terapias farmacológicas y abordajes no farmacológicos de los trastornos conductuales, contribuirán al cambio de modelo asistencial que permita reducir al máximo el uso de las restricciones

¿Qué dificultades hay para reducir las Restricciones?

- Miedo a que las personas se caigan y a las consecuencias de las mismas unido al miedo de pensar que las familias lo relacionen con una atención deficiente
 - Dificultad de disponer de espacios físicos seguros en toda la zona de deambulación del residente, y principalmente en las habitaciones y baños que es donde mas caídas se producen, no solo en los centros sino también en los domicilios, así como en los pasillos y salas de estar,
 - Falta de tolerancia de los trabajadores, de otros residentes y de las familias hacia el comportamiento crítico de algunos usuarios. La tolerancia es la clave de la convivencia en cualquier lugar.
 - Cultura de exceso de protección. Hay que aprender a convivir con riesgos. Eso sí, intentando minimizarlos pero sin llegar a restringir la libertad siempre que se pueda
- Etc.,...

Los centros residenciales no sólo han de ser capaces de cuidar a las personas, sino que deben estar preparadas para hacerlo bien y con garantías.

¿En qué consiste concretamente el Plan para reducir el uso de Restricciones?

La persona objeto de restricciones ha de ser sometida a un examen completo que incluya la valoración de las posibles alternativas. Hay que buscar en todo momento alternativas a la utilización de restricciones.

La seguridad puede ser garantizada con otras medidas, si bien esto exige que los profesionales reflexionen constantemente y adopten medidas innovadoras tanto en la forma de cuidado como en su propia organización, lo que requiere implicación y convencimiento. También es imprescindible que la familia colabore.

En lo que hace referencia al uso de fármacos psicotrópicos, se hace necesario también implementar una estrategia que además de garantizar el correcto uso (ver tabla adjunta), revise frecuentemente la posibilidad de retirada

OBJETIVOS GENERALES QUE DEBEN CUMPLIRSE CON TODAS LAS PERSONAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES PRESCRITOS
<ul style="list-style-type: none">• Garantizar el máximo nivel funcional posible de la persona y su bienestar.• Usar la menor dosis eficaz.• Que esté libre de efectos secundarios. Para ello debe comenzarse con dosis bajas e ir incrementándolas en función de la necesidad.• Que se demuestre una reducción significativa de los síntomas o de los problemas que se quieren tratar.• Suspender el tratamiento en el plazo de tiempo más corto posible.

Para prevenir el uso de restricciones, usted puede colaborar con su presencia, dando al personal información sobre los hábitos y estilo de vida de la persona atendida, sobre sus problemas de conducta reactivos y cómo evitarlos o manejarlos; en definitiva, implicándose en el proceso de planificación de los cuidados y en los cuidados en sí.

¿Cómo se está implantando este proyecto en Rezola?

Con un equipo creado y formado específicamente en ello que de forma continuada está:

- Intentando que los nuevos ingresos puedan integrarse en el centro libres de sujeción
- Abordando poco a poco la retirada de sujeciones, junto a todo el equipo asistencial y con la implicación de las familias
- Ideando estrategias y apoyando todas las iniciativas que contribuyan a este objetivo.

Todo ello bajo el liderazgo de la enfermera referencial del centro, Ana Olaizola



Pertsona ardatz
duen Arreta Julian
Rezola Zentroan
Matia Fundazioa

**Familia,
erabiltzaile eta
langileei
zuzendutako
argibidea**



MATIA
Rezola



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



Aurkibidea

1. Sarrera	3
2. Pertsona ardatz duen arreta helburu	6
3. Bizitzaren historia	10
4. Behaketa analisia	13
5. Eguneroko bizitzan eta erabiltzaileen nahietan oinarritutako esku-hartze terapeutikoak	15
6. Erortzeko arriskuak eta erorketen ondorioak minimizatzea	19
7. Murrizketen erabilera arrazionala	23

1. Sarrera

Dokumentu honen bidez, Matia Fundazioko Julian Rezola egoitza-zentroan eta eguneko zentroan erabiltzaileei eta familiei eskaintzen diegun arretan bideratu nahi ditugun hobekuntzak azalduko ditugu. Pertsona ardatz duen arreta da hobekuntzon xedea, hau da, gure zentroan dagoen pertsona nahiko lukeen moduan bizi dadila sustatzea eta erraztea, betiere ahalik eta autonomia handienarekin eta segurtasun handienekin.

Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Gaietarako sailak arreta-ereduan aurrera egitearen aldeko apustua egin du, eta horri esker eman dugu urratsa. Izan ere, Sail horretatik zorrotasuna eskatzen da lanean, eta lortutako emaitzak zehatz-mehatz ebaluatzea, eta horretarako erabiltzaileen, haien familien eta inplikaturako profesionalen osasuna eta gogobetetasuna neurtzen dira.

Hasieratik eman diren aurrerapausoek ekindako bidea lantzen jarraitzera bultzatzen gaituzte, zalantzarik gabe. Jakin badakigu bide hori ez dela erraza, erronkaz beteta dago eta horiei aurre egiteko aldaketak bultzatu beharko ditugu, eta hori ez da beti erraza izaten gure erakundeetan.

Zeintzuk dira aurrerapausoak

Zuzendaritzak, Diziplinarteko Taldeak, zentroko gainontzeko langileek eta familiek proiektuaren aldeko jarrera adierazi dute gaia aztertzeko propio egindako bileran, eta hori arrakastarako bermea da, neurri handi batean. Gainera, diziplinarteko taldeko partaide guztiek proiektua bultzatzeko lanean buru izatea onartu dute.

Epe luzera zein ondorio izan ditzake gaur egun Zentroan eskeintzen den arreta ereduak?

Identifikatutako, eta ondoren deskribatutako hobekuntzak Zentroko profesionalen formakuntza eta espezializazio maila altua eskatzen dute. Dudarik gabe, honek erabiltzaileen mesederako eragina izango du.

Oraingoz esan dezakegu, bileretan hobetzeko hainbat ekarpen egin direla, eta horiei lehenbailehen erantzuten saiatuko gara, izan ere, arretaren kalitatea hobetzea dute helburu, eta hori da, hain zuzen, gure asmoa. Egitasmo horien artean daude, besteak beste, gosariak lehenago eskaini ahal izatea, txandak malguago egitea, bai jaikitzean eta baita oheratzean ere, orain arte erabili diren parametroen ordeztu beste batzuk kontuan hartuz, erabiltzaileekiko empatia eta komunikazioa sustatzea, etab.

Gure taldeek eta lankide ditugun erakundeetako teknikariek zehaztu dituzte proiektuetan jasota dauden hautatutako hobekuntza arloak.

Proiektuak batez ere aurtengo ekitaldian eramango dira aurrera, eta emaitzen azterketa eta aurkezpena 2012ko lehen hiruhilekoan egingo dira.

Jarraian, proiektuen alderdi azpimarragarrienak azalduko ditugu, eta horiekin zerikusia duten pertsona guztien informazio-beharrari erantzuten saiatuko gara.

Bukatzeko, gure eguneroko lanaren inguruan edo ekimenei buruz sor litezkeen zalantzak argitu edo iradokizunak egite aldera, Julian Rezola Zentroko edozein profesionalekin harremanetan jartzeko deia egin nahi diegu dokumentuaren irakurleei. Era berean, proposatzen diren ekimen guztietan parte hartzera deitzen dizuegu. Guztion partaidetzarekin bakarrik ahalbideratuko dugu benetako hobekuntza arreta mailan.

Proposatutako proiektu guztien planifikazioan, garapenean eta ebaluazioan IngeMa Fundazioak eskainiko duen metodologi laguntza eskertu nahi dugu.

Halaber, ekindako bidean lagunduko diguten Matiako Laguntza Zerbitzu guztiei ere eskerrak eman nahi dizkiegu.

Agur bero bat

M. Isabel Genua dk
Arreta eta berrikuntza zuzendaria

M. Jose Garate
Zentroko Koordinatzailea

Donostian, 2011ko martxoan

2. Pertsona ardatz duen arreta helburu

Proiektu honen bidez, jardunbiderik egokienak jarri nahi ditugu abian, hain zuzen, egungo ereduaren eta pertsona ardatz duen arretari lotutako jardunbide egokietako alderdi nagusien –horietako batzuk ondorengo proiektuetan agertuko dira– arteko integrazioak eragindakoak.

Zer da pertsona ardatz duen arreta?

Pertsona ardatz duen arreta pertsonaren bizi-kalitatearen eta ongizatearen alderdi guztiak hobetzeko helburua duen eredia da. Horren abiapuntuak erabiltzailearen duintasun eta eskubideekiko erabateko errespetua eta haren interesak eta lehentasunak dira, eta haren parte-hartze eraginkorra aintzat hartzen du.

Arreta eredu horren printzipioak pertsonaren autonomia eta arretaren jarraitutasuna dira, baita kontuan hartu beharreko beste alderdi batzuk ere. Hala, honako alderdi hauek indartu nahi ditugu:

- Autonomia-printzipioa (aukeratzeko askatasuna).
- Arretaren jarraitutasun-printzipioa.
- Mendekotasun-egoeran dauden adinekoen tratu duina.
- Haien bizitzan eragina duten erabakiak hartzeko parte hartzea, horretarako gai diren eta nahi duten neurrian.

Laguntza gehiago edo gutxiago behar dutela eta mendekotasun eta/edo heteronomia handiagoa edo txikiagoa dutela alde batera utzita, ezinbestekoa da zentroaren erabiltzaile guztien eskubideak onartu eta ahalbidetzea.

Nola ezarriko da proiektua Rezolan?

Pertsona ardatz duen arreta jarraitu beharreko eredua da, gure zentroko etengabe hobeak diren haurak. Azken urteotan, nabarmen egin dugu aurrera honako bide hauetan: erabiltzaileen orientazioan, ekipoak –erabiltzaile eta/edo familien parte-hartze handiagoarekin edo txikiagoarekin– ezarritako asistentzia-helburu indibidualak lortzeko diziplina anitzeko lanean, erabiltzaile bakoitzarentzako arreta pertsonalizatuko planak etengabe eguneratzen eta, azkenik, familien komunikazioan eta integrazioan.

Proiektu honen bidez, garrantzizkotzat ditugun alderdietan sakondu nahi dugu, alderdi horiek zentroan behar bezala garatuta eta finkatuta ez daudelako edo, bestela esanda, zentroko profesionalen ustez hobe daitezkeen eta erabiltzaile eta beren familien ongizatean eragina izan dezaketen alderdiak direlako. Alderdi horiek hobetzeko ezinbestekoak dira, batez ere, profesionalak prestatu eta sensibiltzatzeko programa on bat, aldaketak ahalbidetu eta eragingo dituen antolakuntza bat eta ekipamendu, azpiegitura eta pertsonal espezializatuaren ezinbesteko laguntza.

Honako proiektu hauek ditugu hizpide:

- Murrizketa fisiko eta kimikoen zentzuzko erabilera.
- Erortzeko arriskuak eta erorketek eragindako arazoak minimizatzea.
- Eguneroko bizitza oinarri duten esku-hartze terapeutikoak, erabiltzaileen bizitzaren historia, biografia eta beharrekin koherentzia handia dutenak.
- Behaketa-analisia, ahoz komunikatzerik ez duten pertsonen bizi-kalitatea eta zentroak horiekin darabiltzan jardueren inpaktua ezagutzeko tresna izatea.
- Erabiltzailearen bizitzaren historia eta biografia haiei buruzko informazio-iturri izatea, giro egokiak sortzeko eta pertsonarekin bat datozen jarduerak eskaintzeko.

Praktikan, berriaz prestatutako unitate batean ezarriko da arreta eredu berria. Eta eredu horrek, aipatutako aurrerapenak ez ezik, nazioartean PERTSONA ARDATZ DUEN ARRETA eredu berriaren ezaugarritzat hartzen diren jardunbide egokiak ere barne hartuko ditu.

Ondorengo hauek dira jardunbide egokiok:

Zaintza planifikatzea: autonomia, parte-hartzea, arretaren jarraitutasuna, indibidualtasuna, arreta- eta bizi- eta bizitza-plana edo antzekoa, arreta-plan indibidualaren (API) bideratzailearen figura eta/edo zentro eta/edo zerbitzuko erreferentzia-pertsonala. Profesionalaren, adinekoen eta familien artean parte hartzeko espazioak. Pertsonal balioaniztuna, bere lanbide-kalifikazioaren barruan. Pertsonal egonkorra. Kontratu mugagabeak. Pertsonal-ratio egokiak. Planen ebaluazioa eta berrikuspena, bizi-kalitatearen kontzeptuaren barruan.

Arreta integrala: diziplina anitzeko taldeak, balorazio integrala, erabiltzaile edo/eta familiekin adostutako asistentzi helburuak, erabiltzailearen bizitzaren historiakin eta gogoekin bat datozen eguneko eta terapeutiko ekintzetan oinarritutako arreta plan egokituak.

Gogoeta etikoko taldeak zentroetan.

Familiak: arretagune eta arreta-planeko partaide izatea.

Eredu hori aplikatzeak eskatzen dituen alderdi guztiak aztertu eta zehaztuko dira, batez ere honako hauek:

Prestakuntza eta eskumenak.

Lanaren antolakuntza.

Balorazio-tresnak eta eragindako esku-hartzeko programak.

Eredu kostuak.

Kalitatea eta erabiltzaile, familia eta langileen gogobetetasuna.

...

Proiektu honetan zentroko anitzeko talde osoak esku hartuko du, zentroko zuzendaritzaren eta Matiako zuzendaritza asistentzialaren gidaritzapean.

3. Bizitzaren historia

Zer da bizitzaren historia?

Askotan, profesionalek ahaztu egiten dute zaintzen dituzten pertsonen bizitza bat izan dutela zentroan sartu aurretik, eta horien gaineko esku-hartzeak zentroan sartu ondorengo bizitza baino ez du kontuan hartzen. Hala ere, pertsona ardatz duen arreta bermatzeko, ezinbestekoa da pertsona horrek zentroan bizi baino lehen nolako bizimodua izan duen, zer egoera eta nola bizi izan dituen ezagutzea, hau da, haien bizitzaren historia ezagutzea.

Bizitzaren historia zer den honela azal dezakegu: adinekoak bere bizitzaren kontakizuna egiten duen narrazio mota berezia da. Biografia ez bezala, hori beste pertsona batzuek osatzen baitute, bizitzaren historia kontaketa bat da, gehienetan ahozkoa (idatzia bada, autobiografia deitzen zaio), pertsonak berak egina.

Pertsonak bere bizitzari buruzko informazioa emateko nahiko gaitasunik ez badu, bere familiartekoei edo lagunek osa dezakete haren bizitzaren historia, beti ere interesatuak edo haren ordean diharduenak horretarako baimena ematen badu.

Zer jasotzen du bizitzaren historiak?

Pertsonak bere bizitzaren inguruko kontaketa egindakoan, haren bizitza ondoen laburtzen duten alderdiei buruzko informazio argia edukiko dugu:

- Gehien maite dituen pertsonak: familiartekoeak, lagunak eta berarekin harreman berezia duten kideak.
- Gogoko dituen lekuak: bizitokia, herriko etxea, zentroa, gela, bizi izan den beste hiri batzuk...
- Atseginez gogoratzen dituen pasadizoak: kultura-ekitaldiak, bidaiak, bizikidetzak...
- Egungo interesak: oraingo pertsonarik garrantzitsuenak, egungo nahiak eta etorkizunerako planak.

Eskema horrekin, profesionalak edo senideak erabiltzaileari lagundu ahal diote entzute aktiboaren bidez, haren bizitzako esperientziarik esanguratsuenak identifikatu eta gogoratzeko laborpen-prozesuan. Egungo bizitzan helburu edo plan berriak zehazten laguntzeko unea da.

Informazio horrekin, bizitzaren historiaren liburua edo album pertsonala egin daiteke, erabiltzailearentzat esanguratsuak izan litezkeen argazki edo testuez osatua.

Informazio hori bildu eta ezagutzeak ez luke baliorik izango, ondoren informazio hori arreta-plan indibidualizatuak egokitzeko eta zentroak erabiltzaileei bere programak eskaintzeko erabiltzen ez bada.

Informazio horrek, beraz, erabiltzailea gogobetetzeko balio behar du, hain zuzen bestela nekez lortuko liratekeen gauza txiki horietan. Horregatik, talde batek informazio hori biltzeko bidea asmatu beharko du, izan ere, batzuetan, hain erantzun indibidualak eskaintza bihurtzea zaila izaten da.

Bestalde, erabiltzailearen bizitzaren historia, biografia eta egungo lehentasunak ezagutzeak zentroan eskaini beharreko programak aukeratzea baldintza dezake, eta ona da hala izatea, gainera, baita horiei orain arte ezinbestekotzat hartzen diren programen aurrean lehentasuna emanda ere.

Zertarako balio du bizitzaren historiak?

Gogoratze hutsak erabiltzailea ondo sentiarazten du, bizipenak eta emozioak konpartituz. Iraganeko esperientziari balioa ematen dio eta oraingo zein etorkizunerako erreferentzia pertsonalak finkatzeko aukera ematen du. Izan ere:

Norbera bakarra eta ezberdina da, bere bizitza-ibilbideagatik, bere oraingo egoeragatik eta bere geroko nahiengatik.

Bizitzaren historia oso tresna baliagarria da arreta pertsonalizatzeko, eta bizi-proiektuarekin (iraganeko, oraingo eta gerokoarekin) koherentziaz erabili behar da, erabiltzaileak parte hartuta eta kontrolatuta. Garrantzi handikoa da pertsonen gustuak, zaletasunak eta lehentasunak ezagutzea.

Zentroan esperotako hobekuntzak

Zentroko erabiltzaileen eta profesionalen gustuak, zaletasunak eta lehentasunak bateratuta, erabiltzaile bakoitzari bateragarri eta atsegin duen erreferentzia-profesional bat egokitzea proposatzen dugu.

Proiektu horren gidaritza Marta Idiaquez zentroko gizarte-langileari dagokio.

4. Behaketa-analisia

Zer da behaketa-analisia?

Dementziak jota dauden erabiltzaileek jasotzen duten arretaren kalitatea neurtzeko garatutako metodologia bat da behaketa-analisia. Metodologiarik ezagunenetako batek (Dementia Care Mapping-ek) honela deskribatzen du:

“Enpatiaren eta behaketa-trebetasunen konbinazioaren bidez, dementziak jotako pertsonaren ikuspuntua hartzeko ahalegin serioa da”.

Dementziak jotako gaixoen ongizatearen gainean eragin positiboa duten jokabideak eta haien gogo-aldartearen eta inplikazioaren gainean eragin negatiboa dutenak antzemateko lagungarriak dira metodologia horiek. Informazio horri esker, beraz, erabiltzaileengan eragin onuragarria edo kaltegarria duten pertsonalaren jarduerak edo jokaerak antzeman daitezke, eta horren arabera jardun.

Zertarako balio du behaketa-analisiak?

Behaketa-analisia pertsonaren balorazio integral eta etengabearen zati bat da. Dementia duten gaixoen bizi-kalitatea eta arreta hobetzen ditu, egindako behaketaren emaitzen arabera esku-hartzeak eragiten dituelako. Metodologia horien bidez pertsonen premiak antzeman daitezke, haien murrizketa kognitiboa dela-eta premia horiek adierazterik ez badute.

Zentroan esperotako hobekuntzak

Profesionalek, batez ere arreta zuzenekoek, prestakuntza eta sentsibilizazioa hobetzeko programak jasoko dituzte, eta, horiei esker, zentroko erabiltzaileek beren egoerarekiko eta parte hartzen duten programa eta jardueretikiko duten pertzepzioa eta gogobetetasuna



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



ezagutzeko trebetasunak garatuko dituzte. Zeregin horretan arreta berezia jarriko dute eta jasotako informazioa zaintza-planetan txertatuko dute.

Zentroko psikologoak, Gabriela Mondragonek, arreta ereduaren ikuspegi garrantzitsu hori gidatuko du.

5. Eguneroko bizitzan eta erabiltzaileen nahietan oinarritutako esku-hartze terapeutikoak

Zer dira eguneroko bizitzan eta erabiltzaileen nahietan oinarritutako esku-hartze terapeutikoak?

Orain arte garatutako esku-hartze terapeutikoko edo errehabilitatzaileko programek diseinu erakargarriak dituzte pertsonentzat, baina, batzuetan, ez dute etxean betetzen direnen antzeko jarduerarik edo formaturik izaten. Aitzitik, “eskola-ariketako” formatua edo estimulazio pasibokoa dute.

Beraz, une honetan, egunez eguneko dinamikatik hurbil dauden esku-hartzeko programak diseinatu nahi ditugu. Programa horiek gaitasun fisikoei eta/edo psikikoei oraindik eusten dieten pertsonentzat eta, aldi berean, narriadura handia izan dutenentzat balio dezakete. Eta, jakina norberaren interes partikularrei erantzuna eman behar diete.

Helburua eguneroko bizitza terapiatzat erabiltzea da, autonomiari eta bizi-kalitateari eustea saiatuz.

Zer motatako jarduerak gauzatuko dira?

Funtsean, autonomia pertsonala eta eguneroko bizitzaren kudeaketa bermatuko dituzten jarduera-programak sortu eta gauzatuko dira, eguneroko bizitzarekin lotuak, pertsonaren gaitasunak eta trebetasunak abiapuntu hartuta eta haien bizi-planaren barruan.

Pertsona bakoitzaren biografiari (bizitzaren historiari) eta lehentasunei balioa eman eta haien arreta-plan pertsonalizatuaren ardatzean kokatzea: Funtsezkoa da zentroan erabiltzaile bakoitzaren nortasuna errespetatzea eta koherentzia biografikoarekin jardutea, hau da, pertsona bakoitzaren historia, eginkizunak, bizimodua eta izan dituen eta dituen harremanak ezagututa.

Zentroetako esku-hartzeak koherentzia gorde behar du nortasun pertsonalekin eta guztiok ditugun bizitza-proiektuak garatzen jarraitzeko aukera eman behar du. Erabiltzaileek zentroko eguneroko kontuen inguruan dituzten lehentasunak ezagutu eta errespetatzea ezinbestekoa da gure jarduera profesionala eta baliabide guztiak pertsonengana egokitzeko.

Erabiltzaileak ez du zertan izan behar zentroaren arauetara edo zentroan zaindutako pertsona guztientzat ezarritako prozedura berberetara beti egokitu behar duena.

- Zentroko eguneroko gaien inguruan pertsonak dituzten lehentasunak jaso eta erregistratzea. Erabiltzaile bakoitzaren egoeraren eta izaeraren barruan, ondorengo zeregin hauek burutzeko dituzten lehentasunak aintzat hartu behar ditugu:

- * Pertsonarekiko komunikazioa: jakin behar dugu nola ekin behar diogun berarekiko komunikazioari eta nola nahi duen deitzea, zer izenekin deitzea eta zenbaterainoko hurbilatsuna edo konfiantza jaso nahi duen (tratu hurbila edo errespetuzkoa, distantzia, ahots-tonua...etab)
- * Erabakiak hartzea: zer motatako aukeraketak proposatu ahal dizkiogun egunean zehar.
- * Norbera zaintzea: haren azturak, lehentasunak, zaintzari buruzko ohiturak (garbiketa, higiene intimoa, janzkera, estetika etab.).
- * Haren tresnak eta espazioak nola eduki nahi dituen bere gauzak, nola erabili bere gela... etab.
- * Elikatzeko gustuak eta lehentasunak, batez ere eguneko otorduei dagokienez.
- * Zer tailer eta jardueratan parte hartzen duen atseginez eta motibatuta.
- * Bereziki atsegin dituen egoera informalak eta aisialdiko jarduerak.
- * Gogoko dituen harremanak edo komunitate-jarduerak.

- Zentroko eguneroko bizitzako elementu batzuek sorrarazitako ongizatea edo ondoeza antzematea. Zentroaren erabiltzaileak zer gauza edo egoera atsegin dituen eta zerk kezkatzen duen edo zerk eragiten dion antsietatea eta ondoeza. Zehazki, jakin behar dugu nolako eragin emozionala duten zentroko alderdi batzuek, adibidez pertsonalak lan egiteko moduak eta ohiturak, pertsona arteko harremanek, inguruak...

Ezintasun edo narriadura handiko pertsonen kasuan, kontu horien erregistroak haien inguru hurbilekoek (famiak, lagunek...) emandako informazioaren bidez osatu behar dugu, beti ere zentroaren begiradarekin (behaketa-analisiarekin) osatuta.

Erabiltzaileen lehentasunak errespetatzeko konpromisoa. Pertsonen lehentasunei buruzko informazioa eguneratu egin behar da, denborak aurrera egin ahala pertsonak aldatu egiten baitira. Informazioa eguneratuta dagoela egiaztatzeko, berrikuspenak egingo ditugu. Hori egin ezean, erabiltzailearen irudi finko bat gorde genezake (adibidez, zentroan sartu zenekoa), nahiz eta, beharbada, berak eginkizun berriak bereganatu eta gainerako erabiltzaile eta profesionalekin konfiantza hartu duen. Bestalde, denboraren poderioz, zentroko profesionalok ere gehiago jakingo dugu erabiltzaileek nahiago dutenari buruz, hobeto ezagutuko baitugu.

Langile guztiek informazio hori ezagutzen dutela eta horren arabera jarduten dutela ziurtatu behar dugu. Langile guztiek pertsona bakoitza era indibidualizatuan, berak nahi duen bezala tratatzen dutela ziurtatu behar dugu. Era berean, harremanen kalitatea hobetu behar dugu, komunikazio zintzo eta naturala sustatuz, hitzezko eta ez hitzezko mintzairaren artean koherentzia duena.

Esku-hartze terapeutikoetatik esperotako hobekuntzak

Zentroko erabiltzaileek, eguneroko bizitzan tratu pertsonalizatua izateko helburua duten esku-hartze terapeutikoen garapenari esker, pertsonen eta beren inguruko bizi-kalitatearen dimentsio guztietan aurrera egitea lortuko dugu:

- Autonomia garatzen da: Erabiltzaileak autoestimua eta ongizate handiagoak lortzen dituelako, identifikatua eta onartua dela baitaki. Orobat, haren gaitasun fisikoak, kognitiboak eta oreka ere indartzen dira.

- Ongizate emozionala hobetzen da: Erabiltzaileen autoestimua indartu egiten delako, haien gustu eta ezaugarrietara egokitutako tratua jasotzen dutenean. Errespetua, aintzatespena eta

gure lanaren benetako protagonistak direla sentitzen dutelako. Haien interakzio-eskariei erantzuna ematen zaielako, berezko duten hizkuntza batean eta haien ikuspegi pertsonaletik.

- Pertsonen arteko harremanak indartzen dira: Erabiltzaileak, haien ezaugarri eta nahiak hobeto ezagutu ditzakegulako. Pertsonen arteko harremanetan ustez hutsalak diren alderdiak ezagutzen ditugunean, haien gustu eta lehentasunetara hobeto moldatzen garelako. Bakoitzari ondoeza eragiten diona saihesten dugunean, erabiltzaileen eta profesionalen arteko hurbiltasuna eta harreman onak errazten ditugulako.

Eskubideak babesten dira: Norberak bakarra izateko, nola izan nahi duen tratatua aukeratzeko eta informazio hori irizpide etiko eta profesionalekin tratatzeko duen eskubidea errespetatzen delako.

Egindako lanaren arabera, esku-hartzeko programek antolakuntzaren, ekipamenduaren eta/edo azpiegituren aldetik behar dituzten aldaketa guztiak zentroko zuzendariak berak, M^a Jose Garatek, bideratuko ditu.

6. Erortzeko arriskuak eta erorketen ondorioak minimizatzea

Nola eragiten du adinak ibileran?

Adineko guztiek ibileran aldaketarik jasaten ez badute ere, zahartzeak berekin dakarren narriadura fisikoaren eta erortzeko beldurrak adinekoengan eragiten duen zuhurtasunaren ondorioz, adinak era askotako eraginak ditu erabileran. Horien artean, ohikoena abiadura moteltzea da.

Adinak erabileran duen eragina

- Abiadura moteltzea
- Oinkadaren luzera laburtu eta zabalera handitzea
- Urratsaren luzera laburtzea
- Erritmoa moteltzea
- Oinak zoruarekin duen angelua txikitzea
- Fase bipodala luzatzea
- Kulunkatze-denbora eta euste-denbora murriztea
- Pausuaren zabalera handitu eta altuera txikitzea
- Besoen kulunkada galtzea
- Errotazio pelbikoak galtzea
- Aldaka eta belaunen errotazio txikiagoa

Nola gertatzen dira adinekoen erorketak?

Erortzea oso patologia arrunta da adinekoen artean. Oso ondorio garrantzitsuak izaten ditu eta, hala ere, batzuetan ez zaio behar besteko jaramonik egiten. Hona hemen erorketak ez aztertze arrazoiak: gaixoak ez du esaten erori denik, historia klinikoan ez zaio balizko erorketei buruz galdetzen, erorketak ez du lesio zuzenik eragin eta erorketa zahartzeko prozesu normalari egozten zaio.

Hala ere, adin talde horretan, erorketak dira lesioak, ezintasunak, instituzionalizazioa eta baita heriotza ere sorrazten dituen eragile nagusietako bat. Horregatik, kalteberatasun-faktoretzat hartzen da adinekoentzat.

ADINEKOEN ERORKETAK iragar ditzaketen seinaleak honako hauek dira: ibilera motela, mugikortasun-arazoak, orekari eusteko zailtasunak, muskulu-indarra galtzea –batez ere beheko gorputz-adarretan– eta narriadura kognitiboa.

Erorketa gehienak leku itxietan gertatzen dira eta ez dute eguneko momentuarekin edo urteko sasoiarekin zerikusirik. Erorketa gehien gertatzen diren lekuak bainugela eta logela dira. Erortzea errazten duen jarduera nagusia, berriz, ibiltzea da. Erorketen % 10, gutxi gorabehera, eskaileretan gertatzen da, eta jaistea igotzea baino arriskutsuagoa da.

Nola saihesta daitezke adinekoen erorketak?

Erortzea saihesteko gakoak honako hauek dira:

- Lehen erorketa prebenitzea.
- Gertatutako erorketak aztertzea.
- Erorketa gehiago prebenitzea.
- Erori ondorengo ezintasuna prebenitzea.

Lehen erorketa prebenitzea

Lehen erorketa prebenitzeko bide egokia adinekoaren ongizate fisikoa, mentala eta soziala sustatzea eta gaixotasunak saihestea da. Hona hemen prebentzio horretarako neurri egokiak: jarduera fisikoa, aldizkako osasun-azterketak eta zuzen erabilitako elementu laguntzaileak, hala nola betaurrekoak, audiofonoak, makuluak, taka-takak, aulkiak etab.

Gertatutako erorketak aztertzea

Erorketa faktore batzuen interakzioaren ondorioa da. Faktore horiek berezkoak (lehen aipatutakoak, pertsona batek izan ditzakeenak), kanpokoak (inguruneko arriskuak) eta unean unekoak (gauzatzen ari den jarduerari lotutakoak) dira. Adibidez, artrosiak eta neuropatia diabetikoak (berezko faktoreak) jotako norbait oinutsik ibiltzen bada korridorean (kanpoko faktorea) bainugelara joateko, gauzez (unean uneko faktorea). Erortzeko arriskua handiagoa da zenbat eta arrisku-faktore gehiago izan.

Erorketak aztertzeko, faktore hauek hartu behar ditugu kontuan: erorketa gertatu den zirkunstantzien analisia, pertsonaren egoera (osasun-egoera, egoera funtzionala eta psikosoziala) azterketa espezifikoak (kardiobaskularra, neurologikoa eta lokomozio-sistemarena), oreka- eta ibilera-nahasteen analisiak, ingurunearen ebaluazioa eta proba osagarriak.

Erorketa gehiago prebenitzea

Prebentzio horren helburua inoiz erorketaren bat jasan dutenak berriro ez erortzea da. Erortzea eragin duten zioetan jardutea du helburu. Prebentzioaren alderdi garrantzitsua da; izan ere, gogora dezagun erorketa bat jasatea beste bat jasateko arrisku-faktorarik handiena dela. Honako neurri hauek barne hartzen ditu:

- Lotutako berezko eta kanpoko faktoreen balorazioa.
- Erorketaren eragileak zuzentzea.

Erori ondorengo ezintasuna prebenitzea

Erorketa baten ondorioz sor litekeen ezintasuna arintzea xede duten jarduera guztiak dira. Neurri hauek hartu behar dira:

- Erorketaren ondorio fisikoak eta psikologikoak behar bezala tratatzea.
- Ibilkeraren eta orekaren errehabilitazioa.

Zer emaitza espero ditugu?

Erorketak prebenitzeko programaren bidez eta behar diren laguntza-teknikak zuzen erabilia, Rezola zentroko erabiltzaileekin emaitza hauek lortzea espero dugu:

- Erorketa kopurua jaistea, eta horien ondoriozko osasun-arazo eta arazo psikikoak ere gutxitzea.
- Zentroaren egitura erabiltzaileen beharretara egokitzea, bai oztopoen aldetik bai altzarien aldetik.
- Arreta-prozesua hobetzea, batik bat esku-hartzeko programei dagokienez.

Proiektu horren zuzendaria zentroko Iturrioz doktorea izango da.

7. Murrizketen erabilera arrazionala

Zer dira murrizketak?

Murrizketa fisikoaren esanahia honako hau da: pertsonari aplikatuta, mugimendu-askatasuna, jarduera fisikoa edo gorputzeko edozein ataletara iristeko gaitasuna mugatzen dion edozein metodo.

Murrizketa kimikoaren esanahia, berriz, ondorengo hau da: portaera kezkarri edo arriskutsu bat bideratu edo kontrolatzeko helburua duten sendagai psikoaktiboak erabiltzea, direla lasaigarriak, direla lo-eragingarriak. Oro har, tratamendu hobegarrik ezagutzen ez dugunean erabiltzen ditugu sendagai horiek, arazo jakin baten aurrean.

Murrizketa fisikoen erabilera ohikoa da egoitzetan, baita sendagai psikotropikoen erabilera ere, beti ere gaixoen segurtasun-irizpideak oinarri hartuta. Jarduera hori ohikoa bihurtu da adinekoak zaintzeko zereginetan, baldin eta horiek erortzeko edo portaera-nahasteak izateko arriskua badute eta beraien edo ondokoen segurtasuna ere arriskuan jar badezakete, eta, ia konturatzeke, horien erabilera ikaragarri zabaldu da. Hala ere, ezagupenetan aurrera egin ahala, sendagai horien erabileraren ondorioak eta erabiltzaileen duintasunean, autoestimuan eta bizi-kalitatean izaten dituzten eraginak konpondu nahi duten arazoak baino okerragoak direla konturatu gara. Horretaz ohartuta eta arduratuta, zentroan murrizketak aztertu eta gutxitzeko prozesua bultzatu eta azkartu egin nahi dugu, eta orain arte baino abiadura handiagoa eman nahi diogu prozesuari.

Proiektu honi esker, aurtan, hainbat profesionalen laguntza izango dugu. Horien artean, fisioterapeuta, terapeuta okupazionala, ospitaleko farmazialaria eta psikologoa daude. Horiek, ibileraren oreka handitzeko estrategiak, terapia farmakologikoen analisiak eta portaera-nahasteen tratamendu ez-farmakologikoak erabiliz, asistentzia ereduaren aldaketa burutzen lagunduko dute, murrizketak albait gutxien erabiltzeko.

Zein da murrizketak gutxitzeko zailtasuna?

- Erorketen ondorioen beldurra eta zentroan familien salaketak eragin ditzaketen gorabeherak.
- Espazio euso segururik eza, bai logela eta bainugeletan, bai korridore eta egongeletan.
- Erabiltzaile batzuen portaera kritikoarekiko tolerantziarik eza, langileen aldetik, beste egoiliar batzuen aldetik eta familien aldetik. Tolerantzia bizikidetzaren gakoa da edonon.
- Gehiegizko babesaren euso. Arriskuekin bizitzen eus behar da. Arriskuak gutxitu bai, baina, ahal dela, ez da askatasuna murriztu behar.

Ez da nahikoa gerontologia-zentroak pertsonak zaintzeko gai izatea; horrez gain, ondo eta berme guztiekin zaintzeko prestatuta egon behar dute.

Zertan datza murrizketen erabilera gutxitzeko plana?

Murrizketak ezarri zaizkion pertsonari azterketa osoa egin behar zaio, eta ordezeko aukerak aintzat hartu. Izan ere, murrizketen ordezeko aukerak bilatu behar ditugu beti.

Segurtasuna bermatzeko beste neurri batzuk euso daitezke, baina horretarako eusoreses etengabe hausnartu eta neurri berritzaileak hartu behar dituzte, bai zaintzaren aldetik, bai antolakuntzaren aldetik. Eta, horretarako, inplikazioa eta konbentzimenduak nahitaezkoak dira. eusores laguntza ere ezinbestekoa da.

Sendagai psikotropikoei dagokienez, horretan ere estrategia bat ezarri behar dugu, sendagai horien erabilera egokia ez ezik (ikus erantsitako taula), sendagaiak kentzeko posibilitatea ere aintzat hartuko duena.

SENDABIDE LASAIGARRIAK HARTZEN DITUZTEN PERTSONA GUZTIEKIN BETE BEHARREKO HELBURU NAGUSIAK

- Pertsonaren maila funtzionala albait handiena izatea eta haren ongizatea bermatzea.
- Eraginkortasuna euso duen dosirik txikiena ematea.
- Albo eraginik ez izatea. Horretarako, dosi txikiekin hasi eta areagotuz joan behar da, beharraren arabera.
- Tratatu nahi diren sintoma edo arazoak nabarmen arintzen direla frogatzea.
- Tratamendua ahalik lasterren etetea.

Zuk eus ere murrizketen erabilera prebenitzen lagun dezakezu, pertsonalari artatutako pertsonaren ohituren eta bizimoduaren inguruko informazioa emanaz, baita haren portaera-arazo erreaktiboen eta horiek saihestu edo bideratzeko moduaren ingurukoa ere; hitz gutxitan, zaintza planifikatzeko prozesuan eta zaintzan bertan inplikatur.

Nola ezartzen ari da proiektua Rezolan?

Berariaz sortu eta prestatutako talde baten bidez. Talde horren etengabeko zereginak hauek dira:

- Zentroan sartzen diren erabiltzaile berriak lokailurik gabe bizi daitezzen saiatur.
- Lokailu horiek pixkanaka kenduz, asistentzia-talde osoak eta familiek lagunduta.
- Helburu hori lortzeko lagungarri izan daitezkeen estrategia guztiak asmatuz.

Zeregin horiek guztiak Ana Olaizola zentroko erreferentzia-erizainaren gidaritzapean daude.

ANEXO II: Estudio y conceptualización del modelo de atención centrado en la persona

ESTUDIO Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA: Definición del nuevo modelo de atención residencial a implantar en la unidad piloto del Centro Gerontológico Lamourous Zubiaurre de Gerozerlan

Dentro del marco del convenio firmado entre Fundación Ingema y la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y en concreto como parte del subproyecto 2.2.1 , se contempla la definición, puesta en marcha de un proyecto piloto y primeras evaluaciones de un nuevo modelo de atención residencial centrado en la persona Atención centrada en la persona según Teresa Martínez se puede definir como un “Modelo de atención que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, situando en el centro de atención a la persona en su día a día, permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo”

A la hora de definir un modelo de atención “centrado en la persona” además de tener en cuenta los valores que en el modelo se incorporan deberemos saber detallar los elementos definitorios relacionados con el modelo a aplicar. Ello dependerá del nivel asistencial, de la organización en la que se vaya a aplicar pero sobre todo dependerá de la situación e individualidad de la persona a atender.

Tenemos que tener en cuenta las necesidades concretas para poder establecer las competencias profesionales involucradas, el entorno de trabajo, la forma de llevarlo a cabo y finalmente someter todo ello a la voluntad, valores y decisiones de las personas. Eso nos lleva a pensar en necesidades técnicas pero sobre todo a ser capaces de priorizar a través de la comunicación y flexibilización, nuestras actividades e intervenciones en función del filtro aplicado por la persona.

Para definir el nuevo modelo se ha realizado un camino en el que han participado los principales agentes involucrados en su definición y en lo que luego resulta más importante, en el establecimiento de aquellos aspectos clave a tener en cuenta a la hora de definir las actividades en que se van a soportar estos elementos clave y su forma de llevar a cabo. El trabajo finalmente nos llevara a identificar que aspectos van a suponer cambios importantes en las organizaciones de estudio. Así afectarán con seguridad por lo descrito por otros autores, a los perfiles profesionales y por tanto a la selección y formación continuada de las personas, a las organizaciones dado que tienen que definir modelo garantizando que sus profesionales puedan flexibilizar sus actuaciones en función de su criterio profesional y las personas que atienden, a las infraestructuras y equipamientos que deberán dar cobertura a lo que en ellas

se va a llevar a cabo y a políticas que en el ámbito de la atención sociosanitaria se vayan a establecer.

Para su definición, inicialmente se han llevado a cabo unos pasos necesarios para abordar con rigor la definición del modelo, como son:

el estudio y conceptualización del modelo de atención centrado en la persona

Revisión exhaustiva de la bibliografía con objeto de conocer experiencias concretas de aplicación y evaluación de iniciativas relacionadas con esta atención centrada en la persona en distintos medios y con distintos perfiles de usuarios

A partir de ahí, se han planificado distintos foros de expertos y de receptores de la atención, con el objetivo de establecer los elementos básicos definitorios del nuevo modelo así como la concreción de las actividades a realizar dentro del modelo y la participación en las mismas de los propios usuarios, las familias, los profesionales de atención directa, los especialistas, el propio centro o la sociedad

Los foros y las reuniones se han llevado a cabo siguiendo estas secuencias, siendo todas ellas lideradas por la persona responsable del proyecto de la definición, aplicación y evaluación de un modelo de atención centrado en la persona en el ámbito institucional:

1. Dirección y Equipo interdisciplinar del centro Julián Rezola de Matia Fundazioa
Equipo de trabajo formado 10 personas de distintas disciplinas que a lo largo de 4 reuniones de trabajo elaboro el documento base de trabajo que posteriormente ha sido debatido y corregido tras las reuniones mantenidas con los siguientes foros
2. Familiares y usuarios del centro residencial Julián Rezola. El equipo anterior explicó las causas de abordar una importante reflexión y una modificación sustancial del modelo de atención. Se explicaron también los principales aspectos a profundizar y a replantear. De la reunión se extrajeron sus aportaciones que en todos los casos fueron dirigidas no a la definición del modelo sino a la concreción de su aplicación al centro
3. Familiares del centro de Día del centro Julián Rezola. En este caso la satisfacción ya era máxima al comienzo del debate. Mostraron su total aceptación de lo presentado así como su disposición a colaborar y realizar seguimiento conjunto del proyecto
4. Dirección y equipo de referencia del centro Lamourous Donostia. Al identificar el centro Lamourous Donostia como centro donde poner en marcha la unidad de convivencia y la validación del modelo que se estaba definiendo, lo primero que hubo que abordar fue la formación intensiva de lo que es un modelo de atención centrada en la persona al equipo directivo y profesionales del mismo, y sobre todo, a aquellos que previamente desconocían los conceptos principales asociados al mismo. Posteriormente se realizaron 2 reuniones de trabajo con objeto de contrastar el

documento base de trabajo y proceder a las modificaciones pertinentes. Posteriormente este equipo junto a representantes del equipo del centro J. Rezola procedió a transformar los elementos definitorios, en actividades concretas a realizar y a establecer la manera en que estas actividades inicialmente iban a ser puestas en práctica. Se perfilaron también las competencias que los profesionales de la unidad deberían tener y los recursos necesarios

5. Familiares y usuarios del centro Lamourous Donostia. Fueron convocados los familiares y usuarios de la unidad elegida (8 residentes) acudiendo la mayoría de familiares y una usuaria. Tras la reunión quedó evidenciada la necesidad e importancia de la Historia de vida a la hora de cerrar y concretar las actividades a realizar en la unidad. Es decir, la agenda de la intervención de la unidad la deberán llenar los propios cuidadores de la unidad como fruto del conocimiento, escucha y observación de las personas que en la unidad se encuentran
6. Comité de empresa del centro Lamourous Donostia. Dado el impacto en actividades, organización e implicación de trabajadores que este proyecto supone, desde la dirección del centro se considero necesario realizar una reunión de trabajo con ellos. Fruto de la reunión, algunos de sus miembros mostraron interés en ser parte activa del nuevo modelo
7. Trabajadores del centro Lamourous Donostia. También el modelo y su aplicación fue trabajado con todos los trabajadores. El objetivo era ir difundiendo la nueva visión de la atención así como identificar profesionales que voluntariamente quisieran trabajar en el. De la reunión surgieron nuevas y buenas ideas para la aplicación del proyecto en la realidad del día a día. Estas dos reuniones últimas han resultado claves para la puesta en marcha del proyecto sin haberse manifestado por parte de estos agentes ninguna actitud negativa sino todo lo contrario a pesar de haberse procedido a modificar calendarios, modificar lugares habituales de trabajo, modificar contenidos como son por ejemplo incorporar actividades cotidianas como lavar ropa y cocinar a las tareas habituales del auxiliar que básicamente son de ayuda en actividades de Vida Cotidiana
8. Directores centros asistenciales Matia y Expertos Gerontología del Grupo Matia

Con objeto de ir cerrando ya el documento de consenso se realizaron dos nuevos grupos de trabajo. Esta vez con profesionales de reconocida trayectoria en la atención a personas en situación de fragilidad institucionalizadas, un grupo con directores de centros asistenciales de Matia y Gerozerlan y otro con profesionales expertos en Gerontología del propio grupo Matia y relacionados con el

Fueron grupos muy participativos en los que se profundizo básicamente en los valores asociados al modelo identificado y su importancia y necesidad de que las organizaciones las asumamos como propias y trabajemos para ir solventando las dificultades que se vayan identificando en este camino. Una preocupación manifestada



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



en estos grupos es como abordar en el futuro lo aprendido en esta experiencia cuando no se den las condiciones que actualmente disponemos para su puesta en marcha, tema que se incorporo al proyecto para posteriormente y ya avanzada la experiencia discutir sobre ello

DOCUMENTO DE CONSENSO EN LA DEFINICIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA EN UN ENTORNO RESIDENCIAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD CON MAYOR O MENOR DEPENDENCIA FUNCIONAL Y/O COGNITIVA

I. ASPECTOS CLAVES O ELEMENTOS DEFINITORIOS DEL NUEVO MODELO:

II. APLICACIÓN DEL NUEVO MODELO EN LA UNIDAD EXPERIMENTAL - CONCRECIÓN DEL MODELO EN 7ª PLANTA LAMOUROUS DONOSTIA

I. ASPECTOS CLAVES O ELEMENTOS DEFINITORIOS DEL NUEVO MODELO:

Hasta ahora los modelos de atención aplicados en el entorno social en que nos encontramos se basan en priorizar la orientación a las personas atendidas. Esta orientación sin embargo se encontraba condicionada a la organización en la que se lleva a cabo la atención. Digamos que el medio residencial, la organización que necesita dificulta la priorización de los derechos individuales de las personas, ya que otros temas adquieren relevancia como son la financiación del centro, el cumplimiento de medidas de seguridad normativas, disponer de profesionales suficientes y competentes para realizar las tareas básicas derivadas del continuo incremento en la dependencia funcional y/o cognitiva de las personas atendidas etc.

El reto de estas organizaciones ahora es como hacer compatibles estas necesidades de la organización con la respuesta que el individuo necesita. Lo que hasta ahora denominábamos en las organizaciones mas avanzadas Plan de Atención Individualizada, lo sometemos a debate por que realmente ese Plan de Atención Individualizada da mas respuesta a lo que nosotros como personas y profesionales creemos por nuestros conocimiento y en la organización en la que trabajamos que por lo que la persona en función de sus derechos básicos (dignidad, privacidad, autodeterminación, elección, satisfacción y realización personal y protección, conocimiento y defensa de los derechos) en cada momento nos demandan. Realmente la atención que de esta manera daría respuesta a estos derechos requiere de organizaciones muy formadas, muy flexibles y con profesionales que sean capaces de someter sus criterios y valores a las decisiones de los usuarios.

Para poder proceder al cambio que todo ello supone, en el presente proyecto, lo primero que se ha realizado ha sido una formación intensiva de lo que supone el modelo de atención

Centrado en la Persona para posteriormente debatir en distintos foros de expertos tal y como se ha comentado anteriormente los elementos definitorios de dicho modelo.

1. CON RESPECTO A LA ATENCION INDIVIDUAL. “Calidad de vida”

Respeto a los derechos básicos:

- Dignidad. La dignidad se basa en el reconocimiento de la persona de ser merecedora de respeto, es decir que todos merecemos respeto sin importar cómo seamos. Al reconocer y tolerar las diferencias de cada persona, para que ésta se sienta digna y libre, se afirma la virtud y la propia dignidad del individuo, fundamentado en el respeto a cualquier otro ser

Siendo consecuentes deberemos potenciar la individualidad de los cuidados en función de sus preferencias y necesidades

- Privacidad.
- Autodeterminación.
- Elección.
- Satisfacción y realización personal.
- Protección, conocimiento y defensa de los derechos.

Mejora y/o mantenimiento de la Salud, promoción de autonomía y seguridad. Siendo aspectos importantes a considerar la prevención de la infección y de la dependencia, la no presencia de dolor y el no uso de restricciones físicas y/o químicas.

Historia de vida y Análisis observacional y/o escucha activa, como elementos definitorios de los programas de intervención

Intervenciones que den respuesta a los puntos anteriores y, siempre que se pueda, ligadas a vida cotidiana.

Residentes como protagonistas de la definición del Plan Individualizado de atención.

Familias como participantes en el plan de atención

Familias como objeto de atención

2. RESPECTO A PROFESIONALES:

Auxiliares/gerocultores polivalentes, bien formados y comprometidos que conozcan bien a los usuarios y sepan canalizar la demanda especializada. Para ello es importante el conocimiento

de la historia de vida, preferencias, estado de salud y dependencia del usuario así como del entorno familiar y social del mismo. Que den importancia a las tareas cotidianas y entiendan el efecto terapéutico que se pueda transmitir a través de ellas y a su forma de llevarlas a cabo (valores: serenidad, participación activa en función de posibilidades y preferencias, participación pasiva si la enfermedad no le permite...)

PERSONA de referencia, que garanticen la continuidad de cuidados y la prestación del PAI actualizado en función de las preferencias y deseos de los residentes.

Las funciones de la persona de referencia serán: (Adaptadas de Bermejo y Cols,)

- Conocer sus necesidades, preferencias y deseos, tratando que sus expectativas sean satisfechas y favoreciendo su bienestar. Para ello participara en el proceso de acogida y en la elaboración de la historia de vida y biografía del usuario.
- Identificar las competencias de la persona dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.
- Favorecer la autonomía de la persona, su independencia funcional y la garantía de sus derechos en la organización, participando activamente en la elaboración del plan de atención.
- Gestionar la información de la persona usuaria con el esmero y los límites que el derecho a la intimidad personal le confiera.
- Coordinar la labor del resto del equipo asegurando modos de trabajar que sigan los mismos criterios acordados en el plan personalizado de atención.
- Seguimiento de la relación e información familiar. Identificando en que momentos tienen que participar los profesionales especialistas, ejemplo psicólogo, médico, enfermera, del equipo en esta relación para informar a la persona o a su familia.

Profesionales especializados, que tengan como objetivos principales:

- Dar respuesta tanto a las necesidades identificadas de atención individual puntuales y/o urgentes (infección, caídas con consecuencias, dolor no controlado,...) como por presentar un perfil o necesidad de atención concreta que requiera seguimiento continuado, como puede ser la persona en situación de

terminalidad, o con trastorno de comportamiento o la persona con una úlcera por presión o que requiera una técnica de enfermería concreta

- Formar y capacitar a los gerocultores: dar criterios, enseñar a abordar planes de cuidados en función de las necesidades individuales.. . (Más que pescar enseñar a pescar). Tienen que tener la visión de pensar antes de actuar para ver si el gerocultor con su apoyo puede dar respuesta a la necesidad identificada
- Planificar los cuidados preventivos y de atención a la dependencia y promoción de la autonomía y cuidados de salud.
- Elaborar materiales de trabajo: procedimientos básicos a seguir, como puede ser la Historia de Vida, la movilización de los usuarios, etc.

Equipos interdisciplinarios de atención: los equipos interdisciplinarios como tales, en la institución, en este nuevo modelo juegan un papel diferente.. La idea de equipos interdisciplinarios trabajando sobre los objetivos del residente queda obsoleta. Es el propio usuario y la familia quien que con el gerocultor (a poder ser el de referencia), y con la identificación en el caso de necesitar alguno otro miembro del equipo interdisciplinario, pacte los objetivos y elabore el PAI . El concepto de valoración integral desaparece como herramienta de seguimiento. La valoración integral quedaría restringida al momento previo al ingreso con objeto de derivarlo adecuadamente al recurso idóneo y que permita desarrollar su plan de vida

3. RESPECTO A INFRAESTRUCTURAS Y AMBIENTES

Estos modelos de atención se ven favorecidos por entornos que puedan relacionarse con confort y personalización

Unidades de convivencia, organizadas como si de una vivienda se tratara.

Personalización de los ambientes, tanto de la vivienda como de la propia habitación/apartamento.

Diseños modulares con personal estable y funcionamiento propio

SISTEMAS DE INFORMACIÓN como apoyo a la orientación de la atención a los profesionales, y como sistema de garantía de la continuidad de cuidados.

4. RESPECTO A LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN.

Dada la fragilidad de las personas mayores actualmente institucionalizadas, la frecuente presencia de patologías crónicas y síndromes geriátricos en ellas, se producen incidentes y accidentes en los centros que en ocasiones lleva a estos a establecer formas de trabajo orientados exclusivamente a disminuir riesgos sin equilibrar, de la manera con la que en este momento planteamos, potenciar capacidades y priorizar su autonomía para la toma de decisiones y los riesgos que la organización asume

Si a todo ello sumamos el rápido crecimiento de los servicios por el aumento de demanda, la rotación de usuarios por disminuir el tiempo de presencia de estos en los centros que se va limitando a sus últimos años de vida, la progresiva presencia de personas con graves deterioros cognitivos con frecuentes trastornos de comportamiento y graves deterioros funcionales y la rápida incorporación de profesionales con frecuencia poco experimentados en esta nueva población a atender, se comprende que este aspecto, el de la seguridad en la atención sea el que mas preocupa. Suele ser origen de disconformidades, mala calidad de vida de usuarios, actuaciones como respuesta a problemas mas que encaminadas a prevenir los mismos,...

El nuevo enfoque, la atención centrada en la persona además de lo establecido anteriormente, requiere también de buenas prácticas profesionales que minimicen los posibles efectos negativos derivados de los riesgos identificados.

Para ello identifica buenas prácticas que sin duda deben incorporarse en el modelo establecido. Estas buenas prácticas, adaptadas de la joint Comisión por el equipo de este proyecto son:

4.1 En relación al plan individual

- Accesibilidad y Continuidad de la Atención: adaptar las necesidades de atención del residente a los servicios con que se cuenta para la mejora de los resultados en salud, garantizar información y continuidad de cuidados en altas, traslados,...
- Derechos de la persona y de su Familia: entender y proteger los valores culturales y creencias, informar a los pacientes de sus derechos, posesiones, habilidades, evitar contención, medicación para conducta, información (consentimiento informado)

- Evaluación del paciente: valoración de necesidades: médicas, de enfermería, físicas, de actividad, de socialización, funcionales, cognitivas. Elaborar el Plan de Atención que atienda a las necesidades del usuario y con el usuario.
- Atención a los usuarios: responder a las necesidades específicas de cada residente (atención preventiva, paliativa, rehabilitación...). Realizar un seguimiento a los resultados obtenidos desde la perspectiva y conocimiento del gerocultor. La actividad preventiva se incorporara al día a día y con formatos cotidianos siempre que se pueda y la paliativa y/o rehabilitadota será prestada por equipos ajenos al centro
- Cuidado, servicio y soporte: cuidado al paciente de riesgo, manejo de la sangre, manejo de pacientes con enfermedades contagiosas, uso de la medicación, la alimentación y terapia nutricional.
- Gestión del dolor y cuidado al final de la vida: evaluar el dolor, atender al confort y dignidad, conocer sus últimas voluntades.
- Educación del Paciente y de su Familia: mejorar su participación en la atención, tomar decisiones informadas. Educar en uso seguro de mctos, interacciones mcto-alimento. Adecuar la información al nivel cultural del paciente o familia.

En relación al seguimiento y control del proceso asistencial en el centro

- Gestión de la mejora de la calidad: incluye la recogida de indicadores (infecciones, UPP, caídas, satisfacción del paciente/familia, EM, cuidado del dolor) y su análisis. Monitorización continua y compararse con otros.
- Prevención y control de infecciones: estrategias para ↓ riesgo de infección nosocomial y su transmisión

En relación a la gestión global del centro

- Gestión y seguridad de las instalaciones: plan ante emergencias, epidemias, prevención de accidentes, prevención ante incendios...
- Gestión del personal, calificaciones y educación
- Gestión de la información: confidencialidad, historia clínica (expediente del residente)

ANEXO III. Competencias del profesional de referencia

(Adaptadas de Bermejo y Cols 2009,)

- Conocer sus necesidades, preferencias y deseos, tratando que sus expectativas sean satisfechas y favoreciendo su bienestar. Para ello participara en el proceso de acogida y en la elaboración de la historia de vida y biografía del usuario.
- Identificar las competencias de la persona dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.
- Favorecer la autonomía de la persona, su independencia funcional y la garantía de sus derechos en la organización, participando activamente en la elaboración del plan de atención.
- Gestionar la información de la persona usuaria con el esmero y los límites que el derecho a la intimidad personal le confiera.
- Coordinar la labor del resto del equipo asegurando modos de trabajar que sigan los mismos criterios acordados en el plan personalizado de atención.
- Seguimiento de la relación e información familiar. Identificando en que momentos tienen que participar los profesionales especialistas, ejemplo psicólogo, médico, enfermera, del equipo en esta relación para informar a la persona o a su familia.

ANEXO IV. Indicadores seguimiento atención residencial en la unidad de convivencia

INDICADORES SEGUIMIENTO ATENCIÓN RESIDENCIAL NUEVO MODELO DE ATENCION

30 de agosto de 2011

GRUPO	INDICADOR/DATO	NUMERADOR	DENOMINADOR
ACTIVIDAD	% de ocupación	Nº de camas ocupadas	Nº de camas del centro asociadas al proceso
	% de usuarios con valoraciones integrales	Nº de usuarios con valoraciones integrales finalizadas	Nº total de usuarios del centro
DETERIORO COGNITIVO	Mec Medio	Suma de resultados de MEC-35	Nº total de usuarios valorados
ULCERAS POR PRESIÓN	Norton medio	Suma de resultados de NORTON	Nº total de usuarios valorados
	% de usuarios con UPP post-ingreso estadio I	Nº de usuarios con UPP que no son al ingreso y con Estadio I	Nº total de usuarios de la unidad
	% de usuarios con UPP post-ingreso Estadios II a IV	Nº de usuarios con UPP que no son al ingreso y con Estadio II a IV	Nº total de usuarios de la unidad
DETERIORO FUNCIONAL	Barthel medio	Suma de resultados de BARTHEL	Nº total de usuarios valorados
INFECCIÓN	Tasa de prevalencia de pacientes con infección nosocomial	Nº de usuarios con diagnóstico de infección nosocomial (CIE9: 000.3) a fecha dada	Nº total de usuarios de la unidad
	Tasa de incidencia de pacientes con infección nosocomial	Nº de usuarios con diagnóstico de infección nosocomial (CIE9: 000.3)	Nº total de usuarios de la unidad
	% de usuarios vacunados de gripe	Nº de usuarios que en el PAI tienen una acción de "Vacunación" en el que en el campo Observaciones se indique "Vacunación Antigripal"	Nº total de usuarios de la unidad
	% de usuarios con SARM	Nº de usuarios con diagnóstico de infección SARM (CIE9: 041.11 y 041.19) a fecha dada	Nº total de usuarios de la unidad

YATROGENIA	Media de medicamentos por usuario	Nº total de medicamentos pautados a una fecha dada y que los codigos de los medicamentos no sean (00007502,98001164,97001106,97001165,97001154,97001445,97001261,97001224,97001246,20001202,88004726,88001204,88004730,99009073,99009246,99009261,99004065,96001122,96001074,96001041,12002114,96001113,96004003,96001112,96001155)	Nº total de usuarios de la unidad
	Tasa uso de neurolepticos		
	Tasa uso de benzodiazepinas		
	Errores de medicación	Nº de usuarios con incidencia de Errores de medicación	Nº total de usuarios de la unidad
CAÍDAS	Tasa de caídas en total de la población	Nº total de caídas	Nº total de usuarios de la unidad
Atn sanitaria	Derivación a urgencia	Nº de usuarios con incidencia de Derivación a urgencia	Nº total de usuarios de la unidad
	Nº intervenciones enfermera	Nº anotaciones evolutivas enfermera	
	Nº intervenciones psicologo	Nº anotaciones evolutivas psicologo	
	Nº intervenciones medico	Nº de nuevos ingresos	Nº total de usuarios del centro

INCIDENCIAS	Dolor	Nº de usuarios con incidencia de Dolor	Nº total de usuarios de la unidad
	Ingreso hospitalario	Nº de usuarios con incidencia de Ingreso hospitalario	Nº total de usuarios de la unidad
	Agitacion	Nº de usuarios con la incidencia	Nº total de usuarios de la unidad
	Agresión	Nº de usuarios con la incidencia	Nº total de usuarios de la unidad

ANEXO V. Indicadores de evaluación proyecto atención centrado en la persona en atención residencial

INDICADORES RESULTADO APLICACIÓN DEL NUEVO MODELO EN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL CENTRO LAMOUROUS			
30 de agosto de 2011			
Se utilizarán estas herramientas tanto a usuarios y familias de la unidad nueva de convivencia como a usuarios y familias del grupo control			
CALIDAD DE VIDA	Fumat en usuarios con MEC >= 20	Pre y post proyecto	Gabriela Mondragon
	Qualid en usuarios con MEC < 20	Pre y post proyecto	Gabriela Mondragon
SATISFACCION USUARIOS y FAMILIAS	Entrevista personal grabada coincidiendo con la historia de vida a familias y a usuarios que puedan contestar	Pre y post proyecto	Pura Diaz Veiga y Marta Idiaquez
	Creación y pasacion encuesta nueva ad-hoc a la finalizacion a familias	Post proyecto	Pura Diaz Veiga
SATISFACCION TRABAJADORES	Entrevista personal grabada	Pre y post proyecto	Pura Diaz Veiga
CALIDAD DE VIDA TRABAJADORES	BURNOUT antes y despues	Pre y post proyecto	Nerea Galdona-Ingema
CAPACIDAD COGNITIVA	Minimental a usuarios con MEC > 10	Pre y post proyecto	Eli Abad
	Severe Minimental a usuarios con MEC < 10	Pre y post proyecto	Eli Abad
CAPACIDAD FUNCIONAL	Barthel modificado a todos los usuarios de la unidad	Pre y post proyecto	Ane (fisio proyecto)
RESULTADOS AUDITORIA P-CAT 2010 Edvardsson et al.	Personalización de cuidados	Pre y post proyecto	Nerea Alberdi
	Nivel de apoyo de la organización	Pre y post proyecto	Nerea Alberdi



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



	Grado de accesibilidad del entorno	Pre y post proyecto	Nerea Alberdi
--	--	---------------------	---------------

ANEXO VI. Plan de Formación: grandes temas abordados

1. MODELO Atención centrada en la persona
 - a. PERSONA REFERENCIA.
 - b. PAPEL E INTERRELACION CON LAS FAMILIA
2. HISTORIA DE VIDA
3. OBSERVACION Y ESCUCHA ACTIVA
4. PREVENCIÓN DE RIESGOS: caídas, iatrogénica, infección, Upps, atragantamiento, fugas.
5. PATOLOGIAS CRONICAS: control y seguimiento.
6. INCIDENCIAS Y ACTUACION: cuando demandar servicios especializados.
7. INTERVENCIONES COTIDIANAS COMO TERAPÉUTICAS
8. FLEXIBILIDAD: como equilibrar la respuesta a los requerimientos individuales con la atención a las necesidades básicas y urgentes que minimicen los riesgos y den respuestas a las necesidades de salud.
9. MODELO DE ATENCION A IMPLANTAR EN LA UNIDAD: sistemas de información y comunicación.

ANEXO VII. Proyecto de ejercicio físico orientado a personas mayores en situación de fragilidad

I- INTRODUCCIÓN

El proyecto da la oportunidad de mantener al máximo las capacidades y disminuir riesgos en personas con situación de fragilidad. Uno de los riesgos que se corre en el ámbito de las personas mayores es el Síndrome de inmovilidad adquirido, que toma lugar en algunos casos cuando la persona está sometida a una restricción física que impide su movimiento y a la falta de ejercicio físico que esto conlleva. Todo esto da lugar a un mayor riesgo de úlceras por presión, y alteraciones en la salud de cada individuo. De esta manera la persona cada vez realiza menos actividades de la vida diaria de forma autónoma, y se vuelve cada vez más dependiente hasta llegar a una situación de fragilidad.

Por otro lado, la disminución de masa muscular y del equilibrio hacen que la persona camine de manera inestable y que por tanto aumente el riesgo de caída. Lo cual haga que se pongan restricciones físicas para disminuir ese riesgo y por lo tanto se fomente ese Síndrome de inmovilidad adquirido antes mencionado.

Mediante esta intervención se pretende por un lado prevenir el riesgo a padecer dicho Síndrome, y además mejorar las capacidades funcionales de cada persona para que de ésta manera sea más autónomo en las actividades básicas de la vida diaria y mantener una buena salud en general tanto física como de cara a enlentecer el deterioro cognitivo.

Pese a que se puede encontrar mucha evidencia bibliográfica de los beneficios de la actividad física en personas mayores, hay poca evidencia de diseño para este tipo de población como son las personas en situación de fragilidad.

Recientemente podemos mencionar lo que el vocal del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), Iban Arrien Celaya, ha destacado con motivo del Día Internacional de las personas mayores, que es que la finalidad esencial de la Fisioterapia en el ámbito de las personas mayores es “prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas”.

Arrien Celaya explica que esto se consigue mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas de carácter preventivo y de rehabilitación física, dirigidos a las personas mayores dependientes, personas con discapacidad física y con enfermedades crónicas” (13)

➤ Beneficios de la actividad física en mayores:

El ejercicio físico tiene un efecto preventivo sobre el desarrollo de muchas enfermedades, especialmente las cardiovasculares, que son la primera causa de mortalidad. Y a la vez, el

ejercicio físico tiene un efecto preventivo sobre las limitaciones funcionales en la vida diaria (1, Martínez García, R.) que pueden comportar una discapacidad adquirida con la edad y llegar a causar una situación de dependencia (o necesidad de ayuda de otra persona para poder realizar actividades cotidianas). (5)

Algunos beneficios específicos del ejercicio en la salud de los mayores son los siguientes (10, Audrey F. Manley):

- Previene la obesidad y mejora la forma física, el ejercicio físico afecta favorablemente a la distribución de la grasa por todo el cuerpo.
- Previene y mejora la hipertensión.
- Previene contra la mortalidad intrahospitalaria en los pacientes ancianos con infarto de miocardio.
- Numerosos estudios han concluido que el ejercicio físico está fuertemente e inversamente relacionado con la enfermedad coronaria. (Powel et al 1987; Berlin and Colditz 1990; Blair 1994).
- Reduce el riesgo de padecer una trombosis vascular.
- La inactividad física ha sido examinada como un factor etiológico en algunos casos de cáncer.
- Retrasa el riesgo de padecer diabetes tipo 2 en los adultos. La literatura epidemiológica apoya el efecto protector que tiene el ejercicio físico en cuanto al desarrollo de la diabetes melitus no insulino-dependiente.
- Disminuye las alteraciones cognitivas en mujeres mayores afectadas por el Alzheimer.
- Aumenta la densidad mineral ósea, tras la menopausia el ejercicio físico protege frente al rápido declive de la masa ósea
- Beneficios en personas con osteoartritis, la actividad física es esencial para mantener la salud de las articulaciones y parece tener beneficios para el control de la sintomatología de pacientes con osteoartritis.
- Sobre el sistema músculo-esquelético está comprobado que se modifican las fibras musculares, las miofibrillas, los vasos sanguíneos y el tejido conjuntivo.
- Produce alteraciones en el sistema cardiovascular, mejorando el VO2 máximo, el gasto cardíaco y la función sistólica.
- Repercute en una mejora del bienestar emocional y cognitivo (3) de la persona según un estudio de un grupo control que realiza Gustavo Christofoletti.
- Es un buen método preventivo para la depresión o enfermedades neurovegetativas.
- Ralentización de la disminución del equilibrio (8) y de la coordinación motora asociada a la edad, disminuyendo el riesgo de sufrir una caída (9).

“Está suficientemente probada la repercusión que tiene el ejercicio sobre la mejora de la calidad y longevidad de la vida en las personas (...). Hablamos de dos objetivos básicos a considerar en la intervención con adultos mayores y donde se centran los grandes paradigmas de investigación: hacer la vida más longeva en términos de cantidad y dotarla de la máxima calidad en términos de salud integral” (Párraga, 2009).

II- OBJETIVOS A CONSEGUIR

A NIVEL DEL CENTRO:

- 1) Diseñar un plan de ejercicio adaptado a personas mayores frágiles dependientes con distinta afectación funcional y cognitiva.
- 2) Analizar su implementación en un centro gerontológico/centro de día dentro de los programas de intervención.
- 3) Pautas para que los cuidadores conozcan las limitaciones de cada persona y refuercen las posibilidades durante la realización de diferentes actividades.

A NIVEL INDIVIDUAL:

A nivel individual el objetivo principal es la prevención del síndrome de inmovilidad adquirida, que se da a consecuencia del uso de restricciones y de la falta de actividad. El ejercicio físico también tiene como objetivo:

- Mantener un buen estado físico y funcionalidad para facilitar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Fortalecer la musculatura tanto de extremidades superiores como inferiores.
- Mejorar el sistema cardio-respiratorio.
- Mejorar el equilibrio y la marcha mediante ejercicios y actividades entretenidas.
- Trabajar la coordinación y conocer el esquema corporal.
- Retardar el deterioro cognitivo y mejorar el estado de ánimo mediante un rato agradable mientras se mantiene el cuerpo en forma al ritmo de la música.

III- METODOLOGÍA

- Destinatarios del programa:

Personas mayores en situación de fragilidad, con deterioro funcional, cognitivo o ambos, que estén interesados en participar en los ejercicios.

- Criterios de exclusión: (adaptado de Fiatarone y colaboradores)

- Trastornos de comportamiento
- Enfermedades en fase aguda (infecciones...)
- Personas en situación de terminalidad
- Personas que tras realizar el grupo, se observe que no son capaces de imitar los ejercicios o de seguir las órdenes

- Personas que se encuentran con limitaciones que requieran una intervención individualizada para poder incorporarse al grupo (Ej: persona con un Síndrome de inmovilidad adquirido)
- Personas que no quieran participar en el grupo por decisión propia

Para facilitar el criterio de exclusión se ha intentado determinar una escala (MEC) la cual sirva de corte a la hora de decidir que tipo de usuarios son, o no son capaces de seguir el ritmo del grupo, tras la experiencia obtenida, no se ve útil el uso de esta, puesto que gente con un MEC menor de 10 es capaz de imitar acciones y por tanto realizar los ejercicios mientras que gente con un MEC mayor de 10 puede que no sean capaces de realizarlas. Por lo tanto y como se explica en uno de los siguientes puntos, la exclusión de dicha persona del grupo se realizará tras un periodo de prueba en el que se observe que el residente no saca rendimiento a acudir a esa clase.

➤ Perfil del instructor de ejercicios:

Se recomienda que el instructor que guíe los ejercicios sea un fisioterapeuta o un profesional de la salud adecuadamente formado por un fisioterapeuta. Si bien el acompañamiento durante los ejercicios podría realizarse por profesionales auxiliares, es necesario que la valoración previa de los participantes, la prescripción de los ejercicios adecuados para cada uno y el seguimiento de su evolución se lleven a cabo por un fisioterapeuta o profesional formado para ello. Además el instructor deberá estar en permanente contacto con los profesionales sanitarios y la familia de cada participante para una buena coordinación interdisciplinar.

La persona encargada de dirigir el grupo debe llevar ropa cómoda (por ejemplo un pantalón de chándal y una camiseta) para que así los participantes lo relacionen más con la actividad de gimnasia que van a realizar.

➤ Tamaño del grupo:

Se realizará una prueba con diez participantes que quieran formar parte del grupo, y se valorará si se trabaja de manera correcta con ese número de personas.

IV- RESULTADOS

A) Valoración previa a cada participante del grupo:

A cada persona mayor que esté interesado en participar en el grupo, se le realiza una valoración previa a la actividad, para que el fisioterapeuta tenga un perfil del tipo de usuario que tiene delante, los riesgos que pueda tener, y las limitaciones con las que tiene que contar a la hora de exigirle diferentes ejercicios. Las valoraciones que se realizan son las siguientes:

- Tinetti: (12)

Es una escala para evaluar el riesgo de caída que consta de dos partes, la primera es una evaluación del equilibrio en la que se valora a la persona tanto en sedestación como en bipedestación y la transferencia entre esas dos posiciones.

La segunda parte valora la marcha, y consiste en que el paciente camine utilizando las ayudas técnicas que use habitualmente.

Con las dos partes el fisioterapeuta consigue un valor total de 28 puntos que permite discriminar si la persona camina bien, de manera aceptable, mal o si ni siquiera mantiene su equilibrio.

- Get up and Go:

Mide en tiempo requerido para levantarse y caminar. Consiste en una tarea multifásica que evalúa la movilidad elemental. Se pide al paciente que se levante, que se mantenga de pie inmóvil un momento, que camine hasta una línea situada a tres metros, se gire y se vuelva a sentar en la misma silla.

Valora mediante una puntuación de 0 a -8 el riesgo de caída de la persona.

- Escala de autonomía de Berg:

En esta valoración, la persona realiza diferentes movimientos con el fin de valorar su equilibrio y el riesgo de caída que presenta.

Con todo ello saca un valor de 0 a 56 que determina si la persona necesita silla de ruedas, camina con ayuda o bien es independiente para la marcha.

- Test de Daniels:

Esta escala valora de 0 a 5 el balance muscular de la persona:

0. No hay contracción del músculo
1. Se aprecia mínima actividad o contracción del músculo
2. Hay movimiento sin la resistencia de la gravedad.
3. Realiza el movimiento contra gravedad
4. Realiza el movimiento contra cierta resistencia
5. Realiza el movimiento contra resistencia importante

B) Programa de trabajo:

En la revisión bibliográfica se ha encontrado evidencia de que el ejercicio físico continuado en el tiempo, de alta intensidad y con ejercicios variados contribuye positivamente en la realización de las actividades básicas de la vida diaria en personas mayores con discapacidad moderada que viven en entornos residenciales (8).

Cada día se pueden realizar diferentes ejercicios (fisioterapia respiratoria, psicomotricidad, juegos o una mezcla determinada) y actividades de todas estas mostradas en el programa de

ejercicios. Se puede empezar por un calentamiento en sedestación de 20 minutos para pasar a actividades adecuadas a la situación física de cada individuo, bien sea de pie como sentado, al ritmo de la música y con mayor intensidad que el calentamiento. Todas las actividades se realizarán de manera amena y divertida, de manera que los participantes mantengan y promocionen su salud casi sin darse cuenta del trabajo que supone.

Se propone a continuación un programa de ejercicios variados y específicamente diseñados para personas mayores, que contribuirán a mantener sus capacidades físicas y cognitivas y prevenir problemas funcionales.

El programa incluye ejercicios Otago, que han demostrado sus beneficios en la disminución del riesgo de caídas (6).

1) PRIMERA FASE DE CALENTAMIENTO

❖ Todos los ejercicios que vienen a continuación se realizarán en sedestación:

- Trabajo de control de tronco:
 - Pedirle que nos venga a tocar la mano a diferentes puntos
 - Le empujamos en diferentes sentidos y que no nos deje moverle
- Ejercicios de extremidades inferiores:
 - Extensión de rodillas alternando pierna



- Flexión de cadera alternando piernas
- Flexo-extensión de tobillos
- Circunducción de tobillos a ambos lados.

- Flexo extensión de dedos de los pies.
- Trabajo activo de abductores y aductores
- Ejercicios de extremidades superiores:
 - Pinza de cada dedo con el dedo gordo
 - Circunducción de muñecas a ambos lados.
 - Prono-supinación del antebrazo
 - Flexo-extensión de codo, tocar el hombro con la mano.
 - Flexión de hombro, brazos al techo, alternando
 - Rotaciones de hombros delante y detrás
 - Movimientos combinados (Kabat), de sacar la espada a llevar la bandeja
- Ejercicios de tronco:
 - Ejercicios de flexión de tronco, a tocar tobillos, rodillas...
 - Ejercicios de rotación de tronco, hacia ambos lados
- Ejercicios de cuello y cara
 - Inclinación lateral a ambos lados, alternando
 - Rotaciones a ambos lados alternando:



- Apertura de la boca
- Subir cejas, cara de sorprendido
- Fruncir el ceño, cara de enfadado

- Mover los ojos arriba/abajo y derecha/izquierda
 - Ejercicios de coordinación:
 - Llevar mano derecha a rodilla izquierda
 - Mano izquierda a oreja derecha...
 - Fortalecimiento de la musculatura de extremidades superiores e inferiores con pesos
- 2) SEGUNDA FASE, BIPEDESTACIÓN Y MARCHA
- ❖ Aprendizaje de una correcta transferencia de silla a de pie.
 - ❖ Los siguientes ejercicios se harán en bipedestación, y las personas que por sus limitaciones físicas no puedan realizarla contribuirán en esta fase animando, aplaudiendo, o si es posible realizando las mismas actividades adaptadas a la sedestación:
- Ejercicios de equilibrio en barra, ejercicios Otago:
 - Andar con las rodillas hacia arriba (soldado)
 - Andar de lado a los dos lados (agarrada a la barra y sin agarrar)
 - Puntas y talones
 - Andar de puntillas y de talones



- Andar en línea, pegando el talón del pie a la punta del otro pie que está delante.
- Mirando a la barra y sin caminar, talón hacia el culo, alternando.

- o Ejercicios de equilibrio sin barra:

- Persona de pie, se le pone la mano en diferentes posiciones (hacia el techo, a la altura del hombro, de la cintura, de las rodillas y de los tobillos) a ambos lados, y que vaya a tocarla con su mano.
- Se empuja a la persona suave delante/detrás y derecha/izquierda, y que no deje que se le mueva
- Con los pies juntos que ponga los brazos en cruz, delante...
- Pedirle que camine, le vamos empujando suave hacia diferentes lados y que siga caminando aguantando el equilibrio.

- o Ejercicios de coordinación de pie:

- Mano derecha a tocar la rodilla izquierda
- Mano izquierda a rodilla derecha
- ...

3) TERCERA FASE VARIABLE

Cada día se realizarán diferentes actividades en esta fase, tras las fases de calentamiento y de bipedestación en marcha, las actividades que variarán son:

- o Juegos (11, Movimiento creativo en personas mayores)

- Pases con globos
- Pases de pelota con la mano, en los dos sentidos del círculo
- Juegos con sábanas y globos
- Encestar la pelota en una cesta en la mitad del círculo
- Gimnasia/aerobic al ritmo de la música
- Circuitos con obstáculos

- o Psicomotricidad:

La Psicomotricidad se ha definido como “la capacidad para realizar movimientos voluntarios dentro de un orden y una coordinación”, se trata por tanto de una acción motora organizada en el tiempo y en el espacio; incluye coordinación del cuerpo, orientación espacio-temporal, conciencia del esquema corporal y ritmo.

- o Fisioterapia respiratoria en sedestación

4) CUARTA FASE DE RELAJACIÓN

Dedicaremos los últimos 5-10 minutos a la relajación tanto física como psicológica tras el esfuerzo realizado.

C) Organización:

➤ Infraestructura:

Es necesario un espacio amplio donde poder realizar las diferentes actividades, juegos... Es conveniente que tenga un barra donde se puedan agarrar a lo largo de la pared y debe ser una habitación luminosa y agradable.

➤ Material:

- Una pelota de Bobath
- Una pelota pequeña de plástico (tamaño fútbol)
- Globos
- Una sabana grande
- 5 pares de pesos de tobillo de medio kilo
- 5 pares de pesos de tobillo de un kilo
- 5 Colchonetas
- Conos u otros objetos parecidos para utilizar como obstáculos
- 1 cesta (como la del Centro de día)
- 1 reproductor de CD con altavoz

➤ Frecuencia y duración de las sesiones:

Inicialmente se propone un mínimo de 2 sesiones por semana, con una duración aproximada de 1 hora (a concretar con la Dirección del centro).

D) Pautas para los cuidadores:

De esta manera el cuidador conoce las capacidades de cada persona, y puede fomentar su mejoría durante las actividades de la vida diaria en línea con los objetivos que se plantean.

Puesto que hay usuarios que tienen dificultades en las transferencias como por ejemplo pasar de una silla a estar de pie, en muchos casos es necesario dar pautas de manera que el trabajador o familiar sepa como le ha de ayudar a levantarse, para que poco a poco esta persona integre un aprendizaje de cómo realizar la transferencia, y a la vez, respetar la higiene postural del cuidador.

Es conveniente que los cuidadores tengan una pauta de ejercicios sencillos para poder realizar con los usuarios cuando sea necesario. También deben recibir información clara de las limitaciones, patologías o consecuencias físicas que conllevan las enfermedades que tiene cada residente, para así poder fomentar la actividad física para cada déficit de cada persona.

Esto engloba ejercicios de cara, cuello, tronco, brazos y piernas como los ejercicios explicados en el programa de ejercicios, también se pueden alternar con ejercicios de coordinación para añadir dificultad, y juegos con pelotas globos o circuitos dependiendo de las capacidades de cada persona.

V- SEGUIMIENTO DE LOS CASOS

El seguimiento de la evolución de cada caso se debe de guardar en el SIGECA, de manera que se pueda encontrar la información en la ficha de cada persona, y una visión global de la situación de la persona se puede guardar en el apartado de expectativas de dicha persona.

Se debe anotar en un diario a nivel general como se contribuye al proyecto del Gobierno Vasco, de manera que se vea la participación de cada usuario, y si el ambiente es agradable, y si se promueve a que realicen más cosas a lo largo del día.

VI- BIBLIOGRAFÍA:

1. Martínez García, R., V congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, (Octubre 2008). <http://www.5congreso-aecd.unileon.es/comunicaciones/martinezactividad.pdf>
2. Palacios N., García Guerrero T. (Saludalia, Enero 2001)
http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/ejercicio/doc/ejercicio_tercera_edad.htm
3. Gustavo Christofoletti, MS; Merlyn Mercia Olían, MS; Sebastiao Gobbi, PhD; Florindo Stella, PhD, Effects of Motor Intervention in Elderly Patients with Dementia (2007)
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/effects_of_motor_intervention_in.pdf
4. Maria A. Fiatarone, Exercise Training and Nutritional Supplementation for physical Frailty in very elderly people (article 1994)
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199406233302501#t=articleTop>
5. Envejecimiento saludable, Institut de l'envelliment de la Universidad Autónoma de Barcelona (2009) <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/coll-actividadfisica-01.pdf>

6. Otago exercise programme, to prevent falls in older adults, John Campbell MD (2003)
http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/publications_promotion/prd_ctrb118334.pdf
7. Daniels R. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review (2008)
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278>
8. Montoro castro A, "Nuevas tendencias sobre actividad en personas mayores para promover un envejecimiento activo y saludable"
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/envejecimientoactivo-montoro-01.pdf>
9. M Clare Robertson "Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial"
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC30094/>
10. Audrey F. Manley, M.D, M., P.H, Physical Activity and Health (report 1996)
<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>
11. Movimiento creativo con persona mayores (Pilar Pont Geis y Maika Carroggio Rubí)
12. Escala de Tinetti para la valoración de la marcha
<http://www.infodoctor.org/www/escalatinetti.htm>
13. Nota informativa del Colegio oficial de Fisioterapeutas con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores, por Iban Arrien Celaya

ANEXO VIII. VALORACIÓN DEL BURNOUT EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO LAMOUROUS ZUBIAURRE

1. INTRODUCCIÓN

Los resultados que se describen en el siguiente documento, se han llevado a cabo a raíz del convenio de colaboración firmado con el departamento de empleo y asuntos sociales del Gobierno Vasco. Concretamente, se enmarcan dentro del proyecto 2.2 que hace referencia a las experiencias piloto en las instituciones, dentro del apartado 2.2.1 titulado “Implantación modelo de atención centrado en la persona en atención residencial y en centro de día, con la incorporación de buenas prácticas homologadas: Impacto en usuarios, familias y trabajadores”.

En este proyecto Fundación IngeMa ha colaborado en las siguientes acciones:

- Organización y realización de las valoraciones pre
- Introducción de los datos y análisis de resultados
- Organización y realización de las valoraciones post
- Escritura informe final

Durante el mes de Agosto se realizaron las valoraciones pertenecientes a la fase pre-Intervención a 8 profesionales de Fundación Matia pertenecientes al Centro Gerontológico Lamourous Zubiaurre, así como la introducción de los datos para su posterior análisis. En el mes de diciembre se han realizado las valoraciones pertinentes a la fase post-intervención. A continuación se describe la metodología utilizada para esta fase del proyecto así como los resultados obtenidos.

2. METODOLOGÍA

Los sujetos accedieron a participar en el estudio de forma voluntaria y no se les proporcionó ningún tipo de remuneración por su colaboración. A cada persona se le explicó que iba a

participar en un proyecto que tenía como objetivo conocer cómo consideran, distintos profesionales pertenecientes a los servicios humanos, su trabajo y a las personas a quienes dan servicio. Después de explicar el objetivo, se indicaba que la participación era de carácter voluntario, anónimo y confidencial. La confidencialidad de los datos obtenidos ha sido asumida cumpliendo con la ley de protección de datos. Cada participante recibió un código único en la base de datos del estudio, quedando desligada la información obtenida de los datos de la identidad de los sujetos.

En esta valoración se ha obtenido información personal y sobre aspectos emocionales de los participantes, por lo que es imprescindible que durante todo el proyecto se garantice el cumplimiento de las siguientes leyes:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:

Cada participante recibió un código único en la base de datos del estudio, quedando desligada la información obtenida de los datos de identidad del paciente.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

La presente ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Tras una reunión con el director del centro Gerontológico Lamourous Zubiaurre, se acordó valorar a todos los profesionales de este centro que deseaban participar de forma voluntaria en este estudio. El horario y los grupos se han establecido de acuerdo al responsable del centro y a conveniencia de los interesados, con objeto de salvaguardar el funcionamiento habitual de la institución y de obstaculizar en la menor medida posible el trabajo de los profesionales.

Las valoraciones se han realizado en formato grupal, aunque las escalas se han cumplimentado de manera individualizada y personalizada. Durante la sesión de valoración han participado 2 personas de IngeMa, con el fin proveer las instrucciones para la cumplimentación correcta de

la escala y para resolver las dudas surgidas. La duración de las sesiones de valoración ha tenido una duración media de 30 minutos. La valoración del burnout en los profesionales del centro Lamourous Zubiaurre, se realizó en dos momentos diferentes: Valoración pre, que ha tenido lugar en el mes de agosto y la valoración post, en el mes de diciembre.

Instrumentos de evaluación

Al igual que en la fase pre-intervención, se utilizó el mismo instrumento de evaluación para la valoración del Burnout: el Inventario Burnout de Maslach MBI (Maslach, y Jackson, 1981. Adaptación al castellano realizado por Seisdedos, 1997). Este cuestionario está constituido por 22 ítems que miden tres componentes del Burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo.

La subescala de **Agotamiento Emocional**, formada por 9 ítems, representa la disminución o pérdida de recursos emocionales; describe sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

La subescala de **Despersonalización** está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

Finalmente, la subescala de **Realización Personal** en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Respecto a las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, las puntuaciones altas corresponden a sentimientos altos de estar quemado, mientras que en la subescala de Realización Personal en el trabajo, las puntuaciones bajas corresponden a sentimientos altos de sentirse quemado, propio de una persona con el síndrome de estrés laboral asistencial, y en consecuencia, a altos sentimientos de estar quemado en el trabajo.

Asimismo, conjunto a los 22 ítems de la escala de Burnout de Maslach se ha recopilado información sobre las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios,



ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



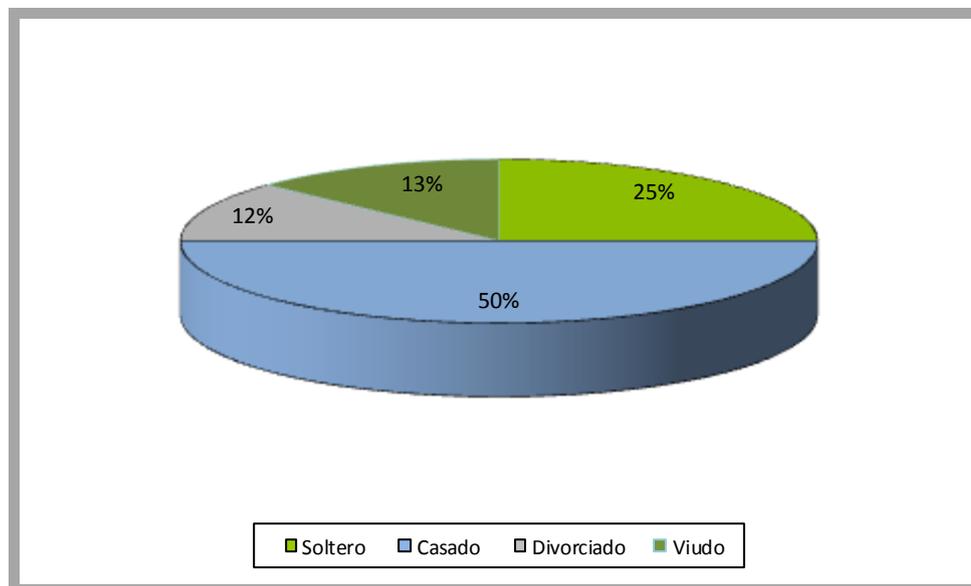
ocupación laboral, situación laboral, tiempo trabajado en la profesión, tiempo que lleva trabajando en el centro y turnos de trabajo.

3. RESULTADOS

3.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

La muestra de este estudio está constituida por 8 profesionales pertenecientes al centro Gerontológico Lamourous Zubiaurre, cuyo rango de edad oscila entre 32 y 55 años, siendo la media de edad de 44 años. En relación al género el 100% eran mujeres. Respecto al estado civil, la distribución de la muestra es la que se presenta en la siguiente figura:

Figura 1: Distribución de la muestra dependiendo del estado civil



En cuanto al nivel de estudios de la muestra valorada, el 75% tiene completados los estudios primarios, mientras que el 13% tiene Bachillerato superior. Un 12% declara tener otro tipo de formación (administrativo...).

Respecto al tiempo que llevan trabajando en la profesión, la media de tiempo que llevan en esta profesión es de 8 años, rango que oscila entre 4 años y medio y los 13 años. Mientras que el promedio que llevan trabajando en su puesto actual de trabajo es de 5 años, siendo el rango entre 1 a 6 años). En cuanto a la situación laboral, el total de la muestra tiene un contrato fijo.

En relación a la ocupación laboral, el conjunto de la muestra es auxiliar sanitario y cumple un horario rotativo de mañana o tarde.

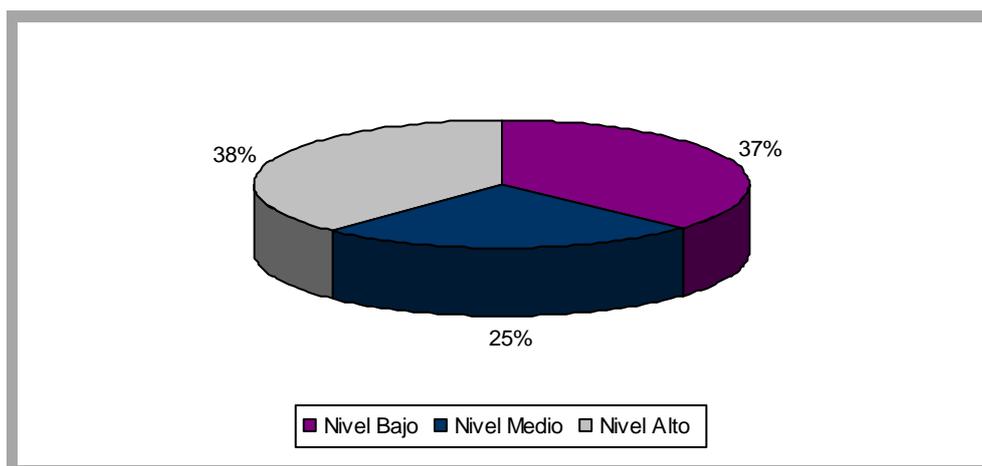
BURNOUT O SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

Los resultados obtenidos en el inventario de Burnout de Maslach han sido los siguientes:

CANSANCIO EMOCIONAL: Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. En relación al cansancio emocional, la puntuación media obtenida en esta variable es de 19,50 (Puntuación centil=45), lo que indicaría que el grupo valorado tienen un **nivel medio de cansancio emocional**.

En cuanto al nivel de cansancio emocional el 38% de la muestra percibe tener un alto nivel de cansancio emocional, mientras que el 25% refiere tener un nivel medio y finalmente, el 37% presenta un bajo nivel en esta variable. En la figura que se presenta a continuación se pueden observar los datos relativos a la distribución porcentual de los resultados obtenidos en la variable cansancio emocional por la muestra valorada.

Figura 2: Distribución de la muestra dependiendo del nivel de cansancio emocional

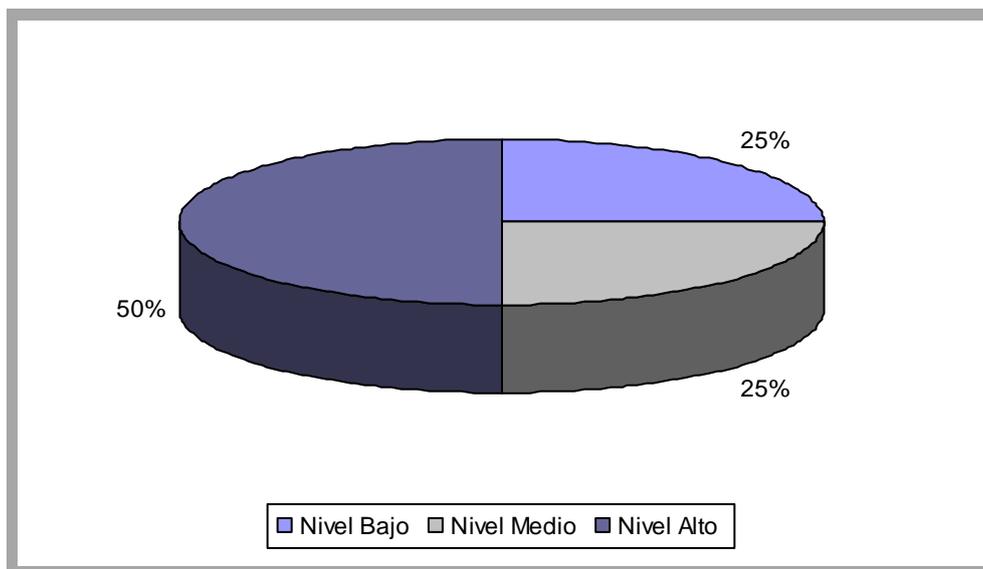


DESPERSONALIZACIÓN: Los elementos de esta escala describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. La puntuación media

obtenida en esta variable es de 7,25 (Puntuación centil=60), lo que significa que las personas de este estudio tienen un nivel medio-alto de despersonalización.

En la distribución porcentual de las respuestas obtenidas en despersonalización, se observa que el 50% de las personas valoradas presentan un alto nivel en esta variable, a su vez el 25% presenta un nivel medio y el 25% un nivel bajo de despersonalización. Los resultados obtenidos en este componente se detallan en la figura que se muestra a continuación:

Figura 3: Distribución de la muestra dependiendo del nivel de despersonalización



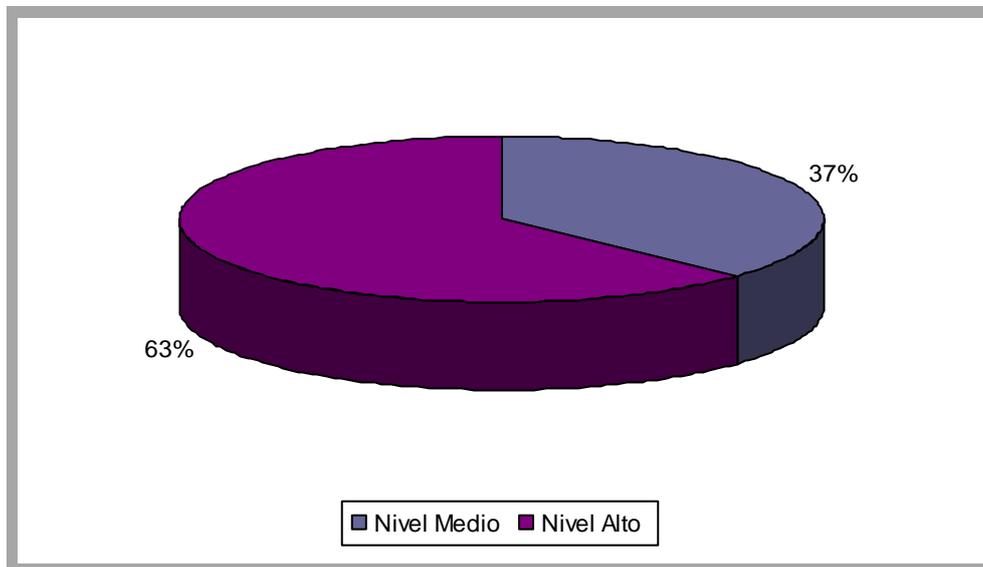
En las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de burnout, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de burnout.

REALIZACIÓN PERSONAL: Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. La puntuación directa media obtenida por la muestra en esta variable es de 41,50 (Puntuación centil=75), lo que indica una alta

puntuación, es decir, el grupo de este estudio no tiene un sentimiento de falta de realización personal, o lo que es lo mismo, se siente realizado personalmente con el trabajo que realiza.

En el análisis de los resultados obtenidos en realización personal por rangos de respuesta (bajo, medio y alto), se observa que los porcentajes se concentran en las categorías de alto y medio: por un lado, el 63 % muestra un nivel alto en esta variable, es decir, más de la mitad de la muestra se siente muy realizada personalmente en su trabajo, y un 37% presenta un nivel medio. No hubo ninguna persona que obtuvo puntuaciones bajas en esta escala, por lo que se puede concluir que no hubo personas que tuvieran sentimiento de falta de realización personal con su trabajo. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente figura de manera más detallada:

Figura 4: Distribución de la muestra dependiendo de la variable realización personal



3.2 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS, VARIABLES ORGANIZACIONALES Y EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO O BURNOUT

Con el fin de analizar si existe una relación entre la variable edad, tiempo en su trabajo actual, tiempo en su profesión y los tres componentes del burnout (cansancio emocional,

despersonalización y realización personal), se ha realizado el método de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas y el síndrome del burnout. Los resultados obtenidos en este apartado se presentan de forma detallada en la siguiente tabla:

Tabla 2: Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables organizacionales, edad y el síndrome de burnout

		Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
<i>Edad</i>	Correlación de Pearson	,501	,599	-,224
	Sig. (bilateral)	,206	,117	,595
<i>Tiempo en su trabajo actual</i>	Correlación de Pearson	,485	,313	-,117
	Sig. (bilateral)	,223	,451	,783
<i>Tiempo en su profesión</i>	Correlación de Pearson	-,152	-,218	,046
	Sig. (bilateral)	,720	,604	,914

** La correlación es significativa cuando $p < 0,01$

* La correlación es significativa cuando $p < 0,05$

Otro de los objetivos de este estudio es analizar si existen diferencias en cuanto a los tres componentes del burnout dependiendo del nivel educativo de las personas valoradas, con este fin se ha utilizado la prueba de correlación de Spearman. Los resultados indican que no existe una relación significativa entre el nivel educativo, el cansancio emocional ($\rho = -0,28$, $p > 0,05$), la despersonalización ($\rho = -0,29$, $p > 0,05$) y la realización personal ($\rho = -0,00$, $p > 0,05$).

3.3 ANÁLISIS DE DIFERENCIAS DE MEDIAS

Para el análisis de los componentes de la variable burnout antes y después de la intervención (análisis pre-post), se utilizó la Prueba no paramétrica de Wilcoxon, dado el reducido tamaño muestral. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en Cansancio Emocional ($Z = -2,52$; $p < 0,05$) y en Realización Personal ($Z = -2,52$; $p < 0,05$). Sin embargo, en el componente

Despersonalización ($Z = -1,47$; $p > 0,05$), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Tras revisar las puntuaciones medias en cada componente, se pudo observar que tras la implementación de la intervención, se produjo una disminución significativa de los niveles de Cansancio Emocional, pasando de una puntuación media de 19,50 (DT=10,83), en la fase pre, a una puntuación media de 7,00 (DT=3,38) en la fase post. Del mismo modo se produjo un aumento significativo del nivel de Realización Personal: en la fase pre, se obtuvo una puntuación media de 41,50 (DT=5,26) y en la post, una puntuación de 47,25 (DT=1,16). En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en este apartado de forma más detallada:

Tabla 3: Prueba de Wilcoxon. Diferencia de medias en la variable burnout entre la valoración pre y post

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Z	-2,52	-1,47	-2,52
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,01	0,14	0,01