



---

# **Universidad de Valladolid**

**Facultad de Educación y Trabajo Social**

**Universidad de Valladolid**

**“Indicadores para la valoración de la atención  
centrada en las personas con Alzheimer en centros  
residenciales”**

**ALUMNA: D<sup>a</sup> Valeria Duque Bedoya**

**TUTORA: D<sup>a</sup> Cayetana Rodríguez Fernández**

**CURSO: 2018 - 2019**

**FECHA DE ENTREGA: 9 de Julio del 2019**

## INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN .....	5
Introducción .....	6
CAPÍTULO 1: ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y EL ALZHEÍMER.....	10
1.1    Introducción .....	10
1.2    Objetivos .....	10
1.3    Metodología .....	11
1.4    Datos estadísticos y prevalencia de la enfermedad.....	12
1.5    Acercamiento al alzhéimer.....	13
1.5.1    Enfermedad de alzhéimer: definición, caracterización, fases y efectos .....	14
1.5.2    Fases del Alzheimer y efectos en la enfermedad.....	15
CAPÍTULO 2: CENTROS RESIDENCIALES Y ASOCIACIONES.....	19
2.1    Introducción .....	19
2.2    Centros residenciales.....	19
2.3    Normativa.....	19
2.4    Asociaciones de familiares de Alzheimer.....	22
CAPÍTULO 3: MODELOS DE PARTIDA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES E INVESTIGACIONES EN TORNO A LOS CUIDADOS EN LA DEMENCIA Y LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS CON DEMENCIA .....	24
3.1    Introducción .....	24
3.2    Modelo Apreciativo.....	24
3.3    Modelo de atención centrada en la persona .....	25
3.4    Modelo de calidad de vida .....	28
3.5    Modelo de Atención Residencial para Personas Mayores “en mi casa”.....	35
3.6    Investigaciones e importancia de la atención centrada en las personas con demencia ..	38
CAPÍTULO 4: INDICADORES PARA LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA.....	42
4.1    Introducción .....	42
4.2    Incorporación inicial al centro residencial .....	46
4.2.1    Procedimiento de ingreso del residente con demencia.....	46
4.2.2    Adaptación del residente a su nuevo hogar.....	47
4.3    Intervención en el centro residencial.....	49
4.3.1    Plan individualizado con la persona con demencia .....	49
4.3.2    Profesional de referencia especializado.....	50
4.4    Vida cotidiana en el centro residencial .....	52
4.4.1    Actividades adaptadas .....	52

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

4.4.2 Espacios compartidos para todos los residentes .....	53
4.4.3 Comunicación positiva .....	55
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES .....	56
BIBLIOGRAFÍA .....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Realidad observada en la residencia de personas mayores Parquesol.....	7
Tabla 2: Evolución de la edad en las personas mayores en España.....	12
Tabla 3: Fases y áreas afectadas en la enfermedad de Alzheimer.....	16
Tabla 4: Diferencias entre trastornos conductuales y psicológicos .....	18
Tabla 5: Tipos de comunicación facilitadoras y Bloqueadoras.....	39

## AGRADECIMIENTOS

*Agradecimientos a mi tutora Cayetana Rodríguez Fernández que ha sido un apoyo fundamental para que este trabajo saliera adelante, ella me contagio de su alegría y su lucha constante por las personas que no tienen voz y me motivo para que pusiera mi granito de arena en esta lucha tan importante e imprescindible para los/as trabajadores sociales: Por, para y con la persona siempre*

*Por otra parte mi familia, pareja y amigos han sido imprescindibles para este trabajo de fin de grado tan importante para mí. Solo puedo decir gracias por no dejarme abandonar mis sueños*

*Por otra parte y no menos importante este trabajo es gracias a ellos/as esos/as usuarios/as del centro residencial de personas mayores Parquesol, porque con su mirada cálida y perdida me demostraron que ellos son y seguirán siendo personas y como tal deben ser tratados así.*

*Esta cita va por ellos:*

***“Ignoramos nuestra verdadera estatura hasta que nos ponemos en pie”***

***Emily Dickinson***

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo de fin de grado es crear unos indicadores para la valoración de la atención centrada en las personas con Alzheimer en centros residenciales, el cual permita a las personas mantener su dignidad, autonomía y autodeterminación hasta el final de sus días. Para ello se analizarán los modelos de atención en centros residenciales valorando el más adecuado para aplicar en las personas con Alzheimer en los centros residenciales.

Este trabajo parte de las experiencias observadas en la Residencia Mixta de Personas Mayores “Parquesol” de Valladolid. La falta de protocolos específicos para las intervenciones de las personas con Alzheimer fue lo que motivó este trabajo.

A pesar de que existen numerosos servicios para la atención a personas con Alzheimer hay que destacar que el más utilizado y necesitado es el servicio residencial; por ello, se deben tener en cuenta en las residencias la vulnerabilidad de estas personas y la urgente necesidad de que haya actuaciones que tengan en cuenta a la persona como centro de sus intervenciones.

El centro residencial es un derecho subjetivo que se reconoce en la ley 16/2010 del 20 de diciembre de Servicios Sociales de Castilla y León de obligado cumplimiento para las administraciones públicas. A su vez se reconoce en la ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia los principios de actuación de los que parten son: la obligación de promover la mayor autonomía posible, la participación de las personas con dependencia en sus intervenciones y la calidad, y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia

A pesar de estos reconocimientos, a nivel judicial nos podemos encontrar en centros residenciales numerosas ocasiones en las que se vulneran los derechos de las personas con Alzheimer; por lo que se necesita evaluar los modelos de atención y crear indicadores para que las personas sean el centro de las intervenciones y se garantice sus derechos.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

**Palabras clave:** Alzheimer, Atención Centrada en la Persona, Trabajo Social, Centro Residencial, Personas Mayores

## *Introducción*

El principal punto de este trabajo de fin de grado es saber cuáles son los indicadores que se deben tener en cuenta a la hora de aplicar la Atención Centrada en la Persona en la enfermedad de Alzheimer en entornos residenciales. Los motivos por los cuales se ha decidido escoger este tema se deriva de la experiencia que tuve en un centro residencial (Residencia Mixta de Personas Mayores de “Parquesol”).

En la tabla I que se presenta a continuación, se puede apreciar lo recogido en las prácticas realizadas y que han sido parte de los motivos para realizar este trabajo.

**Tabla 1: Realidad observada en la residencia de personas mayores Parquesol**

<b>Realidad de las prácticas en la residencia de Parquesol: estructurado a través del modelo de atención centrada en la persona</b>
<p><b>Bienestar psicoafectivo:</b> Existencia de una gran heteronomía de residentes lo que dificulta la convivencia entre todos. Las actividades que se realizan no son aptas para todos y también es difícil animar a los residentes a que participen en ellas.</p> <p>Es un elemento que en cuanto a mí personalmente está bastante olvidado por falta de tiempo y prioridad dado por la residencia.</p>
<p><b>Dimensión ética:</b> Se reconocen los derechos y deberes de las personas residentes. Aunque pocas bases estos se basan en los principios de la bioética. Estos principios están reconocidos por algunos de los trabajadores de la residencia aunque considero que no por todos, esto creo que se debe a la falta de formación y de sensibilización que se lleva a cabo.</p>
<p><b>Participación:</b> Como centro de partición existe un Consejo de Centro que está regulado por la norma. Este Consejo de Centro fundamentalmente está formado por 7 residentes con capacidad cognitiva. La promoción de la participación resulta compleja ya que existe la creencia entre los residentes de que su participación y su opinión no se toma en cuenta, por lo que el consejo de centro termina siendo un órgano de poco interés y de poca utilidad.</p> <p>Las personas a las que se le anima a formar parte del Consejo de Centro son personas con alta autonomía moral y baja independencia funcional. Por lo que resulta difícil que se tomen en cuenta las opiniones de otra parte de los residentes, es decir de las personas con baja autonomía moral y baja independencia funcional</p>
<p><b>Entorno físico e integración en la comunidad:</b> Cuentan con un entorno familiar que posibilita que los residentes puedan realizar tareas, proyectos y tengan oportunidades para continuar desarrollándose como persona</p> <p>En cuanto a la comunicación no siempre se dispone de canales necesarios para que todo tipo de residente se pueda comunicar y pueda expresar sus opiniones. Esto viene condicionado muchas veces porque los residentes suelen tener un deterioro cognitivo alto.</p>

Fuente: Elaboración propia

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

En España el Alzheimer es una de los tipos más comunes de demencia, ya que 1 de cada 4 hogares españoles se ve afectado por esta enfermedad:

Según un estudio realizado por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) y la Fundación Sanitas (2017) sobre el contexto actual y perspectivas de futuro de las personas cuidadoras en España, no es de extrañar que el Alzheimer sea el tipo de demencias más común ya que más de 1,2 millones de personas sufren esta enfermedad. A estas cifras habría que añadir que según las estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (2017) los casos sin diagnosticar entre la población española, que se situarían entre el 30% y el 40% de la población española.

Este aumento de la prevalencia hace necesario desarrollar unos indicadores para la valoración de los cuidados en personas con Alzheimer avanzado que permita mantener los derechos de la persona afectada y su proyecto de vida.

La Atención Centrada en las Personas (ACP) ha sido de gran importancia dentro de los servicios para la atención a personas mayores, viendo un incremento de la importancia de este modelo en estos últimos años a nivel nacional e internacional.

El modelo de Atención Centrada a la Persona parte de la importancia de la atención individualizada y centrada en la persona siendo implantado en personas mayores con una patología diferente al Alzheimer. Por este motivo es necesario abordar este tema para garantizar la dignidad de la persona con Alzheimer hasta el final de su vida y sobre todo en este momento en el que se encuentran muy vulnerables y con gran riesgo.

El presente trabajo se estructura en dos bloques en los que a través de ellos se analizará lo que es la enfermedad de Alzheimer, los modelos de atención en las residencias de personas mayores y las investigaciones sobre el modelo de atención centrada en la persona haciendo incidencia en porque es beneficioso aplicar este modelo a las personas con Alzheimer en centros residenciales

### **Primer Bloque:**

Primer capítulo: Es un capítulo basado en la metodología y en el estudio de la enfermedad de Alzheimer; este capítulo presenta los objetivos específicos generales, la



Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y permite conocer la enfermedad desde su definición hasta las fases y efectos.

Segundo Capítulo: Nos detalla los recursos con los que cuentan para las personas con Alzheimer, así como la normativa y las funciones e importancia de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer

Tercer Capítulo: Este capítulo se basa fundamentalmente en la descripción de los modelos de atención en centros residenciales como: modelo apreciativo, modelo de calidad de vida, modelo mi casa y el modelo de atención centrada en la persona centrándonos en porque este es el más adecuado para aplicar en las personas con demencia y exponiendo diferentes investigaciones en torno a los cuidados en personas con demencia

**Segundo Bloque:**

Cuarto Capítulo: En los cuales se desarrollan los indicadores exponiendo los documentos marco que sirven como referencia para la estructura y justificación de cada uno de ellos en autores y en las experiencias que he vivido en la residencia de personas mayores

Quinto Capítulo: Se recogen las conclusiones del TFG y viene a representar todo lo que se ha recogido en este trabajo

## CAPÍTULO 1: ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y EL ALZHEÍMER

### 1.1 Introducción

En este capítulo se va a abordar diferentes datos y censos de población que posibilita saber el número de personas que sufren alzhéimer así como la proyección de esta enfermedad en los próximos años.

Los datos se han obtenido del INE y datos proporcionados de la ONU que son más clasificatorios a nivel mundial. Se aborda el coste que tiene la enfermedad a nivel económico y las consecuencias que tendrán a nivel de los servicios sociales y atención crónica

### 1.2 Objetivos

#### Objetivo General:

- Crear unos indicadores para la aplicación de ACP en personas con Alzheimer avanzado en entornos residenciales para mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer.

#### Objetivos específicos:

- Establecer una valoración sobre el funcionamiento del protocolo de ACP en diferentes residencias de Castilla y León.
- Demostrar los beneficios que tiene la implantación de la ACP en residentes con Alzheimer.
- Examinar las barreras a las que se enfrentan los profesionales de ACP a la hora de aplicar este modelo a personas con Alzheimer.

### 1.3 Metodología

Debido al tema de investigación, se plantea que la metodología más adecuada para este Trabajo de Fin de Grado es la revisión bibliográfica. Esta permitirá llevar a cabo los objetivos planteados anteriormente.

Para ello se analizarán manuales, Guías, publicaciones, investigaciones sociales, artículos de revista, Etc. El orden que se ha llevado para ello ha sido un orden temático que es indispensable para la consecución de los objetivos y para que la investigación tenga sentido.

Los pasos que se han seguido son:

1. Se ha estudiado que es el Alzheimer, así como los modelos de atención que se aplican en los Centros Residenciales, centrándonos en el modelo de Atención Centrada en la Persona.
2. Seguidamente se analizan las buenas prácticas que se han estado realizando a lo largo de estos años en el ámbito de la ACP en personas con Alzheimer, así como los principales enfoques desde los que se puede plantear.
3. Posteriormente se hará una propuesta de los indicadores que se deben dar para la valoración de la práctica. Recogiendo a los autores más importantes dentro de este modelo y del ámbito de las personas mayores.
4. Finalmente junto con la revisión bibliográfica se han utilizado datos obtenidos de la observación participante que se llevó durante 3 meses en la Residencia Mixta de Personas Mayores de Valladolid. Durante esos meses se llevó una observación participante tanto con el equipo de atención directa (auxiliares, celadores, animadora...) como de atención indirecta (Equipo de dirección). La observación participante de esta residencia fue crucial a la hora de realizar la investigación, Ya que en esta todavía no se ha implantado este modelo, así como

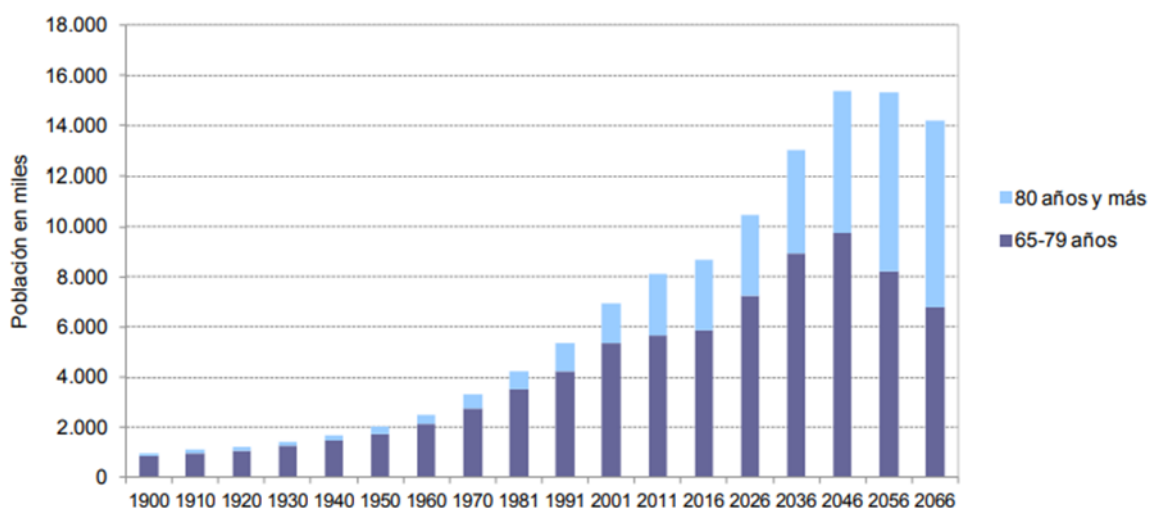
#### 1.4 Datos estadísticos y prevalencia de la enfermedad

Según los datos del padrón (INE) a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008). La proporción de octogenarios representan un 6,0% de la población total. Según la proyección del INE este fenómeno seguirá aumentando a lo largo de los años en 2066 hubo más de 14 millones de personas mayores, 34,6% del total de la población alcanzando los 41.068.643 habitantes. Siendo la década de los 30 y 40 donde se registraron los mayores incrementos.

Se ha iniciado un declive de la población total de España, tras el máximo registrado en el censo de 2011 con 46,8 millones de habitantes. Según el padrón de los datos del 2016 de estima que en el 2066 habrá 5,5 millones menos que ahora. Por ello es necesario que la administración pública aplique nuevas formas de atención a las personas en situación de dependencia garantizando recursos de calidad y creando una flexibilidad en los servicios cubriendo las necesidades que las personas demanden de manera integral.

**Tabla 2: Evolución de la edad en las personas mayores en España**

**Figura 1.1.- Evolución de la población de 65 y más años, 1900-2066**



Fuente: INE

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

según un estudio realizado por la OMS (2017).

Según un estudio realizado por la OMS (2017) el Alzheimer es un tipo de demencia que está a la orden del día y que se ha convertido en un problema mundial.

Esta prevalencia hace que los servicios sociales junto con los poderes públicos tengan la tarea de garantizar los recursos y servicios adecuados para proporcionar la atención adecuada en cada momento a las personas afectadas.

Conocer esta enfermedad es fundamental, ya que según Cuesta (2000) del centro de investigación Biomédica en Red de enfermedades degenerativas (CIBERNED) Se aprecia que En España hay alrededor de 600.000 personas que sufren de demencia de las que cerca de 400.000 sufren Alzheimer. Este estudio se realizó a personas de 70 años o más, de 13 poblaciones de España. En él se encontró que de las 12.232 personas entrevistadas se detectaron 1.194 casos de demencia de los que 707 eran Alzheimer.

En este estudio se vio una gran prevalencia de esta enfermedad en mujeres con respecto a los hombres. A esto se le suma que España es uno de los países con mayor tasa de envejecimiento la población española de 65 años o más incrementándose en un 16,8% en 2004.

La enfermedad de Alzheimer se está convirtiendo en una problemática a nivel mundial, esto se debe a un aumento de la esperanza de vida y una disminución en la natalidad

### 1.5 Acercamiento al alzhéimer

Son diferentes las fases por las que pasa la persona en el proceso de enfermedad y en todas ellas se ven afectados tanto el sistema cognitivo como los sistemas conductuales, psicológicos y funcionales. Las consecuencias de cada fase que se van a describir en este punto son las propias de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo hay que tener en cuenta que esto puede cambiar según la persona y que por lo tanto habrá que estar atento a los cambios que se producen en cada uno de ellos.

En las diferentes fases que se aborda se concretará y dirá él porque es tan importante centrarse en uno cambios u otros para garantizar el bienestar de las personas afectadas, así como sus efectos y consecuencias.

### 1.5.1 Enfermedad de alzhéimer: definición, caracterización, fases y efectos

La Clasificación Internacional de Enfermedades - 10 aporta una definición del Alzheimer: *“Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos, que se inicia generalmente de forma insidiosa y evoluciona de forma progresiva durante años”* CIE (2015, p. 325).

Así como esta enfermedad fue definida por el CIE – 10 también fue definida por la OMS (2018) conceptualizando el Alzheimer como una enfermedad generalmente de naturaleza crónica o progresiva que se caracteriza por un deterioro cognitivo que va mucho más allá de la consecuencia del envejecimiento normal. Esta enfermedad afecta a la memoria, el pensamiento, el lenguaje y el juicio.

Para relacionar el modelo de atención centrada en la persona con Alzheimer debemos de ofrecer diferentes definiciones de lo que es la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, principalmente en la vejez. Actualmente está considerada como la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en los países desarrollados y su prevalencia se incrementa con la edad (Valls-Pedret , Molinuevo y Rami 2010, p.471) .

Teniendo en cuenta estas definiciones podríamos ver que son varios los rasgos que tienen en común los diferentes autores, documentos y organizaciones. Etc. Cuando conceptualizan el termino Alzheimer nos podemos encontrar con unos rasgos en común como son:

- Deterioro cognitivo
- La enfermedad es progresiva y crónica
- Aparece principalmente en la vejez
- Presenta rasgos neurodegenerativos
- Se presenta a través de cambios conductuales

### 1.5.2 Fases del Alzheimer y efectos en la enfermedad

La enfermedad de Alzheimer afecta a las personas que lo sufren de manera heterogénea, dependiendo de cada persona son diferentes los síntomas que tiene cada individuo pudiendo hacer una clasificación de los síntomas comunes.

Conocer cada fase por la que pasa el individuo es importante para poder realizar una intervención adaptada al proceso por el que está pasando y tener en cuenta al individuo. Este conocimiento no solo sirve a los cuidadores principales cuando están en el hogar, sino que también deben de ser conocidos por los diferentes trabajadores de atención en centros residenciales, centros de día, estancias diurnas, etc.

En las diferentes fases que se presentan a continuación la persona va a necesitar de unos cuidados u otros, así como va a desempeñar una autonomía diferente en cada una de las fases. Estas fases se presentarán con un inicio gradual y continuo siendo este uno de sus criterios para el diagnóstico. Los efectos son variables a lo largo de la enfermedad y su gravedad está condicionada con la intensidad del deterioro cognitivo, aunque existen elementos que pueden condicionarlos como algunos factores ambientales, la actitud del cuidador, la comorbilidad, los fármacos, etc. (Gay et al. 2011, p. 5)

Estos mismos autores plantean que los síntomas de esta enfermedad se manifiestan en 3 áreas específicas:

- Síntomas cognitivos: estos fundamentalmente afectan a la memoria, lenguaje y las capacidades viso- espaciales
- Síntomas conductuales y psicológicos relacionada con el sistema motor y el área afectiva
- Síntomas funcionales: las áreas afectadas son las instrumentales y las básicas

A continuación se presenta una descripción de las diferentes fases de la enfermedad. Para ello, se ha utilizado como referencia la guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias que toma como referencia la descripción que aporta la Fundación Alzheimer España. En cada una de ellas se abordarán las

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

características propias de cada fase teniendo en cuenta los siguientes ítems: memoria, comportamiento, lenguaje y comprensión, coordinación y Actividades de la vida diaria.

**Tabla 3: Fases y áreas afectadas en la enfermedad de Alzheimer**

AREAS AFECTADAS	FASE I	FASE II	FASE III
<b>MEMORIA</b>	La memoria comienza a verse afectada en pequeñas cosas como olvidar sus citas, el nombre de las personas. Les dificulta seguir una conversación, se les olvidan las llaves...etc.	En esta fase la memoria comienza a experimentar cambios bruscos, la memoria a corto plazo se ve afectada, los sucesos nuevos son incomprensibles y tiene continuos conflictos con sus redes sociales porque los culpan de la falta de relación. La memoria a largo plazo no se ve afectada, se acuerda de los sucesos aunque no los situó bien cronológicamente	La memoria a corto y a largo plazo se ven afectadas por igual, ya no reconoce a su familia cercana ni lejana; La única memoria que recuerda es la emocional por lo que las personas que le dan amor y lo cuidan son recordadas por la persona.
<b>Comportamiento</b>	Sus emociones comienzan a experimentar cambios como cambiar de humor de manera muy rápida; cuando pierde el control sobre alguna situación presenta brotes de ira es en este momento donde empieza su aislamiento social	Las reacciones ante situaciones que le molestan llegan a ser muy violentas y totalmente desproporcionadas, su dependencia hacia los demás le molesta y experimenta continuamente miedos. La deambulación es ya un hecho en esta fase	Se vuelve completamente imprevisible, no comprende las situaciones y tiene constantemente brotes de llanto, gritos y agitación
<b>Lenguaje y comprensión</b>	Su comunicación es buena la dificultad en esta fase encontrar las palabras adecuadas para determinados conceptos tiene una dificultad alta, por lo que las conversaciones no son tan largas y nada precisas	A diferencia de la anterior fase ahora la comunicación se vuelve difícil tiene un vocabulario escaso y suele repetir las mismas preguntas; no consigue acabar las frases y a veces no responde a lo que se le pregunta	Ya no comprende sus palabras ni se acuerda de ellas, es por ello que pierde la comunicación
<b>Coordinación de gestos espontáneos corporales</b>	En esta área no presenta dificultades y puede realizar actividades como conducir, comer...etc	Es en esta fase donde actividades como vestirse le resultan difíciles ya que no coordina ciertos movimientos motores,	Pierde la coordinación total de sus gestos, pierde la movilidad, la capacidad de tragar se ve reducida.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fundación Alzheimer España.



## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Es imprescindible conocer las fases de la enfermedad para saber los servicios que se deben prestar a nivel residencial no solo por parte del personal de atención directa, sino que también del personal a nivel directivo. Esto nos permiten dar una explicación a los cambios que se van a presentar en el usuario y puede ayudar a plantearnos acciones de prevención que permitan conocer los deseos del usuario y sus preferencias para asegurar su autodeterminación en los casos en los que como se ha visto en la fase III le sea casi imposible a la persona comunicarse.

### **Efectos de la enfermedad**

Es fundamental tener conocimiento sobre los efectos que tiene la enfermedad sobre la persona a nivel cognitivo, funcional y conductual. Conociendo esto, podremos saber las necesidades que puede llegar a tener la persona aunque como hemos dicho antes, cada persona es diferente y a pesar de que podemos llegar a identificar cada fase no todas las personas reaccionan de la misma manera.

En numerosas ocasiones los centros residenciales tienden a centrarse en realizar cuidados simplemente físicos olvidando a la persona como ser individual con sus deseos, su personalidad y su proyecto de vida. Esto sucede porque como se verá más adelante sigue estando vigente en distintas residencias un modelo completamente residual centrado en el servicio y no en la persona.

Siguiendo a Gay et al.,(2011) a **nivel cognitivo** las principales áreas afectadas como se han descrito antes son el lenguaje, la orientación y la memoria. En cuanto a la función ejecutiva que nos permite planificar e iniciar tareas es la primera que se ve afectada al inicio de la enfermedad

**Área motora:** esta área está relacionada con el área cognitiva, podemos así diferenciar según esta guía anteriormente mencionada una serie de fases motoras por las que pasa el individuo

- **Fase autónoma:** esta representa el inicio de la enfermedad en este momento la persona no presenta limitaciones funcionales
- **Fase de dependencia parcial:** representa una pérdida de movilidad motora progresiva y un aumento de la “*dependencia funcional*”

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- **Fase de total dependencia:** en este momento la persona pierde la movilidad por completa quedando reducida en una cama

### Área conductual y psicológica

Las personas que sufren Alzheimer presentan en muchas ocasiones cambios en la personalidad, alteraciones del humor lo que dificulta su relación con los demás y poder realizar sus actividades cotidianas.

**Tabla 4: Diferencias entre trastornos conductuales y psicológicos**

T. CONDUCTUALES	T. PSICOLÓGICOS	
AGRESIVIDAD • VERBAL • FÍSICA	APATÍA (**)	DEPRESIÓN (**)
CONDUCTAS MOTORAS ABERRANTES • AGITACIÓN • HIPERACTIVIDAD • VAGABUNDEO	ALUCINACIONES (*)	DELIRIOS (*)
COMPORTAMIENTO SOCIAL INAPROPIADO	ANSIEDAD (**)	
TRASTORNO APETITO	LABILIDAD EMOCIONAL (**)	
TRASTORNO SUEÑO	DESINHIBICIÓN	
CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA	SINDROME IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA (*)	

(\*): Trastornos psicóticos. (\*\*): Trastornos afectivos

Fuente: Sánchez (2011,p.8)

## CAPÍTULO 2: CENTROS RESIDENCIALES Y ASOCIACIONES

### 2.1 Introducción

Tan importante es conocer la enfermedad en todo su conjunto como los recursos tanto públicos como del tercer sector. En este capítulo, vamos a describir y conocer la normativa en torno a esta enfermedad que existe tanto a nivel estatal como a nivel de la comunidad autónoma de Castilla y León.

El servicio que más se desarrolla en este capítulo es el Centro Residencial, debido a que es el centro de nuestra investigación y en el que vamos a poner el foco para saber cuáles son los servicios que se dan dentro de ellas.

Para ello se verá la importancia que tienen las asociaciones en la atención a personas con demencia y en el caso del alzhéimer avanzado la necesidad de coordinación con estos tipos de servicios

### 2.2 Centros residenciales

Según datos del Mapa de Recursos del portal EN-RED, en España hay 5.378 centros residenciales que ofrecen 366.633 plazas.

A lo largo de los años ha habido un aumento del número de plazas residenciales coincidiendo. Con un aumento en la esperanza de vida. Según datos del mapa de recursos del portal EN-RED, Castilla y León es la comunidad que tiene una mayor ratio de plazas por habitantes mayores de 65, con un 7,6.

### 2.3 Normativa

Tras recibir el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer son numerosos los casos en el que las personas no conocen los recursos a los que pueden acceder, así como sus requisitos. Actualmente nos encontramos con la ley estatal 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción a la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y una ley autonómica de Castilla y León, ley 16/2010 del 20 de diciembre de servicios sociales de Castilla y León en las que se reconocen una serie de recursos destinados a este colectivo. Estos recursos están reconocidos en estas leyes como

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

derechos esenciales y subjetivos, por lo que la administración tiene la obligación de garantizar el acceso a estos recursos. Siendo así la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia el objeto de esta

Según la Ley 39/2006 del 14 de diciembre se debe responder a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

En cuanto a la ley autonómica su objeto se relaciona con garantizar el derecho de acceso en igualdad, establecer un marco normativo para regular las prestaciones y garantizar que los servicios se presten en las mejores condiciones posibles.

En la ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia viene reconocido en el Art. 15 en el que se describen el catálogo de servicios para la promoción de la autonomía

**Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.**

- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio:
  - Atención de las necesidades del hogar.
  - Cuidados personales.

**Servicio de Centro de Día y de Noche:**

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

**Servicio de Atención Residencial:**

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Así mismo más adelante se desarrolla el servicio de atención residencial este es el principal servicio que utilizan las personas con Alzheimer sobre todo cuando llegan a la fase III, en esta misma ley el artículo 25 se desarrolla este servicio:

**Artículo 25. Servicio de Atención residencial.**

1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.
2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.
3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.
4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

A nivel autonómico de Castilla y León regula los centros residenciales y otras prestaciones a través. El catálogo de servicios sociales de Castilla y León al igual que la ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia desarrolla el servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia. Este catálogo garantiza la calidad de vida y atención integral, de las personas mayores en la que se promueve su autonomía.

A nivel de atención residencial el modelo actual propuesto por los servicios sociales de Castilla y León es el modelo Mi casa que se desarrollara de manera más completa en los próximos capítulos. El modelo mi casa es el que se está intentando implantar en los centros residenciales aunque no está regulado actualmente en forma de Decreto o normativa; si están habiendo propuestas para la autorización de este tipo de centros

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

qué tengan como base el principio de autodeterminación de la persona y que trata de superar ese modelo tradicional centrado en las necesidades y en cuidados asistenciales

#### 2.4 Asociaciones de familiares de Alzheimer

Las asociaciones juegan un papel fundamental en el abordaje de la enfermedad de Alzheimer a la hora de brindar tanto a las familias como a las personas afectadas una atención integral. En este sentido la confederación española del Alzheimer nos brinda una visión sobre la actividad de estas asociaciones en todo lo referido al Alzheimer.

Una de las características principales y la ventaja que tienen estas asociaciones para hacer frente a esta enfermedad según la confederación española del Alzheimer es que la experiencia de las familias que han convivido con esta enfermedad se acumula y han ido incorporando a su trabajo a profesionales expertos en la materia como (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, voluntarios...)

Los recursos que según esta confederación CEAFA (2019) y los servicios que se les ofrecen son:

- Acogida a las familias que reciben el diagnóstico de Alzheimer
- Información sobre la enfermedad de Alzheimer y su evolución
- Información sobre temas legales
- Formación dirigida a los cuidadores
- Asistencia psicológica al cuidador y al paciente
- Grupos de ayuda mutua
- Servicio de ayuda a domicilio
- Servicios de fisioterapia
- Terapias no farmacológicas
- Servicio de unidad de respiro
- Servicio de centro de día
- Servicio de residencias especializadas en Alzheimer
- Servicio de estancias diurnas
- Servicio de Tutela
- Programas vacacionales y de tiempo libre.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Como se ha observado son numerosos los recursos que abordan esta enfermedad destacando entre ellos el servicio residencial.

La pregunta que se expone ahora es si los recursos que hay en estos momentos son efectivos para el abordaje de esta enfermedad y brindan el apoyo necesario tanto a los afectados como a las familias. Son pocos los centros especializados en esta materia que pueden apoyar a las personas con Alzheimer. Los centros requieren de una mejora para promocionar la autonomía y la autodeterminación de las personas que padecen esta enfermedad.

Como bien nos dice CEAFA actualmente las políticas para el abordaje del Alzheimer son mucho mejores que hace uno años, aun así necesitan una mejora para abordar determinados aspectos. Por ello por lo que CEAFA propone que las políticas de estado en este ámbito cuenten con especialistas en las materias y asociaciones, sobre todo estas últimas porque conocen bien la enfermedad así como sus efectos en la persona y en su contexto familiar y social.

Según este organismo CEAFA

Las políticas de estado deben tener como eje principal a la persona afectada y a su familia; la persona que sufre debe ser la que inspire cada uno de los pasos que hayan de darse para mejorar su calidad de vida, por lo tanto no sólo es prioritario conocer, sino analizar en profundidad cuales son las principales necesidades de la persona afectada, saber qué es lo que necesita, las dificultades que ha de afrontar. Solo así se podrá definir un marco de apoyo no ya adecuado sino, fundamentalmente efectivo y eficaz, adaptado a la situación que se necesita corregir. CEAFA (2019, p.4)

Con todo ello es imprescindible desde las políticas de estado tener como centro a la persona para que se vayan dando pequeños cambios a nivel general.

## CAPÍTULO 3: MODELOS DE PARTIDA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES E INVESTIGACIONES EN TORNO A LOS CUIDADOS EN LA DEMENCIA Y LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS CON DEMENCIA

### 3.1 Introducción

En este capítulo se desarrollarán los modelos de los que se parte para que las intervenciones que se realizan en residencias tengan en cuenta a la persona como centro de toda intervención. Partiendo de los modelos apreciativo, atención centrada en la persona, calidad de vida y modelo de atención residencial para personas mayores “en mi casa”.

### 3.2 Modelo Apreciativo

Este es uno de los enfoques usados en los cuidados

Según Borges y Silva (2010) haciendo alusión a los estudios llevados a cabo por David Cooperrider y Suresh Srivastva indican la importancia del enfoque apreciativo y de la historia individual de cada persona.

Este enfoque se centra en el problema y en lo que funciona para este. Seguir este enfoque nos ayuda a tener en cuenta los deseos del individuo siguiendo a Borges y Silva (2010) se trata de construir un espacio donde los problemas no se invisibilicen sino que se afronten de una manera diferente.

Según Hernández (2013) este enfoque tiene en cuenta las capacidades, potencialidades de la persona y reconoce al individuo de manera integral.

También destaca cuatro fases que forman parte del modelo

- Discover – Descubrimiento: *“lo mejor de lo que ha sido y de lo que es”*, es decir partir de lo que se está haciendo bien



## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- Dream – Sueño: *“Establecer una visión”* con esto se refiere a lo que queremos conseguir
- Design – Diseño: *“Ideal”* este sería como tendríamos que llevar a cabo el proceso
- Destiny – Destino: *“Evaluación”*

**Gráfico 1 : Ciclo de las 4 D en el modelo apreciativo**



Fuente: Hernández (2013, p. 79)

En esta imagen podemos ver reflejada la interconexión de los elementos, por lo que para que se lleve a cabo el enfoque apreciativo en los cuidados se deben dar las cuatro fases mencionadas anteriormente.

### 3.3 Modelo de atención centrada en la persona

El modelo de intervención centrada en la persona entiende a la persona como el centro de la intervención. Se interviene con ella/el respetando su dignidad, derecho a la autodeterminación y plan de vida. Se debe de destacar que el término “atención centrada en la persona” tiene varias definiciones y varios matices según el campo en el que se refiera el término. A pesar de esto, estas definiciones tienen varios elementos en común como: el respeto a la persona y a su proyecto de vida, conocimiento sobre sus preferencias, aceptación integral de la persona y se tiene en cuenta a la persona como centro de la intervención.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Rogers (2015) puso la base de la terapia centrada en el cliente en la corriente humanista, proponía un modelo de atención basado en la eliminación de la relación directiva (profesional- cliente), esta relación debía ser sustituida por:

- A. *“Relación basada en la aceptación de la singularidad del cliente.”*
- B. *“El profesional debe de comprender a la persona con la que trabaja.”*
- C. *“Profesional debe ser un promotor de la autorrealización”.* Rogers (2015, p. 144)

Cabe destacar que la visión de Rogers (2015) nos ha aportado un marco claro y nos ha concedido unas bases científicas con las que poder desarrollar la atención centrada en la persona. Han sido muchos los programas en los que se han llevado a cabo este tipo de intervenciones. Aunque a pesar de todos los estudios que se han hecho hasta ahora, todavía hay ámbitos en los que queda mucho por avanzar, sobre todo en el trabajo con personas con demencia en ámbitos residenciales.

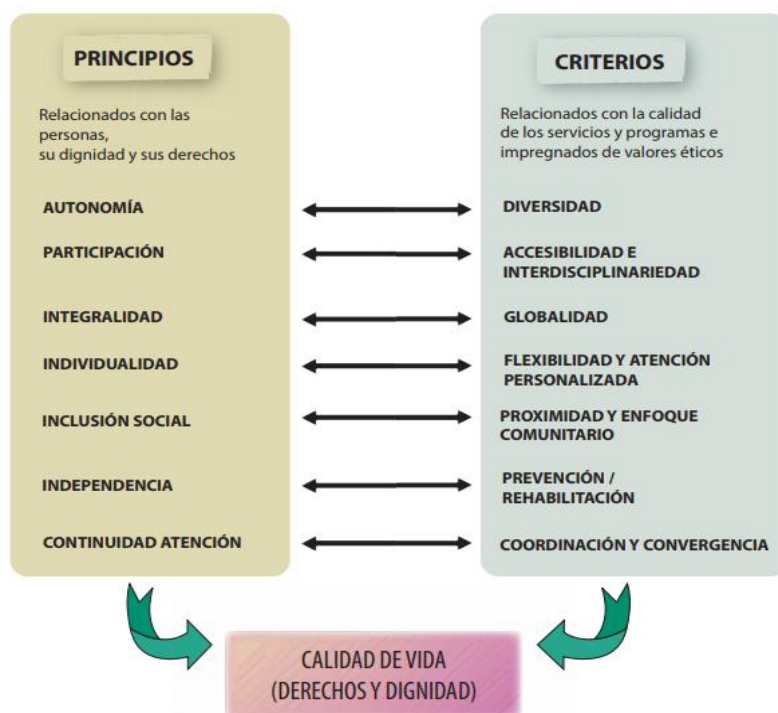
Los principios que rigen el modelo de atención centrada en la persona se encuadran en el respeto a la dignidad y derecho de la persona, así como la garantía a su participación en la toma de decisiones. (Rodríguez, 2010)

- **Autonomía:** el principio de autonomía se relaciona con la libertad y el derecho de autodeterminación que las personas sujetas de intervención tienen a llevar un control sobre su vida, este principio se relaciona con el respeto a las preferencias de las personas y a su proyecto de vida; que la persona se encuentre en una situación de dependencia no quiere decir que ya no tenga poder de elección.
- **Participación:** la participación refiere al derecho de la persona de tener un conjunto de redes sociales (familia, amigos, vecinos...etc.) con las que comunicarse, con la participación en la comunidad y en el derecho como persona a desarrollar su vida personal. En el momento de intervención la persona participa en la creación de su plan de apoyo personalizado, así como en el seguimiento de este

## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- **Integralidad:** las intervenciones que se realicen deben de tener en cuenta todos los ámbitos de la vida de la persona, así como satisfacer todas sus necesidades básicas, emocionales y sociales.
- **Inclusión Social:** Este principio está relacionado con el principio de participación, todas las personas tienen derecho a participar y vivir en sociedad, por lo que se debe garantizar el acceso a todos los servicios públicos y privados.
- **Individualidad:** Todas las personas son iguales en derechos y en deberes, pero son distintas en sus necesidades, por lo cual todos los servicios y programas deben ser adaptados, esto significa flexibilidad, es decir, las personas no se deben adaptar a los servicios son los servicios los que se deben adaptar a las personas
- **Continuidad de la atención:** Según Rodríguez Las personas con discapacidad y aquéllas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso. A lo largo de toda la vida, si es necesario, como ocurre cuando las personas tienen una discapacidad congénita o perinatal (2010, p. 13).

**Gráfico 2 : Principios y criterios del modelo de atención centrado en la persona**



Fuente: Rodríguez (2010, p. 14)

Como vemos en el gráfico para garantizar la calidad de vida de la persona es necesario relacionar los derechos y la dignidad de la persona con los servicios y programas. Si garantizamos la accesibilidad, flexibilidad, coordinación e interdisciplinariedad en los servicios y programas estaremos garantizando el respeto a la dignidad de la persona y a sus derechos

### 3.4 Modelo de calidad de vida

Para llevar a cabo la guía de Atención Centrada en la Persona con Alzheimer es necesario dar una definición de calidad de vida según Schalock y Verdugo, (2007, en prensa)

Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica (Schalock; Verdugo, 2007, p 2)

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

La calidad de vida puede abarcar multitud de dimensiones siguiendo Verdugo, Robert y Schalock (2013) la calidad de vida esta compuesta por elementos subjetivo y objetivos. Según las investigaciones realizadas por Schalock y Verdugo (2002) concluyeron que son 7 los indicadores centrales de calidad de vida

**Bienestar emocional (BE):** Siguiendo a Verdugo, Schalock, Gómez y Arias (2007) Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos

**Relaciones interpersonales (RI).** Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad Schalock et al.,(2007)

**Bienestar material (BM).** Este según Schalock et al.,(2007) significa tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

**Desarrollo personal (DP).** Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas Schalock et al.,(2007), tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/capacidades, Acceso a nuevas Tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

**Bienestar físico (BF).** Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Según Schalock et al.,(2007) incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

**Autodeterminación (AU).** Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones. Schalock et al.,(2007)

**Inclusión social (IS):** la inclusión social viene a determinar Schalock et al.,(2007) la acción de ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

**Derechos (DE).** Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son Schalock et al.,(2007) : Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

Estas dimensiones están basadas según Verdugo (2004, p. 9) en un triple sistema que tiene en cuenta el microsistema, mesosistema y macrosistema, permitiendo abarcar todos los ámbitos de la persona; el microsistema abarca los aspectos personales del individuo, el ambiente del individuo se abarca en la dimensión meso y por último tiene en cuenta los indicadores sociales que se llevarían a cabo a través del macrosistema.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Siguiendo a Verdugo (2004) se considera que este modelo permite combinar tanto los procedimientos cuantitativos como cualitativos (satisfacción, comportamiento adaptativo y medidas a nivel social).

Se ha utilizado esta escala integral ya que después de los diferentes estudios realizados por Verdugo y Schalock se ha determinado que es una escala lo suficiente especializada para aplicarlo a personas mayores con discapacidad intelectual.

**Bienestar psicoafectivo:** según Verdugo y Schalock (2002) es un indicador que hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, ausencia de estrés y situaciones de peligro. Según García (2005,p.3) *“El bienestar psicológico surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano”*

García (2005) mencionando a Ryff define seis dimensiones del bienestar (apreciación positiva de sí mismo, capacidad para manejar de forma efectiva la vida, alta calidad de los vínculos personales, creencia de que la vida tiene significado, sentimiento de que se va creciendo y sentido de autodeterminación. Esto se relaciona con la calidad de vida en la que García (2005) hace una conexión entre el bienestar psicológico y la calidad de vida esta relación es en sentido positivo y corresponde a la visión subjetiva de la persona a la conclusión de sus expectativas y sus logros.

Según García (2005) la satisfacción de las personas depende tanto de las condiciones externas e internas el bienestar es el resultado de la valoración que tiene la persona sobre la forma en la que ha vivido con esto la persona que tiene un nivel de bienestar alto está más preparada para afrontar situaciones de estrés en la vida cotidiana

**Dimensión ética:** un centro residencial de personas mayores que actúen con ética cuando cumplen 4 principios: no maleficencia, autonomía, justicia y beneficencia

Estos cuatro principios según Zorrilla (2001, p. 1)

Permiten legitimar las “protestas” que se desprenden de la identificación de déficits y falencias en el “Tratamiento” actual del envejecimiento, la vejez y su relación con la calidad de vida, como reflejo de un cierto nivel y estilo de desarrollo

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Como menciona Zorrilla (2001, p. 19) permite identificar las situaciones relacionados con la promoción de los derechos, el respeto a la autonomía, equidad de cuidados.

Los cuidados de las personas en el entorno residencial se basan fundamental en 4 principios Goikoetxea, Zurbanobeaskoetxea, Mosquera, Pablos (2015)

La no maleficencia y la justicia: Goikoetxea et al. (2015, p. 17)

Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el estado deben velar por su protección y por su promoción, facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de cualquier orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales”

la no maleficencia es la base de toda la intervención que debe hacerse por parte de los profesionales que buscan el desarrollo de la persona y el respeto a su autonomía esto se hará efectivo a través de Goikoetxea et al. (2015) *“seguimiento de buenas prácticas personalizadas, que con evidencia científica suficiente en el caso de los/as profesionales, mejoren la calidad de vida de las personas”*

El principio de justicia nace del respeto a la dignidad Goikoetxea et al. (2015) indican que el respeto a la dignidad requiere de la no discriminación a las personas y que estas consigan posibilidades suficientes para realizar su vida en función de la edad, enfermedad, nivel de autonomía.

La autonomía y la beneficencia: Según Goikoetxea et al. (2015) con el respeto a la autonomía y a la beneficencia se pretende que las personas mayores puedan vivir de acuerdo a su modo de ser *“Puedan continuar con su desarrollo biográfico e histórico logrando una vida realizada”* Para esto se necesitan apoyos, entornos y relaciones que permitan a las personas mayores alcanzar sus objetivos

Hay que lograr empoderar a las personas Goikoetxea et al. (2015) permitiendo que participen en la toma de decisiones es necesario tratar bien a las personas mayores respetando su situación de vulnerabilidad haciendo uso Goikoetxea et al. (2015) *“del respeto y desarrollo de su autonomía y la exigencia de beneficencia”*



La calidad de vida tiene una alta relación con el respeto a los derechos humanos :

García (1999) el desarrollo personal ya se recogía en las declaraciones de derechos humanos esto se compone de conocimiento y estado de ánimo positivo. Según García (1999) esto tiene relación con la aceptación de sí mismo y de su biografía, de su proyecto de vida ; nivel de autonomía sobre el medio en condiciones materiales satisfactorias; apropiada interacción con los demás en los diversos contextos de la vida diaria. El desarrollo de la personalidad y la autorrealización está en función de tres sistemas. El biológico, psicológico y sociocultural.

Como menciona García (1999) la Declaración de Derechos Humanos contempla aspectos fundamentales: defensa de la integridad, defensa jurídica, derecho a la educación que hace posible la propia identidad y personalidad; Estos derechos contemplados y respetados constituyen uno de los pasos para conseguir una calidad de vida óptima.

Participación: La participación es una cuestión que se ha ido estudiando a lo largo de los años como menciona Martínez (2000,p. 199) este concepto ha sido un referente en los distintos planes gerontológicos de cada país *“La asamblea mundial de las Naciones Unidas de 1982, puso de manifiesto los derechos fundamentales de las personas mayores”* y uno de esos derechos hacía alusión a la participación y posibilidad de asociarse.

Según Pérez (2001, p. 289) A menudo se ha vinculado, y se vincula, la participación con las personas mayores que disponen de mayor autonomía funcional, es decir, se ha asociado al subgrupo de “viejos- jóvenes”. Al adoptar esta perspectiva se excluye a las personas mayores frágiles

Esto hace necesario promover formas de participación en la que cada individuo pueda estar activo independientemente de su capacidad funcional o cognitiva

Como menciona Pérez (2001) en el documento presentado por la OMS se hace referencia a la necesidad de incentivar la participación de todas las personas mayores sin hacer distinción ni a la capacidad funcional o cognitiva. Se debe ejercer la participación desde la autonomía. La tarea de la participación en las residencias de

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

personas mayores no es sencilla, debido a que son varios los problemas a los que nos debemos enfrentar

La escasa tradición participativa, recortes en la autonomía, bajo nivel cultural, obstáculos estructurales como la planificación vertical de los usos y costumbres de la vida residencial que propician una dinámica pasiva, las escasas expectativas de los gestores y trabajadores de los centros sobre los potenciales participativos o la adjudicación indirecta de un rol de receptos de servicios, más que de constructor Pérez (2010,p.184)

Es imprescindible que se de una educación en la participación Pérez (2001) para que las personas mayores se puedan expresar independientemente de las limitaciones que puedan tener. Por ello es importante no reducir la participación a unos simples votos sobre las actividades, sino que favorecer su implicación en la vida diaria

**Intervención profesional y sistemas organizativos:** Fernández (2000) considera que el grupo de profesionales que conforma en una residencia es esencial es un factor de adaptación poderoso y se debe considerar una estructura fundamental en una institución.

González, Domínguez (2000) Cada servicio de atención y cada equipo profesional tiene sus propios estresores como los que están formados por las características de los usuarios, así el profesional en muchos casos llega a ser la figura de referencia para la persona. Otro de los condicionantes que marcan la labor profesional con personas mayores González et al.(2000) es el tipo de gestión que se lleve ya sea pública o privada la intervención del profesional cambiara, debido al rendimiento y rentabilidad.

Factores que influyen en la calidad de cuidados ofertados González et al. (2000) el número de profesionales por usuario, cobertura profesional en horas de mayor demanda de atención y nivel de cuidados, actividades y programas, implicación. Todo ello repercute de forma directa en la percepción que tiene el cuidador en cuanto a sobrecarga de tareas, motivación, clima laboral o grado de satisfacción”

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Hay que tener en cuenta el perfil profesional de los profesionales de atención directa porque esto nos ayudará a conocer las necesidades laborales que tienen González et al. (2000) mencionando a (Durante y Hernando, 1989) indican que en muchos casos se produce una desmotivación de los trabajadores dando paso a que los profesionales terminen haciendo su trabajo de la manera más básica posible olvidando actuaciones especializadas. En muchas ocasiones Las estructuras de las organizaciones son responsables de la escasa integración de los auxiliares en la dinámica de trabajo, la coordinación es totalmente vertical y una selección poco rigurosa en cuanto al tipo de actitudes y nivel de formación Durante y Hernando (1989).

### 3.5 Modelo de Atención Residencial para Personas Mayores “en mi casa”

Este es un modelo de creación actual que se basa según los servicios sociales de Castilla y León en la calidad de vida y busca respetar la idea de cómo quieren vivir las personas, es decir respetar su proyecto de vida.

Este modelo parte de que en numerosas ocasiones las personas mayores no deseen ir a un centro residencial porque quieren estar en su casa, a pesar de que en ella no puedan recibir los cuidados que necesitan. El planteamiento del que se parte es hacer de la residencia o centro en el que tenga que estar la persona para prestarle los apoyos que necesitan, un lugar agradable para ellos que consideren que es su hogar.

Este como bien nos dicen los servicios sociales de la Junta de Castilla y León respeta los derechos de la Persona planteando como base el derecho a la autodeterminación a la elección; este modelo se plantea para superar el modelo tradicional y organizacional que se basa en cubrir las necesidades sin tener en cuenta al individuo

Este modelo distingue una serie de características que se debe de dar para implantar este modelo ya sea en una residencia de personas mayores o en estancias diurnas

Según el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para atención a las personas mayores en Castilla y León

### **En centros residenciales**

- La residencia debe de ser lo más parecido a un hogar y como tal se tiene que disponer de muebles decorativos importantes para la persona
- La figura más importante de este modelo es el profesional de referencia que debe ser el encargado de conocer a la persona y brindarle el apoyo que precise
- Es importante fomentar las relaciones sociales con las personas que conviven
- Compartir su espacio con su familia y amigos debe ser esencial

### **Es estancias diurnas**

- Ambiente físico agradable
- También coincide con los centros residenciales en tener un profesional de referencia
- Es importante respetar las rutinas de las personas y tener actividades en los que se puedan desarrollar de manera integral

Características de este modelo según los servicios sociales de Castilla y León:

### **Promoción de la autonomía**

Dentro de la promoción en la autonomía en las residencias de personas mayores uno de los elementos que proporcionan autonomía a las personas es la elección de horarios en su vida diaria en la residencia; es decir que puedan elegir las horas en la que se despiertan, comen, tener su tiempo de ocio. Así como la posibilidad de elegir lo que quieren comer en cada momento

Otra de las tareas que quizás más básicas nos resultaría en nuestra vida diaria es un gran reto para las residencias, dejar que las personas elijan su propia ropa, peinado y complementos. Hay que proporcionar espacios donde las personas puedan tomar elecciones

Para la implantación de este modelo es esencial centrarlo en la planificación centrada en la persona, por lo que hay que realizar su historia de vida reflejando la perspectiva

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

de la persona y su vida teniendo en cuenta sus capacidades, lo que quiere para su vida...etc.

Tras realizar la historia de vida que permitirá conocer a la persona es esencial realizar su proyecto de vida en el que se marcaran sus objetivos y como desea que sea su vida a partir de que entra en esta nueva etapa

Dentro de la institución residencial hay que tener en cuenta dos elementos:

### **Organizativos**

- Profesional de referencia; este vendría siendo la persona de confianza de atención directa que tiene la persona en la residencia; es el encargado de realizar tanto la historia de vida como el proyecto de vida
- Evitar rotaciones: para que la persona usuaria reconozca a los profesionales que le brindan apoyos
- Integración de la familia: compromiso por parte de la familia
- Diversidad de menús: mínimo dos opciones para comer
- Actividades significativas incluidas en la cotidianeidad del hogar: estas actividades giran en torno a los que haceres de la vida diaria que la persona estuviera acostumbrado a realizar
- Ausencia de informes. Para evitar el ambiente institucional
- Coordinación de la unidad de convivencia: a través de un profesional

### **Arquitectónicos**

Elementos que hacen que la residencia sea un espacio que sea lo más parecido a un hogar

- Cocina
- Comedor
- Sala de estar
- Habitación individual
- Unidad de convivencia: espacio donde se reúnen los grupos para que puedan desarrollar su proyecto de vida

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Este modelo refleja como la persona es el eje central de la intervención; es ella el elemento principal desde el cual se puede empezar a planear la intervención. Refleja la importancia de personalizar los cuidados a cada individuo para mejorar su bienestar y su calidad de vida

### 3.6 Investigaciones e importancia de la atención centrada en las personas con demencia

Son numerosas las investigaciones que se han realizado en el campo de la atención a personas con demencia, en este capítulo se reflejan las diferentes investigaciones que se han llevado a cabo por diferentes autores y resalta el porqué de la importancia de aplicar la ACP a las personas con demencia avanzada en centros residenciales

La aportación de Tom Kitwood (1997) señalo cuestiones que iban más allá del daño neurológico propio de la demencia hay elementos importantes a la hora de la comprensión de la persona con demencia estos elementos son:

- Personalidad
- Biografía
- Salud
- Daño neurológico
- Psicología social

Hay que tener en cuenta el conjunto de interacciones entre la persona con demencia y las personas con las que tenga relación

Tom Kitwood(1997) enunció una serie de necesidades psicosociales que vienen a ser una parte importante dentro de la persona con demencia

- Confort: necesidad de trato cercano y amable
- Identidad: saber quiénes somos
- Apego: referido a los vínculos y relaciones sociales
- Ocupación: sentirse útil y participar en la vida diaria
- Inclusión: sentirse parte del mundo y evitar el aislamiento social

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Para Kitwood(1997) no solo estas necesidades formaban parte del individuo sino que también eran de gran importancia dentro de las personas con demencia y estas permanecían incluso en las fases más avanzadas

**Tabla 5: Tipos de comunicación facilitadoras y Bloqueadoras**

<b>Comunicación Potenciadora</b>	<b>Comunicación Detractora</b>
Calidez	Intimidar
Apoyo	Evitar
Ritmo adecuado	Ritmo inadecuado
Respeto	Infantilizar
Aceptar	Etiquetar
Reafirmar	Desautorizar
Reconocer	Acusar
Autenticidad	Manipular
Validar	Invalidar
Empoderar	Desapoderar
Facilitar	Imponer
Capacitar	Interrumpir
Colaborar	Hacer burla
Integrar	Excluir

Fuente: Kitwood (1997, P. 9)

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Kitwood (1997) decía que las reacciones emocionales (trastornos de conducta) provenían directamente de la no satisfacción de estas necesidades, con el grupo que formo enunció dos formas de comunicación dentro de las instituciones residenciales

La comunicación potenciadora y detractora nos permite elaborar pautas para tener en cuenta en los indicadores finales porque nos proporcionan el eje de lo que “debe ser” o lo que “no debe ser”. Así la calidez se relacionaría con el entorno en el que se encuentra la persona donde se pueda sentir segura y cómoda, el apoyo brinda seguridad para que la persona pueda ser lo más autónoma posible, aceptar consiste en valorar y respetar a la persona por encima de cualquier condición física o limitación cognitiva evitando infantilizar a la persona, reconocer se refiere a tratar a la persona de tal forma que se siga reconociendo como alguien y no como un objeto, empoderar significa dar a la persona con Alzheimer las herramientas necesarias para potenciar sus capacidades y con ello aumentar su autodeterminación. Por último integrar se refiere a la necesidad que tienen las personas con Alzheimer de participar en la vida social de la residencia facilitando así tener redes sociales

Comunicación potenciadora: permite ofrecer un trato humanizador y dotar a los profesionales a traves de ellos de herramientas para facilitar el trato con las personas con demencia

Comunicación detractora: se da por las conductas y aptitudes que no facilitan la comunicación e impiden cubrir las necesidades anteriormente mencionadas, Tom kitwood (1997) acuñó el termino psicología social maligna que promueve las reacciones emocionales desviadas:

Otra de las investigaciones y aportaciones hechas para la atención a personas con demencia se ha dado por Brooker y Surr (2005) aportaron el modelo VIPS se nutre del enfoque de atención centrada en las personas este modelo enuncia 4 componentes de la atención centrada en la persona

- Valoración de la persona con demencia
- Individualización de la atención
- Perspectiva de la persona con demencia



- Entorno social

### **¿Qué aporta la atención centrada en la persona en el cuidado a las personas con demencia?**

Para la ACP uno de los grupos que destaca por su gran interés para este modelo es el de las personas con demencia avanzada Edvardsson, Winbland & Sandman (2008) en la aplicación de la ACP en personas con demencia pone el foco en la importancia de las personas sean reconocidos por su entorno con su cualidad de “persona”

Estos autores dan cuenta del suceso que se ocasiona cuando la persona llega a la fase más avanzada y es que los cuidadores dejan de percibirles como sujetos con personalidad y es por ello que los cuidados solo se centran en lo físico ignorando otras áreas como el bienestar psicosocial.

Martínez (2016) nombrando a Edvardsson et al. (2008) enumera las principales componentes de la ACP en personas con demencia avanzada

- A. Conocer a la persona con demencia en todos los aspectos
- B. Ofrecer una atención personalizada tanto en la persona como en el entorno
- C. Participación de la persona con demencia en las decisiones
- D. Reconocer las conductas a través de la persona
- E. Dar la importancia que merece tanto los aspectos físicos como los emocionales, cognitivos y relacionales

Martínez (2016) destaca que los objetivos que plantea la ACP en cuanto a los objetivos de la personalización de la atención y lo fundamental de la vida cotidiana en el ámbito del cuidado de las personas con demencia está ocasionando que se abran vías en el trabajo de la neurociencia y neuropsicología en las demencias

## CAPÍTULO 4: INDICADORES PARA LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA

### 4.1 Introducción

En este capítulo se lleva a cabo una propuesta de los indicadores para la valoración de la atención centrada en la persona con Alzheimer en entornos residenciales, la propuesta se ha realizado a través de 3 documentos esenciales

- **Indicadores de evaluación de calidad de Catalunya**
- **Indicadores para la mejora de la atención residencial de la Comunidad Valenciana**
- **Indicadores residencias IMSERSO**

Los indicadores no se han creado aleatoriamente ni se ha llevado a través de la invención, ya que para poder crear unos indicadores totalmente justificables y objetivos hace falta una ardua investigación que por tiempo no se puede conseguir; es por esto que vamos a basar los indicadores en 3 documentos estos documentos han sido seleccionados por su importancia y relevancia en nuestro país y por qué se pueden adaptar a nuestro objeto de estudio personas con alzhéimer avanzado.

Estos documentos están dirigidos para los residentes con demencia sin especificar la fase en la que se encuentran, es por ello por lo que en los indicadores que se van a proponer a continuación se debe tener en cuenta la fase en la que está la persona con demencia

Los indicadores se dividen en diferentes clasificaciones basadas estas en el modelo de atención centrada en la persona

#### Campos

- **Incorporación inicial al centro residencial**
  - **Procedimiento de ingreso del residente con demencia avanzada**
  - **Adaptación del residente a su nuevo hogar**
- **Intervención en el centro residencial**

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- **Profesional de referencia especializado en personas con demencia avanzada**
- **Plan individualizado con la persona con demencia avanzada**
- **Vida cotidiana en el centro residencial**
  - **Actividades adaptadas para las personas con demencia avanzada**
  - **Espacios compartidos para todos los residentes adaptados para las personas con demencia**
  - **Comunicación positiva**

### **Justificación de los indicadores**

El porqué de los indicadores que se desarrollan a continuación se propone a través de la experiencia adquirida durante mis prácticas en un centro residencial ; durante las observaciones recogidas considere que los campos en los que se basan los indicadores son en los que más observe que habían diferentes carencias relacionadas al trato a las personas por parte de los equipos de atención tanto indirecta como directa, organización de las diferentes actividades en función a las personas que había según las diferentes patologías como la demencia e intervenciones que se realizaban a cada persona; En cuanto al fundamento me refiero a que cualquier propuesta por parte de la residencia se basaba en tema organizacional y no tenían en cuenta a la persona. Todo esto se ha reflejado en la tabla 1 de la investigación.

- Los indicadores, referidos al ingreso, de la persona con demencia al centro residencial suponen el inicio para crear una buena intervención y conocer de manera general a la persona. El procedimiento de ingreso corresponde a un momento de mucha ansiedad por parte de la persona con Alzheimer y sus familiares lo que debe ser llevado con mucha cautela y se debe intentar adquirir toda la información posible para iniciar el segundo proceso.
- El indicador de adaptación del residente, con Alzheimer, al centro residencial es uno de los más cruciales porque es en este momento en el que la persona se encuentra desconcertada y tiene mucho miedo, pero bien si se respetan sus horarios, costumbres y la persona percibe este centro como su hogar vamos a

## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

poder conocerlo mejor y adaptar las intervenciones y el centro para que pueda desarrollar su vida de la manera más autónoma y libre posible.

- Elaborar el plan individualizado con la persona con demencia es una actividad, que aunque muchas personas creen que es imposible de hacer con la participación de la persona con Alzheimer, es necesario que se dote de este tipo de actividades de formas de hacer y profesionales, que sepan ayudar a la persona a que participe esto dota a la persona de humanización y permite que la persona conozca su realidad y elija sobre los aspectos de su vida.
- El profesional de referencia es uno de los elementos más importantes, para la persona con Alzheimer porque representa para ella/él una persona de confianza, con el que se establece una comunicación positiva y un apego que consigue dotar a la persona con Alzheimer de seguridad y afecto emocional. Además es el que más conoce a la persona y es el que vela porque la vida de la persona con demencia en la residencia se desarrolle con la mayor calidad posible para ella/él.
- Las actividades dentro de la residencia permiten satisfacer la necesidad de utilidad y ocupación por parte de la persona con Alzheimer, mejora la autonomía de la persona porque permite conocer sus capacidades físicas, cognitivas o emocionales estas actividades promueven la participación de las personas con Alzheimer y evita la exclusión en el centro residencial.
- El entorno arquitectónico se trata de que las personas tengan accesibilidad a todos los lugares del centro residencial y que sientan que esa es su casa y no una institución donde tengan que estar obligados a estar. Es uno de los elementos que más influye en el bienestar de las personas con Alzheimer y Como bien dice Lawton (1982) la adaptación y el bienestar viene determinado por el entorno arquitectónico que se da.
- En la comunicación positiva, si adquirimos herramientas para relacionarnos con la persona con Alzheimer y se hace uso del lenguaje no verbal , podremos

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

entender que es lo que quiere y necesita esa persona para garantizárselo ya sea algo emocional o físico.

Los indicadores no solo se basan en las observaciones hechas anteriormente mencionadas sino que también tienen en cuenta los principios del modelo de atención centrada en la persona que están sustentados por autores como Teresa Martínez y en investigaciones anteriormente mencionadas

El esquema que se va a seguir es el siguiente

- **Razonamiento**
- **Indicador**
- **Fundamentación del indicador**

**Razonamiento del indicador** representa la finalidad de este. Esto nos permite aclarar el porque es necesario crearlo y con qué aspecto está relacionado

**Indicador:** este es el aspecto que se va a seguir para la valoración es en lo que nos vamos a fijar para conseguir nuestro objetivo

**Fundamentación del indicador:** se refiere en lo que se utiliza para justificar la necesidad de proponer este indicador, así como sus beneficios en torno a él y todo lo que conlleva; para realizar esta fundamentación nos hemos apoyado en diferentes autores y modelos de atención teniendo en cuenta todo lo que se ha descrito y narrado a lo largo de los capítulos anteriores

Formula: para calcular la cumplimentación del indicador se ha seguido una estructura propuesta por los documentos anteriormente nombrados que reflejan indicadores propuestos para residencias de personas mayores en general

**Indicadores para la valoración de la atención centrada en la persona en personas con Alzheimer en entornos residenciales**

## 4.2 Incorporación inicial al centro residencial

### 4.2.1 Procedimiento de ingreso del residente con demencia

**Razonamiento:** protocolo especializado para obtener información del residente con demencia

**Indicador:** Conocimiento del residente en el proceso de ingreso

#### **Fundamentación del indicador**

Para llevar a cabo con el residente con demencia una atención completamente especializada teniendo en cuenta sus deseos, capacidades y oportunidades es fundamental en el momento del ingreso conocer a la persona. Para ello es necesario tener un procedimiento específico para el ingreso de residentes con esta patología que contenga:

Cuando el residente llega con una demencia avanzada por ejemplo en fase III que no pueda expresar sus gustos, deseos y proyecto de vida; Es fundamental conocer sus voluntades anticipadas.

Este documento de voluntades según la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, indica que el documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas (VA), recoge la voluntad anticipada de una persona mayor de edad, capaz y libre, para que se cumplan sus deseos, en el momento en que no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y tratamientos que debe recibir.

Este puede ser aportado por el centro sanitario o por las asociaciones que estén atendiendo al residente

Si el residente tiene su propio cuidador este puede ser de gran ayuda para aportarnos información sobre la persona. No debemos de olvidar que el núcleo familiar puede aportar mucha información sobre el residente.

En el caso de que el residente aun no este en una etapa avanzada de la demencia y podamos conocer por el mismo sus preferencias, deseos...etc. Es fundamental desde

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

este momento conocer como quiere que se desarrolle su vida en la residencia y con perspectiva de empeoramiento de la enfermedad como quiere que se lleven a cabo sus cuidados y como quiere llevar su vida a partir de ese momento.

El momento del ingreso no solo debe ser preocupación especial por el trabajador social sino que todos los profesionales que trabajan dentro del centro residencial; deben conocer toda la información que se recabe a partir de ese momento

**Formula:** Existencia de un protocolo conocido por todos los profesionales y una coordinación con los diferentes centros, familiares y comunidad que nos puedan aportar información sobre el residente

N.º de centros y familiares por personas con los que contactan el centro residencial antes del ingreso

N.º de personas ingresadas en el centro residencial

#### 4.2.2 Adaptación del residente a su nuevo hogar

**Razonamiento:** elementos que favorecen la adaptación del residente con demencia en el centro

**Indicador:** El residente percibe al centro como su hogar y no como un centro institucional

**Fundamentación del indicador:**

Llegado el momento el residente debe empezar a ver la residencia como su hogar y no como un lugar impuesto obligatoriamente, esto es esencial sobre todo por los cambios bruscos a nivel cognitivo, comportamental y físico que pasan las personas afectadas por esta enfermedad. Este indicador se basa esencialmente en el modelo mi casa según los servicios sociales de Castilla y León. Los beneficios de esta implantación en las residencias son:

- Se respetan sus gustos y rutinas

## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- Tienen un profesional de referencia que le conozca bien y le ayude
- Pueden continuar con sus proyectos personales

El entorno en diferentes ocasiones representa un cambio en la calidad de vida del residente Villar, Celdrán, Triado, Vila (2010) nos relatan como en diferentes investigaciones ha sido demostrado lo importante del entorno para conocer las necesidades de las personas con demencia es por esto que la adaptación al entorno cobra gran importancia el profesional de referencia del que también al hacer el profesional de confianza y de referencia para el residente deberá ayudar con actividades y los recursos que haya en la residencia a que la adaptación sea adecuada y que no cause desestabilización en la persona

Es por lo anterior comentado que la arquitectura puede mejorar la calidad de vida del residente y facilitar la integración dentro de la comunidad. Esto es imprescindible dentro de la atención de las personas con alzhéimer porque como bien Sánchez, et al.(2013)citando a Manuel del Río deben de existir residencias específicas para tratar a las personas con Alzheimer porque no todas son válidas Según la Sánchez et al (2013) de implantación espacio y tiempo elaborada por Centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (IMSERSO) Centro de Referencia Estatal de atención a personas con y la Confederación Española de Asociaciones de familiares de personas con enfermedad de alzhéimer y otras demencias (CEAFA)

Sánchez et al. (2013) anteriormente mencionando las diferentes fases que pasa la persona con Alzheimer es necesario que el entorno se vaya adaptando para cubrir las necesidades que vayan presentado según cada etapa y para que las necesidades se vayan cubriendo no solo es esencial la atención que se dé sino también el entorno arquitectónico en el que se desarrolla.

Así mismo Sánchez et al.(2013) se establece que:

Para que el entorno sea accesible para que las personas con Alzheimer se desenvuelvan debe ser: Funcionales y seguros es decir que los residentes con Alzheimer no tengan dificultades para reconocerlos



Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Estáticos y personalizables esto debe permitir que el residente se dé cuenta de cómo va pasando los días, es decir que pueda tener acceso a la visión del exterior y que lo pueda ver como su casa

**Formula:** Arquitectura domestica con accesibilidad para el residente con Alzheimer

Percepción de los residentes con Alzheimer de la residencia como su hogar

### 4.3 Intervención en el centro residencial

#### 4.3.1 Plan individualizado con la persona con demencia

**Razonamiento:** colaboración del residente en su plan individualizado para fomentar la autonomía y la humanización

**Indicador:** Plan individualizado con la colaboración del residente

Fundamentación: En un estudio realizado por Villar, Celdrán, Triado, Vila(2010) se conoció la opinión de los trabajadores respecto a la inclusión de la persona con demencia en el PIAI. Los profesionales contaban a los entrevistadores que tenían amplias dudas sobre la inclusión de las personas en el plan; todas estas dudas giraban en torno a las capacidades cognitivas de las personas que le permitían participar en el plan. Incluir a la persona en el plan es un aspecto humanizador que dota a la persona tanto de autonomía como libertad en elegir su propia vida es por eso por lo que este indicador es esencial para preservar la dignidad de la persona y mejorar su calidad de vida.

Villar , Celdrán, Triado, Vila (2010) resaltan los aspectos positivos que conlleva la inclusión de las personas con demencia en este plan en las entrevistas que hicieron estos autores en la investigación el personal expresa que la inclusión resulta positiva para ellos y para los residentes; tanto porque se respetaría el derecho de los pacientes a decidir como el propio personal sabría conocer los deseos de estos mismos.

En este testimonio presentado por Villar, Celdrán, Triado , Vila (2010, p.53) vemos como para los trabajadores sociales incluir a la persona permite conocer en profundidad al residente así mismo el trabajador social dice *“Si tuviésemos a la persona delante, tal vez*

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

*habría cosas que nos podría responder y tal vez habría cosas que las veríamos en ese mismo momento”*

Se permite con esto que el residente conozca su realidad y como vemos en este testimonio de un profesional de atención directa la persona pueda conocer la influencia de las actividades diarias

Bueno, pues supongo que la persona... sería más consciente de lo que le está pasando, y bueno yo creo que sería positivo para la persona, para ayudar a comprender la enfermedad y para ayudar a haga todo lo que la persona pueda hacer, que no se lo hagamos nosotras las auxiliares, ¿no? Que lo haga la propia persona, el día que no pueda, pues se le hará...evidentemente, ¿no?. Testimonio profesional atención directa Villar F, Celdrán M, Triado C, Vila J (2010, p 53)

Como nos mencionan Villar F, Celdrán M, Triado C, Vila J (2010) teniendo los aspectos positivos que podría conllevar este plan sería que la persona se sienta parte de su vida y que pueda saber que los profesionales le tienen un respeto y que lo valoran como persona

Concluyendo la importancia de este indicador reside en que conociendo al paciente se puede realizar intervenciones individualizadas y nos permitiría conocer otros modos de intervenir Villar F, Celdrán M, Triado C, Vila J (2010) preservando el derecho de autodeterminación de la persona.

**Formula:**

N.º de PIAI por residente con demencia

N.º de residentes que han participado en el PIAI

4.3.2 Profesional de referencia especializado

**Nombre del indicador:** Personal de referencia especializado para el residente con Alzheimer

**Razonamiento:** Los profesionales de referencia son el elemento más importante para el residente este según Martínez (2013) tienen como competencias la comunicación con

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

las personas y generación de una relación de confianza esto en una persona con Alzheimer avanzada resulta clave entender su lenguaje no verbal y aprovechar a crear vínculos emocionales para que el residente reconozca al profesional como algo más que un simple trabajador.

Otra de las tareas del profesional Martínez (2013) es conocer a la persona este conocimiento debe ser obtenido por el profesional desde el momento que ingresa la persona en la residencia. Esto cobra gran importancia con la persona con demencia, debido a que resulta difícil que exprese sus intereses de manera verbal y para intentar conocerlo requiere de tener conocimiento sobre su biografía, el proyecto de vida y el testamento vital.

Este es un buen punto de partida aunque no se debe de olvidar que es la observación del profesional de referencia la que le va a dotar de un conocimiento más emocional de la persona. Como se ha mencionado anteriormente en el indicador de PIA esta es una tarea en el que el profesional cumple un funcionamiento esencial porque es quien mejor conoce a la persona y que va a colaborar para que el residente participe.

Ayuda a los otros profesionales de la intervención a realizar las intervenciones individualizadas y que presten la atención especializada que requiera el residente que se le ha asignado Martínez (2013)

Por parte de la organización en esta tarea debe de dar acceso a los profesionales de referencia en cuestiones sobre la demencia, no hay que olvidar que este es un ámbito del que no tienen suficientes conocimientos los profesionales de atención directa; Al igual que se deben de transmitir conocimientos teóricos los conocimientos prácticos son esenciales. Hay que permitir trasladar el conocimiento teórico al día a día en la residencia.

Para esto se debe de conocer las dificultades que se presentan para los profesionales teniendo en cuenta que el ámbito de las demencias es algo complejo y que cada persona evoluciona y se conoce de una manera diferente Martínez (2013) No solo de apoyo profesional se habla dentro de la organización sino de apoyo emocional que deben recibir los profesionales ya que en el caso de las demencias es difícil, debido a que la

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

persona va a tener un deterioro muy rápido que le producirá la muerte. Es por ello que se brinda apoyo emocional para gestionar momentos difíciles que se presentan en la intervención.

Es interesante para gestionar las emociones realizan un coaching individual y grupal al igual que consultar siempre que se necesite a los comités de ética para tomar decisiones complejas Martínez (2013)

**Formula:** N.º de profesionales de referencia

No residentes con Alzheimer

#### 4.4 Vida cotidiana en el centro residencial

##### 4.4.1 Actividades adaptadas

**Nombre del indicador:** actividades aptadas para todos los residentes incluyendo a las personas con demencia avanzada

**Razonamiento:** Según Martínez(2017) las actividades cotidianas son oportunidades terapéuticas para la mejora de las capacidades de las personas con demencia avanzada; se debe apreciar las actividades espontáneas que surgen del día a día las actividades no pueden ser exclusogenas para otros residentes al contrario deben de permitir a todos los residentes interrelacionarse y participar crear un entorno seguro.

Según Gajardo y Avarena (2016) Existe evidencia de que el impacto de las actividades realizadas fundamentalmente por los terapeutas ocupacionales que son los que mejor conocen las capacidades y limitaciones de las personas con demencia para aprovecharlas y para aumentar su potencial como personas autónomas.

Los beneficios de las actividades pasan por la presencia de síntomas psicológicos y conductuales que impactan en la calidad de vida de la persona con demencia y su entorno; es por ello que no solo la realización de actividades promueve la participación de las personas con Alzheimer y evita la exclusión de en estas mismas en el entorno

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

residencial sino que también permite limitar las intervenciones farmacológicas y ayuda a la potencialización de los aspectos relacionados con la calidad de vida

Se debe destacar en la importancia de lo espontáneo en relación con lo programado, es decir, hay actividades que deben dejar que la interacción entre los residentes surja y que permitan divertirse.

No solo es importante las actividades dentro de la residencia sino que se posibilite las actividades sociales con cercanía al entorno exterior; por ejemplo actividades con niños que no solo divierten a las residencias sin la patología del Alzheimer sino que también es muy beneficioso para las personas con Alzheimer avanzado porque permite tener ese vínculo emocional que muchas veces se opaca por los trastornos conductuales propio de esta enfermedad Martínez (2017)

**Formula: N.º de personas con demencia avanzada**

---

**N actividades adaptadas para todos los residentes**

#### 4.4.2 Espacios compartidos para todos los residentes

**Nombre del indicador:** Espacios para todos los residentes realizando una adaptación especial para las personas con demencia avanzada

**Razonamiento:** el espacio físico influye en el comportamiento, bienestar, en la actividad de la persona y en las interacciones sociales; se debe de crear un ambiente hogareño esto influye también en personas con demencia avanzada. En los últimos años se ha visto reflejado una gran influencia del espacio físico como el tamaño, colores, cantidad de luz...etc. En el bienestar de las personas

Elementos de bienestar arquitectónico en los alojamientos para personas mayores

M.A.Knudstrup Aalborg (2011)

- Localización
- Tipo de edificio
- Tipo de casa

## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

- Áreas comunes
- Accesibilidad
- Diseño interior
- Tecnología
- Colores y luz
- Formas
- Áreas exteriores

De lo que se trata es de que los residentes sientan y sepan que están en su hogar y no es una institución que los limita y que su entorno arquitectónico no les permite sentirse cómodos y con un ambiente seguro; para los residentes sin patologías en demencia es beneficioso sentir que están en su casa, pero sobre todo para las personas con demencia ya que al perder la memoria a largo plazo y haber estado en su hogar durante toda su vida es importante que no tengan un choque al ingresar en la residencia y vean que su entorno no ha cambiado

El modelo de demanda ambiental indica que el bienestar y adaptación de la persona viene determinado por la relación entre el nivel de competencia personal y la demanda ambiental, señalando que a mayor grado de dependencia funcional, mayor es el grado de influencia del ambiente en el bienestar de las personas. Lawton (1982)

Algunos autores citan los elementos fundamentales para que el diseño físico resulte terapéutico y favorezca el bienestar de las personas con demencia el primer elemento que hay que tener en cuenta es conseguir que se creen ambientes hogareños Herranz, Sancho, Yanguas, y Prieto (2011) así como la accesibilidad y el control de los atributos sensoriales

**Formula: N.º elementos arquitectónicos hogareños**

**Espacios institucionales**

#### 4.4.3 Comunicación positiva

**Nombre del indicador:** Comunicación con la persona con demencia para facilitar la toma de decisiones

**Razonamiento:** uno de los elementos más importante entorno a las personas con demencia avanzadas la comunicación que facilita de vital importancia para tomar decisiones en torno a la intervención. La comunicación positiva es esencial dentro de la institución residencial y debe ser conocida por todos los profesionales de atención tanto directa como indirecta

Martínez (2015) propone una serie de pautas para la comunicación positiva que nos permitirá identificar cuando no se esté llevando una buena comunicación con la persona con demencia

- Comunicación desde el conocimiento de la biografía (valores personales, preferencias e historia de vida).
- Identificar los apoyos para la autonomía y tener conocimiento sobre las capacidades de cada persona
- Flexibilidad de las atenciones
- Evitar interacciones negativas apoyando que se utilicen los potenciadores individuales

La comunicación sirve para transmitir comprensión, escucha, facilita la adherencia a las indicaciones y reduce los sentimientos de ira de la persona afectada. Es fundamental recordar que la persona con alzhéimer sigue siendo una persona y como ser humano resulta fundamental que la comunicación se haga real y efectiva

En la comunicación con la persona con alzhéimer es esencial que los profesionales usen el lenguaje no verbal aportando estimulación física y cognitiva a nivel emocional. El profesional en ocasiones no entiende lo que le está expresando la persona con alzhéimer, debido a la pérdida del lenguaje, es por ello fundamental que se permita a la persona con alzhéimer que muestre de manera física lo que quiere o lo que necesita

Formula: Uso del lenguaje no verbal para la comunicación con las personas afectadas

Existencia de protocolos de comunicación para las personas con Alzheimer

## CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

El incremento de la esperanza de vida esto supuso que en la población española hubiera un incremento de personas mayores que alcanzaba el 16,8% de la población en 2004 a este incremento de la esperanza de vida hay que añadirle que la edad es un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, tan solo en España hay 4000 personas que padecen Alzheimer; con el aumento de la esperanza de vida y por lo consiguiente el aumento de las personas con enfermedad de Alzheimer es necesario que los centros públicos como las residencias se preparen para en un futuro tener una tasa muy alta de personas con Alzheimer y puedan no solo se crear formas de atender a las personas que promuevan su autonomía y garantice la autodeterminación sino que también permitan la coordinación entre servicios por ejemplo como las asociaciones o centros de día podrían dotar a la residencia de información del usuario valiosa que sirva para conocer más su historia e incluso su personalidad

- La enfermedad de Alzheimer es progresiva, pasando por una etapa inicial (Fase I) de deterioro cognitivo, siguiendo en una etapa media (fase II) donde se empiezan a notar cambios en la coordinación motora y en el lenguaje posteriormente finaliza con una etapa en que la persona es totalmente dependiente mental y físicamente. Como se puede ver aquí y en el capítulo 2 de este trabajo de fin de grado la enfermedad tiene características muy diferentes según cada etapa es por ello por lo que el personal de atención directa e indirecta tienen que conocer cada fase y más específicamente a la persona porque no en todas las personas la enfermedad pasa con las mismas consecuencias.
- La enfermedad llega a la etapa final donde la persona afectada es totalmente dependiente y es difícil que pueda expresar literalmente sus gustos y preferencias, es por ello por lo que el centro residencial se tiene que adelantar a esto y que para cuando llegue el momento en que se de esta fase en la persona



## Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

los profesionales de atención directa (auxiliares, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta. etc.) conozcan a la persona tan bien que conozcan su historia de vida con sus preferencias, gustos y proyectos de vida para que la intervención que se le aplique a la persona afectada sea totalmente individualizada y tenga como centro a la persona

- Los recursos que se destinan por parte de la administración pública de Castilla y León para las personas con enfermedad de Alzheimer son escasos siendo bastante asistenciales y generalizados a todo tipo de población mayor sin tener en cuenta la patología que puedan tener. Estos recursos se dan por parte del estado que como dice la Confederación Española de Alzheimer se dan a través de políticas que no tienen en cuenta a las personas con Alzheimer, es más este el mayor reclamo de CEAFA y donde se empezaría a ver un cambio a nivel de las intervenciones centradas en la persona es que se elaboren políticas que tengan a la persona y a sus familiares como centro de ella. Empezando por cambiar las políticas estatales iremos consiguiendo un cambio con efecto domino en centros residenciales que mejoren la atención y la calidad de vida de las personas que se encuentran en ellos y estén afectados por esta enfermedad
- Las intervenciones por parte de los centros residenciales en usuarios con enfermedad de Alzheimer deben de iniciarse a partir del modelo de atención centrada en la persona que tiene como eje central a la persona, respeto a su participación y derecho de autodeterminación. La finalidad de usar modos de actuación que tengan como eje central a la persona en centros residenciales es garantizar la accesibilidad y la coordinación interdisciplinaria así como la flexibilidad en los servicios garantizando así que se cumplan con un derecho fundamental como es el respeto a la dignidad y libertad de la persona
- La observación que elabore al principio de este trabajo de fin de grado de las carencias que hay en una residencia de personas mayores han sido cruciales para elaborar los indicadores para la valoración de la atención centrada en la persona porque se ha buscado resolver las carencias a través de los indicadores propuestos y teniendo en cuenta el modelo de atención centrada en la persona

- La ACP es uno de los modelos más penitentes a la hora de realizar las intervenciones con las personas con demencia en los centros residenciales porque en este modelo se considera a la persona por encima de cualquier cosa y se hace una división entre la persona y su enfermedad también se tiene en cuenta a la persona en todos sus aspectos, ofrece una atención personalizada y permite que la persona con demencia participe en las decisiones. Esta consideración de dar la importancia que merece cada persona ofrece beneficios como la reducción de la sedación u otros usos farmacológicos que impiden que la persona pueda tener una vida plena, permite que se disminuyan los trastornos comportamentales y la persona pueda vivir con la mayor calidad posible
- La ACP entiende que la persona con demencia no solo deber ser cuidada desde sus necesidades más básicas, sino que debe tener en cuenta sus necesidades emocionales, sociales y de pertenencia.
- Como se ha podido ver las necesidades emocionales y sociales de las personas mayores no se tienen en cuenta y tan solo la residencia se centra en servicios de objeto físico se puede correr el riesgo de que se estén llevando a cabo prácticas que no solo violen la dignidad e identidad de la persona, sino que también sean deshumanizadoras
- Es fundamental para realizar el Plan Individualizado que no solo se tenga en cuenta el daño neurológico al igual que el daño físico de la persona sino que también se vea prioritario su historia de vida, bibliografía y proyecciones de vida.
- Si se lleva a cabo en los Centros Residenciales una comunicación potenciadora facilitara que las personas con demencia faciliten su participación en la toma de decisiones y permita hacerse ver a los profesionales como un ser individual y único.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arias, W.L (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el cliente. *Av. psicol*, 23(2), 141-148. Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015\\_2/W.Arias.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/W.Arias.pdf)
- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia*. Barcelona: Octaedro, S.L.
- Borges Z, Silva M. H. (2010). Promoción de la esperanza y resiliencia familiar: Prácticas apreciativas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(2), 250-257. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215405011.pdf>
- Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/8d36/dfd85dc5c7fedb836a0555ac3088c027a4b0.pdf>
- Confederación española de Alzheimer. (2019a). *Política de estado de Alzheimer*. Recuperado de <https://www.ceafa.es/es/que-hacemos/politica-de-estado-de-alzheimer>
- Confederación Española de Alzheimer (2019b) Las Asociaciones. Recuperado de <https://www.ceafa.es/es/quienes-somos/asociaciones-alzheimer>
- Conselleria de Bienestar Social. (2002) *Indicadores para la mejora de la atención residencial. Residencias de personas mayores de la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana. Recuperado de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/index/assoc/genval00/19.dir/genval0019.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/genval00/19.dir/genval0019.pdf)
- CIE- 10. (2019). *Enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=82092&cual=0>
- Durante, P. y Hernando, A.L. (1989). Formación de personal y calidad asistencial. *Revista española de geriatría y gerontología*, 24(2), 141-145.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Fernández, E. (2000). *Los equipos asistenciales en las instituciones: Guía teórico práctica de técnicas de análisis transaccional*. Madrid: Narcea Ediciones.

García -Viniegras, C.R. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 1-20. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num2/art1vol8no2.pdf>

González, E. y Domínguez, M.L. (2000) Factores que inciden en la actuación profesional con personas Mayores. *Papeles del psicólogo*, (76), 9-12 <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807603.pdf>

Goikoetxea, M.J., Zurbanobeaskoetxea, L., Mosquera, A., Pablos, B. (2015). *Cuaderno Deusto de derechos humanos: Código ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Hernández, A. (2013) El papel del trabajo social sobre los servicios sociales del futuro análisis prospectivo desde el enfoque apreciativo. *Documentos de Trabajo Social*, (53), 60 – 81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4904239>

Informes en Red. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017, indicadores estadísticos básicos*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

Informes en Red. (2018). *Estadísticas sobre residencias distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>

Kitwood, T. (2003). *Repensant la demència: pels drets de la persona*. España: Eumo editorial.

*Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León*. Boletín Oficial del Estado, Castilla y León, España, 8 de enero de 2011. Núm. 7. pp. 1756 – 1803.

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 15 de diciembre de 2006. núm. 299. pp. 44142 – 44156.*

Martínez, T(2015). *La Atención Centrada en la Persona sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer:* Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/Informesacpgerontologia1.pdf>

Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación.* Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía personal.

Martínez, S. (2000). La participación social y su dimensión educativa en las personas mayores. *Revista interuniversitaria*, (6-7), 191 – 204.

Pérez, M. (2001). Envejecimiento y participación ¿Necesitamos nuevos enfoques?. *Intervención psicosocial*, 10(3), 285 – 294. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76319.pdf>

Pérez, G. (2001). *Acercamientos al sentido de la participación en las residencias públicas de personas mayores.* Madrid: Centro de enseñanza superior Don Bosco.

Prince, M. (2009) *Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report.* Londres, Reino Unido : King 's college London.

Rodríguez Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona.* Madrid: Informes Portal Mayores, nº 16. Recuperado de <https://www.telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2007). el concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 38(4), 21- 36.

Sánchez, A. González, A. Sáez, E. Puente, F. Carretero, N. García, M. Alfonso, R. Robles, R. (2013). *Guía de implantación: el espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: España.

Sánchez, R. (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de alzheimer y otras demencias*. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3389/Gu%C3%ada%20valoraci%C3%B3n%20reglamentaria%20alzheimer.pdf?sequence=1&rd=0031554929283755>

Schalock, R. y Verdugo, M. (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza editorial.

Junta de Castilla y León. (2017). *Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores "En mi casa"*. Recuperado de [http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_)

Trías, E., Cortina, A., Sosa, N.M., Maceiras, M., García, E., Bustamante, J., Llácer, P. (1999). Derechos humanos y calidad de vida. En G. González (coord.), *Derechos humanos: la condición humana en la sociedad tecnológica* (pp. 131- 163). España: Tecnos.

Valls-Pedret, C., Molinuevo, JL., Rami, L. (2010) Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol*, 51(8), 471-80. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/Diagn%C3%83%C2%B3stico-precoz-de-la-enfermedad-de-Alzheimer-fase-prodr%C3%83%C2%B3mica-y-precl%C3%83%C2%ADnica.pdf>

Verdugo, M.A. (2004). *Calidad de vida y calidad de vida familiar*. Recuperado de <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE>

Indicadores para la valoración de la Atención Centrada en la Persona con Alzheimer en Centros Residenciales

[%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Calidad%20de%20vida%20y%20calidad%20de%20vida%20familiar%20-%20Verdugo%20-%20articulo.pdf](#)

Villar, F., Celdrán, M., Triadó, C., Vila, J. (2010). *La Inclusión de la persona con demencia en la elaboración del plan de intervención individualizado: impacto en su calidad de vida y percepción de los profesionales*. Recuperado de [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/010\\_47idi.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/010_47idi.pdf)

Zorrilla, S. (2001). El envejecimiento en el campo interdisciplinario de la bioética. *Acta Bioética*, 7(1), 5 -8. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v7n1/art01.pdf>