

**MADRID**

PALACIO DE LOS DUQUES DE PASTRANA

**24-26 OCTUBRE 2018**



**XIII**  
CONGRESO  
**LARES**

EL MAYOR ENCUENTRO DEL SECTOR SOLIDARIO  
DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

COMPROMETIDOS CON EL

**BUEN HACER**

# COMUNICACIONES ORALES

## **O-001: LA FORMACIÓN EXPERIENCIAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO AL EQUIPO DE PROFESIONALES COMO CLAVE EN LA INTEGRACIÓN DEL MODELO ACP EN LAS ORGANIZACIONES**

D. Avila Duez, S. Diana Jens, J.L. Graus Pina

Redes Cooperativa, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las organizaciones incorporamos el modelo tradicional de formación en el cual, desde un paradigma academicista-ilustrado, se imparten contenidos teóricos a través de plataformas online o presencialmente, asumiendo nuestros profesionales un rol pasivo que no facilita la integración de los aprendizajes en el día a día.

Frente a este modelo, se propone un modelo en el que el objeto de aprendizaje no solo sean la adquisición de contenidos, sino que se aprenda a "hacer y a ser" y en el que se facilite la integración de nuevas formas de trabajar y estar en el trabajo.

### OBJETIVOS

Mostrar los resultados en la incorporación del modelo ACP en las organizaciones a través del modelo de formación y consultoría "foquus".

### METODOLOGIA

A lo largo del último año y medio se ha desarrollado el programa de formación y consultoría "foquus". Mediante una evaluación, se han aplicado diversas metodologías (entrevistas, observaciones, test), para definir un plan de acompañamiento a cada entidad en función de sus necesidades. En la implementación de dicho plan, se han realizado actividades de acompañamiento y consultoría al equipo, formación específica en las áreas detectadas como susceptibles de mejora tras la evaluación y, en su caso, espacios de supervisión organizacional, técnica y/o personal.

### CONCLUSIONES

Se detecta una mejora significativa en la incorporación del modelo AICP en las entidades, así como unos altos niveles de satisfacción en el equipo profesional y de la dirección.

Se concluye la mayor efectividad de esta metodología formativa, frente a la académica tradicional, en la incorporación del cambio en los profesionales y entidades hacia un modelo AICP.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bender, Danielle. **A practical guide to implementing person-centred care education for PSWs in the home, community and long-term care sectors.** Markhan, Ontario. Research Associate Saint Elizabeth
- Bañuelos Romo, Luz Beatriz; Sierra y Acosta, Jorge y Guzman Ibarra, María Virginal. . **La Administración y la Responsabilidad social Empresarial. Recorrido histórico de los modelos educativos.**
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. **La Atención Integral y Centrada en la Persona.**

## **O-002: MÉTODO DE VALIDACIÓN (VF/VALIDATION®): EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVA CON PERSONAS MAYORES DESORIENTADAS INGRESADAS EN UNIDADES DE DEMENCIA**

X. Lorente Guerrero.

Universidad Católica de Murcia (UCAM), Guadalupe, Murcia.

### **INTRODUCCIÓN**

---

El presente estudio analiza las intervenciones cognitivas en el modelo de subsistemas interactivos que reflejarían, respectivamente, las representaciones cognitivas (sistema propositivo) y emocionales (sistema implicativo). En el caso de que el sistema implicativo esté intacto y envíe informaciones al sistema propositivo, éste último, al estar afectado en las demencias, es incapaz de relacionar las emociones con acontecimientos recientes. El Método de Validación (VF/Validation®) proporciona estrategias nuevas de intervención para los profesionales de la atención directa para mejorar su relación interpersonal y la mejora de la calidad de vida del usuario y su familia.

### **OBJETIVOS**

---

- Analizar el Método de Validación (VF/Validation®) como intervención cognitiva en el MACP.
- Evaluar el grado del Método de Validación (VF/Validation®) como intervención cognitiva de acción integral.

### **METODOLOGÍA**

---

En este estudio se analiza únicamente el grado de efecto de las intervenciones cognitivas realizadas a partir del Método de Validación (VF/Validation®) como tratamiento no farmacológico, en personas mayores que participan en Unidades de Demencia con atención en residencias a partir del modelo de consecución de metas de Tyler. Setenta y cinco personas mayores desorientadas con una edad media de 87,57 años (rango de edad entre 75 y 99 años) fueron divididas en etapas de resolución durante 24 semanas, 3 veces por semana, una hora por sesión.

### **CONCLUSIONES**

---

Los resultados muestran que el Método de Validación (VF/Validation®) es uno de los mejores instrumentos en los Modelos de Atención Centrada en la Persona (MACP), que restituye el amor propio de las personas mayores desorientadas a partir de los procesos de comunicación, reducen el estrés profesional en los procesos de acompañamiento profesional y elimina las restricciones químicas y físicas en personas mayores desorientadas en centros residenciales de mayores.

### **BIBLIOGRAFÍA**

---

1. Teasdale JD. Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. Behav Res Ther. 1993 31 (3):339-354.
2. Feil N., de Klerk-Rubin V. The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias. Health Professions Press, 2012.

## **O-003: CUIDAR A NUESTRO PERSONAL ES CUIDAR A NUESTROS MAYORES. EL ARTE DE EXCELENTAR A LA GENTE QUE CUIDA.**

R. Izquierdo García.

Casa de la Iglesia - Diócesis de Salamanca.

### INTRODUCCIÓN

En Lares tenemos un compromiso firme por el cuidado de las personas mayores, especialmente las más vulnerables. El cuidado de nuestros residentes, en todas sus dimensiones, las realizan equipos de profesionales de muchas disciplinas. Sin ellos, no sería posible llevar a cabo los objetivos de ninguna residencia. De una buena gestión del personal dependerá en gran medida la mayor o menor calidad de nuestros servicios. El cuidado de nuestro personal, principalmente por parte de los equipos directivos, gestores y patronatos, repercute directamente en un mejor cuidado de nuestros mayores. Esta comunicación nace de ese convencimiento y de la experiencia que hemos ido desarrollando con los años a través de acciones y propuestas concretas y que quizá pueda ayudar a otros

### OBJETIVOS

1. Mentalizar a equipos directivos, patronatos y gestores de personal de de la relación directa que tiene el cuidado del personal con el cuidado de los mayores
2. Profundizar en un modelo de liderazgo que haga avanzar a nuestros profesionales hacia la excelencia

### METODOLOGÍA

- Partida: preocupación por el tema
- Reflexión transversal desde la ética y los valores
- Propuestas concretas realizadas y evaluadas
- Documentos añadidos: código ético del personal de nuestro centro y montaje de fotos originales

### CONCLUSIONES

Necesitamos avanzar:

1. Del profesional "ejecutor y obediente" al "que busca soluciones y toma decisiones"
2. De la inercia hacia la mediocridad a la excelencia motivada
3. Del trabajo como medio para conseguir una nómina al trabajo como medio para el encuentro y el crecimiento personal
4. Del control y la vigilancia al agradecimiento por el trabajo bien hecho
5. De la potestas a la auctoritas

Que la urgencias de cada día no nos hagan olvidar lo importante...

### BIBLIOGRAFÍA

(Señalo solo algunos):

- A. Cortina, *Ética mínima*, Tecnos 2.000
- JC Bermejo y A. Martínez, *el trabajo en equipo: vivir creativamente el conflicto*. Sal Terrae, Madrid 2.009
- J. Ferrer, *Cambiamos las organizaciones*, Gestión 2.000, Barcelona 2.018
- J. Zittlau, *Ghandi en la empresa*, Planeta Prácticos, Barcelona 2.005
- S. Fowler, *¿por qué motivar a la gente no funciona y qué sí?* Empresa Activa, Navarra 2.016

## **O-004: SMART ASSIST: TELEASISTENCIA AVANZADA E INTEROPERABLE PARA TODOS**

A. Arroyo Hernández<sup>1</sup>, J. Augusto<sup>2</sup>, M. Julian<sup>3</sup>, E. Ochoa Mendoza<sup>4</sup>, C. Capataz<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Fundación TECSOS, Madris; <sup>2</sup> Televes, Santiago de Compostela; <sup>3</sup> Universidad Politécnica de Valencia, Valencia; <sup>4</sup> Fundación Vodafone España, Madrid; <sup>5</sup> Cruz Roja Española, Madrid.

La evolución demográfica supone un reto para el actual modelo de asistencia sociosanitaria, de forma que se pueda garantizar el estado de bienestar actual a largo plazo. Dentro de esta situación, la teleasistencia ha sido un referente en tecnología social, pero no ha evolucionado al mismo ritmo que el resto de tecnologías. Asimismo, la teleasistencia no se diseñó desde la perspectiva de colectivos con diversidad funcional, basándose fundamentalmente en la comunicación oral para prestar el servicio.

**El proyecto Smart Assist es una aproximación innovadora y disruptiva al concepto de teleasistencia a través de la integración de servicios, el uso de sistema de monitorización para la teleasistencia preventiva e inteligente, y el diseño de una solución accesible para diversos perfiles.**

El proyecto Smart Assist se centra en la integración de tecnologías en una sola plataforma, combinando:

- teleasistencia domiciliaria avanzada, basada en IoT con sensores para monitorizar el comportamiento del usuario y su entorno
- teleasistencia móvil fuera del domicilio
- servicios de videoatención para prevenir el deterioro cognitivo
- pulsadores accesibles.

El proyecto se basa en la metodología **Design Thinking**, involucrando al usuario final en el desarrollo y validación de la solución. Por eso, el equipo de trabajo de Smart Assist está formado por expertos en campos complementarios y clave como la tecnología, servicios sociales y accesibilidad.

El proyecto se encuentra en su fase final con **el lanzamiento del piloto, en el que participarán 13 mayores y 12 personas con discapacidad**, además de profesionales y cuidadores. Se validará la solución en entornos reales con distintos perfiles de personas con discapacidad, para los cuales se ha demostrado que un sistema de llamada de emergencia en el hogar e integrado con el exterior puede ser de gran utilidad.

**Líder:** Televes / **Participan:** Universitat Politècnica de Valencia, Fundación Tecnologías Sociales y Fundación Vodafone España / **Colabora:** Cruz Roja Española

**Financiación:** Ministerio de Economía y Competitividad - Retos Colaboración 2016 / Unión Europea – FEDER

### **Bibliografía**

1. T.Brown, Change by Design: How Design Thinking Transforms Organizations and Inspires Innovation, Harper Collins, 2009.
2. Growing the European Silver Economy, Comisión Europea. Febrero 2015.
3. UNE-EN 50134: Sistemas de alarma social. AENOR.
4. <http://www.cruzroja.es/teleasistencia/es/teleasistencia-videoatencion.html>

## **O-005: HUMANIZACION DE LA SALUD Y DE LA ATENCION SANITARIA**

C. Muñoz, L. Steegman, J.C. Bermejo, J.M. Martinez-Galan, M. Villaceros.  
Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid.

### **INTRODUCCIÓN**

Analizar el concepto de humanización de la atención sanitaria y de la salud, bajo qué modelo de atención queremos ser atendidos y establecer relaciones con respecto a trabajadores y profesionales del ámbito de la salud.

### **MÉTODO**

Contestaron 505 personas, 80,2% (40) mujeres, edad media de 47,9 años (DT=13,28), en su mayoría profesionales o trabajadores (69,7%) Más de la mitad pertenecen al ámbito de la salud (62%) con experiencia de 7,7 años (DT=7,47) .

El cuestionario se dividió en 4 apartados; definición del concepto de humanización de la atención sanitaria (derecho, obligación, colaboración y formación), responsabilidad de los ciudadanos (proactividad, participación, corresponsabilidad, valores), de los gestores y profesionales sociosanitarios (comportamiento, capacitación, autocuidado, comunicación) y disposición personal a colaborar en la humanización (toma de decisiones compartida, escucha, respeto, formación, participación en grupos...).

### **CONCLUSIONES**

En esta muestra, para empezar, llama la atención que, el ítem más valorado sea el que hace referencia a la colaboración entre las partes y el menos valorado el que hace referencia a la humanización como derecho del ciudadano (dentro del apartado de definición de humanización). Ya que se trata de muestra poblacional relacionada con un centro proactivo en cuanto a la humanización de la salud, es de esperar que el nivel de concienciación sobre la propia responsabilidad o la responsabilidad compartida, sea elevado.

Este resultado es coherente con la relación directa que existe entre acuerdo con la definición dada a la humanización de la atención sanitaria, la disposición a actuar y la responsabilidad de ciudadanos como gestores.

Respecto a la disposición a actuar, se observa que esta tiene que ver más con permitir a los profesionales hacer su trabajo, escucharlos y respetarlos que con participar en debates o grupos o redes sociales.

También se muestra esta concienciación y disposición en la elección mayoritaria del modelo de atención, en el que se comparte la responsabilidad entre todas las partes implicadas (profesional sanitario, paciente, familiares y otros especialistas).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bermejo J.C., Qué es humanizar la salud, San pablo, Madrid 2003.
- Bermejo J.C. (Ed.), Salud y justicia, PPC, Madrid 2008
- Millán Puelles A., Persona humana y justicia social, Madrid 1973

## **O-006: SOLEDAD, SENTIDO DEL SUFRIMIENTO Y ESPIRITUALIDAD EN UNA MUESTRA DE VOLUNTARIOS ACOMPAÑANDO FINAL DE VIDA Y SOLEDAD**

X. Azcoitia, R. Perez, J.C. Bermejo, M.E. Diego, B. Gonzalez, M. Villacieros.  
*Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid.*

### **INTRODUCCION**

Una red de voluntarios puede detectar y acompañar personas en soledad, pero el acompañamiento precisa de formación y madurez adecuadas a las situaciones que se encuentran.

El objetivo de este estudio fue valorar, entre los voluntarios de la Red de Acompañamiento en Final de Vida y Soledad, el significado que dan a la soledad, el sufrimiento y la espiritualidad, analizando, la relación entre estas variables.

### **METODOLOGIA**

Estudio correlacional; 170 voluntarios de la Red participaron, contestando al cuestionario, 92 voluntarios (12 hombres y 80 mujeres, media de edad 54 años (DT=12,7)).

Se recogieron variables sociodemográficas, sentido del sufrimiento (Escala Humanizar breve), espiritualidad (FACIT-sp-nonillnes) y soledad (Escala SESLA-S). Se realizaron correlaciones de Pearson.

### **CONCLUSIONES**

Se encontró relación entre los distintos tipos de soledad (familiar, social y romántica) con la espiritualidad (fe y significado y paz) y con el sentido del sufrimiento (como carga a sobrellevar, o como oportunidad de cambio).

Cuando la soledad es elevada, se pierden el sentido de significado y paz con la propia vida. En concreto, en la muestra de voluntarios analizada se encontró que, a mayor sentido de significado y paz, se da menor nivel de soledad familiar, social y romántica.

Respecto al sentido que se le otorga al sufrimiento, se observa que ante mayor nivel de soledad familiar, el sentido que se le da al sufrimiento es como carga a sobrellevar en la vida. El sentido del sufrimiento como oportunidad de cambio se observa entre las personas con menos sentimientos de soledad social.

### **BIBLIOGRAFIA**

Cella, D. FACIT-Sp-12-NonIllness: Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas - Bienestar Espiritual, una Versión modificada para personas sanas. *Med Care*. 1998 Sep;36(9):1407-18

Villacieros, M, Bermejo, JC, Hassoun, H. Validación psicométrica de la Escala Humanizar breve (EH-breve) sobre el sentido del sufrimiento. *Journal of Healthcare Quality Research*, 2018, en prensa.

Yárnoz Yaben, S. Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2008, 8, 1, 103-116

Estudio en colaboración con Fundación La Caixa



## **O-007: APERITIVO DEL DÍA DE LA TAPA "TEXTURIZADO": IMPLEMENTACIÓN DE ACP EN LA RESIDENCIA DE MAYORES JESÚS NAZARENO**

P. Asenjo, I. García, F. Acaso, M. Guzmán, M.C. Murillo, J. Ortiz, P. Calero, M.C. Gómez Atienza.

*Residencia Jesús Nazareno y Los Dolores, Madrid.*

### Introducción:

Nos preocupa el bienestar emocional de las personas con demencia y problemas de disfagia, para ello el equipo interdisciplinar y los profesionales de cocina nos pusimos a trabajar en intervenciones destinadas a profundizar en la humanización de estos cuidados.

Tuvimos la idea de hacer partícipes a todas las residentes de una costumbre tan nuestra y tan arraigada como "ir de tapas" o "tomar el aperitivo". Para ello se añadió a su rutina semanal este nuevo espacio pero a través de la adaptación de la textura de los alimentos para personas con problemas de masticación, deglución o disfagia y así conseguir la inclusión de todas las residentes en esta nueva actividad.

### Objetivos:

Aumentar el bienestar emocional de las personas con demencia y problemas de disfagia con intervenciones destinadas a profundizar la humanización de estos cuidados.

Potenciar la inclusión

Fomentar la socialización

Incorporar elementos biográficos de la historia de vida del residente en las tareas de cuidado.

### Metodología:

Se ha seleccionado un conjunto de 5 tapas típicas de Madrid (tortilla de patata, empanada de atún, ensaladilla rusa, aceitunas y paella) para adaptarlas a diferentes texturas acordes a las necesidades de cada persona y servir las en un entorno creado para el disfrute y la socialización como es el día del aperitivo. Se ha adquirido una máquina especial para modificar texturas en los alimentos transformándolos según las necesidades y objetivos.

### Conclusiones:

El equipo interdisciplinar juega un papel decisivo a la hora de adaptar las actividades y conseguir el grado de compromiso de todos los departamentos, incluido cocina, para aumentar la calidad de vida y el bienestar de las personas sea cual sea su patología y sus necesidades básicas.

### Bibliografía:

Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. Daniel A. de Luis, Rocío Aller y Olatz Izaola

Tecnología de alimentos y evolución en los alimentos de textura modificada. Cristina Velasco y Pilar García-Peris. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. HGUGM.

Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia. n4 dic 2008 issn 1984-348X

## **O-008: AICP, UNA EXPERIENCIA DESDE EL VALLE DE LOS PEDROCHES (CORDOBA) HACIA UN NUEVO MODELO**

*M.A. Naranjo Muriel, C. Chamorro Blázquez.*

*F. H. Jesus Nazareno de Hinojosa, Hinojosa del Duque, Córdoba.*

Desde la Residencia Jesús Nazareno de Hinojosa del Duque perteneciente a la Congregación de las Hermanas Franciscanas Hospitalarias de Jesús Nazareno, ubicada en el Valle de los Pedroches (Córdoba) en un entorno rural, queremos compartir nuestra experiencia de implantación del modelo de AICP.

El modelo de AICP lleva implantado desde el año 2014, y ha supuesto una mejora en la atención y en el buen hacer de nuestro trabajo, reconocer la singularidad y unicidad de la persona apoyando su autodeterminación, fijando la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente. Todo ello nos ha llevado a una modificación en la organización, tanto cultural como institucional, orientándonos hacia el empoderamiento del mayor y al incremento de su autonomía.

Cinco hitos han marcado este camino: programa libre de sujeciones, el Consejo de Residentes, reformar el proceso de toma de decisiones (anticipadas y tuteladas), la sala de libre deambulaci3n y el comité familiar.

Atendiendo el derecho de la dignidad y autonomía nos lleva hacia un centro libre de sujeciones. De este trabajo, surge la sala de Libre Deambulaci3n, que permite moverse a los residentes con plena libertad.

Con el Consejo de Residentes hemos dado un paso fundamental en el empoderamiento y la planificaci3n consensuada a todos los niveles, adecuándonos en la medida de lo posible a los gustos y preferencias de los residentes seg3n su proyecto y mapa de vida.

El PAlyV supone un aumento en el derecho a la propia toma de decisiones de la persona, llegando a realizar pactos para conseguir los objetivos propuestos, desarrollar sus deseos y trabajar sus miedos, junto con la figura del profesional de referencia y familia.

Y el Comité Familiar, nos aporta un punto de vista externo e integrador, consiguiendo afianzar la confianza y minimizar los errores.

En definitiva, intentamos encontrar un equilibrio entre las necesidades de las personas y los criterios organizativos a trav3s del consenso. De fondo, un profundo trabajo de investigaci3n por parte de todo el equipo multidisciplinar, usando como referencia a nuestro fundador, el B. Padre Crist3bal de Santa Catalina y por supuesto la inestimable colaboraci3n de nuestros mayores.

## **O-009: TRANSFORMACIÓN DE UNA UNIDAD HACIA LA ACP, A TRAVÉS DE LA OCUPACIÓN CON SIGNIFICADO**

C. Martínez Sánchez.

*Amavir Valdeberbarido, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** Se ha demostrado que el desempeño de ocupaciones con significado posee un impacto positivo en personas mayores institucionalizadas ya que les permite mantener su nivel de independencia, además de aumentar la sensación de control sobre el desempeño de la propia tarea, y mantener su identidad e individualidad.

### **OBJETIVOS:**

- Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de la unidad de día.
- Mejorar y /o mantener el nivel de independencia de las personas usuarias.
- Promover el derecho de autonomía de las personas que acuden a esa unidad.

**METODOLOGÍA:** A partir de las historias de vida, del OPHI-II y el listado de intereses , se obtiene información sobre las ocupaciones significativas de las personas usuarias. Esta información se extrapola al ambiente , creando zonas significativas en las que cada persona puede ejercer su autonomía eligiendo cada día la ocupación con la que desempeñarse en función de sus intereses y necesidades, e independientemente del nivel de independencia conservado ya que el foco de la transformación del recurso se centra en las capacidades conservadas de las personas.

Las zonas significativas creadas han sido: actualidad, labores, artesanía, sensorial, de descanso y jardín.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que las personas usuarias muestran mayor satisfacción respecto al recurso, consideran que el trato es más individualizado y ha mejorado el trato recibido , ya que en todo momento deciden su día a día en la unidad.

**BIBLIOGRAFIA:** Durante, P, Pedro P., (1998). Terapia ocupacional en geriatría, principios y práctica. Editorial Masson. Barcelona.

Martínez T. (2015) La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación.

Oviedo.(Tesis doctoral). Universidad de Oviedo.

Yanguas Lezuan, J.J. (2006)Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Colección Estudio Personas Mayores. Madrid.

**O-010: DENADAT (DEPENDENCIA Y NECESIDADES DE AUXILIAR DE GERIATRÍA)  
UNA HERRAMIENTA VÁLIDA PARA LAS DISTINTAS FORMAS DE ENTENDER LA ATENCIÓN RESIDENCIAL (AGCP, LEAN O MODELOS HOSTELEROS)**

A. Gómez Ordoki.

Lares Euskadi, Donostia.

**Introducción**

DENAdat se proyecta como una herramienta que permite gestionar las necesidades de auxiliar de una manera equilibrada, eficiente y conforme a un determinado conjunto de tareas, directas e indirectas, implícitas en cualquier contexto de atención. Intenta hacerlo, además, desde las dinámicas propias de los procesos de mejora continua.

**Objetivos**

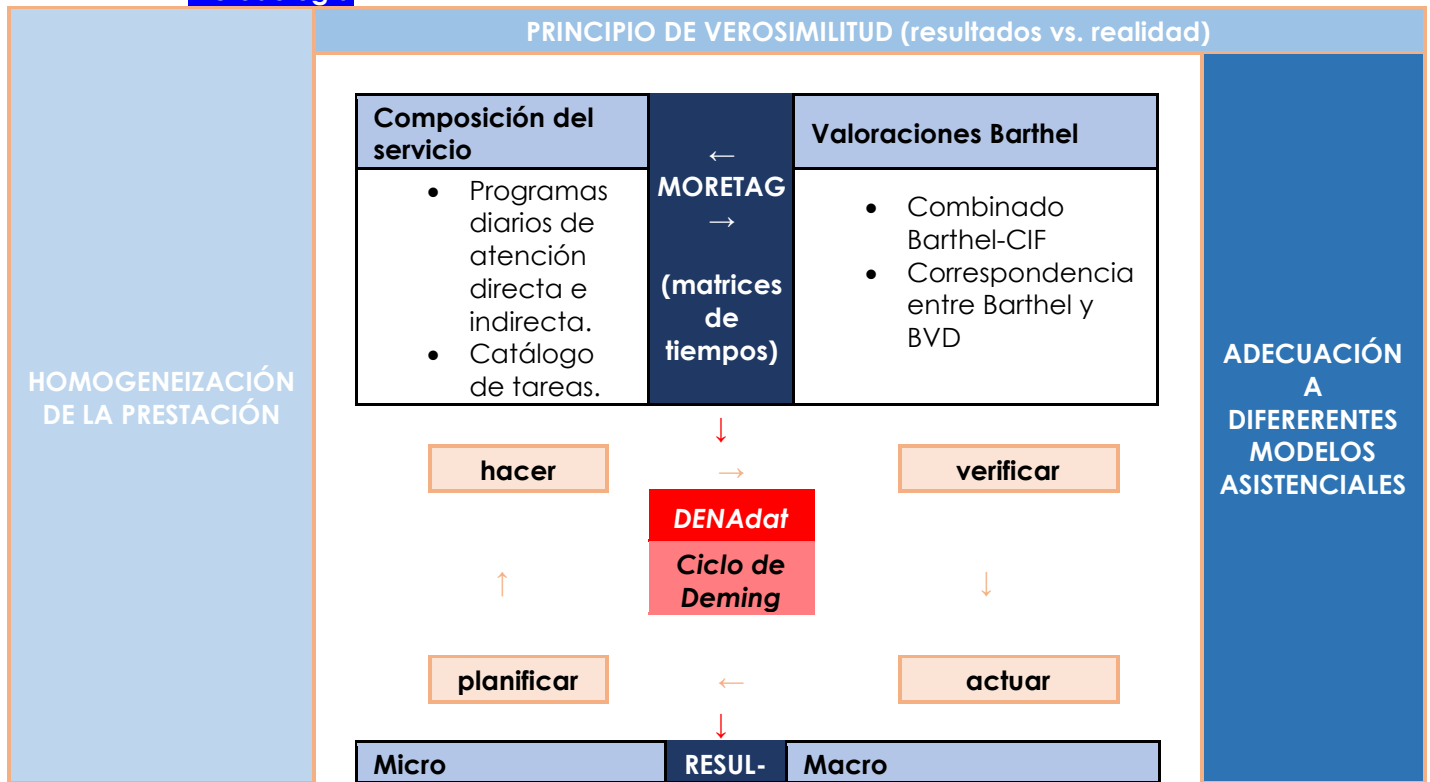
• **Cualitativos:**

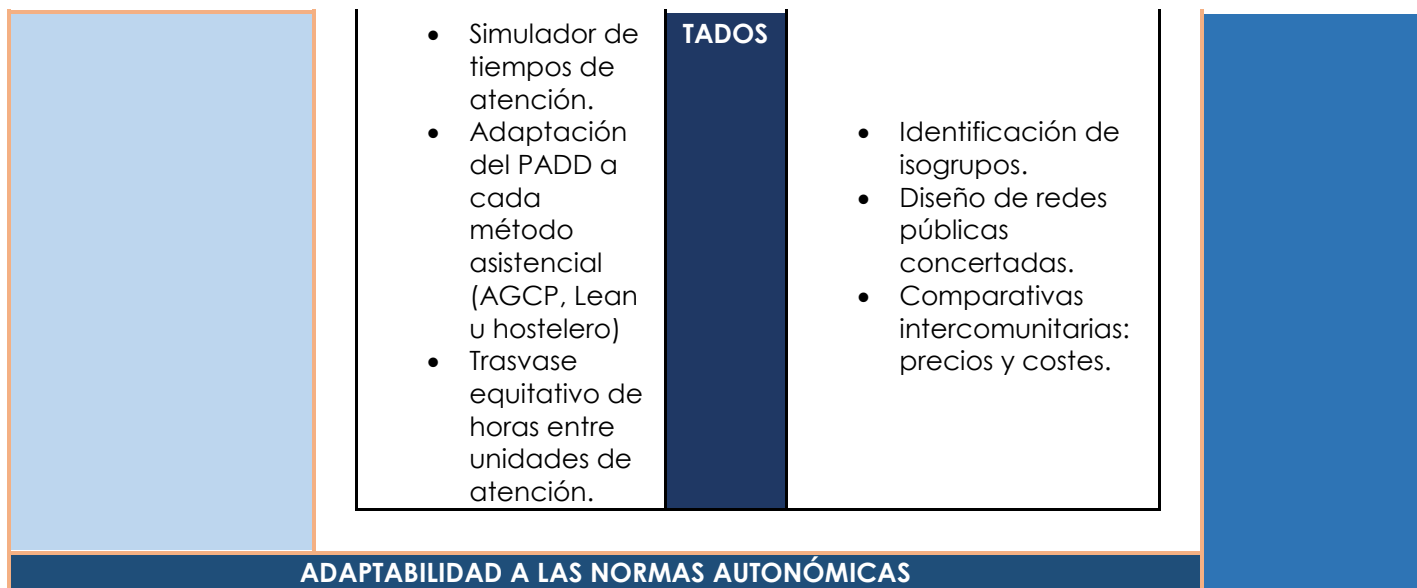
- Gestionar las unidades de atención en función del perfil de dependencia.
- Aplicar un modelo estándar y sistematizado que permita evaluar los servicios y los procesos de trabajo de las organizaciones (benchmarking).

5. **Cuantitativos:**

- Dimensionar y distribuir plantillas de gerocultoras/es desde MORETAG.
- Acordar ratios como consecuencia de la incorporación de perfiles de atención (desarrollo normativo).
- Reducir todas las posibles combinaciones del binomio AVD-dependencia a un número limitado y estadísticamente representativo de grupos homogéneos (isogrupo).

**Metodología**





### **Conclusiones**

• Cualquiera que fuera el enfoque de atención, el tiempo promedio diario de gerocultor/a es igual a la suma de los tiempos medios estandarizados de cada tarea implícita en su perfil de dependencia, independientemente de la secuenciación de las mismas en el PADD.

• **Abandonar la dualidad autonomía-dependencia, como atributos tradicionales para determinar la intensidad de ayuda de tercera persona en las AVD, abre la posibilidad de tipificar perfiles de usuario consecuentes con la evolución asistencial realmente experimentada por el sector.**

### **Bibliografía**

- GÓMEZ ORDOKI, A.: Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado, Zerbitzuan nº65.
- GÓMEZ ORDOKI, A.: MORETAG, Lares Euskadi.

## **O-011: VALORACIÓN DE UN SERVICIO DE ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES (NUTRIASESOR® /NUTRICIA)**

I. López Llorente <sup>1</sup>, O. Gonzalez Albert <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> NUTRICIA SRL, Madrid; <sup>2</sup> NUTRICIA SRL, Valencia.

### **INTRODUCCIÓN:**

El riesgo de desnutrición es alto entre las personas que viven en residencia, variando entre el 30,4%-49,4%. La desnutrición incrementa: discapacidad, caídas, fracturas y hospitalización.

La presencia de un nutricionista optimiza el cuidado, respaldado por las Guías ESPEN / 2018 (alto grado de recomendación y fuerte consenso).

### **OBJETIVOS:**

Conocer opinión y grado de satisfacción de los profesionales de las residencias sobre el Servicio de Asesoramiento Nutricional (NutriAsesor® /Nutricia).

Definir iniciativas que ayuden a consolidar y mejorar el servicio.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Encuesta realizada entre junio-julio 2018 en residencias con NutriAsesor® mínimo 6 meses de antigüedad, autocumplimentada (vía móvil o email con Survey Monkey®), dirigida a gestores y sanitarios. Tamaño muestral 293, tasa de respuesta 47 % (138). Incluidas variables de satisfacción, grado de conocimiento, desempeño profesional, e impacto sobre residente y centro. Constaba de 10 preguntas, 2 variables del centro y perfil del encuestado, 5 en escala de 1 a 5 (muy positivo a muy negativo), 2 preguntas abiertas (aspectos más valorados / líneas de mejora), y valoración global. Análisis descriptivo habitual.

### **RESULTADOS:**

La integración del NutriAsesor® en el equipo multidisciplinar es alta para el 75%; el trato con los residentes es muy bueno (89,1%) y la accesibilidad-disponibilidad es muy positiva (87,6%). El 78,2% califican positivamente el protocolo de actuación frente a la desnutrición y para el 73,2% el NutriAsesor® marca la diferencia frente a otros centros sociosanitarios que no lo poseen. Se valora como muy positivo/positivo la atención personalizada al residente (99%), el impacto en la desnutrición (99%) y en sus complicaciones derivadas (98%). La sensibilización y el soporte en la gestión del desnutrido ha sido valorado positivamente (99%), así como la realización del perfil nutricional que ha sido la mejor valorada. Puntuación global del servicio: 9,1 sobre 10.

### **CONCLUSIONES:**

El reconocimiento y confianza en el Nutriasesor® es muy alta, este tipo de encuestas ayuda a identificar áreas de mejora e incrementa finalmente la calidad de los cuidados que recibe el residente.

Dupuy et al. Indicators of oral nutritional supplements prescription in nursing home residents: A cross-sectional study. Clin Nutr. 2016 Oct;35(5):1047-52.

Guías ESPEN 2018

## **O-012: LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL COMO MÉTODO INNOVADOR EN DEMENCIAS AVANZADAS**

M. Rodríguez Rubio.

Residencia Conde de Aresti, Bilbao.

### **Introducción**

El envejecimiento de la población es una realidad que está aumentando a nivel mundial. El deterioro de las personas que reciben estimulación sensorial es avanzado, por lo que trabajamos con las emociones más básicas y a través de instrucciones sencillas, buscando un aumento del bienestar. La intervención se realiza en una sala creada y adaptada para este tipo de estimulación, denominada "sala snoezelen", donde el objetivo que se persigue es crear un espacio seguro para el residente. El presente artículo pretende reflejar el trabajo real y los casos con los que se ha trabajado, mostrando la evolución respecto a los objetivos marcados.

### **Objetivos**

Mejorar las habilidades y condiciones de vida, facilitar la conexión con el entorno y crear un entorno seguro a través de la estimulación y relajación.

### **Metodología**

Se trata de un estudio mixto de muestra no probabilística conformada por 19 personas. Sesiones grupales de 2 personas, con frecuencia de 2 sesiones semanales y duración de 45 minutos.

Para medir el nivel de conciencia utilizamos la escala de Glasgow y comparamos los resultados del primer y último mes de sesiones.

Indicadores: Respuesta al terapeuta, Respuesta por iniciativa propia, Reacción directa a un estímulo aun siendo incoherente.

Para recoger estos datos se ha utilizado una hoja Excel, se han obtenido medias de cada objetivo y se han comparado los resultados al inicio y final del estudio.

La escala "Lite mini cuestionario" de tipo observacional, es propia y con ella se midió: Relajación, orientación al estímulo y resolución de problemas básicos.

### **Conclusiones**

Con la continuidad de las sesiones hay mejoras leves en el bienestar, aumenta respuesta al terapeuta, iniciativa de Respuesta y la reacción al Estímulo. Todo nos indica que este tipo de intervención favorece el mantenimiento de las capacidades que aún conserva la persona.

### **Bibliografía**

Horowitz, A., & Stuen, C. (2003). Introduction: Aging and the senses. *Generations*, 27(1), 6-7.  
Robbins, R. A., & Norton, E. S. (2011). The effects of Snoezelen intervention: How treatment impacted agitation, depression, and socialization. *LTL Magazine*, 50-53.

# PÓSTERES



## **P-001: INNOVANDO ANTE EL RETO DE LA HIDRATACIÓN**

L. Atarés Rodríguez<sup>1</sup>, C. Marcianes García<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Fundación Lares, Madrid; <sup>2</sup> Nutricia, Madrid.

**INTRODUCCIÓN** Las personas mayores conforman un colectivo de riesgo de sufrir deshidratación, especialmente aquellas institucionalizadas<sup>1</sup>, ésta influye negativamente en su salud, autonomía y calidad de vida, aumenta la mortalidad y el gasto sanitario. Para luchar contra la deshidratación, diseñamos un modelo innovador que ayuda a afrontar en cualquier institución sociosanitaria el reto de una hidratación adecuada (segura, atractiva e individualizada) enmarcado en el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona y en la promoción del Buen Trato.

### **OBJETIVOS**

#### **El modelo busca:**

- Prevenir y detectar precozmente la deshidratación y sus consecuencias en mayores institucionalizados, garantizando también una hidratación segura y adecuada en personas con disfagia a líquidos.
- Empoderar a los profesionales, dotándoles de herramientas eficaces que permitan implementar el modelo con éxito.

### **METODOLOGÍA:**

Tras el estudio de diversas guías<sup>2</sup> y el análisis de protocolos y actividades de centros residenciales, diseñamos un modelo innovador que ayude a la prevención eficaz de la deshidratación, con tres planes de intervención simultáneos (intervención centrada en la persona, adaptación ambiental e intervención con el equipo) y 5 programas sencillos que facilitan la ingesta mínima de líquidos<sup>3</sup>.

### **CONCLUSIONES**

Dado que la deshidratación afecta a un 20-30% de las personas mayores<sup>4</sup>, la implementación del modelo (por su metodología y herramientas) va a conseguir prevenir la deshidratación de forma integral en los centros, mejorar la calidad de vida y reducir las hospitalizaciones y el gasto sanitario sin requerir de inversiones significativas por parte de los centros.

### **BIBLIOGRAFÍA**

[1] Lešnik A, Piko N, Železnik D, Bevc S. **Dehydration of Older Patients in Institutional Care and the Home Environment**. *Res Gerontol Nurs*. 2017 Nov 1;10(6):260-266.

[2] Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. **ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics**. *Clin Nutr*. 2018 Jun 18. pii: S0261-5614(18)30210-3.

[3] Angela Casado Moragón, Elena Garea Herranz, Pedro Gil Gregorio, Norberto Moreno Villajos, Primitivo Ramos Cordero, Jaime Rodríguez Salazar. **SEGG Guía de buena práctica clínica en geriatría. Hidratación y Salud**

[4] Miller HJ. Dehydration in the Older Adult. *J Gerontol Nurs*. 2015 Sep 1;41(9):8-13.

---

## **P-002: BUENA PRÁCTICA: LIBRO DE HISTORIA DE VIDA**

A. García Corts.

Residencia de ancianos San Bartolomé, Marcilla (Navarra).

### **INTRODUCCION**

Una "buena práctica" es un conjunto de acciones que introduce mejoras en las relaciones, los procesos y actividades; orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia.

Hacer valer los derechos de las personas usuarias no puede hacerse sin respetar sus preferencias y sin ofrecerles oportunidades de decisión.

Tras una primera valoración del equipo motor, se decidió poner en marcha la buena práctica de "EL LIBRO DE HISTORIA DE VIDA".

### **OBJETIVOS**

Ilusionar y motivar a los residentes, que el libro de vida fuera solo un instrumento, siendo el objetivo la propia persona y su historia, involucrando a su familia y allegados.

### **METODOLOGÍA**

Trabajo en equipo

"Nunca se podrá hacer buena música si los integrantes de la orquesta no escuchan a sus compañeros"

En principio se eligió a 3 residentes por distintos motivos:

- Alto grado de independencia y autonomía
- Alto grado de independencia y autonomía pero falta de apoyo familiar y recién incorporado
- Dependiente y con alto grado de autonomía

Decidimos buscar un libro de vida tipo que nos ayudara en las conversaciones con los residentes para conocerles mejor basándose en quienes fueron y en el trascurso de su vida y en la actualidad.

Tenía que ser un relato oral narrado por la propia persona en un entorno que facilitara la confianza y una comunicación adecuada.

Se realizaron esas entrevistas buscando un momento de intimidad entre la persona de referencia y el residente.

### **CONCLUSIÓN**

Después de una sesión con la orientadora Lourdes Bermejo, el equipo motor nos dimos cuenta que el libro lo estábamos haciendo como algo cerrado, como una entrevista-conversación, que tampoco habíamos dejado que ellos nos contaran y eligiesen los que querían contarnos.

Aprendimos conceptos equívocos a la hora de realizar el trabajo:

6. Entrevista Vs Conversación
7. Guión Vs charla abierta .

Esto nos hizo plantearnos un cambio de estrategia que estamos llevando a cabo en estos momentos con resultados notablemente mejores.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

Lourdes Bermejo, Guía de Buenas Prácticas...

## **P-003: USO DE LA OZONOTERAPIA EN LAS INFECCIONES DE TRACTO URINARIO EN EL MEDIO RESIDENCIAL**

C. Jiménez Domínguez.

Fundación San Francisco de Paula. Residencia San Diego y San Nicolás., Pozuelo de Alarcón.

### Introducción

La infección de tracto urinario en el medio residencial constituye la patología microbiana más prevalente. Las particularidades de su manifestación en el anciano y el uso inapropiado de antibióticos en las recurrencias han hecho que las bacterias multi-resistentes sean un reto en la búsqueda de nuevas estrategias germicidas.

### Objetivos

Evaluar el uso de la ozonoterapia en las infecciones del tracto urinario dada su potente acción bactericida a través del transitorio estrés oxidativo al que es sometido un microorganismo que carece de enzimas antioxidantes, y, la estimulación que produce del sistema inmunitario de defensa endógena frente al agente infeccioso.

### Metodología

Presentamos una serie de cuatro casos clínicos en los que está implicada una enterobacteria gram negativa (*Escherichia coli*), en tres de ellos productora de beta-lactamasas. Al empleo de antibióticos convencionales según la lectura del antibiograma, con un bajo grado de evidencia de curación (nitrofurantoína), se ha añadido el uso de la ozonoterapia a través de irrigaciones vesicales con agua bidestilada ozonizada y la insuflación de gas durante al menos 10 sesiones de octubre a diciembre de 2017 conforme a la Declaración de Madrid sobre ozonoterapia.

### Conclusiones

Obtuvimos en los cuatro casos al menos la remisión de la sintomatología clínica, desde el segundo ciclo de tratamiento con la irrigación e insuflación vesical de ozono en las mujeres y a partir del quinto ciclo de insuflación uretral en el único varón en el estudio. En tres de ellos obtuvimos un urocultivo negativo dos semanas después de finalizar el tratamiento.

Esta terapéutica coadyuvante no ha presentado en ningún caso efectos adversos en los cuatro pacientes tratados, habiendo evitado la complicación de la enfermedad o el traslado de los mismos al centro hospitalario para el uso de antibióticos propios de aquel medio, con la consiguiente posibilidad de generar nuevas resistencias en los patógenos causantes de la misma. Para avalar estos resultados serían necesarias más investigaciones sistemáticas al respecto.

### Bibliografía

- Schwartz Adriana et al. Manual de Ozonoterapia Clínica, Medizeus 2017.
- Bonforte G et al. Ozone therapy: a potential adjunct approach to lower urinary tract infection? A case series report. *GitalNefrol* 2013 30 (4).

## **P-004: BBPP. "PONTE EN FORMA". ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.**

S. Martínez De Pedro.

Residencia Nuestra Señora de la Soledad y del Carmen, Colmenar Viejo.

### **Introducción**

Los **ámbitos de actuación** en los que se desarrolla la buena práctica son:

- Atención y bienestar al usuario, teniendo en cuenta las dimensiones de calidad de vida de **Schallock y Verdugo**: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, autodeterminación y desarrollo personal.
- Utilización de terapias no farmacológicas
- Atención Centrada en la Persona
- Sensibilización y promoción del **Buen Trato**
- Identificación y erradicación de **estereotipos negativos** asociados a las personas mayores

### **Objetivos**

Estimular y mantener las capacidades cognitivas (lenguaje, cálculo, orientación, funciones ejecutivas, atención) a través de las nuevas tecnologías, para prevenir el deterioro cognitivo.

### **Objetivos específicos**

8. Familiarizarse con el uso de nuevas tecnologías
9. Mejorar calidad de vida
10. Mejorar estado de ánimo
11. Favorecer un autoconcepto positivo y sentimientos de utilidad y autoeficacia
12. Favorecer la participación y la implicación del voluntariado
13. Mantener autonomía
14. Promocionar un estado de bienestar, preventivo de padecer ansiedad y depresión
15. Aumentar y mejorar la comunicación
16. Favorecer el contacto con la comunidad y con el medio en el que se encuentra la residencia
17. Incluir a las familias en las actividades de la residencia de manera activa
18. Fomentar las relaciones sociales y establecer nuevas

### **Metodología**

- Selección de residentes
- Evaluación de los residentes
- Selección del voluntariado
- Formación del voluntariado
- Creación del perfil y plan de trabajo en el programa informático
- Desarrollo de las sesiones, dos días a la semana, sesiones de media hora
- Supervisión de las sesiones
- Grafica de resultados

### **Conclusiones**

- Toma de conciencia de la importancia que tiene la estimulación de las funciones cognitivas
- Sensibilización en el uso de nuevas tecnologías
- Generalización y participación en otras actividades de psicoestimulación
- Fortalecimiento del vínculo con el voluntariado

- Inclusión en la sociedad
- Implicación de la familia en las actividades y el centro
- Sensibilización con el buen trato
- Mayor conocimiento de los estereotipos negativos asociados a la vejez
- Mejora del perfil de calidad de vida

#### **Bibliografía**

<http://www.acpgerontologia.com/>

<http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>

<http://www.acpgerontologia.com/>

<https://www.lourdesbermejo.es/>

<http://www.fundacionpilares.org/>

[http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/index.htm)

<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/SEGG.%20GUIA%20BUEN%20TRATO%20A%20PERSONAS%20MAYORES.pdf>

<http://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-didactica-cuenta-conmigo-cuenta-con-ellos-instituciones>

## **P-005: ESTADO NUTRICIONAL. RELACIÓN ENTRE DESNUTRICION Y OTRAS VARIABLES EN UNA RESIDENCIA**

L. Steegman, L. Iglesias, A. Vivas, R. Leon, J.C. Bermejo, C. Muñoz, M. Villacieros.

*Centro San Camilo, Tres Cantos.*

### **INTRODUCCION**

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. El objetivo de estudio fue describir el estado nutricional de una residencia asistida de 136 plazas y analizar la relación entre desnutrición y variables como la edad, la existencia de determinadas enfermedades (agudas o no) y el tipo de dieta que siguen.

### **METODOLOGIA**

Estudio descriptivo, relacional y transversal, sobre una población de 136 personas. Aceptaron participar en el estudio 113 residentes (25 hombres y 88 mujeres, media de edad 86,68 años).

Se recogieron variables sociodemográficas, presencia de patologías, disfagia, anorexia, dependencia en la alimentación, deterioro cognitivo, estado nutricional, composición corporal, tipo dieta y presencia de tratamiento nutricional.

Se realizaron comparaciones de medias mediante la prueba T de Student para muestras independientes y comparación de proporciones mediante tablas de contingencia y chi cuadrado de Pearson.

### **CONCLUSIONES**

La incidencia de desnutrición en este trabajo no ha sido elevada y la presencia de enfermedades en esta muestra muy diversa (ictus, disfagia, cáncer, EPOC, insuficiencia cardiaca, respiratoria, fibrilación auricular, deterioro cognitivo, diabetes y úlceras por presión). Solo se encontraron 25 casos de desnutrición, por lo que no se pudo encontrar ninguna relación entre la presencia de desnutrición y las enfermedades estudiadas.

Solo se encontró asociación entre desnutrición y deterioro cognitivo moderado o severo; entre las personas del grupo DC moderado o severo había mayor proporción de desnutrición que lo esperado.

### **BIBLIOGRAFIA**

Villaruel, R. M., Formiga, F., Alert, P. D., y Sangra, R. A. (2012). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 139(11), 502-508.

Zekry D., Herrmann FR., Grandjean R., Meynet MP., Michel JP., Gold G., Krause KH. Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Age and Ageing*, 2008; 37: 83-9.

Camina Martín, M., Barrera Ortega, S., Domínguez Rodríguez, L., Couceiro Muiño, C., de Mateo Silleras, B., & Redondo del Río, M. (2012). Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 434-440.

## **P-006: VITALIV: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA Y TELEASISTENCIA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA, NUTRICIÓN Y FARMACIA.**

M. De Gracia Riesco.

Nutrigen Service/Vitaliv, Madrid.

### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años hemos vivido una gran revolución tecnológica que nos ha permitido disfrutar de múltiples servicios médicos de una forma más flexible y accesible desde nuestro domicilio, o residencia.

La revolucionaria startup Vitaliv, reconocida por la Comisión Europea como una de las empresas más innovadoras en Salud Digital, ofrece a sus usuarios en toda España el envío de comidas saludables preparadas junto con su medicación bajo la supervisión de su Médico o Nutricionista ofreciendo una experiencia 100% personalizada.

Vitaliv ofrece sus servicios de acceso al profesional a través del teléfono, video consultas, chat, y monitorizando la salud del paciente.

### **OBJETIVOS**

Implementar un programa de telemedicina y teleasistencia para el tratamiento de pacientes con patologías alimentarias, obesidad, sobrepeso o desnutrición.

Identificar y analizar las barreras y factores de éxito clínicos asociados a estos procesos, así como la eficiencia de las nuevas tecnologías para el control, seguimiento y prevención de problemas de salud nutricionales.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

1. A través de teléfono o video consultas el paciente podrá acceder a un servicio multidisciplinar de especialistas, proporcionándoles una atención sanitaria 100% personalizada.
2. Identificaremos la necesidad del paciente mediante un diagnóstico previo, realizándose posteriormente un estudio personalizado para definir el tratamiento.
3. Recibirá el envío semanal en su domicilio de la medicación pautaada en video consulta.
4. Máximo seguimiento del paciente a través de monitorización de la salud. Contacto constante con el profesional a través del servicio de chat.
5. Bajo demanda se dará de alta en el envío de comidas, supervisadas por un nutricionista, consiguiendo una mejora del estado de salud y de la calidad de vida en personas de edad avanzada.

### **CONCLUSIONES**

La distancia y las principales barreras entre el domicilio del paciente, centros médicos, farmacia etc pueden ser salvadas gracias al uso de la tecnología provocando en el paciente una mayor adherencia al tratamiento y mejor calidad de vida.

La telemedicina junto a la teleasistencia domiciliaria permite que personas con dependencia o movilidad reducida puedan acceder en toda España a nuevos servicios sanitarios más accesibles y personalizados a un precio más competitivo.

## **P-007: DERECHOS Y DEBERES. EMPODERAMIENTO " DEJANDO DE LADO LA UTOPIA, EN BUSCA DE UNA REALIDAD"**

E. Beristain Artetxe.

Nuestra Sra. de La Merced, Soraluze.

### **-Introduccion**

Se plantea un cambio de modelo garante de derechos en el centro residencial de Mayores Nuestra Sra. De La Merced ubicado en Soraluze (Gipuzkoa)

### **2-Objetivos**

- Fomentar la concienciación de la necesidad de promover modelos de atención en donde se garantice la Atención Centrada en la Persona y no en el servicio desde un enfoque basado en los derechos humanos y sus principios básicos participación, responsabilidad, no discriminación, igualdad, empoderamiento y legalidad en un ambiente más convivencial, hogareño y colaborativo que asistencial.

### **3-Metodologia**

Establecidos los objetivos, se iniciaron sesiones formativas y de reflexión en donde quedo latente que un modelo de gestión de cuidados fundamentado en los derechos humanos y en donde la persona es considerada única, requería de la implantación de un modelo dinámico con capacidad de mejora en todas las dimensiones de calidad de vida

### **Valoración capacidad en la toma de decisiones**

A lo largo del proceso surgieron dilemas éticos importantes vinculados a la **capacidad en la toma de decisiones**.

Esto implico incluir criterios más subjetivos que los puramente objetivos (escalas) existentes, ya que la capacidad en la toma de decisiones puede fluctuar dado el perfil de usuarios y su vulnerabilidad.

Tras jornadas reflexivas y de analisis se planificaron acciones periodificadas en base **a la relevancia en el incumplimiento**

### **4-Conclusiones**

La necesidad de implantar mejoras abarca a todas las áreas de gestión, tanto desde el ámbito asistencial, administrativo como infraestructuras. Destacables:

19. Recursos Humanos. Implantación de turnos fijos, logrando una rotación de auxiliar por usuario no superior a 8 personas 24horas/año incluidos periodos vacacionales etc.
20. Persona de Referencia. Elección por parte del usuario quien quiere que sea su referente auxiliar y familiar o allegado, incluso su acompañante profesional en salidas etc..
21. Administrativos. Lectura fácil
22. Etc. Etc..

Durante este inicio de proceso de mejora comienzan ya a ser latentes las mejoras en todas las áreas bio-psico-sociales del usuario lo que nos motiva a ser aun mas ambiciosos en este nuestro proyecto

### **5-Bibliografia**

- Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2005.
- Normativa estatal y autonómica vinculada al sector Residencia
- <http://cartadonostia.com>



## **P-008: LA DIVERSIDAD CULTURAL PROFESIONALES- USUARIOS EN BENEFICIO DE UNA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA "DESARROLLO PERSONAL" DE TODOS.**

E. Beristain Artetxe.

Residencia nuestra Sra. de La Merced, Soraluze.

### **Introduccion**

La diversidad cultural nos ayuda en el crecimiento como personas aprender otras culturas, otros hábitos, otras formas de relacionarse y de ver la vida ... nos enriquece y nos enseña que no todos somos iguales. De esta manera aprenderemos a ser más tolerantes, más abiertos y atentos.

Es por ello que aprovechando la diversidad existente en el entorno residencial entre profesionales-usuarios se plantea dicho proyecto

### **Objetivos**

Fomentar un vínculo especial entre profesionales y usuarios a través del conocimiento de su país originario creando experiencias que fomenten las relaciones en equipo a través de la conexión con su lugar de origen lo que contribuye en definitiva al enriquecimiento de los valores personales.

### **Metodologia**

Implicación de todo el equipo multidisciplinar "Bizi-Kalitatea" (Calidad de vida ) liderado fundamentalmente por el Departamento de Psicología -animación en coordinación con la enfermera responsable del Plan Nutricional de los usuarios y cocina.

#### **• Fases del Proyecto**

- Presentación del proyecto a todos los profesionales
- Reunión y planificación de la exposición y actividades de toda la semana con los profesionales implicados en base a gustos y preferencias generales de los usuarios, adecuación a los horarios (baños, horarios de comidas, etc.) y la alimentación (tolerabilidad, texturas, opción de recetas).
- Difusión de la actividad y puesta en marcha
- Valoración de la actividad por parte de los usuarios y conclusiones
- Acciones de mejora para próximas ediciones

### **Conclusiones**

La actividad ha promovido una mayor conexión entre usuarios y los profesionales implicados, fomentando el interés por todo lo vinculado a su entorno, familia etc...mejorando la comunicación, empatía además del respeto y el enriquecimiento personal que todo ello implica.

Aspectos a destacar:

- Respuestas no verbales de los usuarios durante las actividades (risas, ojos abiertos durante un largo periodo, cantan, ....) independientemente de su deterioro cognitivo.
- El conocimiento que algunos usuarios ya tenían de algunos países.
- No se registran solicitudes de analgesia de rescate, ni WC.

### **Bibliografia**

<http://www.convenciondiscapacidad.es/2018/06/30/aparece-el-iii-volumen-de-los-anales-de-derecho-y-discapacidad/>

## **P-009: ASCENDENTIA, HACIA LA ELIMINACIÓN DE SUJECIONES.**

B. Lacabe Barrachina<sup>1</sup>, L. Crespo Rengel<sup>2</sup>, M.D.M. Marco García<sup>3</sup>, E. Mateo Miranda<sup>2</sup>, M. Martínez Mensat<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Lares Navarra, Pamplona; <sup>2</sup> Residencia San Jose, Valtierra; <sup>3</sup> Residencia San Manuel y San Severino, Tafalla; <sup>4</sup> Real Casa Misericordia, Tudela.

### INTRODUCCIÓN:

Ascendentia trabaja por la eliminación de sujeciones, grupo creado en 2010 por la Asociación de residencias sin ánimo de lucro, Lares Navarra.

El valor principal de Ascendentia, se encuentra en que los miembros que lo componen, pertenecen a diferentes perfiles profesionales y desarrollan su labor diaria, en centros residenciales con características diferentes. La suma de las experiencias reales vividas en estos centros, forman el eje principal del que nace el programa Ascendentia, aplicable en cualquier centro residencial.

### OBJETIVOS:

Los objetivos principales de Ascendentia son:

- SENSIBILIZAR y MOTIVAR a los profesionales.
- Fomentar una NUEVA FILOSOFÍA en el cuidado de las personas.
- Facilitar HERRAMIENTAS para reducir el uso de sujeciones.

### METODOLOGÍA:

Se utiliza metodología empírica, a través del trabajo de campo, visitando a las residencias interesadas en la reducción y/o eliminación del uso de sujeciones, bajo el Programa Ascendentia.

Previamente se realizó una importante revisión bibliográfica para conocer la evolución, tendencias y situación actual de las sujeciones físicas.

En la parte experimental, se utilizan técnicas cualitativas, basadas en entrevistas semiestructuradas a los profesionales de los centros visitados y cuantitativas a través de cuestionario cerrado buscando reporte numérico de la cantidad, tipo, frecuencia de sujeciones y su uso.

### CONCLUSIONES:

El trabajo en equipo y la formación, son necesarias, para que las decisiones tomadas, sean conocidas y puestas en práctica, por todos los profesionales del centro.

Comenzar, por la sujeción más sencilla de retirar, (teniendo en cuenta familiar, residente...), facilitará la retirada y motivará al equipo para seguir trabajando. Para ello, hay que cuantificar y conocer las sujeciones que existen en el centro.

Es imprescindible, no percibir el programa de retirada de sujeciones únicamente como un proyecto que finaliza con la retirada de sujeciones, sino como un cambio de filosofía en los cuidados, en la atención al residente y a su familia.

La empatía, herramienta fundamental en la atención a otra persona, cuida como te gustaría ser cuidado.

### BIBLIOGRAFÍA:

"Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas". SEGG, 2014

"Como eliminar las sujeciones" Fundación cuidados dignos, 2012

"Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer". Ceoma 2005

## P-010: ACOMPÁÑAME A NO ESTAR SOLO

R. Planatgenet-Whyte Pérez, E. Civeira Murillo.

Centro de negocios Puerta Cinegia, Zaragoza.

---

### Introducción

**Seniors en Red** es una asociación que nace en Zaragoza como una entidad sin ánimo de lucro que surge ante la existencia de **necesidades por Soledad**, por lo tanto afectivas, personales, humanas, sociales y relacionales que presentan los **seniors mayores** de nuestro entorno, como consecuencia del creciente envejecimiento de la población, de los cambios en la estructura familiar y social, de un mayor individualismo y del creciente desarraigo familiar.

### Objetivos

El objetivo principal del proyecto de **Seniors en Red** es **apoyar a estos seniors mayores que viven Solos con nuestra red de voluntarios a través acompañamiento presencial y online:**

Así como la **participación digna y activa** de nuestros **seniors mayores** en la sociedad mediante **acciones relacionadas con la amistad**, el **tiempo compartido**, la **comunicación**, y que éstos se sientan **integrados** y **valorados** en todas las etapas de su vida.

### Metodología

Somos una **Red de voluntarios de todas las edades** que se centra en estrategias que promueven la relación, la interacción y el intercambio entre las personas en todo su ciclo de vida. Favorecemos las **relaciones personales e intergeneracionales** con el objetivo de combatir **la soledad** de nuestros **seniors mayores**.

- **Acompañamiento presencial** a **seniors mayores** en su domicilio, centro de día o residencia, y hospitales
- **Acompañamiento online** con actividades de comunicación a través de las tecnologías de la información y redes sociales.
- **Apoyo telefónico** con psicólogos las 24 horas del día

### Conclusiones

En **Seniors en Red** creemos que se puede combatir **la soledad** de nuestros mayores con las siguientes acciones:

23. Vivir **acompañado** es el mejor antídoto contra la soledad.
24. Mantener **relaciones sociales**, cuidar las relaciones con familiares y amigos.
25. Mantenerse **laboralmente activo** durante el mayor tiempo posible.
26. Continuar **aprendiendo** cosas nuevas a lo largo de la vida.

### Bibliografía

Informe de la soledad en España 2015. La Soledad en España. Juan Díez Nicolás y María Morenos Páez.

Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021.

Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?

Joan Gené-Badia,

---

## **P-012: SORALUZE LAGUNKOIA**

### **SORALUZE : “ENTORNO AMIGABLE DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES DE LA RESIDENCIA NUESTRA SRA. DE LA MERCED”**

E. Beristain Artetxe.

*Nuestra Sra. De La Merced Soraluze, Soraluze.*

#### 1. Introduccion

El centro residencial Nuestra Sra. De la Merced en un análisis riguroso realizado segun las dimensiones de calidad de vida y aprovechando a su vez el estudio de necesidades de las personas mayores de Soraluze en mayo del 2015 realizado por una empresa externa del sector y concretamente atendiendo a la Inclusión social y autodeterminación que son las dos dimensiones en las que se centrara se ha impulsado el proyecto que a continuacion expondremos y el cual esta en fase de inicio

#### 2. Objetivos

- Diseñar e implementar campañas específicas para sensibilizar a las personas que trabajan en servicios abiertos al público –servicios de seguridad ciudadana, comercio, transporte público, entidades bancarias, etc.—con el fin de ofrecerles pautas que les ayuden a atender de forma apropiada y amigable a las personas con demencia.
- Impulsar estrategias que promuevan un compromiso comunitario, con el fin de incrementar la concienciación y de construir redes sociales de apoyo

#### 3. Metodologia

Todo lo expuesto y planteado requiere de la colaboración de muchos agentes en donde cada uno desde su prisma, visión, experiencias podrá ir aportando iniciativas e ideas de soporte a la gestión etc...que contribuirán al desarrollo de grandes valores a toda la comunidad y a la mejora de la calidad de vida de nuestros mayores  
Por todo ello se parte de la iniciatica de crear una Comisión “Soraluze Lagunkoia” en la que participen todos los agentes, Asociacion de Comerciantes y Hosteleros, Policia Local, Departamento de Bienestar Social, Brigada Municipal, Residencia Soraluze...en donde se determinen areas de intervencion, ambitos, objetivos y se definan acciones para alcanzar lo establecido.

#### 4. Conclusiones

El municipio de Soraluze a lo largo de la historia ha demostrado ser un municipio muy solidario y con un elevado grado de implicación con todo lo relacionado con el centro Nuestras Señora de La Merced. Esto junto con un censo poblacional inferior a los 4.000 habitantes en una extensión aceptable hace que se dispongan de los factores óptimos para la puesta en marcha de lo planteado.

#### 5. Bibliografia

Estudio de necesidades de las personas mayores de Soraluze en mayo del 2015  
<http://www.cartadonostia.com/files/galeria/files/PresentacionCartaDonostia.pdf>

## **P-013: OBJETIVO 2.0.: PRESERVAR FUNCIÓN COGNITIVA Y CONTROL DE POLIMEDICACIÓN DE NUESTROS MAYORES.**

G. Monton Blasco.

Fundación TAU San Eugenio, Zaragoza.

### **Objetivo 2.0.: Preservar función cognitiva y control de polimedicación de nuestros mayores.**

#### **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento biológico es un proceso que comienza cuando hemos llegado a la culminación de nuestras capacidades físicas, disminuye el rendimiento, y aparece una pérdida de adaptación de los órganos. El aumento de la longevidad(1) se convierte en un logro de la Salud Pública y se acompaña de un incremento en la prevalencia de la morbilidad, sobre todo en las enfermedades crónicas dando como consecuencia un proceso biológico degenerativo(2).

#### **OBJETIVO**

Determinar en ancianos institucionalizados con y sin deterioro cognitivo el consumo de fármacos e identificar las patologías más frecuentes.

#### **METODOLOGIA**

Estudio observacional descriptivo de los residentes. La muestra era del 100% (116 personas) con una edad media de 84,12 años, el 77,6% eran mujeres y un 22,4% hombres.

Variables: Edad, Sexo, Habitabilidad, Estado cognitivo, Downton, Patologías: Depresión, Alzheimer, HTA, Osteoporosis, Artrosis, DM, AC\*FA, Dislipemia, Incontinencia y EPOC. Consumo de fármacos

Análisis de los datos se hizo utilizando el software SPSS versión 25.0. Las variables fueron presentadas mediante la media  $\pm$  DT. Nivel de significación estadística fue  $p \leq 0,05$  y el IC del 95%. Para las variables cualitativas el chi cuadrado.

#### **CONCLUSIONES**

El 77,6% son mujeres, un 49,1% poseen entre 86 o más años, han dado 7 o más fallos en Pfeiffer un 51,7% y con diagnóstico médico de DC un 60,3%, de ellos el 48,3% son mujeres.

El mayor consumo de medicamentos (56,9%) es en mujeres, esto podría corresponderse ya que nuestra población mayoritariamente son mujeres y que presentan más patologías que el varón. Las personas que poseen DC son las que más fármacos consumen (44,0%), aunque no exista relación significativa.

De las patologías estudiadas, el 42,2% de los que tienen HTA tienen DC, seguida de la Artrosis 37,9% y Osteoporosis 32,8%.

Es necesario incluir en los programas de salud de los mayores, una revisión de los medicamentos crónicos.

---

(1)Allan J.(2004). Aging Biology and Geriatric Clinical Pharmacology. Pharmacological Reviews, (56) 163-184

(2)Duran A, et al. Enfermedad crónica en adulto mayor. Universitas Médica. 2010, 51 [Consultado: 5 agosto 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018676003>>

## **P-015: "AYUDANDO A CUIDAR" , EL ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO CON PERSONAS VOLUNTARIAS, UN APOYO EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN NO DESEADA.**

M.D.M. Olmedo Guarnido.

Fundación Albihar, Granada.

### INTRODUCCIÓN

Cada vez hay más personas mayores viviendo solas, alrededor de dos millones; y seis de cada 10 afirman "sentirse solas". Esta es la realidad confirmada a través del Programa de Acompañamiento Domiciliario "AYUDANDO A CUIDAR", que la Fundación Albihar lleva a cabo desde 2003 en Granada. Con una media de edad muy elevada, en torno a los 85 años, el 10% hombres y un 3% de matrimonios; la mayoría mujeres, viudas, con pensiones muy bajas, muchas viven en pisos sin ascensor y sufren varias patologías crónicas.

### OBJETIVO

El objetivo es prevenir la dependencia y promocionar la autonomía personal, el desarrollo psicosocial y la calidad de vida de personas mayores y matrimonios de edad avanzada que viven solos en su domicilio habitual en Granada, en situación de dependencia o con riesgo de desarrollarla y en riesgo de exclusión social por la fragilidad y la soledad no deseada.

### METODOLOGÍA

- Acompañamiento Domiciliario mediante personas voluntarias coordinadas por profesionales
- Elaboración del Plan de Vida Actual Centrado en la Persona
- Valoración neuropsicológica
- Estimulación cognitiva preventiva o rehabilitadora, mediante plataforma de neurorrehabilitación con Tablet o en formato tradicional de lápiz y papel, en el domicilio de la persona mayor con el apoyo de personas voluntarias y familiares, coordinados por profesionales
- Psicoeducación dirigida a personas voluntarias, a familiares y a la persona mayor, sobre el deterioro cognitivo y la demencia
- Pautas de actuación a familiares cuidadores para un mejor manejo de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia
- Facilitar el acceso a la terapia con música autobiográfica "Música para Despertar"

### CONCLUSIONES

Todo ello nos motiva a compartir la necesidad de:

- Visibilizar el problema de la soledad no deseada
- Diferenciar el declinar cognitivo asociado a la edad del deterioro cognitivo ligero prodrómico de demencia
- Estimulación cognitiva preventiva o rehabilitadora para prevenir o ralentizar la aparición de la demencia
- Proporcionar pautas de actuación a los familiares cuidadores para un mejor conocimiento de la demencia y un mejor cuidado con menor desgaste
- La importancia de la narrativa, la biografía y la historia de vida actual, desde la Atención Centrada en la Persona en la soledad no deseada.

## **P-016: EN EQUIPO TU ESTANCIA SERA MÁS FACIL**

L. Crespo Rengel<sup>1</sup>, S. Lopez Jusue<sup>1</sup>, A. Maeztu Zapateria<sup>2</sup>, P. Segura Catalan<sup>2</sup>, C. Zapateria Azcona<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residencia San Jose, Valtierra; <sup>2</sup> Hospital Reina Sofía, Tudela.

Introducción: Según el portal de envejecimiento en red del Cesic unas 350.000 personas viven en Residencias a lo largo de la geografía española. Aproximadamente el 30% de ellas, sufren depresión y/o ansiedad, así lo confirma la Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica SEPG.

Objetivo: Poner en evidencia la estrecha relación entre los pacientes institucionalizados y la depresión. Y las consecuencias físicas y emocionales de las mismas.

Metodología: Revisión bibliográfica de estudios publicados en Scielo, Elsevier y Cochrane.

Conclusión: La depresión en el anciano es cada vez mayor y afecta directamente sobre la calidad de vida del que la sufre. Y como una buena evaluación, un buen diagnóstico y tratamiento disminuye la incidencia. Y ayuda a mejorar la calidad de vida de los residentes y su relación con las instituciones.

Para disminuir la incidencia de la depresión y o ansiedad es fundamental recurrir desde el primer contacto con el anciano a un modelo de atención centrada en la persona, en el que se ve a la familia como agente facilitador, no decisivo ni decididor en la vida del residente, en el que se recopila una historia de vida del residente, que nos aportará información de quién fue, quien es y quien quiere ser, empoderando sus decisiones y a partir de la cual y junto a sus intereses y preferencias se extraerán los datos necesarios para realizar su plan de atención individualizada. No olvidemos la importancia del profesional de referencia del residente, persona encargada de velar por que su plan de vida se siga cumpliendo y que junto al resto de profesionales tomarán un papel de acompañamiento y apoyo durante la institucionalización del mismo, evitando así el antiguo rol directivo, compasivo o autoritario de los profesionales.

Por todo ello es importante el uso de protocolo de acogida, evaluación de los factores de riesgo en el ingreso, programas de atención individualizada, junto con la organización de actividades que rompan la rutina y fomenten la distensión, socialización, aficiones...por parte del equipo interdisciplinar del centro.

Bibliografía: Scielo, Elsevier, Izal.M, Montorio. Adaptación en nuestro medio de la escala de depresión geriátrica Yesavage, Revista Española de geriatría y gerontología

## **P-017: LA RED DE TERAPIAS; PROGRAMA DE TERAPIAS ALTERNATIVAS APLICADAS A LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA**

B. Martín Sanz, L. Martín Padilla.

Centro de Día La Rosaleda, Madrid

### **INTRODUCCIÓN**

El centro de Día La Rosaleda, en su interés por seguir impulsando la promoción de la autonomía personal en las personas mayores, ha implantado el Proyecto de La Red de Terapias; desarrollando unas actividades que mejoran las condiciones físicas y sociales de las personas mayores con alta vulnerabilidad socioeconómica y distintos grados de dependencia.

### **OBJETIVOS**

El objetivo de la Red de Terapias es el aumento de autonomía física, psíquica y social en el proceso de rehabilitación y de acompañamiento vital con terapias alternativas.

### **METODOLOGÍA**

Con la combinación de un conjunto de terapias rehabilitadoras, aplicadas de manera conjunta suponen una metodología innovadora, para potenciar la autonomía de las personas mayores.

Las actividades desarrolladas son:

- **Taller Eco-ambiental**, en el que recuperar conocimientos y generar actividad física y cognitiva.
- Sesiones de **Terapia con Animales** para la recuperación de habilidades sociales perdidas y la estimulación de la interacción del grupo.
- **Taller Intergeneracional**, en el que las personas mayores comparten con jóvenes sus historias de vida y proyectos vitales.
- **Taller de Acuaterapia**, mediante la actividad física dirigida en el agua se busca potenciar un estado de salud holístico.
- **Taller de música/radio**: a través de la música y la creación de un canal de radio, se potencia el desarrollo individual de las personas.

### **CONCLUSIONES**

Con este proyecto se aumenta el grado de autonomía de las personas mayores impactando en su grado de bienestar y obteniendo repercusiones en el desarrollo pleno y no patológico de su vida.

### **BIBLIOGRAFÍA**

SAN JOAQUÍN, M. Z. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano.

Villodre, M. D. M. B. (2013). Prácticas musicales para personas mayores: aprendizaje y terapia.

Allo Olmos, F. (2015). Programa de actividades acuáticas para personas mayores.

Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez, J. J., del Mar Molero, M., & Mercader, I. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico.

Montero, L. P. (2016). Bancos del Tiempo y Huertos Urbanos como herramientas para el Trabajo Social en la intervención gerontológica.

Martínez, G. (2016). Personas mayores y sociabilidad desde la perspectiva intergeneracional.



## **P-018: ¿CUIDAR DE OTRA MANERA ES POSIBLE? SÍ, Y TE LO DEMOSTRARÉ**

C. Sanchez Villegas.

Centro Residencial Joviar, Lleida.

### **Introducción:**

Teniendo en cuenta las limitaciones económicas, legales y culturales del sector, respecto a Europa, es posible llevar a cabo un cambio de cultura con los recursos propios para mejorar la atención de nuestros usuarios, y donde la imaginación puede ser de gran ayuda para llevar a cabo esta actividad.

### **Objetivos:**

El principal objetivo es mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros residentes. Mejorar la motivación y satisfacción de las personas que cuidan, trabajadores, profesionales y/o familiares y como consecuencia, mejora de la calidad de los cuidados. Mejora de la satisfacción de los familiares y, como consecuencia, de la imagen del centro. Dar a conocer nuestra experiencia, con la ilusión de que otros centros se animen a probarlo y así forjar las residencias del futuro, donde la persona es cuidada bajo unos valores de respeto y dignidad.

### **Metodología:**

- Formación específica de todo el equipo
- Realización de protocolo "no sujeciones".
- Actualizar el protocolo de caídas.
- Reestructuración de las salas del centro.
- Realización de un planning de 24 horas del centro y usuarios.
- ACP.
- Cambios en la vigilancia de las salas.
- Modificación del mobiliario.
- Uso de sensores de movimientos.
- Lo que coloquialmente se conoce dentro de la cultura de la movilidad como bajar la cama: es la colocación de tatamis en las habitaciones.
- Uso racional de barandillas.
- Control exhaustivo de la medicación.
- Equipo de trabajo comprometido.

### **Conclusiones/Resultados:**

Los resultados han sido muy positivos, pasamos en 2 años de tener 26 personas con contención a 0.

El impacto de este nuevo modelo en verso las caídas es muy satisfactorio.

Hemos podido observar una menor agitación y agresividad de los residentes con demencia avanzada, una mejora en la deambulación y el equilibrio y una mayor satisfacción de las familias.

Y para terminar con esta conclusión, podemos afirmar que falta mucho camino por recorrer para que cambie la cultura de cuidar sin la necesidad de usar sujeciones, pero nuestra experiencia propia nos ha enseñado que es posible.

<https://www.youtube.com/watch?v=SOIJPVWboE>

## **P-021: REALIDAD VIRTUAL EN MAYORES CON DIFERENTES AFECTACIONES COGNITIVAS EN LA RESIDENCIA CONDE DE ARESTI.**

V. Pajuelo Sobrado.

Residencia Conde de Aresti, Bilbao.

### **Introducción**

La Realidad Virtual (RV) abre las puertas a nuevas experiencias, en las que podemos interactuar con un entorno de tridimensional adaptado con total libertad de movimiento y variabilidad de respuesta. Esto nos provoca experiencias muy intensas y de gran realismo. En el presente estudio piloto, nuestro objetivo es que las personas con y sin demencia reciban estimulación en un entorno de Realidad virtual, para saber hasta qué punto puede influir de manera positiva en la participación activa, concentración y bienestar. La estimulación en RV ha sido bien aceptada entre nuestros residentes, por lo que optamos por incluirla, en nuestro programa de estimulación de manera continuada, como una alternativa más de intervención no farmacológica.

### **Objetivo**

Que las personas con y sin demencia, reciban estimulación en un entorno de Realidad virtual en 3D y 360° participando de manera activa, mejorando la concentración, relajación y que sea beneficioso para su bienestar.

### **Metodología**

Se trata de un estudio piloto de tipo descriptivo, cuya muestra consta de 13 residentes. Las sesiones son individuales, con frecuencia de 2 sesiones semanales por persona, con duración de 25 a 30 minutos. Se registró la información con una hoja de Microsoft Excel, y escala propia de intervalo: 0: nada; a 3: mucho. Para obtención de resultados se compararon medias de las 2 primeras sesiones y de las 2 últimas.

Indicadores: Movimiento, Iniciativa de Movimiento, Diversión, Relajación, Agitación, Concentración.

### **Conclusiones**

La investigación arroja resultados positivos en el movimiento, ya que con el paso de las sesiones aumenta, así como en diversión, relajación y concentración. En agitación los resultados han sido menos concluyentes.

### **Bibliografía**

- Cho, G. H., Hwangbo, G., & Shin, H. S. (2014). The effects of virtual reality-based balance training on balance of the elderly. *Journal of physical therapy science*, 26(4), 615-617.
- Díaz Orueta, U., Climent, G., Cardas Ibáñez, J., Alonso, L., Olmo Osa, J., & Tirapu Ustárriz, J. (2016). Evaluación de la memoria mediante realidad virtual: presente y futuro. *Rev Neurol*, 62(2), 75-84.

## **P-022: HACIA UNA ATENCIÓN MÁS CENTRADA EN LA PERSONA**

A. Gorjón Lizarbe, A. Caballer Nantes.

Residencia de ancianos Fundación Carmen Bellido, Cortes (Navarra).

### **INTRODUCCIÓN:**

La Residencia Carmen Bellido apuesta por la ACP, brindando los cuidados a cada persona, valorando sus decisiones, su voz, creencias, valores y fomentando la promoción del empoderamiento.

Cada persona es diferente, por ello, no tratamos a todos igual. Son seres unitarios, y en cada una de las etapas de la vida, debemos tratarlos en consonancia a sus gustos y preferencias. Como profesionales, nos alejamos de una estandarización de cuidados, dando fin al paternalismo y brindando a cada persona los cuidados elegidos libremente.

### **OBJETIVOS:**

Analizar, como el cuidado centrado en la persona, fomenta el bienestar psicoafectivo, la comunicación y mejora la convivencia.

Implementar, diseñar y planificar nuevas herramientas para aplicar la ACP

### **METODOLOGÍA:**

- Formación del equipo sobre la importancia de la individualización de cuidados, comunicación, cómo transmitir cercanía, desvincular técnicas de trabajo estereotipadas y uniformes.
- Se recogen y registran las preferencias de cada usuario, Identificamos cómo cada usuario quiere ser tratado.

### **Herramientas:**

- a. Creación de " los 10 mandamientos". El usuario/ familiar indica 10 preferencias de cómo quiere ser tratado en aspectos básicos de la vida diaria, creencias y valores, actividades, ocupación del tiempo libre, salidas al exterior...
  - b. Realizamos "el cuaderno de bitácora" que recoge su biografía , información personal, fotos, anécdotas, anotaciones propias, gustos y preferencias...
27. Imprescindible, esfuerzo del personal, cambios organizacionales y compromiso del centro asumiendo responsabilidades.

### **CONCLUSIONES:**

- Mejora la autoestima.
- Mantiene la identidad personal.
- Mejora el bienestar emocional, las relaciones interpersonales entre usuarios y con profesionales.
- Fomenta la comunicación y bienestar psicoafectivo.
- Reminiscencia de su historia de vida fomentando el buen recuerdo de su vida y memoria a largo plazo.
- Los profesionales atienden mejor, entienden su comportamiento, en ocasiones, derivado de su historia de vida.
- Observamos cambios en el bienestar de las personas .

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Rumbo-prieto, Jose María. La Atención Integral y Centrada en la persona, de Pilar Rodríguez – Rodríguez. Ética de los Cuidados. 2017
- Sarabia Cobo CM, de Lorena Quintal P, Pérez Rugosa V, et al. El cuidado centrado en la persona con demencia en la prevención de la agitación...
- Lourdes Bermejo, Guía de Buenas Prácticas...