

PROYECTO

CENTROS/UNIDADES AMIGABLES PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA

ACOMPAÑANTE

PROGRAMA DESATAR

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES – CEOMA



LÍNEA PRIORITARIA - HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA EN UNA RESIDENCIA

Necesidades a las que responde el proyecto

A partir de cierta etapa del proceso de una demencia, y sobre todo cuando aparecen conductas desafiantes, de resistencia a los cuidados, e incluso episodios de agitación, las personas que padecen las enfermedades que causan demencia progresiva pueden requerir ser atendidas en entornos institucionales controlados y con profesionales especializados.

Pero lo cierto es que los centros españoles, salvo dignas excepciones, son deficitarios para acoger de forma humana a las personas que padecen esos procesos, y por tanto no son capaces de proporcionarles una mínima calidad de vida.

Hoy en día se considera como uno de los principales indicadores de calidad de vida en personas con demencia avanzada, la prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales reactivos (SPCD-R) que presentan.

Si las personas con demencia avanzada viven institucionalizadas, lo obligado es que esas personas puedan vivir lo más dignamente en esos centros, dentro de lo posible, y con la mayor calidad alcanzable. Cubrir esa necesidad, de esas personas en especial, es a lo que quiere contribuir nuestro proyecto, pues queremos ayudar a que los centros que acogen a personas con demencias avanzadas, normalmente residencias de ancianos, sean capaces de tener unas condiciones que propicien que esas personas vivan en ellos con una calidad de vida aceptable.

Hoy sabemos, a través de nuestro programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer que la mayoría de las residencias de ancianos de España albergan a un gran número de personas con demencia, hasta llegar a un promedio superior a un 60% de su población total, lo que ya en sí mismo habla de la necesidad social que existe de recurrir a ese tipo de dispositivos cuando las personas con demencia se vuelven difíciles de manejar en los hogares.

También sabemos que la prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales que presentan esas personas institucionalizadas es elevada, y que la mayoría de esos síntomas responden a aspectos ambientales, de entornos, y a aspectos de trato y comprensión por parte de los profesionales asistenciales de las residencias.

Hemos evaluado, in situ, casi 4 centenares de centros en toda la geografía española, y tenemos datos de casi 1.000 centros, datos comunicados, a través de nuestra herramienta “censo de residentes”.

Si calculamos el 60% del total de personas que viven en residencias en España, podemos conocer el número de personas con demencia que sufren un trato inadecuado en entornos inadecuados, al cual solo podríamos restar unos cientos de aquellas entidades que ya llevan unos años trabajando en ser más amigables para las personas con demencia, como son las entidades que han logrado convertir sus centros en centros libres de sujeciones, y que han sido, todos ellos, sometidos a nuestro examen directo para recibir una acreditación.

Existen miles de referencias a que los síntomas psicológicos y conductuales en las personas con demencia empobrecen su calidad de vida, al igual que referencias que hablan de que la reducción de esos síntomas mejora la vida de la persona que sufre demencia, especialmente cuando las intervenciones dominantes son de tipo no farmacológico.

Referencias bibliográficas:

Del propio director de este proyecto:

1. Burgueño, A. Prevención cuaternaria en demencias. Rev. Neurama volumen 2, nº 1, junio 2015; 46-64.
2. Antonio A. Burgueño, Carmen Heras. Centros libres de sujeciones físicas: un estándar de oro de calidad. Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría; Vol 31(3):77-82

De otros:

1. E.R. Beattie; Elaine Fielding; W. He. UNPACKING THE INFLUENCE OF DEMENTIA-RELATED SYMPTOMS ON QUALITY OF LIFE OF NURSING HOME RESIDENTS. *Innovation in Aging*, Volume 1, Issue suppl_1, 1 July 2017, Pages 281–282.
2. De Rooij, Alida HPM et al. “Quality of Life of Residents with Dementia in Long-Term Care Settings in the Netherlands and Belgium: Design of a Longitudinal Comparative Study in Traditional Nursing Homes and Small-Scale Living Facilities.” *BMC Geriatrics* 11 (2011): 20. *PMC*. Web. 27 Jan. 2018.
3. Wang, Pei et al. “Quality of Life and Related Factors of Nursing Home Residents in Singapore.” *Health and Quality of Life Outcomes* 14 (2016): 112. *PMC*. Web. 27 Jan. 2018.
4. Corder, Zachary et al. “Quality of Life in Nursing Home Residents with Advanced Dementia.” *Journal of the American Geriatrics Society* 58.12 (2010): 2394–2400. *PMC*. Web. 27 Jan. 2018.
5. Appelhof B, Bakker C, Van Duinen-van den Ijssel J, C, L, Zwijsen S, A, Smalbrugge M, Verhey F, R, J, de Vugt M, E, Zuidema S, U, Koopmans R, T, C, M, The Determinants of Quality of Life of Nursing Home Residents with Young-Onset Dementia and the Differences between Dementia Subtypes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2017;43:320-329
6. Ettema TP, Droes RM, de Lange J, Mellenberg GJ, Ribbe MW: A review of quality of life instruments used in dementia. *Qual Life Res* 2005;14:675-686.
7. Hurt CS, Banerjee S, Tunnard C, Whitehead DL, Tsolaki M, Mecocci P, Kloszewska I, Soininen H, Vellas B, Lovestone S: Insight, cognition and quality of life in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:331-336.

8. Karlawish JHT, Casarett D, Klocinski J, et al. The relationship between caregivers' global rating of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1066–1070.
9. Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, et al. Quality of life in dementia patients in long term care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15:181–189.
10. Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ, et al. A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18:275–281.
11. Thomas P, Lalloue F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, Belhim J, Clement JP: Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:50-56.
12. Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D. Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med.* 2004;19:1057–1063.

Si bien, existen proyectos para mejorar la calidad de vida, en general, de las personas que viven en residencias, lo cierto es que proyectos enfocados a personas con demencia avanzada y observar sus síntomas psicológicos y conductuales, para decidir qué ajustes ambientales, organizativos, y de conocimientos son necesarios, no conocemos, salvo los que se han desarrollado, y se están desarrollando bajo nuestra tutela, para erradicar las sujeciones.

Lo que se busca con esta iniciativa es ir más allá del desatar, sin dejar de considerar la erradicación de las sujeciones como un estándar de oro básico, proponer a los centros las mejoras que se han ido desarrollando en los procesos desatar, tanto de carácter ambiental como organizativo, y de formación impartida por nosotros mismos.

Resumen del proyecto

Partiendo de la base de que las conductas que más frecuentemente presentan las personas con demencia son señales de que a la persona le ocurre algo, o necesita algo, a modo de un lenguaje, la clave de que un centro responda de forma amigable es que exista una especial capacidad de sus profesionales de comprender esas conductas, y que la organización de las tareas de cuidado se enfoquen a cubrir sus posibles necesidades de una forma empática, así como que las personas puedan estar en el entorno más adecuado.

En este proyecto solo se trabajará con centros que sean libres de sujeciones físicas, o que estén buscando serlo, pues no se puede pretender ser amigable con las personas con demencia y aplicar sujeciones.

..... un centro libre de sujeciones ya es mucho más amigable con las personas con demencia, pero se puede ir más allá

Se notará que un centro o unidad es más amigable con las personas con demencia cuando cumpla con una serie de estándares, organizativos y ambientales y de desempeño asistencial. Los centros más amigables para las personas con demencia son centros en los que se cuenta con:

1. Un equipo de expertos en análisis de conductas en demencias, que lideran la aproximación dominante de respuesta.

2. Profesionales de atención directa que no están quemados en exceso, y que sufren un grado de distress bajo o moderado en su interacción con las personas con demencia.
3. Distintos ambientes/espacios donde las personas pueden estar en distintos momentos del día en función de su estado, etapa del proceso de demencia, necesidades, etc.
4. Con una organización de las tareas de cuidados que tiene en cuenta las características y necesidades de cada persona con demencia.
5. Una incidencia de SPCD reactivos graves baja, porque existen medidas para prevenirlas, y la prevalencia de conductas que se repiten a diario también es menor, ya que existe capacidad de detectarlas de forma oportuna y de desactivarlas.

ETAPAS DEL PROYECTO

Diagnóstico Previo (de dónde venimos)

Será necesario contar con una serie de datos de una serie de variables para, que por un lado sirvan para conocer la realidad actual del centro, y por otro lado sirvan para tomarlos como referencia a la hora de plantear objetivos concretos y medibles, y para poder monitorizar el proceso de transformación del centro, para finalmente comprobar en qué medida se ha convertido en un centro más amigable para las personas con demencia que viven en él.

El equipo asistencial del centro recibirá formación para ser capaz de realizar todas las valoraciones necesarias para el desarrollo del proyecto.

Se encargará a quienes liderarán el proceso de transformación del centro que recaben la información que se explicita a continuación:

- Población con Demencia y tipos de demencia probable.
- Población con Demencia en etapas GDS/FAST 5, 6 y 7.
- Incidencia/prevalencia de SPCD.
- Respuesta dominante ante conductas desafiantes – circuito de respuesta
- Situación ambiental (de entornos) del centro.
- Situación organizativa (y de modelos asistenciales) del centro.
- Conductas más desafiantes para los PAD.
 - ¿qué conductas se comunican?
 - Distress de Gerocultores provocado por las conductas de los residentes
 - Grado de burn-out de los Gerocultores

La metodología a aplicar para ese diagnóstico previo se explicará en el primer encuentro formativo, y la recogida de esos datos se realizará previamente a la primera jornada de formación de los que serán expertos en análisis de conductas.

Visita diagnóstica del equipo técnico del proyecto

Una vez realizada la primera sesión formativa del equipo, los técnicos de este proyecto realizarán una visita al centro para realizar un diagnóstico ambiental y organizativo de las tareas.

Esta acción se realiza en una vista de 6 horas a cada centro, aplicando una metodología de observación directa, revisión documental, y entrevistas con los profesionales, que permiten contrastar lo observado y lo referido.

Acciones para transformar. FORMACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO

Esta formación del equipo técnico de cada centro se realiza en 3 sesiones, cada de una de las cuales consta de 6 horas seguidas intensivas, con los siguientes contenidos:

1. ENCUENTRO FORMATIVO PARA ESTABLECER LAS BASES DEL PROYECTO, Y PUESTA EN MARCHA

A partir de este encuentro formativo se pone en marcha la realización del diagnóstico previo descrito en el apartado anterior, por parte del equipo seleccionado, recibiendo la ayuda necesaria por parte del resto del equipo y de la dirección, y en el plazo de 1 mes.

Los contenidos de este encuentro pueden verse en el [anexo 1](#).

2. FORMACIÓN DEL EQUIPO EN SEGURIDAD FÍSICA Y ENTORNOS PROTÉSICOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Lo primero que se abordará al inicio de la primera jornada de esta formación será el repaso del diagnóstico previo realizado en cada centro, para a continuación comenzar con la formación descrita en el [anexo 2](#).

3. FORMACIÓN DEL EQUIPO EN PREVENCIÓN Y MANEJO DE SPCD RESPONSIVOS/REACTIVOS EN EL AMBITO RESIDENCIAL

Ver los contenidos de esta sesión formativa en el [anexo 3](#).

Los 3 módulos de formación que se describen en los anexos 1, 2, y 3, están planteados para su desarrollo en jornadas formativas intensivas de 6 horas cada una y para cada módulo, y en ellos se utilizará información obtenida del centro a través los propios técnicos del equipo del mismo, para lo cual recibirán instrucciones previas con suficiente antelación.

4. FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA

La interacción continuada de los profesionales de atención directa con las personas con demencia que viven en las residencias les convierte en los profesionales clave para prevenir y manejar las conductas de forma no agresiva, lo que pasa por que reciban una formación especial que les ayude a comprender mejor a las personas objeto de atención, a desarrollar una mayor empatía con ellos, y a no sufrir demasiado estrés, o llegar a quemarse.

Es esencial que existan en los centros profesionales capaces de comprender las conductas como una forma de comunicación, desterrándose la idea de que las conductas son un problema. Los contenidos de esta formación especial son:

- Demencias. – Tipos
- Génesis de los SPCD
- Etapas de la demencia y SPCD
- Análisis de las conductas y de sus significados
- Tratamiento de los SPCD y Trato de las personas con demencia
- Recomendaciones generales de respuesta a las conductas más desafiantes

ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO ELABORADOS PARA ESTE PROYECTO

Desde que se terminen las intervenciones diagnósticas y de formación, si inicia en cada centro su propio plan de mejora para lograr ser más amigables con las personas con demencia que albergan, para lo que contarán con los estándares de desempeño elaborados para este proyecto.

ejes de desarrollo

Los estándares de centros amigables para las personas con demencia son estándares de desempeño, con evidencia científica de que si se cumplen se promueve que las personas con demencia vivan bien en una residencia.

Los estándares van enfocados a medir aspectos descritos en la siguiente lista:

- No sujeciones físicas
- Ambiente
 - Cuidado (protésico y de seguridad)
 - Áreas de estímulos controlados
 - Diferentes ambientes para distintas necesidades (según GDS/FAST y reducción del umbral para el estrés)
 - Posibilidad de Actividad espontánea
 - Áreas/Circuitos de Vagabundeo adecuados
 - Área de tiempo fuera
 - Otros
- Selección de TNF's implementadas (estimulación multisensorial; masaje y tacto; actividad física; placeres básicos; actividades significativas según etapas ..
- Organización de las tareas que tiene en cuenta a la persona (individualización)
 - Orden de levantado y acostado (según GDS/FAST)
 - Individualizar tareas sobre la base de la línea base de funcionamiento de cada residente (cuadro 1)
 - Actividad social para personas en GDS 5
 - Programa de visitas al baño (según patrón individual de eliminación)
 - Programa de acompañamiento a GDS/FAST 6 (y circulación por áreas de actividad espontánea)
 - Programa de paseos para personas que necesitan ayuda para caminar
 - Plan de movilidad para personas no capaces de caminar

- Programa de estimulación sensorial directa individualizado (FAST 7)
- Política de vida nocturna adecuada a necesidades de la persona
- Cuidadores empáticos (capaces de comprender significado de las conductas/ Lenguaje corporal)
 - Formados y entrenados en ABC
 - No quemados en exceso
 - Distress bajo
- No uso de la pauta “si precisa” para fármacos psicotrópicos
- Otros

.....y se darán a conocer al centro cuando se termine la formación inicial del equipo y se hayan realizado todos los “deberes pre”, y estén listos para iniciar el proceso de transformación para llegar a ser más amigable para personas con demencia. El proyecto irá enfocado a cumplir con estos estándares.

VER ALGUNOS DETALLES DE LOS ESTÁNDARES EN ANEXO 5

RESULTADOS

Los resultados esperados son los que resulten de la transformación del centro/unidad, que le convierten en más amigable para las personas con demencia, lo que se podrá comprobar mediante el cumplimiento de los estándares.

Desde que se terminen las intervenciones diagnósticas y de formación, si inicia en cada centro su propio plan para lograr ser más amigables con las personas con demencia que albergan, para lo que contarán con los estándares de desempeño elaborados para este proyecto.

Visita diagnóstica del equipo técnico del proyecto – COMPROBACIÓN DE RESULTADOS

Los centros participantes se someterán a un examen, para comprobar el grado de amigabilidad logrado, lo que se objetivará a través de la observación directa de los técnicos del Programa Desatar y directores del proyecto, así como cuantitativamente a través de las variables descritas en el diagnóstico, que han de haber cambiado, en especial la prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales, y aquellas que se refieren al estado de ánimo de los profesionales de atención directa.

Nota: Un centro puede ser cada vez más amigable con las personas con demencia, lo que convierte a ese afán en una labor sin fin.

Recursos humanos del proyecto externos al centro

Serán miembros del Programa Desatar quienes se encargarán de las visitas de diagnóstico y comprobación y de la formación a impartir, a un precio de 150 € por hora de dedicación, dirigidos por:

- **Antonio Andrés Burgueño Torijano.**- Director Médico del Programa Desatar
- **M. Carmen Heras Escobar.**- Subdirectora del Programa Desatar

Acreditaciones

Una vez que se compruebe el cumplimiento de los estándares, los centros podrán recibir un reconocimiento público por parte de CEOMA, mediante la entrega de un Diploma de Acreditación, semejante al que se les entregó cuando se convirtieron en centros libres de sujeciones.

Los profesionales formados para ser analistas de conductas podrán recibir un reconocimiento público como “expertos”, una vez que demuestren mediante su proyecto para el centro, y mediante su participación en los talleres de aplicación del sistema ABC, que son capaces de entender las conductas de las personas con demencia, y de responder a ellas con aproximaciones psicosociales y ambientales, propiciando así que se evite la excesiva medicación.

Anexo 1

ENCUENTRO FORMATIVO PARA ESTABLECER LA BASES DEL PROYECTO, Y PUESTA EN MARCHA DEL DIAGNÓSTICO

Encuentro conjunto de todos los miembros del equipo multidisciplinar

Objetivo:

Que el equipo tenga las bases para hacer un diagnóstico de partida que permita medir el avance que se realiza hacia ser más amigables para las personas con demencia.

Jornada intensiva (6 horas) con los siguientes contenidos:

1. Explicación del Proyecto y objetivos.
2. Proceso de diagnóstico preliminar
 - a. Objetivos del diagnóstico
 - b. Instrumentos/Metodología de aplicación
3. Principales tipos de Demencia y sus SPCD
4. GDS/FAST. Etapas de la demencia y necesidades
5. Psicofármacos y Sujeciones Químicas
6. Bases para un diagnóstico ambiental
 - a. Entorno protésico y de seguridad
 - i. Diagnóstico de seguridad física pasiva
 - b. Otros aspectos ambientales (estímulos, reminiscencia, etc.)
7. Bases para un diagnóstico organizativo y de actitudes
 - a. Burn-out del PAD
 - b. Conductas Desafiantes y distress del PAD
8. Modelos de Cuidados
 - a. ACP y Demencias
 - b. DCM
9. Modelo de centro/unidad amigable para personas con demencia

Anexo 2

FORMACIÓN DEL EQUIPO EN SEGURIDAD FÍSICA Y ENTORNOS PROTÉSICOS EN UNIDADES PARA PERSONAS CON DEMENCIA

CONTENIDOS:

1. Seguridad física para personas con demencia. Seguridad física pasiva.
2. Trabajo con las caídas, ¿para qué?
3. Políticas asistenciales y seguridad
 - a. *Política de Uso de Sujeciones*
4. Estrategias de prevención de caídas y sus consecuencias en residencias
 - a. *Medidas Especiales de prevención para Personas con demencia*
5. Aspectos éticos y legales de la seguridad
6. Entornos protésicos. - Medidas ambientales y organizativas
 - a. Circuitos de vagabundeo
 - b. Gestión del entorno y ambientes

Anexo 3

FORMACIÓN DEL EQUIPO EN PREVENCIÓN Y MANEJO DE SPCD RESPONSIVOS/REACTIVOS EN EL AMBITO RESIDENCIAL

Como quiera que, la clave para lograr y mantener un centro/unidad amigable para personas con demencia es comprender cómo se generan y modifican los SPCD en personas con demencia, se hace imprescindible un mínimo conocimiento de ello por parte de todos los miembros del equipo.

CONTENIDOS

1. Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD): Fundamentos biológicos, psicológicos y ambientales de los síntomas conductuales.
2. Etapas de las demencias y SPCD. Distintas conductas en distintas etapas.
3. Conductas reactivas. Aplicación Práctica del sistema ABC.
 - a. Elección de Conductas a analizar. - Criterios de elección
 - i. Conductas a Descartar
 - ii. Conductas reactivas de elección
 - b. Registro de la Conducta
 - c. Las conductas y sus significados
 - d. Disparadores. - Elaborando hipótesis sobre el significado de la conducta
 - e. Consecuencias de la conducta no modificada (sesgo de la observación)
 - f. Modificación “no planificada” de la conducta
 - i. Escalada de la Conducta
 - ii. Desescalada de la Conducta
 - iii. Extinción de la Conducta
 - g. ANÁLISIS DE CASOS APORTADOS POR LOS ALUMNOS
4. Pautas generales para manejar los SPCD más desafiantes y frecuentes en las residencias
 - a. Agresividad/ conductas resistivas
 - b. Batalla en el baño
 - c. Conductas durante la comida
 - d. Vagabundeo
5. Prevención de Conductas Reactivas. Medidas ambientales y organizativas
 - a. No hacer nada – tolerancia
 - b. Anticipación a necesidades (también según etapas)
 - c. Posibilidades de actividad espontánea
 - d. Circuitos de vagabundeo
 - e. Gestión del entorno y ambientes
 - f. aproximaciones organizativas
 - i. formación del personal de atención directa
 - g. algunas TNF especialmente útiles

Anexo 4

PROYECTO ECONÓMICO/ PRESUPUESTO

PROYECTO

CENTRO/ UNIDAD MÁS AMIGABLE PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA

ACOMPañAMIENTO

PROGRAMA DESATAR

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES – CEOMA

El acompañamiento consiste en hacerse cargo de la formación diferente contemplada en el proyecto por parte de los técnicos del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA.

La formación se irá facturando cada vez que se finalice una acción formativa, y a razón de 150 € por hora impartida.

Si el centro quiere ser sometido a un examen para demostrar que cumple estándares de más amigable para las personas con demencia, las acciones implícitas serán facturadas por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, con un coste individual para cada centro/unidad. Las facturas se presentarán, para cada caso, una vez realizada la comprobación y recibido el informe preceptivo por CEOMA. Dicho informe de comprobación se remitirá a la entidad junto a la factura. En el caso de que la entidad lo desee y lo organice, CEOMA participará en un acto público de entrega del Diploma de Acreditación, sin coste añadido. Cada comprobación y acreditación, de cada centro, tendrá un coste de 2.500 €.

Anexo 5

Estándares - PAQUETES

PAQUETE 1 - **Nivel 0**: Este paquete constan de un solo estándar, y este es el único que es de resultado y no de proceso, y consiste en que el centro ha de ser un centro libre de sujeciones físicas, con todo lo que implica en cuanto a que un resultado así, significa que en el centro se dan diversos procesos asistenciales especiales para lograr prescindir de esas prácticas. Éste estándar es el estándar de ORO, punto de partida para iniciar el camino hacia un centro más amigable con las personas con demencia avanzada.

PAQUETES 2 Y 3 - **Nivel 1**: En este nivel se encuentran 2 paquetes de estándares, el de “trato” y el de “organización y políticas asistenciales”, que, de cumplirse en su totalidad, sumados al nivel 0, que es obligado en todos los casos, permite que un centro pueda recibir una acreditación básica de “centro especialmente amigable para las personas con demencia avanzada”.

PAQUETE 4 - **Nivel 2**: En este nivel está el paquete de estándares sobre “entornos amigables-protésicos y seguros”

PAQUETE 5 - **Nivel 3**: En este nivel se incluyen estándares extraordinarios, que se consideran así porque se cumplen todos los niveles anteriores, y porque son estándares especiales, con especial impacto en la eficacia de la atención, cuidados y respeto de las personas con demencia que viven en el centro. El paquete se denominará DESTADOS, Y son estándares o grupos de estándares que se destacan aparte de la acreditación general, de modo que se hace constar que el centro obtiene una acreditación y que además cumple algún paquete extraordinario, como puede ser el “uso apropiado de fármacos psicotrópicos” o contar con un comité de ética asistencial, los cuales están claramente asociados a una mayor calidad asistencial y a un mayor respeto de los valores de la persona objeto de atención.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PAQUETES, Y EXPOSICIÓN DE ALGUNOS DE SUS CONTENIDOS

PAQUETE 1:

CENTRO TOTALMENTE LIBRE DE SUJECIONES FÍSICAS. - Centro que promueve la seguridad física pasiva y el riesgo positivo.

PAQUETE 2:

ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS ASISTENCIALES

- Centro con una organización y políticas de cuidados especialmente amigables para las personas con demencia
- Programa de calidad de vida basado en la monitorización de la prevalencia de SPCD reactivos
- Criterios de ubicación en el centro. En salas comunes y plantas de habitaciones
- Figuras organizativas estratégicas para promover un centro especialmente amigable para las personas con demencia
 - Programa de erradicación del elderspeak
 - Programa de gestión de puertas del centro
 - Controlador de estímulos
 - Programa baño sin una batalla
 - Gestor de colas
- Política de vida nocturna y de Uso de sillas de ruedas
- Promoción del movimiento espontáneo
- Salidas al aire libre
- Centro especialmente amigable con los profesionales de atención directa
- Centro dotado de profesionales formados en herramientas clínicas de especial valor para monitorizar y promover la calidad de vida de las personas con demencia
 - GDS/FAST
 - Análisis Funcional de conductas reactivas
 - Valoración del vagabundeo
 - VALORACIÓN de trastornos del sueño
 - Herramientas pronósticas de esperanza de vida y necesidad de cuidados paliativos

PAQUETE 3:

TRATO/ FACILITADORES DEL BUEN TRATO

- Centro en el que los cuidados básicos más complicados se hacen de forma especialmente amigable
- Centro capaz de conocer las necesidades de cada persona con demencia, según la etapa en la que se encuentra
- ACP
- Detección del dolor
- Centro con capacidad de anticiparse y promover cuidados especialmente amigables al final de la vida de las personas con demencia

PAQUETE 4:

ENTORNOS AMIGABLES-PROTÉSICOS

- *Valoración de entornos*
- *Con entornos especialmente amigables y protésicos para las personas con demencia*
- *iluminación/contrastes*
- *ruidos*
- *colores/contrastes*
- *Temperatura*

PAQUETE 5:

PROGRAMAS ESPECIALES/ EXTRAS

Centro con un uso apropiado de fármacos psicotrópicos

Comité de ética asistencial

Programa “encuentro mi habitación”

Programa “Home like” / Household

Programa de salud buco-dental

