

Atención Centrada en las Relaciones Comunitarias

Iñaki Artaza Artabe

Dirección de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación

Departamento de Políticas Sociales

Diputación Foral de Álava



Hablamos de Cuidar



“el cuidado implica afecto, acompañamiento, cercanía, respeto, empatía con la persona a la que hay que cuidar. Una relación que debe ocultar la asimetría que por definición la constituye”

- Cuidar es atender y preocuparse por las necesidades de ayuda de personas en situación de dependencia.
- Hablar de ética del cuidado es atender a aspectos que proporcionen seguridad, tranquilidad, ayuda, compañía y afecto a las personas atendidas.
- La ética del cuidado exige flexibilidad, adaptación a los contextos y actuación desde las circunstancias de cada persona.

Daniel Rueda Estrada. Ética del cuidado dignidad y autonomía en la toma de decisiones. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar. 2021. nº 1: 66-68

Todos los procesos de atención y de cuidados ocurren en el contexto de las relaciones, las relaciones de un individuo con uno mismo y con los demás.



“To be human is to be in relationship with others”

Ser humano es estar en relación con los demás

Erskine, Moursund, & Trautmann, 1999, Beyond empathy: A therapy of contact in relationship. Brunner/Mazel.

Quizás la razón fundamental por la que **siempre estamos reinventando los CLD** es que la atención y los resultados nunca pueden ser óptimos, independientemente de nuestros mejores esfuerzos.

Ante las realidades de la población a la que cuidamos, **¿cómo no querer re-imaginar lo imposible?**

Y así, siempre estaremos nadando río arriba contra una corriente de discapacidad y soledad, queriendo lograr lo que no puede ser plenamente logrado y esforzándonos por **crear un sistema que fusione mejor la ciencia, los cuidados y los recursos.**

JAMDA 23 (2022) 187–189



ELSEVIER

JAMDA

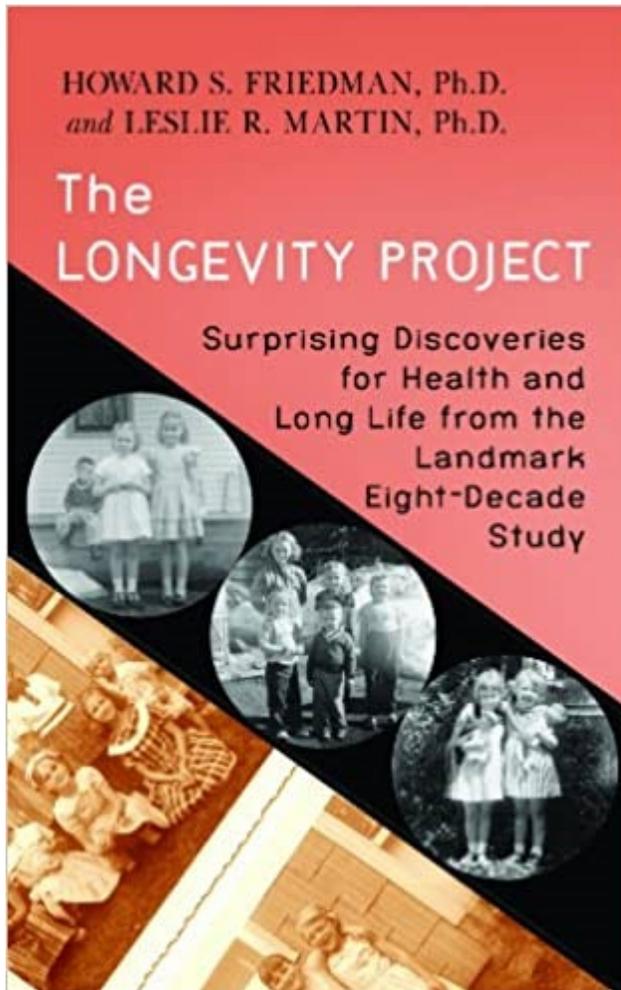
journal homepage: www.jamda.com

Editorial

The Inevitability of Reimagining Long-Term Care

Sheryl Zimmerman PhD ^{a,*}, Matteo Cesari MD, PhD ^{b,c}, Joseph E. Gaugler PhD ^d, Howard Gleckman ^e, David C. Grabowski PhD ^f, Paul R. Katz MD ^g, R. Tamara Konetzka PhD ^h, Katherine S. McGilton RN, PhD ^{i,j}, Vincent Mor PhD ^{k,l}, Debra Saliba MD, PhD ^{m,n,o}, Tetyana P. Shippee PhD ^p, Philip D. Sloane MD, MPH ^q, Robyn I. Stone PhD ^r, Rachel M. Werner MD, PhD ^s





- En 1921, un estudio comenzó a rastrear la vida de 1500 estadounidenses desde la infancia hasta la muerte. Buscaron investigar qué factores aumentaban la longevidad. El hallazgo más significativo fue que las redes sociales sólidas eran lo más importante. La calidad de las conexiones sociales era más significativa que la cantidad.
- Howard Friedman, señala: “Más allá de la cantidad de conexiones y la frecuencia de las interacciones, cuando esas conexiones implicaban ayudar otras personas, acercarse, participar activamente para hacer cosas por los demás, ello era una ventaja adicional a lo que ya era bastante beneficioso en los contactos sociales en sí mismos”.

BMJ Open Associations of participation in community assets with health-related quality of life and healthcare usage: a cross-sectional study of older people in the community

Luke A Munford,¹ Mark Sidaway,^{2,3} Amy Blakemore,² Matt Sutton,¹ Pete Bower²

- Participar activamente en la comunidad y aumentaba la calidad de vida y mejoraba la salud de las personas mayores.
- Las relaciones mejoran la salud

¿De donde partimos?

- La pandemia ha hecho visible un sistema de cuidados **frágil, poco adaptado a las necesidades** actuales de las personas en situación de dependencia, tanto en el modelo de apoyos y atenciones como en la adecuación a las preferencias y deseos de las personas que lo utilizan.

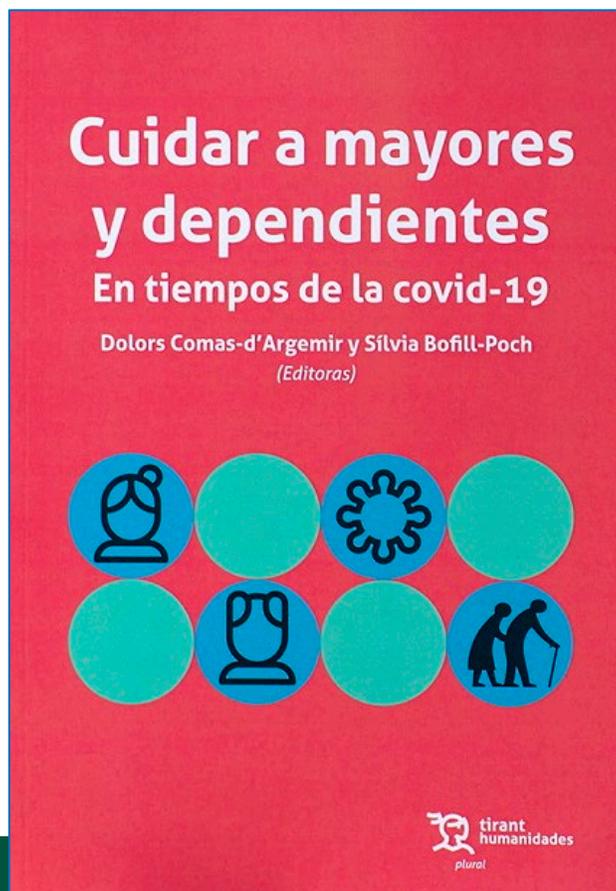
Sancho Castiello M. Martínez Rodríguez T. El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19. Informe España 2021. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Situación actual

- La duración en el tiempo de apoyos y cuidados que las personas necesitan cuando aparece una **situación de dependencia supera los 10 años**, sobre todo en enfermedades del espectro de las demencias.
- La **complejidad que entrañan los cuidados** en personas con importante pérdida de autonomía e independencia durante tanto tiempo hace que sea imprescindible la **intervención conjunta y coordinada** del sistema sanitario y del social.
- La **evolución de las estructuras familiares**, de menor tamaño, pero de mayor número de generaciones, con una dedicación excesiva al sistema productivo desde condiciones laborales inestables y precarias.

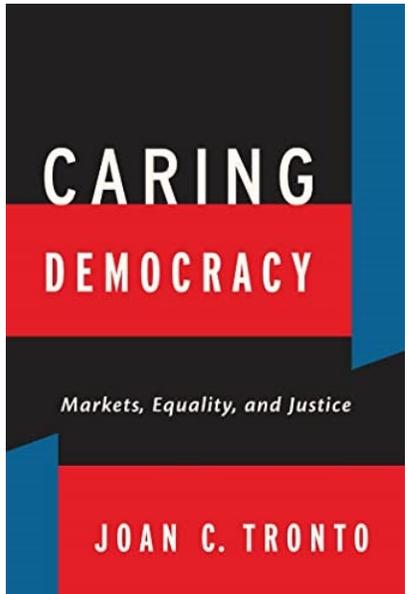
Sancho Castiello M. Martínez Rodríguez T. El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19. Informe España 2021. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Situación actual



- La historia reciente otorga la responsabilidad sobre los cuidados al entorno familiar, que se adscriben “naturalmente” a las **mujeres**. Actividad **invisible**, **no remunerada**, que se desarrolla en el **ámbito doméstico**, en la **intimidad**, **sin reconocimiento social ni laboral**, asociado a los sentimientos y los afectos, mientras que **lo racional y lo público quedaría vinculado a los hombres**. (Dolors Comas 2021)
- Las necesidades del cuidados son dejadas al arbitrio y buena voluntad de **quienes están más cerca**, son **más sensibles** y se hacen **más responsables** de las mismas, porque son **mujeres** (Victoria Camps, 2022)

Situación actual



- La obligación de cuidar se extiende más allá de lo privado y adquiere una dimensión pública. **También las organizaciones y las instituciones, deben ser <<cuidadoras>>**
- Concebir **el cuidado como un valor público** y un conjunto de prácticas públicas, reconociendo, al mismo tiempo que el cuidado es altamente personal y , en este sentido <<privado>>
- Sin una concepción más pública del cuidado es imposible mantener la sociedad democrática.

Tronto, Joan. *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York University Press. 2013.

RESEARCH PAPER

Factors associated with accessing long-term adult social care in people aged 75 and over: a retrospective cohort study

MABLE NAKUBULWA^{1,2,3}, CORNELIA JUNGHANS^{2,4}, VESSELIN NOVOV^{1,2}, CLARE LYONS-AMOS⁴, DERRYN LOVETT^{1,2}, AZEEM MAJEED^{1,2}, PAUL AYLIN^{1,2}, THOMAS WOODCOCK^{1,2}

Factores asociados con necesidad de cuidados

- Edad: los mayores de 85 años eran los que más recibían Cuidados de los Servicios Sociales
- Lugar de residencia: áreas con mayores dificultades socioeconómicas. Pobreza es también un indicador de mala salud
- Estructura familiar: menos apoyos, mayores necesidades
- Salud
 - Presencias de afecciones neurológicas o de salud mental preexistentes.
 - Dos o más derivaciones al servicio de Urgencias
 - Presencia de tres o más condiciones crónicas
 - Fragilidad

Estudio de más de 13000 personas de ≥ 75 años
realizado en Londres durante 2021

Factores asociados con necesidad de cuidados

- Variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo y económico, entorno geográfico),
- Nivel funcional y necesidades de apoyo,
- Oferta de recursos y servicios de proximidad,
- Disponibilidad de cuidado informal,
- Programas de autocuidado disponibles,
- Estilo de vida.

Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study

Andrew Kingston, Adelina Comas-Herrera, Carol Jagger for the MODEM project*

Summary

Background Existing models for forecasting future care needs are limited in the risk factors included and in the assumptions made about incoming cohorts. We estimated the numbers of people aged 65 years or older in England and the years lived in older age requiring care at different intensities between 2015 and 2035 from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model.

Lancet Public Health 2018;
3: e447-55
Published Online
August 30, 2018



Proyecciones a futuro

	Projected numbers (thousands)			Relative change	
	2015	2025	2035	2015-25	2015-35
65-74 years					
Independent	3655 (3644 to 3669)	4493 (4491 to 4530)	5602 (5602 to 5634)	22.9% (22.8 to 23.9)	53.3% (53.3 to 54.6)
Low dependency	1144 (1144 to 1168)	806 (789 to 808)	967 (949 to 969)	-30.0% (-32.0 to -30.0)	-15.0% (-18.0 to -15.0)
Medium dependency	193 (183 to 193)	130 (124 to 133)	98 (96 to 105)	-33.0% (-33.0 to -27.0)	-49.0% (-49.0 to -43.0)
High dependency	284 (281 to 285)	248 (235 to 250)	241 (229 to 246)	-13.0% (-17.0 to -12.0)	-15.0% (-20.0 to -13.0)
75-84 years					
Independent	1591 (1589 to 1605)	2535 (2506 to 2537)	2778 (2768 to 2803)	59.3% (56.2 to 59.6)	74.6% (72.5 to 76.4)
Low dependency	1084 (1077 to 1100)	1213 (1213 to 1251)	1400 (1380 to 1412)	11.9% (11.9 to 15.2)	29.2% (25.7 to 30.0)
Medium dependency	189 (175 to 189)	200 (189 to 202)	171 (167 to 186)	5.7% (5.7 to 11.8)	-9.4% (-9.4 to 2.8)
High dependency	266 (265 to 272)	317 (309 to 325)	378 (371 to 385)	19.3% (15.8 to 21.0)	42.0% (36.6 to 42.7)
≥85 years					
Independent	295 (290 to 297)	360 (357 to 374)	539 (527 to 555)	21.9% (21.9 to 26.3)	82.6% (79.2 to 88.4)
Low dependency	621 (614 to 630)	916 (901 to 920)	1537 (1513 to 1553)	47.6% (43.1 to 48.8)	148.0% (140.0 to 152.0)
Medium dependency	169 (166 to 173)	179 (171 to 185)	293 (282 to 297)	5.9% (-1.1 to 8.7)	72.9% (65.4 to 75.9)
High dependency	233 (229 to 237)	309 (297 to 309)	446 (434 to 446)	32.9% (27.8 to 32.9)	91.8% (87.3 to 94.1)
All ≥65 years					
Independent	5541 (5535 to 5567)	7388 (7370 to 7419)	8918 (8913 to 8967)	33.3% (32.6 to 34.1)	61.0% (60.6 to 62.0)
Low dependency	2849 (2840 to 2882)	2934 (2929 to 2958)	3904 (3861 to 3909)	3.0% (2.1 to 4.1)	37.1% (34.9 to 37.2)
Medium dependency	552 (523 to 552)	509 (491 to 513)	562 (549 to 581)	-7.8% (-9.0 to -3.5)	1.9% (1.9 to 9.6)
High dependency	783 (778 to 790)	875 (846 to 875)	1065 (1040 to 1065)	11.8% (8.0 to 11.8)	36.0% (32.6 to 36.0)

Data in parentheses are range from ten simulations.

Table 2: Projected numbers of people aged 65 years or older in England with dependency

- Si bien la proporción de personas mayores independientes aumentará entre 2015 y 2035, sin embargo, la mejora de la dependencia no se mantiene y una vez que se alcanzan los 85 años de edad o más, su situación es indistinguible de las cohortes anteriores.

	Projected number (thousands)			Relative change	
	2015	2025	2035	2015-25	2015-35
Substantial dependency with dementia					
Dementia alone	51 (51 to 60)	35 (29 to 37)	35 (32 to 38)	-31.1% (-50.5 to -31.1)	-30.5% (-45.1 to -30.5)
1 other disease	116 (108 to 116)	111 (109 to 123)	134 (130 to 142)	-4.6% (-4.6 to 8.8)	15.6% (13.5 to 28.2)
≥2 other diseases	239 (234 to 244)	512 (496 to 512)	732 (718 to 732)	114.2% (104.3 to 115.0)	206.5% (198.9 to 210.8)
Substantial dependency without dementia					
0-1 disease	366 (358 to 369)	144 (139 to 148)	88 (78 to 88)	-60.6% (-61.7 to -58.9)	-76.1% (-78.2 to -75.5)
2 diseases	270 (256 to 270)	191 (185 to 203)	161 (161 to 174)	-29.2% (-30.3 to -22.4)	-40.4% (-40.4 to -32.9)
≥3 diseases	293 (282 to 293)	391 (368 to 392)	477 (468 to 486)	33.4% (28.3 to 35.4)	63.0% (62.8 to 70.3)
Substantial dependency (all)*					
0-1 disease	417 (415 to 426)	179 (171 to 184)	123 (113 to 125)	-57.0% (-59.2 to -55.6)	-70.5% (-73.0 to -70.0)
2 diseases	387 (364 to 387)	302 (301 to 325)	295 (295 to 313)	-21.8% (-21.8 to -13.0)	-23.6% (-23.6 to -15.3)
≥3 diseases	532 (518 to 535)	902 (864 to 902)	1209 (1190 to 1215)	69.8% (65.6 to 69.8)	127.4% (126.6 to 132.2)

Data in parentheses are range from ten simulations. *Dementia is included as a potential disease.

Table 3: Projected numbers of adults in England aged 65 years or older who have substantial (medium or high) dependency with and without dementia and other comorbidities

- En los países occidentales, las proyecciones sugieren que **la incidencia y la prevalencia de la demencia**, aunque han disminuido en las últimas décadas, **aumentarán** debido a una supervivencia más prolongada y a que el número de personas de 85 años y más, se duplicará durante los próximos 20 años.
- Además, en este grupo de edad, también se prevé una **mayor prevalencia de multimorbilidad**,

Proyecciones a futuro

Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study

Andrew Kingston, Adelina Comas-Herrera, Carol Jagger for the MODEM project*

Summary

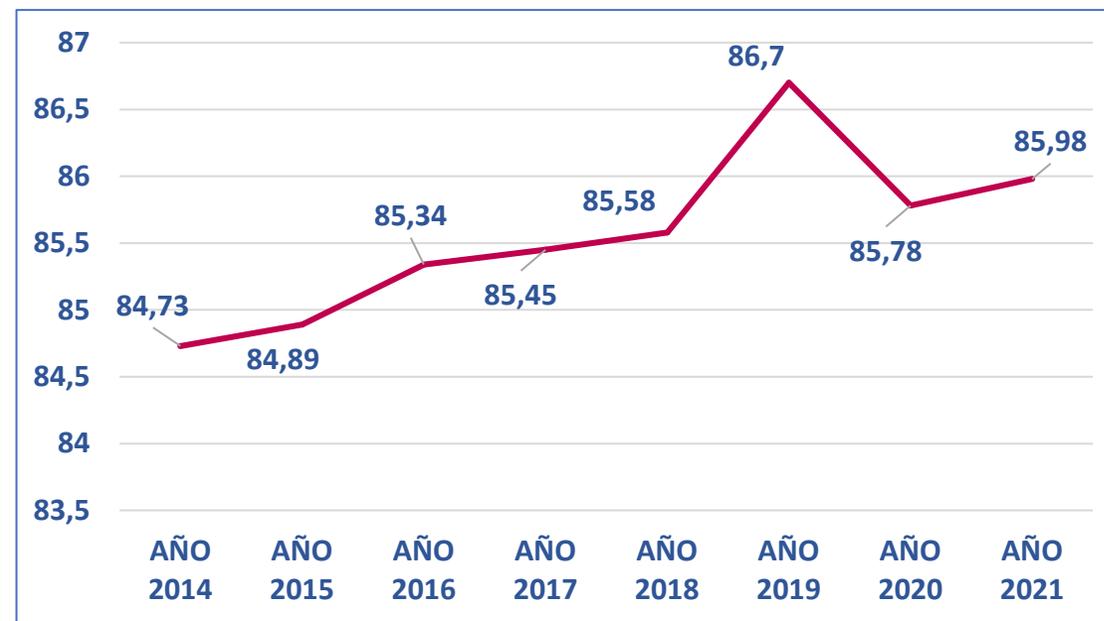
Background Existing models for forecasting future care needs are limited in the risk factors included and in the assumptions made about incoming cohorts. We estimated the numbers of people aged 65 years or older in England and the years lived in older age requiring care at different intensities between 2015 and 2035 from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model.

Lancet Public Health 2018;
3: e647-55
Published Online
August 30 2018



Realidad actual de Álava

- 70.000 personas \geq 65 años. 21% de la población
- Esperanza de vida: 87 años en mujeres y 81 en hombres.
- 12.000 personas tienen reconocido algún grado de dependencia.
- Edad media de los solicitantes de un recurso residencial en 2021: de 85,98 años y desde 2014 va en aumento.
- Edad media de los perceptores de una PEVS a lo largo de 2022 es de 87,88 años (84,74 en los hombres y 89,05 años en las mujeres).
- Además, entre un 70-80% de las personas a las que presta cuidados la DFA en las residencias forales tiene demencia.
- Es decir, ya cuidamos de una población muy mayor, muy dependiente y demenciada.



Edad media de solicitud de recurso residencial en Álava



“Ser cuidado no es un capricho, es una necesidad que se debe garantizar. El cuidado no es solo una cuestión material, es una actitud que implica pensar en las necesidades de los demás. Por eso, tenemos que reconocer su valor y darle centralidad, porque sin él no hay vida”
Dolors Comas

Dolors Comas d'Argemir

Catedrática emérita de Antropología Social de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona)

¿Que hacemos?



- Debemos hacer un Sistema sostenible.
- En el que la responsabilidad sea compartida
 - No solo en el ámbito privado, también responsabilidad pública
 - Compromiso y responsabilidad de los hombres en el cuidado
- En el que se respete la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas. (Domicilio. “Ageing in place”).
- Que proporcione una atención Integrada e Integral.
- En el que exista una adecuada coordinación entre lo sanitario y lo social.
- Que le de importancia a la innovación, a la investigación y a las tecnologías del bienestar (nuevas tecnologías)

Atención centrada en la comunidad

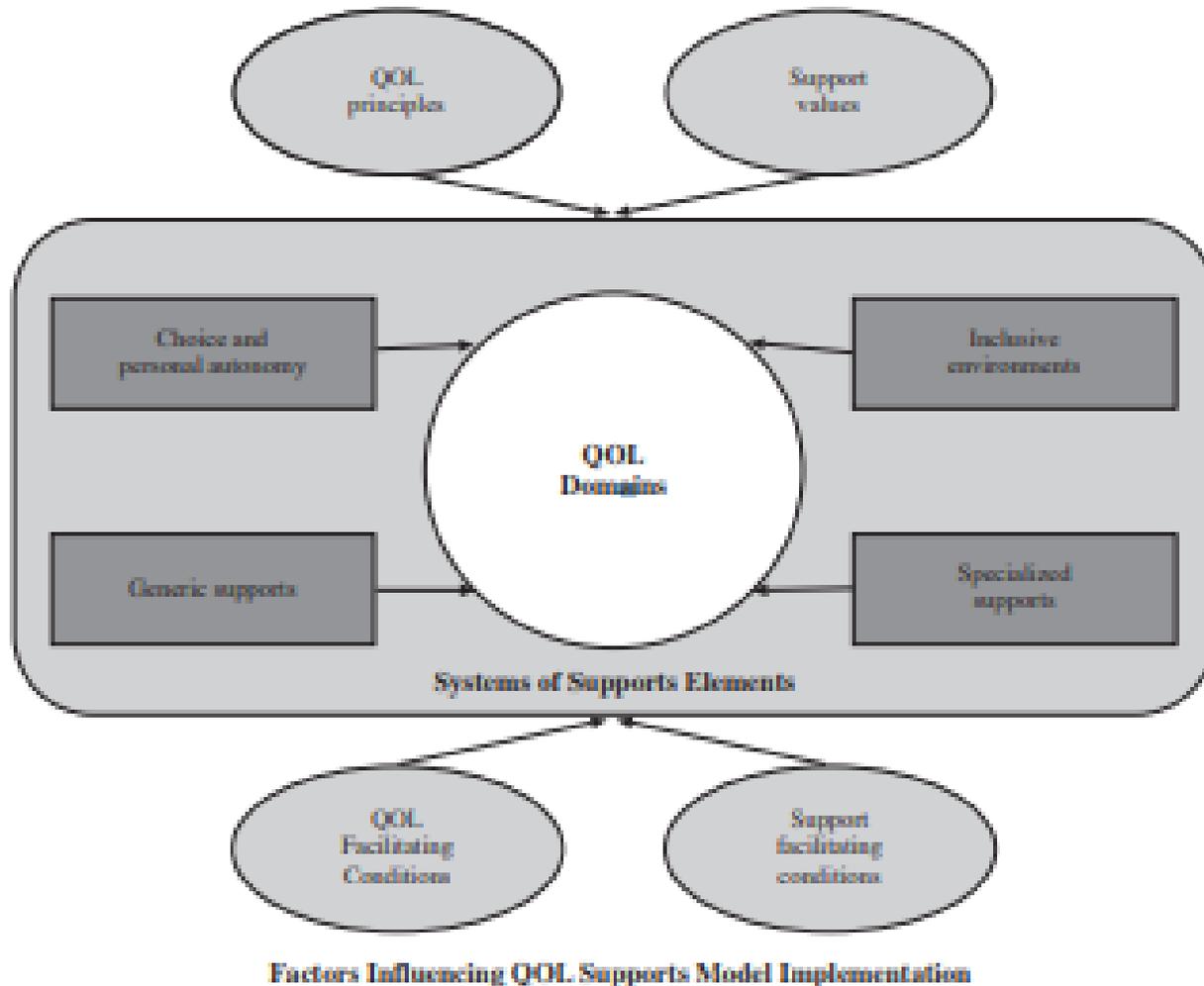
- Un enfoque de atención centrado en la comunidad implica **expandir la atención** fuera de los límites de los hospitales y las residencias **hacia las comunidades**.
- Este modelo incluye servicios sociales y de salud **basados en el hogar y la comunidad** y las asociaciones u organizaciones locales sin fines de lucro.
- **Del modelo residencial al Modelo comunitario (M.A. Verdugo)**
- **CIUDADANIA COMUNITARIA**

Modelo Calidad de vida y Apoyos

- Ambos modelos se fusionan para proporcionar un enfoque holístico e integrado—basado en los derechos, la equidad, la inclusión y la autodeterminación de las personas
- Las organizaciones y las prácticas profesionales se transforman cuando desarrollan **nuevas formas de pensar** e implementan **nuevas políticas y experiencias** relacionadas con su sistema de prestación de servicios



Modelo Calidad de vida y Apoyos



Elementos clave:

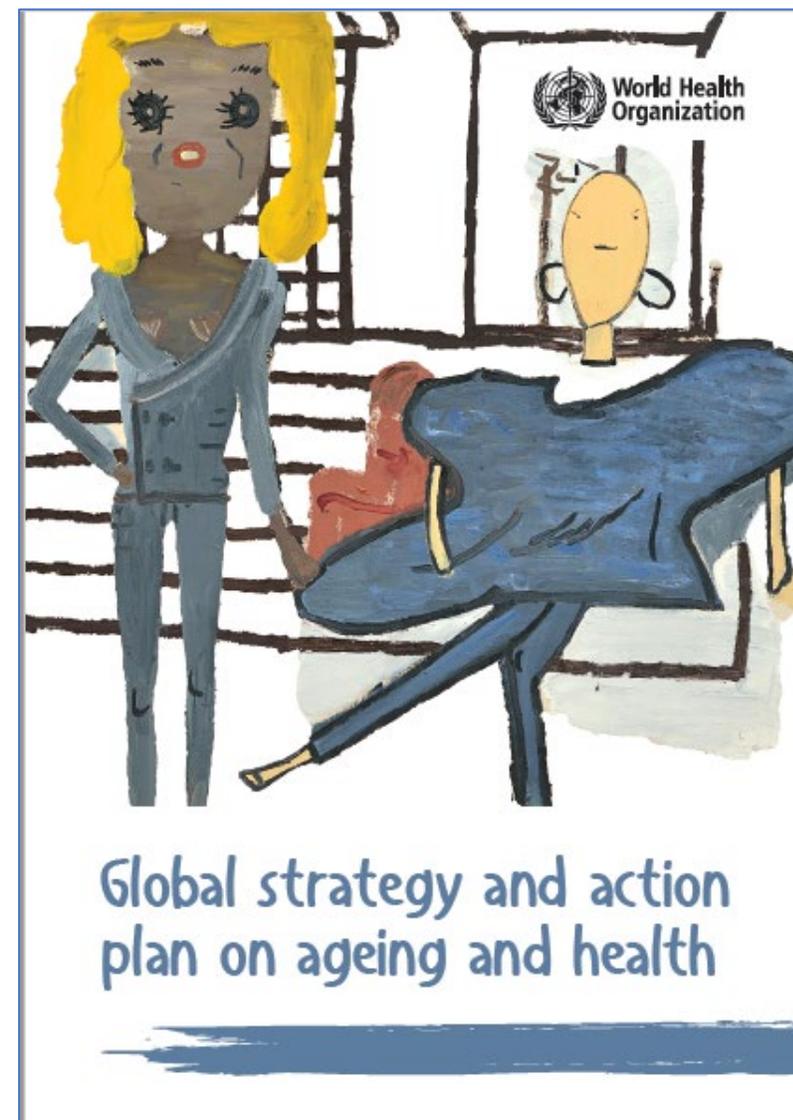
1. **Ambiente inclusivo:** sociedades naturales, familia, o convivir con sistemas próximos
2. **Elección y autonomía personal**
3. **Respuestas de apoyos genéricos**
4. **Respuestas de apoyos específicos.** Importancia de equipos profesionales bien formados

Schalock habla del paradigma de **'ciudadanía compartida'**, una idea de sociedad en la que las personas con discapacidad intelectual disfrutan de derechos plenos y deciden sobre su vida.



Organización Mundial de la Salud 2017

- Objetivo estratégico 1: Compromiso con la acción en **Envejecimiento Saludable** en todos los países
- Objetivo estratégico 2: Desarrollar **entornos adaptados** a las personas mayores
- Objetivo estratégico 3: **Alinear los sistemas de salud con las necesidades** de las poblaciones de mayor edad
- Objetivo estratégico 4: **Desarrollar sistemas sostenibles y equitativos** para el cuidado a largo plazo
- Objetivo estratégico 5: Mejorar **la medición, el seguimiento y la investigación** sobre el envejecimiento saludable



Organización Mundial de la Salud 2022

1. Apoyo y formación para:

- Cuidadores (miembros de la familia, amistades, voluntariado)
- Profesionales del cuidado

2. Evaluación centrada en la persona y planificación de la atención

3. Prevención y gestión de la disminución de la capacidad intrínseca

4. Optimización de la capacidad funcional

5. Intervenciones más enfocadas:

- Detección y evaluación de riesgos de caídas,
- Intervenciones para controlar el dolor,
- Detección y gestión de polifarmacia,
- Educación para el automanejo de condiciones crónicas,
- Modificación del comportamiento para promover hábitos de vida saludables,
- Vacunación para personas mayores

5. Cuidados paliativos

6. Intervenciones ambientales

7. Salud digital e innovación

UNED

JAMDA 23 (2022) 297–303



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

A Recommended Package of Long-Term Care Services to Promote Healthy Ageing Based on a WHO Global Expert Consensus Study

Monica R. Perracini PhD^{a,b}, Natalia Arias-Casais PhD^{a,c}, Jotheeswaran A. Thiyagarajan PhD^a, Colin Rapson MPH^a, Vivian Isaac PhD^d, Shahid Ullah PhD^d, Jang Hyobum MPH^a, Ritu Sadana DSc^a, Zee A. Han PhD^{a,*}

[Check for updates](#)

Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model

ANDREW KINGSTON¹, LOUISE ROBINSON¹, HEATHER BOOTH², MARTIN KNAPP³, CAROL JAGGER¹, FOR THE MODEM PROJECT

Abogan por actuar en tres frentes:

- 1. Prevención primaria** para abordar los factores de riesgo en la mediana edad y la vejez
- 2. Prevención de la multimorbilidad compleja.** Enfocarse en las personas mayores que acaban de adquirir su segunda afección crónica
- 3. Provisión de servicios sociales y de salud más eficientes** en el futuro, adecuada a las necesidades de personas con cuatro o más condiciones crónicas a largo plazo.

Respetar la voluntad de las personas

Deberíamos ser apoyados/as para **vivir en nuestros propios hogares**, con las adaptaciones, la tecnología y un apoyo personal flexible dirigido por nosotros/as.

- Si fuera necesario, nosotros/as y nuestras familias debemos recibir **apoyo para poder planificar con anticipación y tomar decisiones correctas**
- Si tenemos que salir de nuestros hogares, debemos tener **apoyo para elegir una buena alternativa** disponible localmente para no ser simplemente "colocados/as" en centros de "tallas únicas".
- Si elegimos una vivienda con cuidados y apoyos, debemos **sentirnos tan libres para vivir como lo hacen otras personas**, y no tener que soportar diferentes reglas y controles que nadie más tiene que soportar.



Los 7 principios de la excelencia



- En el centro de la visión está la idea de que, en la medida de lo posible, las **personas deberían ser apoyadas para vivir en sus propios hogares**. Aunque, para muchas personas, esto no será ni posible o ni deseable.
- En esta situación, han identificado **siete principios clave de excelencia** que deben reflejarse en cualquier panorama futuro.



Los 7 principios de la excelencia

1. Coproducción y toma de decisiones compartida
2. Centrado en la persona y centrado en el resultado
3. Conectividad comunitaria
4. Fuerte cultura de liderazgo y fuerza de trabajo
5. Adoptando la innovación
6. Permitiendo la elección y el control
7. Promoviendo la igualdad



Prevención

Age and Ageing 2022; 51: 1–9
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac038>

© The Author(s) 2022. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

RESEARCH PAPER

Factors associated with accessing long-term adult social care in people aged 75 and over: a retrospective cohort study

MABLE NAKUBULWA^{1,2,3}, CORNELIA JUNGHANS^{2,4}, VESSELIN NOVOV^{1,2}, CLARE LYONS-AMOS⁴, DERRYN LOVETT^{1,2}, AZEEM MAJEED^{1,2}, PAUL AYLIN^{1,2}, THOMAS WOODCOCK^{1,2}

- Proponemos un **cambio de paradigma** que se aleje de la predicción de la necesidad relativamente tardía, hacia uno de **atención integral, universal e integrada** "justo a tiempo" adaptada al individuo desde el principio en la comunidad.
- **Determinadas características** “autoinformadas” como: dificultad para caminar o dificultad para comprar son buenos predictores de necesidad de atención a largo plazo en los próximos 12 meses.
- De manera similar, algunos **datos sobre AVD**, como caminar varias manzanas, bañarse, vestirse y administrar las finanzas personales, identifican a personas en riesgo de necesitar asistencia en un seguimiento de 2 años.
- Estos datos **no se recogen de forma rutinaria** ni son fáciles de cotejar, a menos que exista un contacto personal con las personas.

Atención Integrada

Practice

BMJ Global Health

Implementing care for healthy ageing

Matteo Cesari ¹, Yuka Sumi,¹ Zee A Han ¹, Monica Perracini,¹
Hyobum Jang ¹, Andrew Briggs,¹ Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan,¹
Ritu Sadana,¹ Anshu Banerjee²

1. Un enfoque de atención integrada es **más sensible y proactivo con las necesidades** de la población, evolucionando sus servicios de acuerdo con los cambios en las demandas y prioridades.
2. Atención integrada significa **considerar todos los entornos de atención sanitaria y social al mismo nivel, facilitando el intercambio y la comunicación de datos/información**. Aquí está implícita la integración intrasistema e intersistema. Además, implica la posibilidad de salir de modelos hospitalocéntricos en favor de la prestación de cuidados donde la persona vive y envejece (“ageing in place “).

Implementing care for healthy ageing

Matteo Cesari ¹, Yuka Sumi,¹ Zee A Han ¹, Monica Perracini,¹
Hyobum Jang ¹, Andrew Briggs,¹ Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan,¹
Ritu Sadana,¹ Anshu Banerjee²

Atención Integral

- La implementación de un enfoque de atención integral involucra a todos los escenarios en donde las personas envejecen, pero también requiere de una **acción concertada** entre lo micro (clínico/social), lo meso (prestación de servicios) y lo macro (sistema).
- La **comunidad** es de particular relevancia dado el objetivo principal de "**envejecimiento en casa**" ("Ageing in place").
- Desde la perspectiva de un continuum de cuidados y servicios actuando de manera sinérgica, todos **los entornos sanitarios y sociales** necesitan **evolucionar y adoptar una manera integrada de operar** para apoyar la capacidad funcional en personas mayores, al mismo tiempo que se maximizan los recursos y la información y se comparten eficiencias.

Investigación

EDITORIAL

Expanding capacity in mental health research in intellectual disabilities

Angela Hassiotis,¹ Peter Langdon,² Ken Courtenay,³ Ian Hall,⁴ Bryn Lloyd-Evans,⁵ Renee Romeo,⁶ Athanasia Kouroupa,⁷ Vicky Crossey,⁸ Laurence Taggart⁹



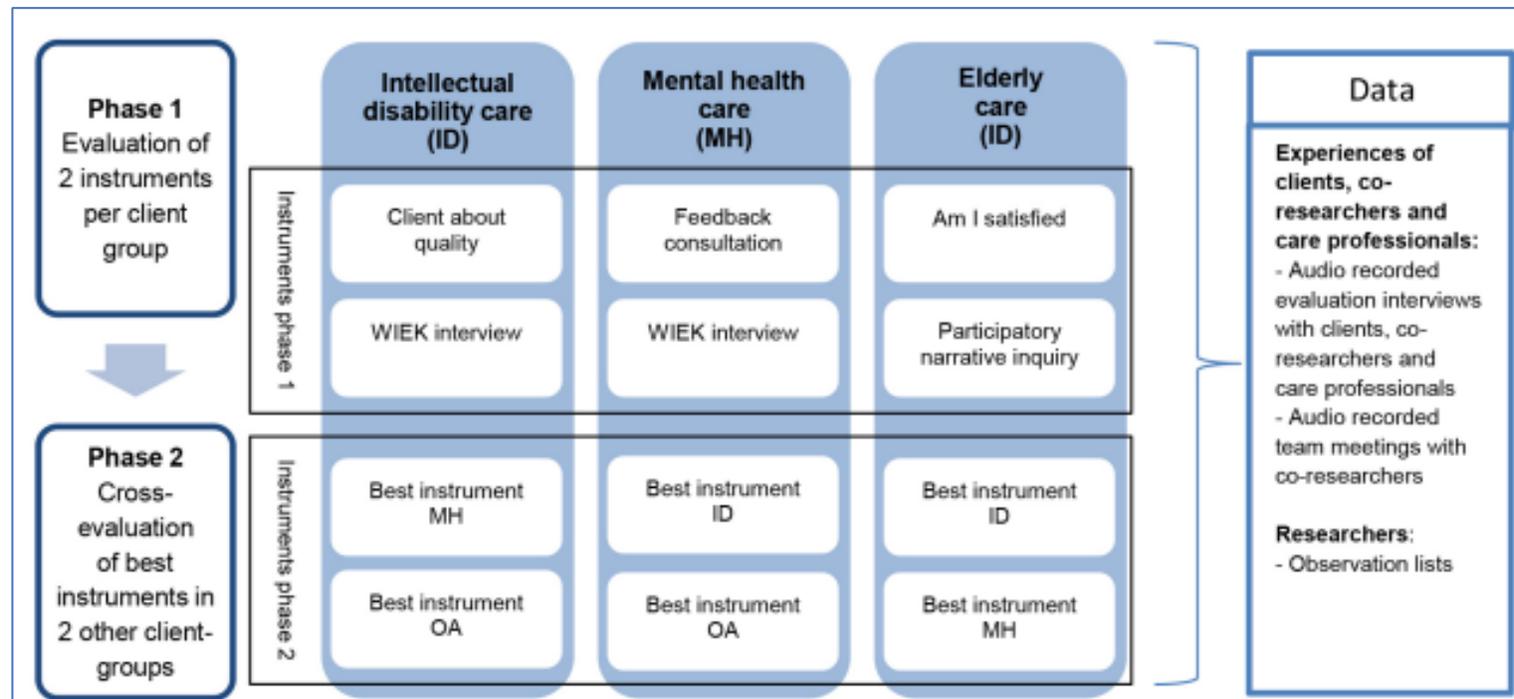
- La evidencia obtenida de la investigación es esencial para apoyar la toma de decisiones en beneficio de las personas en todos los ámbitos de la salud y de los servicios sociales.
- Los beneficios de la participación en investigación incluyen la **obtención de mejores resultados y un uso más eficiente de los recursos.**

BMJ Open Qualitative instruments involving clients as co-researchers to assess and improve the quality of care relationships in long-term care: an evaluation of instruments to enhance client participation in quality research

Aukelien Scheffelaar ^{1,2} Nanne Bos,¹ Mattanja Triemstra,¹ Marjan de Jong,³ Katrien Luijkx,⁴ Sandra van Dulmen^{1,2,5}

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2019-033

Importancia de la investigación



Uso de nuevas tecnologías

La **tecnología del bienestar** es un término general, utilizado principalmente en los países nórdicos, que abarca **tecnologías que tienen el potencial de mantener o mejorar el funcionamiento, la seguridad y la independencia de las personas**, promoviendo así su bienestar y reduciendo la necesidad de cuidados formales e informales.



International Journal of Medical Informatics
Volume 136, April 2020, 104088

ELSEVIER

Advancing health information technology roadmaps in long term care

Gregory L. Alexander ^a  , Andrew Georgiou ^b  , Kevin Doughty ^c , Andrew Hornblow ^d , Anne Livingstone ^e , Michelle Dougherty ^f , Stephen Jacobs ^g , Malcolm J. Fisk ^h 



Journal of Medical Internet Research ISSN 1438-887
The leading peer-reviewed journal for health and healthcare in the Internet age
[About](#) [Search](#) [Review](#) [Archive](#) [Current Issue](#) [Submit](#) [Membership](#) [Editorial Board](#)

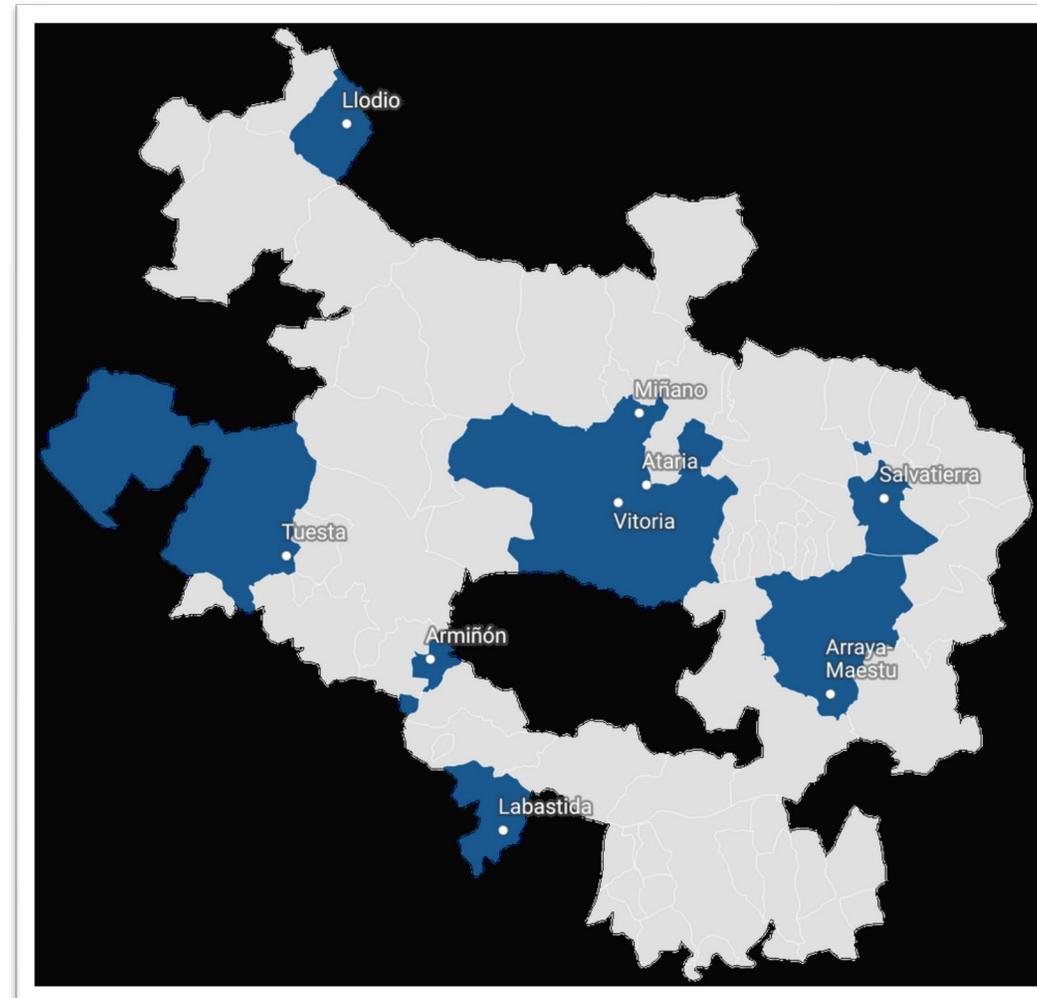
Rostad &

Integrating Welfare Technology in Long-term Care Services:
Nationwide Cross-sectional Survey Study

Hanne Marie Rostad, PhD; Randi Stokke, PhD

Department of Health Sciences in Gjøvik, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Gjøvik, Norway

¿Que estamos haciendo en Alava?



- Debemos hacer un Sistema sostenible. **Colaboración público-social.**
- En el que la responsabilidad sea compartida. **Atención Centrada en las Relaciones.**
- En el que se respete la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas. (Domicilio. “Ageing in place”). **ETXEAN BAI**
- Que proporcione una atención Integrada e Integral. **MODELO INCLUSIVO (Personas Mayores, Discapacidad Intelectual y Enfermedad mental) Arabarren, Etxean Bai**
- En el que exista una adecuada coordinación entre lo sanitario y lo social. **ECOSISTEMA LOCAL DE CUIDADOS EN BERNEDO**
- Que le de importancia a la innovación, a la investigación y a las tecnologías del bienestar (nuevas tecnologías). **Futuro Centro de Investigación en Envejecimiento en Personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo**

para barreras

- Colaboración público social
- Modelo Inclusivo (personas mayores, personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, personas con discapacidad física grave)



- Respeto a la voluntad de las personas. Deseo de permanecer en domicilio.
- Innovación. Aplicación de Tecnologías del bienestar





Atención centrada en las relaciones

Philosophies of care provision that are key components of good practice in models of residential aged care are **relationship-centred care** and reablement approaches. Culture change initiatives that implement these approaches in residential aged care facilities should be encouraged and supported.

Review of Innovative Models of Aged Care v



- Los enfoques de rehabilitación y de cuidados centrados en las relaciones son componentes clave de las buenas prácticas en los modelos de los cuidados residenciales para mayores.
- Las iniciativas de Cultura del Cambio que implementen estos enfoques en los centros residenciales de atención a personas mayores deben ser alentadas y apoyadas.

La ACR se puede definir como aquella atención en la que todas las personas participantes aprecian la importancia de sus relaciones con las demás.

PXJ

Patient Experience Journal

Volume 3 | Issue 1

Article 16

2016

Relationship-centred care in health: A 20-year scoping review

Sophie Soklaridis PhD
University of Toronto, Department of Psychiatry, Centre for Addiction and Mental Health, sophie.soklaridis@camh.ca

Paula Ravitz MD FRCPC
University of Toronto, Department of Psychiatry, Mount Sinai Hospital, pravitza@msh.toronto.on.ca

Gili Adler Nevo MD FRCPC
University of Toronto, Department of Psychiatry, Toronto East General Hospital, gadle@tegh.on.ca

Susan Lief MD FRCPC
University of Toronto, Department of Psychiatry, Baycrest Hospital, s.lief@utoronto.ca

HEALTH
PROFESSIONS
EDUCATION

and

RELATIONSHIP-CENTERED CARE

Report of the
Pew-Fetzer Task Force
on Advancing Psychosocial
Health Education

Research Article

“For Me, This Has Been Transforming”: A Qualitative Analysis of Interprofessional Relationship-Centered Communication Skills Training

Krista Hirschmann, PhD¹, Greta Rosler, MSN, RN, NEA-BC, CPXP¹,
and Auguste H Fortin VI, MD, MPH²

Journal of Patient Experience
2020, Vol. 7(6) 1007-1014
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2374373520962921
journals.sagepub.com/home/jpx
SAGE

Palliative Care, Dementia Care & Relationship-Centred Care: The Synergies



Carrie McAiney
palliativealliance.ca

Lakehead
UNIVERSITY

McMaster
University

Halton
Health

St. Joseph's Care Group

Canada
Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Canada
Conseil de recherches en
soins infirmiers (CRSIC)

araba
álava

UNED

ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA	ATENCION CENTRADA EN LAS RELACIONES
La atención se centra en la persona más que en los diagnósticos o problemas	La atención se centra en mejorar la experiencia de atención de residentes, familia y profesionales.
Esfuerzos dirigidos a fomentar fortalezas y habilidades que conserva la persona	Esfuerzos dirigidos hacia la construcción y el fomento de las relaciones.
Se presta atención a satisfacer las necesidades de la persona	Se presta atención a satisfacer las necesidades de residentes, familia y personal.

Dupuis, S.L., Whyte, C., & Carson, J. 2012. Leisure in long-term care settings. In, H. Gibson & J. Singleton (Eds.), *Leisure and aging* (p. 217-237). Champaign, IL: Human Kinetics.

PRINCIPIOS de la Atención centrada en las relaciones

1. Las relaciones deben incluir a todas las personas participantes (en todas sus dimensiones y sus roles)
 - Tanto la persona cuidada como el/la profesional son individuos únicos con sus propias experiencias, valores y perspectivas.
 - La ACR enfatiza la importancia de la autenticidad. Las y los profesionales no deben actuar simplemente como si respetasen a la persona a la que cuidan; sino que deben aspirar a sentir auténticamente (internamente) ese respeto que muestran (externamente).



PRINCIPIOS de la ACR

2. El afecto y las emociones son componentes importantes de estas relaciones

- En la ACR, se brinda apoyo emocional a las personas, desafiando la noción de la neutralidad afectiva.
- En lugar de permanecer distantes o neutrales, se debe alentar a las y los profesionales a que se identifiquen con las personas a quienes atienden, ya que la empatía tiene el potencial de ayudar a la persona que se cuida a experimentar y expresar sus emociones, para ayudarle a comprender y atender sus necesidades, y para mejorar la experiencia de atención.



PRINCIPIOS de la ACR

3. Todas las relaciones de la atención ocurren en el contexto de una influencia recíproca
 - Los y las profesionales se benefician de la oportunidad de conocer y de atender a las personas que cuidan, y la ACR debe así promover el crecimiento personal como profesionales.
 - Considerar que la persona cuidada tiene influencia en el/la profesional es una forma de honrar a esa persona y a su experiencia.



Beach MC, Inui T, and the Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered Care. A Constructive Reframing. J Gen Intern Med 2006;21:S3?8

PRINCIPIOS de la ACR

4. Establecer y mantener relaciones genuinas en la atención es moralmente valioso.
- Los seres humanos están **más comprometidos moralmente** con aquellos con quienes tienen una situación de relación personal.
 - Un compromiso mayor con quienes cuidamos y con quienes tenemos una relación personal, es moralmente deseable.



¿Cuáles son los tres componentes principales de la atención centrada en las relaciones?

1. La comunicación efectiva,
2. La empatía, el respeto
3. La confianza

MODELO ASISTENCIAL: Atención centrada en las relaciones

Atención centrada en la persona: implica tratar a las personas con dignidad y respeto y permitir que tomen decisiones sobre su atención en función de sus necesidades, preferencias, intereses y su historia de vida



Atención centrada en la familia: Considera a la familia como la unidad de cuidado, a través de un planteamiento integrador, positivo y con un enfoque sistémico familiar.



Atención centrada en las relaciones: La atención se presta en una comunidad de cuidados donde se valora a las personas, al personal, a la familia y a las amistades



VALORES ESENCIALES EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO

1. SEGURIDAD: para sentirse seguro y segura
2. CONTINUIDAD: para experimentar vínculos
3. PERTENENCIA: para sentirse parte de las cosas
4. PROPOSITO: para mantener una(s) meta (s) personalmente valiosa(s) a la(s) que aspirar
5. LOGRO: para avanzar hacia esos objetivos
6. IMPORTANCIA: para sentirse importante como persona

Essay by [StudyMoose](#)

Source: <https://studymoose.com/relationship-centered-model-of-care-in-dementia-and-the-six-senses-framework-essay>

Relationship Centered Model of Care in Dementia and the Six Senses Framework Essay

Anticipating and enhancing the health and wellbeing of the older person with dementia in hg HWOP02 A1

Nolan, M., Davies, S., Ryan, T., & Keady J. (2008). Relationship-centred care and the 'Senses' Framework. *Journal of Dementia Care*, 16(1), 26-28.

Dimensiones relacionales

- Profesional - persona cuidada - familia y voluntariado
- Profesional - profesional
- Profesional - comunidad y organización
- Profesional consigo mismo/a.

Research Article

“For Me, This Has Been Transforming”: A Qualitative Analysis of Interprofessional Relationship-Centered Communication Skills Training

**Krista Hirschmann, PhD¹ , Greta Rosler, MSN, RN, NEA-BC, CPXP¹,
and Auguste H Fortin VI, MD, MPH²**

Journal of Patient Experience
2020, Vol. 7(6) 1007-1014
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2374373520962921
journals.sagepub.com/home/jpx





Journal of General Internal Medicine

springer.com | This journal | Toc Alerts | Submit Online | Open Choice

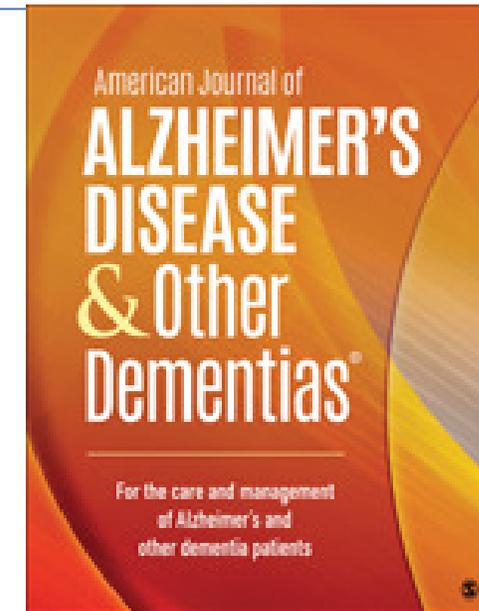
A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care
Complex Responsive Processes of Relating
Anthony L. Suchman, MD, MA, FAAPP^{1,2}
¹Relationship Centered Health Care, Rochester, NY, USA; ²The Departments of Medicine and Psychiatry, University of Rochester, Rochester, NY, USA.

- Centrar la atención en la naturaleza del proceso relacional momento a momento, en el **valor de la diferencia y la diversidad** y en la importancia de la **autenticidad y participación receptiva**.
- **Las personas que trabajan en asociación son capaces de producir mejores resultados** que la suma de sus esfuerzos individuales.

Relationship Continuity/Discontinuity— A Framework for Investigating the Role of Relationships in the Experience of Living With Dementia

Gerard A. Riley, PhD¹

American Journal of Alzheimer's
Disease & Other Dementias[®]
2019, Vol. 34(3) 145-147
© The Author(s) 2018
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1533317518813557
journals.sagepub.com/home/aja



Review



OPEN ACCESS

Early-onset dementia: key issues using a relationship-centred care approach

Martin Nwadiugwu | ^{1,2}

Nwadiugwu M. Postgrad Med J 2021;97:598–604.



Article

Are spousal carers' perceptions of continuity and discontinuity within the relationship influenced by the symptoms of dementia?

Meryl A Lewis and Gerard A Riley

Centre for Applied Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK



Dementia
2021, Vol. 20(7) 2294–2306
© The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1471301221994311
journals.sagepub.com/home/dem



En el centro de los servicios de la salud se encuentran las relaciones entre paciente y cuidadores. La difusión del modelo ACR ha resultado de la necesidad de desarrollar y fomentar estas relaciones.

Como **modelo de atención coordinada y basada en equipos**, la ACR es capaz de fortalecer la gestión de la salud de la población, es compatible con la atención centrada en el paciente.

Healthcare 2 (2014) 216–219

Contents lists available at [ScienceDirect](#)



ELSEVIER

Healthcare

journal homepage: www.elsevier.com/locate/hjdsi



healthcare

The Leading Edge

Relationship-centered care: A new paradigm for population health management

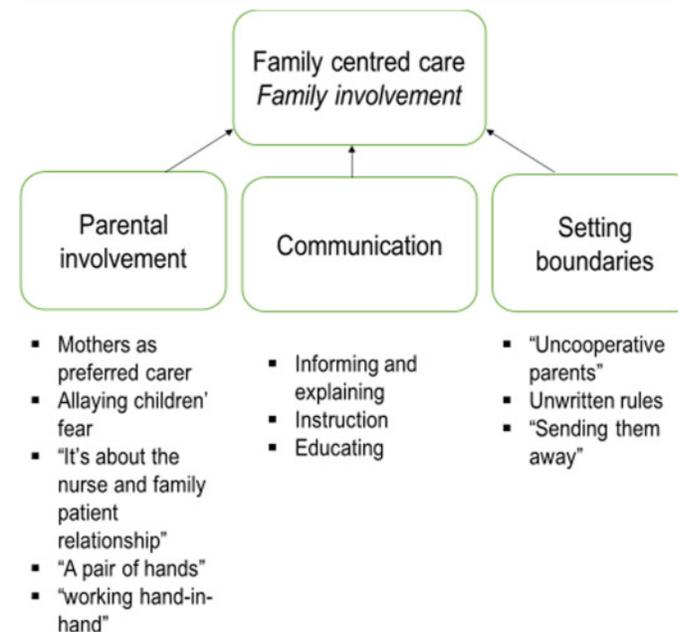
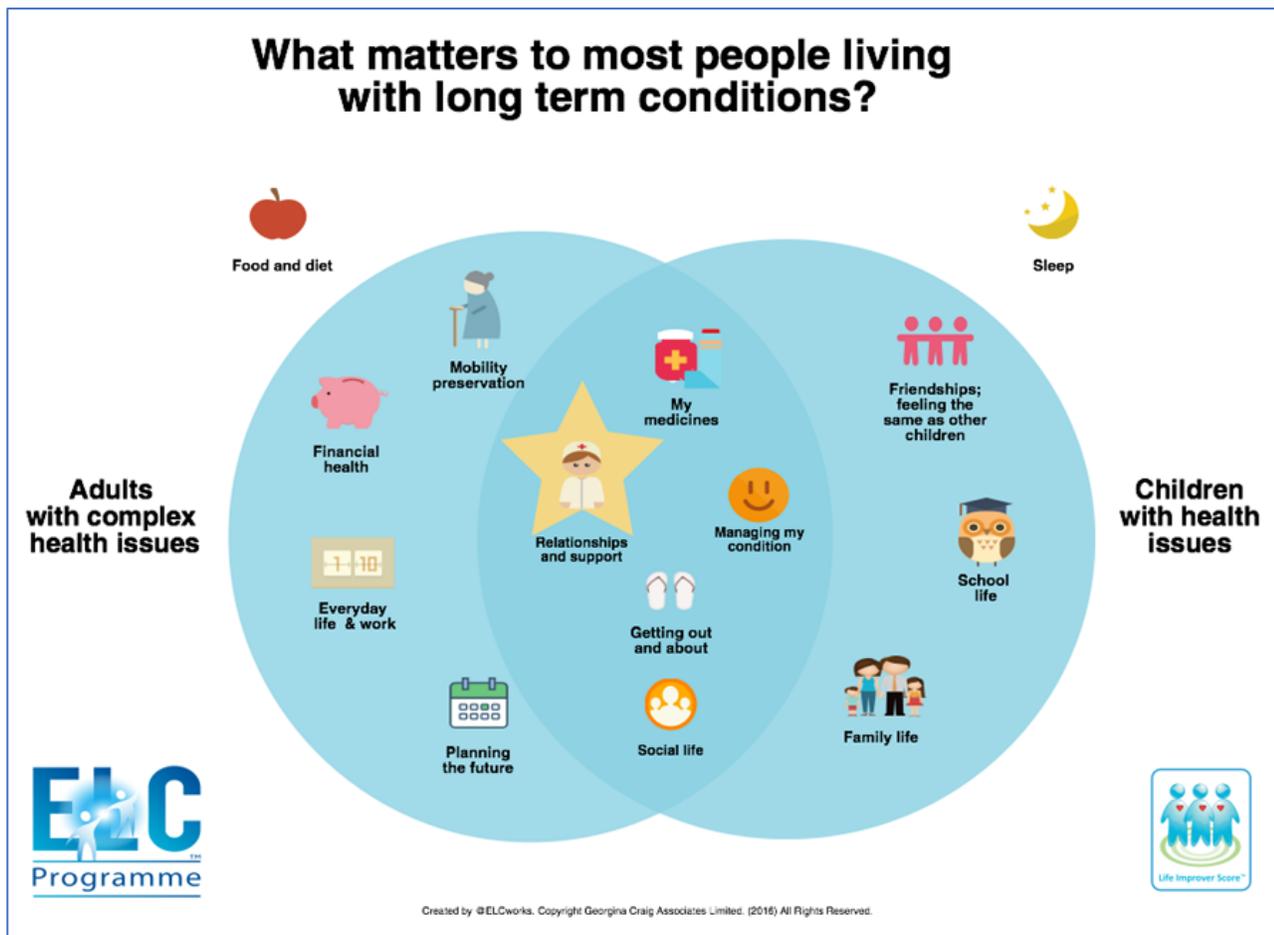
Shantanu Nundy, John Oswald*

Evolent Health, United States



CrossMark

No solo en personas mayores



¿Que le importa a la mayoría de las personas que viven con situaciones complejas de larga duración?

Atención Centrada en las Relaciones

Un modelo a desarrollar en todas las áreas del Instituto Foral de Bienestar Social de Alava

The University of Sheffield

Relationship-centred care: Improving outcomes for patients, staff and family carers

by
Mike Nolan
Professor of Gerontological Nursing

The King's Fund, November 2012

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Pediatric Nursing

journal homepage: www.pediatricnursing.org

ELSEVIER

Special Issue on Health Care Transitions

Health Care Transition for Adolescent and Young Adults with Intellectual Disability: Views from the Parents*

Michelle S. Franklin^{a,*}, Logan N. Beyer^b, Samuel M. Brotkin^b, Gary R. Maslow^c, McLean D. Pollock^c, Sharron L. Docherty^a

^a Duke University School of Nursing, Durham, NC, United States of America
^b Duke University, United States of America
^c Duke University Health System, United States of America

Check for updates

Logopedia: Evolución, Transformación y Futuro

AELFA 14

**ATENCIÓN TEMPRANA:
ENFOQUE CENTRADO EN LA FAMILIA***

Francisco Alberto García Sánchez
Dpto. MIDE. Universidad de Murcia
Coordinador del Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad
Coordinador del Dpto. de Documentación, Investigación y Desarrollo de ASTRAPACE

* Trabajo financiada dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+i). Proyecto número: EDU2010-17786.
García-Sánchez, F. A. (2014). Atención Temprana: enfoque centrado en la familia. En AELFA (Ed.) XXIX Congreso AELFA Logopedia: evolución, transformación y futuro (p. 286-302). Madrid: AELFA.

Essay by StudyMoose

Source: <https://studymoose.com/relationship-centered-model-of-care-in-dementia-and-the-six-senses-framework-essay>

Relationship Centered Model of Care in Dementia and the Six Senses Framework Essay

Anticipating and enhancing the health and wellbeing of the older person with dementia in hg_HWOP02 A1

Alzheimer's Scotland (2014) estimate that there are 88,000 people in Scotland with dementia and two thirds of these people live in the community with support from family carers. Therefore, providing sensitive and appropriate support for people with dementia and their carers is one major challenge facing the health care system in supporting quality care. Firstly, this assignment provides a definition of dementia, then identifies Relationship Centred Care (RCC) and the six senses framework. Furthermore this assignment discusses the development of relationship centred care and its relevance to dementia. Extending on this, my assignment will cover the use of the senses framework by Nolen et al. (2011) to develop relationship centred care. My assignment will then discuss what the individual six senses mean to the individual with dementia, as well as their family and carers when developing RCC. The second and final section of my assignment will use a case study to discuss the application of the relationship centred care model using the three senses of, purpose, continuity and security recognised within the six sense framework for a person with dementia who has family support at home.

To be able to put this assignment in context, an understanding of dementia is needed in order to define what Relationship Centred Care (RCC) and the Senses Framework means to individuals diagnosed with dementia.

International Journal of Environmental Research and Public Health

MDPI

Review

Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services

Lampros Samartzis^{1,2,3} and Michael A. Talias^{1,*}

¹ Faculty of Economics and Management, Open University of Cyprus, Latsia, Nicosia, Cyprus; lampros.samartzis@st.ouc.ac.cy
² Department of Psychiatry, Medical School, University of Cyprus, Nicosia, Cyprus
³ Mental Health Services, Athalassa Psychiatric Hospital, Nicosia, Cyprus
* Correspondence: michael.talias@ouc.ac.cy

Received: 12 December 2019; Accepted: 23 December 2019; Published: 30 December 2019

check for updates

Abstract: Background: The mental health of the population consists of the three essential pillars of...

PsychOpen

RPsych Open (2020)
6, 420, 1–8. doi: 10.1192/tpjo.2020.2

Intensive support for adults with intellectual disability and behaviours that challenge: a survey of provision and service typologies in England

Angela Hassiotis, Amy Walsh, Jessica Budgett, Isobel Harrison, Rebecca Jones, Nicola Morant, Ken Courtenay, Elisabeth Victoria Crossey, Ian Hall, Renee Romeo, Laurence George Taggart, Peter E. Langdon, Victoria Ratti, Vincent Kirchner and Brynmor Lloyd-Evans

Background
Approximately 18% of adults with intellectual disabilities living in England have behaviours that challenge, and report concerns about organisational and wider context issues.

FRAMING HEALTH MATTERS

Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population

Gloria L. Krahn, PhD, MPH, Deborah Klein Walker, EdD, and Rosaly Correa-De-Araujo, PhD

Disability is an emerging field within public health; people with significant disabilities account for more than 12% of the US population. Disparity status for this group would allow federal and state governments to actively work to reduce inequities. We summarize the evidence and recommend that observed differences are sufficient to meet the criteria for health disparities: population-level differences in health outcomes that are related to a history of wide-ranging disadvantages, which are avoidable and not primarily caused by the un-

PEOPLE WITH DISABILITIES
Some people are born with a disabling condition (eg, Down syndrome) or demonstrate a condition early in life (eg, autism, bipolar disorder), whereas others acquire disabilities through injury (eg, spinal cord injury) or

H O P

Hanging Out Program
Interaction for
People at Risk of Isolation

Sheridan Forster





HHS Public Access

Author manuscript

J Aging Soc Policy. Author manuscript; available in PMC 2017 January 01.

Published in final edited form as:

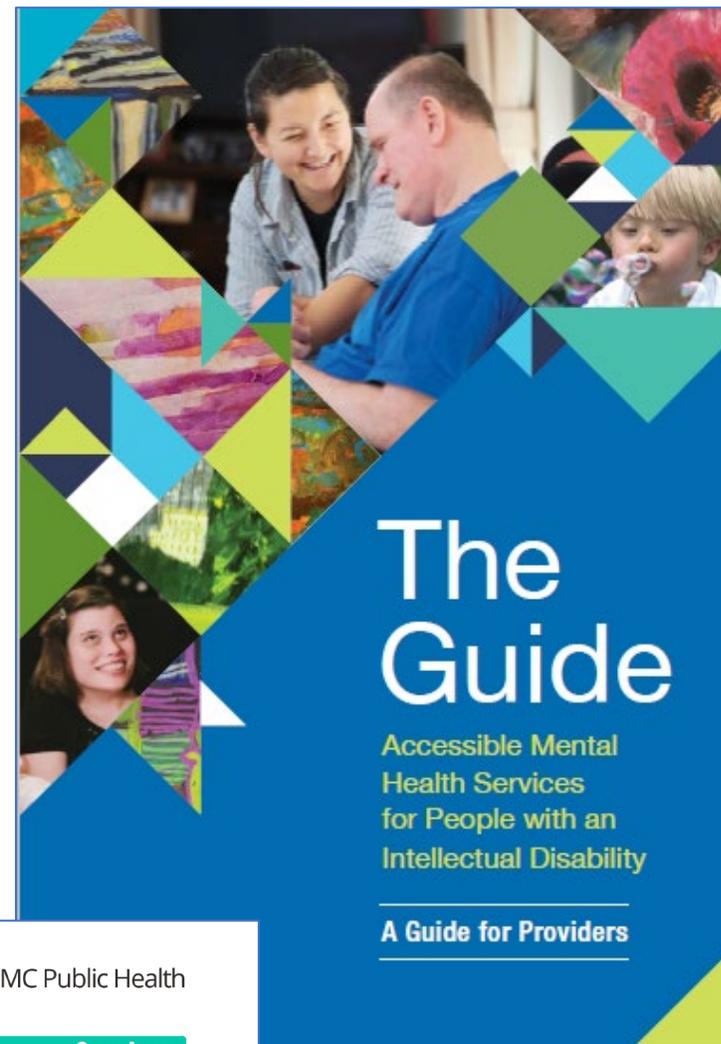
J Aging Soc Policy. 2016 ; 28(1): 1–14. doi:10.1080/08959420.2015.1096142.

The Role of Aging and Disability Resource Centers in Serving Adults Aging with Intellectual Disabilities and Their Families: Findings from Seven States

Caitlin E. Coyle, PhD [Research Fellow],
Yale School of Public Health, New Haven, Connecticut, USA

Michelle Putman, PhD [Professor of Social Work],
Simmons College, Boston, Massachusetts, USA

John Kramer, PhD [Research Associate], and
Institute for Community Inclusion, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts,
USA



Bauer et al. *BMC Public Health* (2019) 19:706
https://doi.org/10.1186/s12889-019-6912-0

BMC Public Health

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Access to health care for older people with intellectual disability: a modelling study to explore the cost-effectiveness of health checks



Annette Bauer^{1*}, Laurence Taggart², Jill Rasmussen³, Chris Hatton⁴, Lesley Owen⁵ and Martin Knapp¹

Planificación a futuro de CLD en Discapacidad Intelectual

Los dominios identificados fueron los siguientes:

1. Vivienda;
2. Planificación jurídica;
3. Identificación de los cuidadores principales;
4. Planificación Financiera;
5. Atención diaria;
6. Manejo médico
7. Transporte

Preocupaciones de las familias

Received: 21 June 2018 | Revised: 6 March 2019 | Accepted: 22 March 2019

DOI: 10.1111/jar.12600

ORIGINAL ARTICLE

JARID  WILEY

Domains of planning for future long-term care of adults with intellectual and developmental disabilities: Parent and sibling perspectives

Jane Lindahl¹  | Natalie Stollon² | Katherine Wu³ | Angela Liang³ |
Sujatha Changolkar⁴ | Caren Steinway¹ | Symme Trachtenberg² | Audrey Coccia⁵ |
Maureen Devaney⁵ | Sophia Jan¹

- **Envejecer con DI es un fenómeno creciente** que requiere conocimientos específicos sobre las condiciones y necesidades de estas personas.
- El envejecimiento con DI suele ser un proceso más complejo e implica el llamado **“envejecimiento prematuro”** con discapacidades adicionales relacionadas con la edad.
- **Desarrollar y difundir el conocimiento sobre el envejecimiento con DI a todos los que trabajan en el servicio de DI es un tema urgente ante el aumento del envejecimiento de la población.**

Planificación a futuro de CLD en Discapacidad Intelectual



Article

Ambivalence among staff regarding ageing with intellectual disabilities: Experiences and reflections

Asa Alftberg
Malmö University, Sweden

Maria Johansson
Lund University, Sweden

Gerd Ahlström 
Lund University, Sweden

Journal of Intellectual Disabilities
2021, Vol. 25(2) 192–209
© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1744629519874997
journals.sagepub.com/home/jid


Ejemplos de atención centrada en las relaciones a nivel comunitario

Equal Care Co-op: Equitable relationship-centred care and support

Reino Unido



Equal Care Coop tiene la misión de cambiar la dinámica de poder dentro del cuidado social de adultos, reequilibrando las relaciones para favorecer al provisor y al receptor de apoyo. Brindan cuidados y apoyo en el hogar y en la comunidad y están centrados en las relaciones.

Equal Care Co-op: Equitable relationship-centred care and support

- Equal Care es **una 'cooperativa'**, siendo socios de la misma las personas que reciben apoyo, los/las trabajadores y las familias.
- Equal Care Coop establece el **consentimiento mutuo como un componente central de la atención social** para personas adultas, con la elección y el control en manos de los/las cuidadoras y los/as destinatarios/as. Se les da **tiempo y espacio para que las relaciones puedan evolucionar**, lo que otorga consistencia a la atención que normalmente no existe en los modelos impulsados por turnos de tiempo y tareas que deshumanizan a todos en su órbita.
- No tiene sentido que una persona con demencia reciba atención y apoyo de múltiples cuidadores/as, incluso frecuentemente, distintas personas cada día y durante la semana, de ahí el enfoque en la atención relacional, donde las personas involucradas en un equipo/círculo llegar a conocerse bien obteniendo beneficios todos y todas.

The Graham Care Group

Care Suites

Relationship Centred Care™

[Home](#)

[About Us](#)

[Care Suite Concept](#)

[Servant Leadership](#)

[Relationship Centred
Care™](#)

[Quality Assurance](#)

[Supported Charities](#)

[Banking](#)

[Graham Care Awards
2019](#)

[GMB Union](#)

Relationship Centred Care™



Our approach to care provision

Reino Unido

Hemos adoptado la “atención centrada en las relaciones” como nuestro enfoque principal para la prestación de atención. Buscamos integrarla en todos los aspectos de nuestras operaciones, con el objetivo de construir relaciones más sólidas entre los residentes, el personal, familiares, amigos,

Servicio de atención comunitaria en Australia



La investigación y la experiencia nos dicen que las relaciones significativas del día a día entre los clientes o residentes y los miembros de nuestro equipo son el centro de una excelente atención y una forma de construir relaciones sólidas con los residentes y los clientes. Esta es la esencia de la atención basada en las relaciones.

MyLife & Relationship Based Care

Best week stories ▾
Get in touch ▾
FAQ ▾



Transporte, Apoyo social , Grupos sociales , Comidas y comestibles , Enfermería y atención clínica, Cuidado de mascotas , Hogar y hogar , Jardín y mantenimiento del hogar, Llamadas de atención , Cuidado personal Asistencia tecnológica .

PROFILE • JANUARY 2022

Developing Relationships with Patients through Care Management Assessments

Funder: Robert Wood Johnson Foundation



Nueva York

El valor de la evaluación de las necesidades centradas en las relaciones

- La investigación sobre las revelaciones de las personas indica que entre el [60 y el 80 por ciento de ellas](#) ocultan información social y de salud importante
- La investigación sobre la atención centrada en las relaciones, específicamente [la comunicación empática](#), definida como la comunicación que se recibe como afectuosa, amable y sin prejuicios, es concluyente: la comunicación empática en las interacciones de atención médica mejora [la participación del paciente](#), [las autorrevelaciones](#), la [activación](#), [el cumplimiento de las recomendaciones](#) y [los resultados de salud](#).



O'Connor Professional Group

BEHAVIORAL HEALTH NAVIGATION

Blog Case Studies Additional Resources

Contact Us

617-910-3940

About Services Who We Serve Conditions Webinars Podcasts

Home / Webinars / Webinar – Mental Health Treatment: The Role of Relationship-Centered Care

Webinar – Mental Health Treatment: The Role of Relationship-Centered Care

Apr 8, 2021

Collegial Conversations with Diana Clark

Mental Health Treatment: The Role of Relationship-Centered Care
April 8 at 12 PM

Virginia Murray, executive director, nonprofit leader with 30 years of experience focusing on the healing power of community, churches, and spirituality. He has served as Executive Director and President of several nonprofit organizations and founding board member of several others. He has also been selected as a national expert on health care systems, a professor for nursing students in graduate school and a consultant to other churches. He helps good people and organizations accomplish good things through spirituality and helps distressed families to find a recovery path for their loved ones with mental illness.

Special Guest, Virgil Stucker, Founder and President, Virgil Stucker and Associates

O'Connor Professional Group

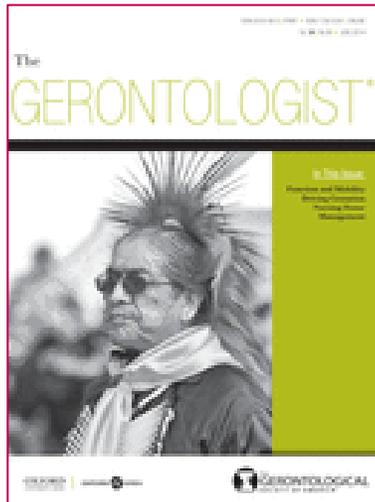
- Importancia de la ACR en tratamientos de salud mental.

A model of compassionate relationship centred care

- El modelo propone un enriquecido ambiente de cuidados para las personas mayores, para las familias cuidadoras, y para el equipo que trabaja con ellas.
- Los resultados de la ACR, a juicio del equipo es que las personas reciben cuidados y apoyo y todas las familias alcanzan los 6 valores esenciales

Experiencias de atención centrada en las relaciones

Experiencias en el modelo



Practice Concepts

Suzanne Meeks, PhD, Editor

The Gerontologist
Cite journal as: The Gerontologist Vol. 54, No. 3, 501-513
doi:10.1093/geront/gnt082

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.
All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.
Advance Access publication August 9, 2013

Quality Improvements in Resident Mobility Care: Using Person- and Relationship-Centered Frameworks

Janice Anne Taylor, MGeron, BAppSc(Pty),*¹ Jane Sims, PhD, MSc, BSc (Hons),¹
and Terry P. Haines, PhD, GCert (Health Economics), BPhysiotherapy (Hons)²

Transferencias asistidas por grúa para cumplir con los requisitos de seguridad del personal.



J Gerontol Nurs. 2016 March 1; 42(3): 15–23. doi:10.3928/00989134-20160212-05.

Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction Strategies (MOUTH)

Maturation of the MOUTH Intervention:

From Reducing Threat to Relationship-Centered Care

Rita A. Jablonski-Jaudon, PhD, CRNP, FAAN, Ann M. Kolanowski, PhD, RN, FGSA, FAAN,
Vicki Winstead, PhD, Corteza Jones-Townsend, MS, and Andres Azuero, PhD

se consiguen realizar los cuidados de la boca de una manera agradable para el residente y el personal, reduciendo la percepción de amenaza y afirmando al mismo tiempo la dignidad y la personalidad de la persona objeto de la atención todo ello a la potenciación de la relación.

Experiencias en el modelo

Age and Ageing 2019; 48: 727–734
doi: 10.1093/ageing/afz030
Published electronically 9 April 2019

© The Author(s) 2019. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

QUALITATIVE PAPERS

Caring community and relationship centred care on an end-stage dementia special care unit

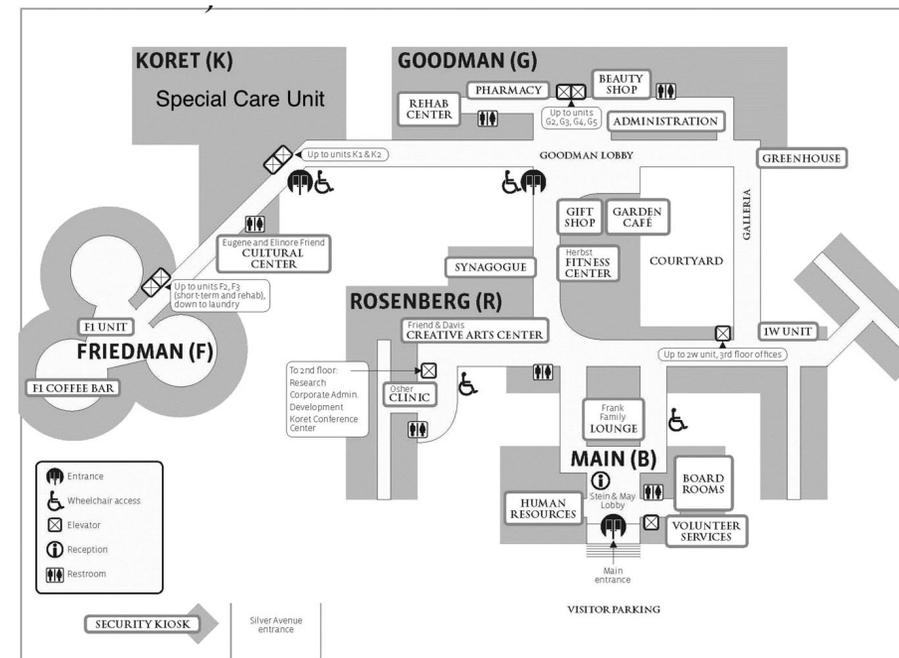
THERESA A. ALLISON^{1,2}, RAFAEL T. BALBINO³, KENNETH E. COVINSKY¹

¹Division of Geriatrics, Department of Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA

²Department of Family & Community Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA

³Baptist AgeWell Center for Senior Health, Jacksonville, FL, USA

DOM



- Unidad especial de cuidados en personas con demencia avanzada en Florida EE.UU
- La mejora de las relaciones entre familia y profesionales se observaron signos de comunicación no verbal muy significativos en sus destinatarios. Así, percibieron sonrisas, contacto visual, palabras ocasionales y tacto espontáneo como las formas con las que los residentes eran capaces de responder en un contexto relacional

Experiencias en el modelo



- Experiencia en 2 áreas de una Residencia de Ontario, Canadá
- 64 personas residentes, todas con deterioro cognitivo y la mitad de ellas con deterioro cognitivo moderado/severo
- Programa Intervención, previa formación a profesionales y familias para mejorar las relaciones en el momento de las comidas.

Experiencias en el modelo

JAMDA 22 (2021) 1927–1932



JAMDA
journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Making the Most of Mealtimes (M3): Association Between Relationship-Centered Care Practices, and Number of Staff and Residents at Mealtimes in Canadian Long-Term Care Homes

Vanessa Trinca MSc^a, Habib Chaudhury PhD^b, Susan E. Slaughter PhD, RN^c, Christina Lengyel PhD, RD^d, Natalie Carrier PhD^e, Heather Keller RD, PhD, FDC^{a,f,*}



JAMDA 22 (2021) 1933–1938



JAMDA
journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Relationship-Centered Mealtime Training Program Demonstrates Efficacy to Improve the Dining Environment in Long-Term Care

Heather H. Keller PhD, RD^{a,*}, Sarah A. Wu PhD Candidate, MA^b, Maryam Iraniparast PhD^b, Vanessa Trinca BSc^b, Jill Morrison-Koechl PhD Candidate, MSc^b, Sarah Awwad MSc^b



Wu et al. *BMC Geriatrics* (2018) 18:277
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0964-3>

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE Open Access

Mixed methods developmental evaluation of the CHOICE program: a relationship-centred mealtime intervention for long-term care

Sarah Wu¹, Jill M. Morrison¹, Hillary Dunn-Ridgeway², Vanessa Vucea¹, Sabrina Iuglio¹ and Heather Keller^{1,2*}



JAMDA 23 (2022) 253–260



JAMDA
journal homepage: www.jamda.com



Special Article

Reimagining Nutrition Care and Mealtimes in Long-Term Care

Heather H. Keller RD, PhD^{a,*}, Safura Syed RD, MSc^b, Hana Dakkak RD, MSc^b, Sarah A. Wu MA^b, Dorothee Volkert PhD^c

^a Schlegel-UW Research Institute for Aging, Department of Kinesiology and Health Sciences, University of Waterloo, Waterloo, ON, Canada
^b Department of Kinesiology and Health Sciences, University of Waterloo, Waterloo, ON, Canada
^c Institute for Biomedicine of Aging, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nuremberg, Germany



Person-centered care: individual needs, preferences, and values recognized in decision making at mealtimes

Eg, John requires one-on-one eating assistance at meals and prefers his wife, Cathy, to support him.

Relationship-centered care: recognizes the interdependence of meaningful relationships between residents, staff, and family; reciprocal relationship-building is a focus

Relational approach: economic, governmental, and political structures (eg, funding, policies, infrastructure, staffing levels) influence the ability of LTC homes to embrace and promote relationship-centered mealtimes that reinforce positive work environments and meaningful relationships between staff, residents, and families.

Eg, John's wife Cathy comes to visit every day. She assists John with eating his evening meal and finds this to be a meaningful way of connecting with him and supporting his care. Dinner is the only time she can assist John. Staff have learned from watching and speaking with Cathy about the ways that John prefers to be assisted, including chatting with him about community events. On weekdays, a consistent team member provides eating assistance to John for breakfast and the midday meal using his preferred approaches, which helps to strengthen his relationship with the team.

Eg, The home in which John lives encourages family members to be involved in assisting at meals. Not only do they engage in reciprocal dialogue with family members or volunteers on mealtime procedures, including infection control and safe eating assistance practices, but they have purchased comfortable stationary seating for family members and volunteers. They also offer a beverage to family and volunteers to drink during the meal. Recognizing that family often like to spend additional time in the dining room visiting after meals, they have altered the cleanup routine of dietary and environmental staff to ensure that postmeal cleanup and sanitation are postponed to allow enough undisturbed time together. The home leadership recognizes that consistent staffing models and family mealtime support enhance relationship building and knowing residents well and has instituted this model in the home.

Experiencias en el modelo



- Residencia para 40 personas con demencia avanzada en Escocia
- Observación de las residentes, entrevistas con profesionales, creación de grupos de discusión, revisión de los planes de cuidados.
- Las personas con demencia severa siguen estando presentes, interactuando con las personas que se ocupan de ellos hasta el final de sus días.

INFORME DEL PILOTAJE DEL MODELO



Residencia Lakua. Vitoria-Gasteiz
IFBS. Diputación Foral de Alava
Residencia Psicogeríátrica de 50 plazas

Objetivos

1. Transformar el modelo de atención en personas con demencia avanzada, poniendo el foco en las personas residentes, en familiares y en profesionales, para aumentar los niveles de bienestar de todas las partes a través de la construcción de relaciones.
2. Convertir a la residencia en una **comunidad de cuidados** en donde se fomente la participación activa de las familias junto al equipo profesional en los cuidados
3. Aumentar el bienestar laboral y de compromiso de las personas trabajadoras, para alcanzar los niveles de dedicación y entusiasmo necesarios para el desarrollo del proyecto Gizarea

PROCEDIMIENTO: 3 momentos

1. Pre-Intervención: 3/11/2021
2. Post-intervención: 29/11/2022
3. A los 6 meses: 30/05/2022

Intervención:

INDAGACIÓN APRECIATIVA COOPERRIDER, D. (1999)



Intervención participativa que provoca en las personas participantes del proyecto (familia/personal laboral) una mayor implicación y compromiso con el cambio.

Appreciative inquiry and older people – finding the literature

Jan Reed BA, RN, PhD

Professor of Health Care for Older People, University of Northumbria, Newcastle-upon-Tyne, UK

INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITATIVE STUDIES ON HEALTH AND WELL-BEING
2019, VOL. 14, 1559437
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1559437>



OPEN ACCESS Check for updates

Appreciative inquiry in a Norwegian nursing home: a unifying and maturing process to forward new knowledge and new practice

Inger-Lise Magnussen ^a, Johanne Alteren ^b and Terese Bondas ^a

^aFaculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Bodø, Norway; ^bFaculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Mo I Rana, Norway



HHS Public Access

Author manuscript

Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. Author manuscript; available in PMC 2020 January 01.

Published in final edited form as:

Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2019 January ; 25(1): 113–122. doi:10.1037/cdp0000242.

It's Time for a Change!: The Appreciative Inquiry/Bootcamp Translation to Address Disparities in the Latino Community with Autism Spectrum Disorders

Eric J. Moody, Bryn Harris, Linda Zittleman, Donald Nease, John M. Westfall

University of Colorado School of Medicine, University of Colorado Denver, School of Education and Human Development



Personas residentes

Calidad de vida.

Indicadores indirectos:

- Nivel de dependencia para las AVD básicas: I. de Barthel
- Gravedad de la demencia: FAST de Reisberg
- Riesgo de Úlceras por presión: Escala de Braden
- Estado nutricional: MNA-SF
- Índice de fragilidad: IF-VIG
- Dolor: Escala de Abbey
- Uso de psicofármacos

RESIDENTES

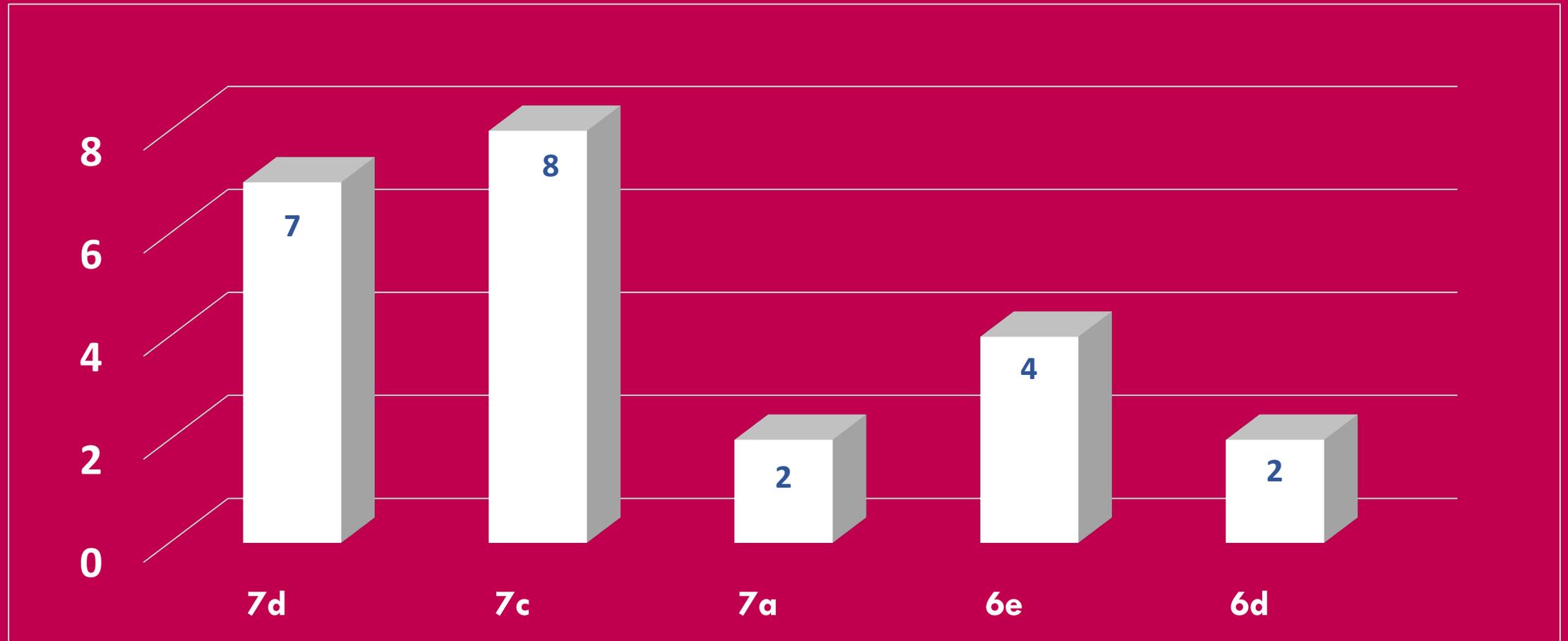
Grupo Gizarea: 23 personas. 17 mujeres y 6 hombres. Edad media: 85,1 años

Grupo Control: 25 personas. 18 mujeres y 7 hombres. Edad media: 84,9 años

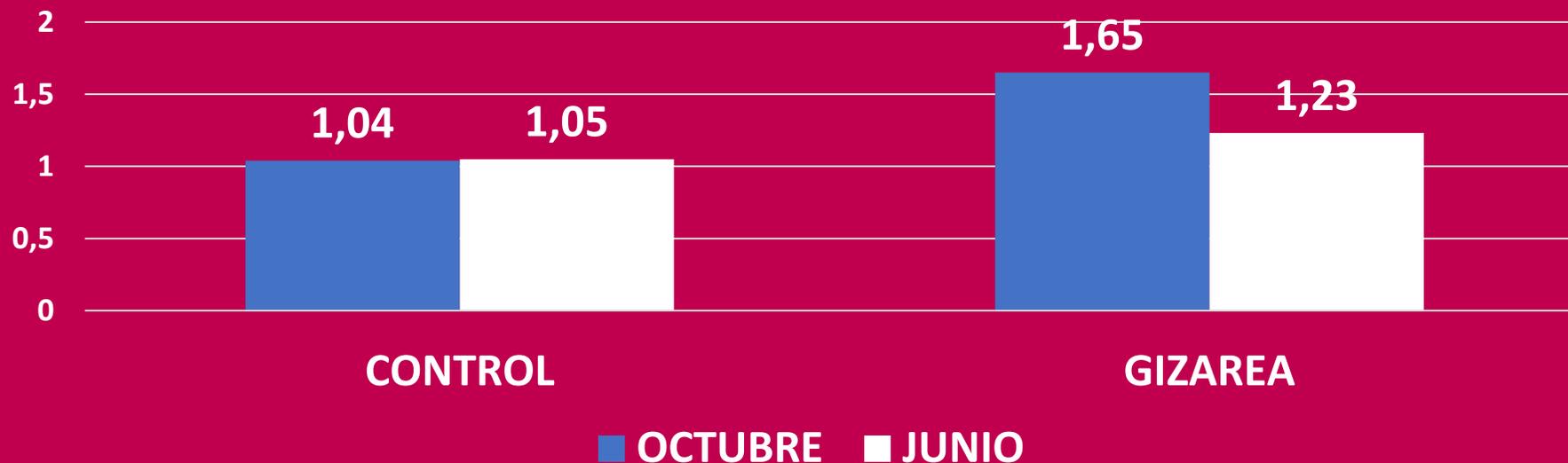
	CONTROL	GIZAREA
DEPENDENCIA SEVERA Y TOTAL	84%	95,70%
DESNUTRICION	40%	39,10%
FRAGILIDAD AVANZADA	32%	56,50%
DOLOR LEVE Y MODERADO	72%	65%
DEMENCIA GRAVE	76%	74%



Gravedad de la demencia según FAST



Nº de psicofármacos por persona

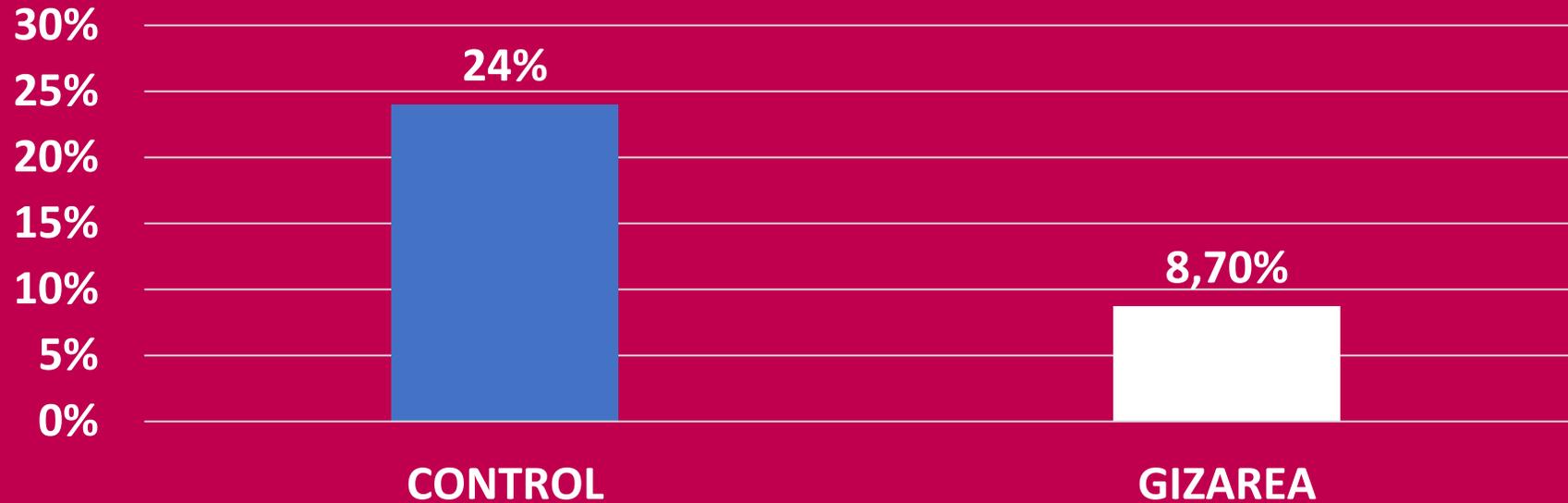


Se aprecia, desde el principio, y especialmente a juicio de las familias, una disminución de la sintomatología conductual con una reducción importante de la administración de psicofármacos “si precisa”, y que se ha visto confirmada en junio con una menor pauta de estos fármacos. Así, se ha disminuido dosis o suprimido totalmente estos fármacos en 7 personas (54%).

Pautas de diferentes psicofármacos



Fallecidos durante el período de estudio



Entre octubre de 2021 y junio de 2022 fallecieron 6 personas en el grupo control y 2 en el grupo Gizarea. Ninguna de ellas falleció por Covid. La edad media de los fallecidos en el grupo control es de 91,3 años (83-102) frente a los 82,5 años (75-90) del grupo Gizarea, sin embargo, el IF-VIG medio es de 0,53 en el grupo control y de 0,6 en el grupo Gizarea, y por tanto, de indicativo de peor pronóstico vital. El nivel de gravedad de la demencia en todos los fallecidos es superior a 7 en la escala FAST y todos ellos tenían una dependencia total para las ABVD.



PROFESIONALES: 17

- **Edades:** entre los 61 y 24 años.
- **Mujeres: 15 Hombres: 2**
- **Categorías profesionales:**
 - Directora
 - DUE: 3
 - Auxiliares: 11
 - Trabajadora social
 - Médica



FAMILIAS: 7 iniciaron el proceso, 5 finalizaron

- **Edades:** entre los 75 y 46 años.
- **Mujeres: 3 Hombres: 2**
- **Relación con los/as**
 - Hijo: 2
 - Esposa: 2
 - Nuera: 1



Medidas en profesionales

- **The Workplace PERMA Profiler (2014)**. Adaptación de Kern, M. y Butler, J. de la University of Pennsylvania y traducido por Julián Lorenzo Farrapeira y Arlen Soldkin.
- **Esca la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) en su adaptación al castellano por Salanova et al. (2000)**. La UWES en su versión original es un instrumento que evalúa el Engagement entendiéndolo como un estado de ánimo de carácter positivo en relación con el trabajo y que está caracterizado por tres factores o dimensiones: vigor, dedicación y absorción.

Medidas en profesionales

JSS, Cuestionario de Estrés Laboral, de Ch. D. Spielberger y P. R. Vagg. Adaptadores: C. Catalina. Evalúa la severidad percibida (intensidad) y la frecuencia con que ocurren 30 fuentes genéricas de estrés laboral a las que se encuentran expuestos los/as empleados/as en una amplia variedad de contextos laborales.

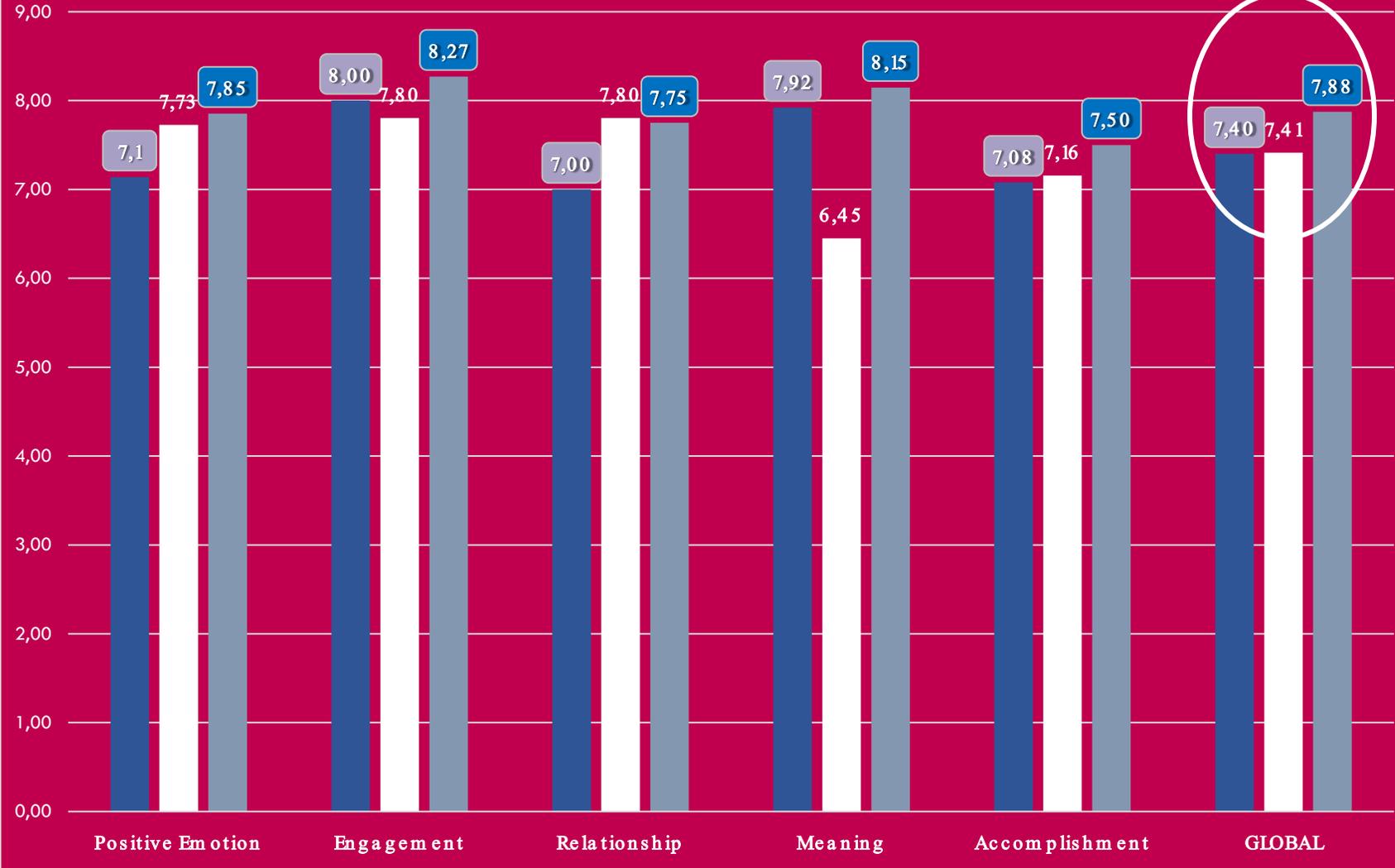
3 ESCALAS

1. **JS-X Índice de Estrés Laboral** proporciona una estimación del nivel global de estrés laboral que experimenta la persona en su contexto de trabajo.
2. **JS-S Severidad del Estrés Laboral** que indica la puntuación media de severidad percibida por la persona en situaciones laborales.
3. **JS-F Frecuencia del Estrés Laboral** indica la frecuencia media en los últimos 6 meses de las situaciones de estrés laboral.

6 SUBESCALAS

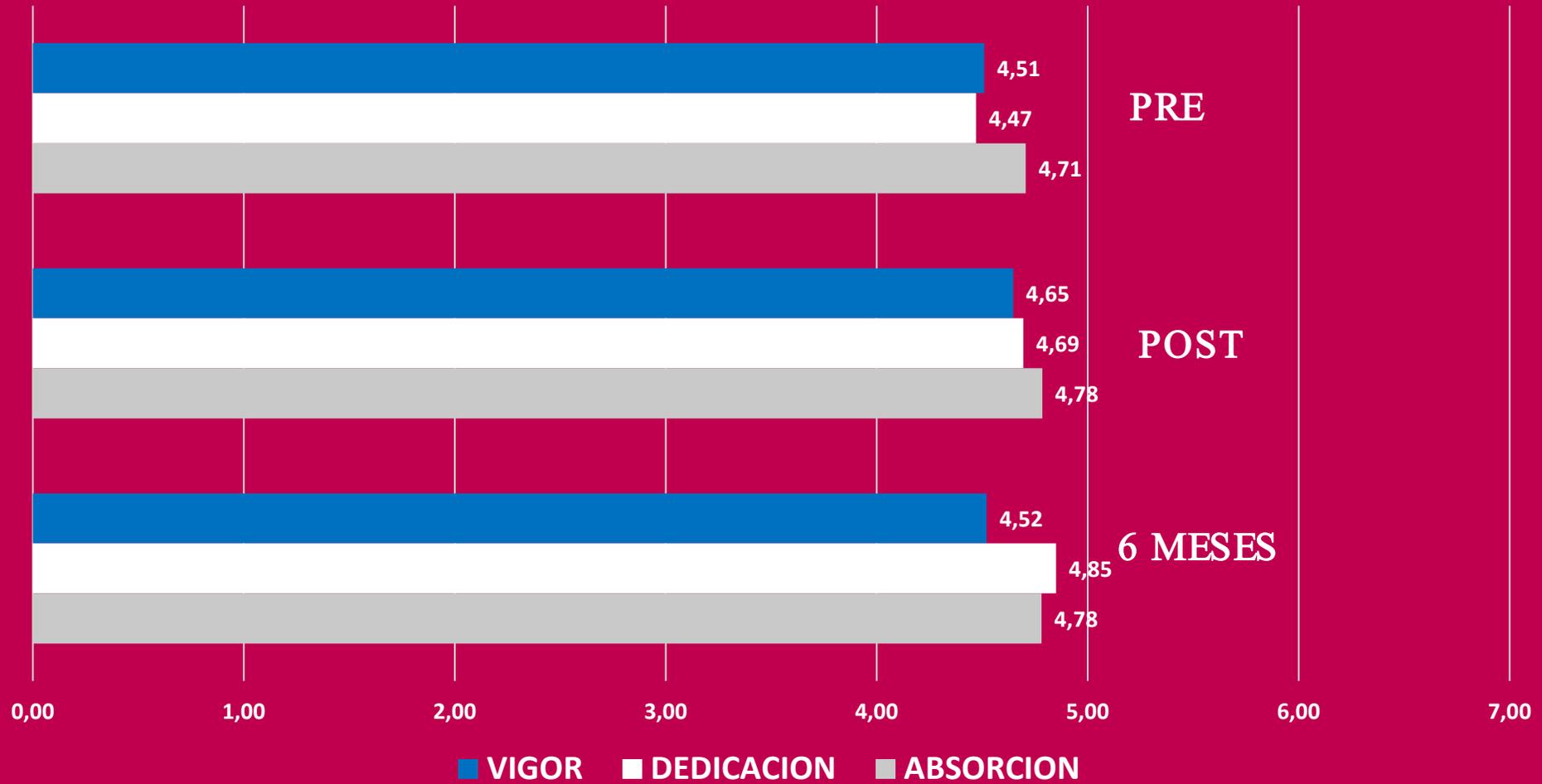
1. **JP-X Índice de Presión laboral.**
2. **JP-S Severidad de la Presión Laboral.**
3. **JP-F Frecuencia de la Presión Laboral.**
4. **IS-X Índice de Falta de apoyo de la organización.**
5. **IS-S Severidad de la Falta de apoyo de la organización.**
6. **IS-F Frecuencia de la Falta de apoyo de la organización.**

Comparativa WORKPLACE PERMA

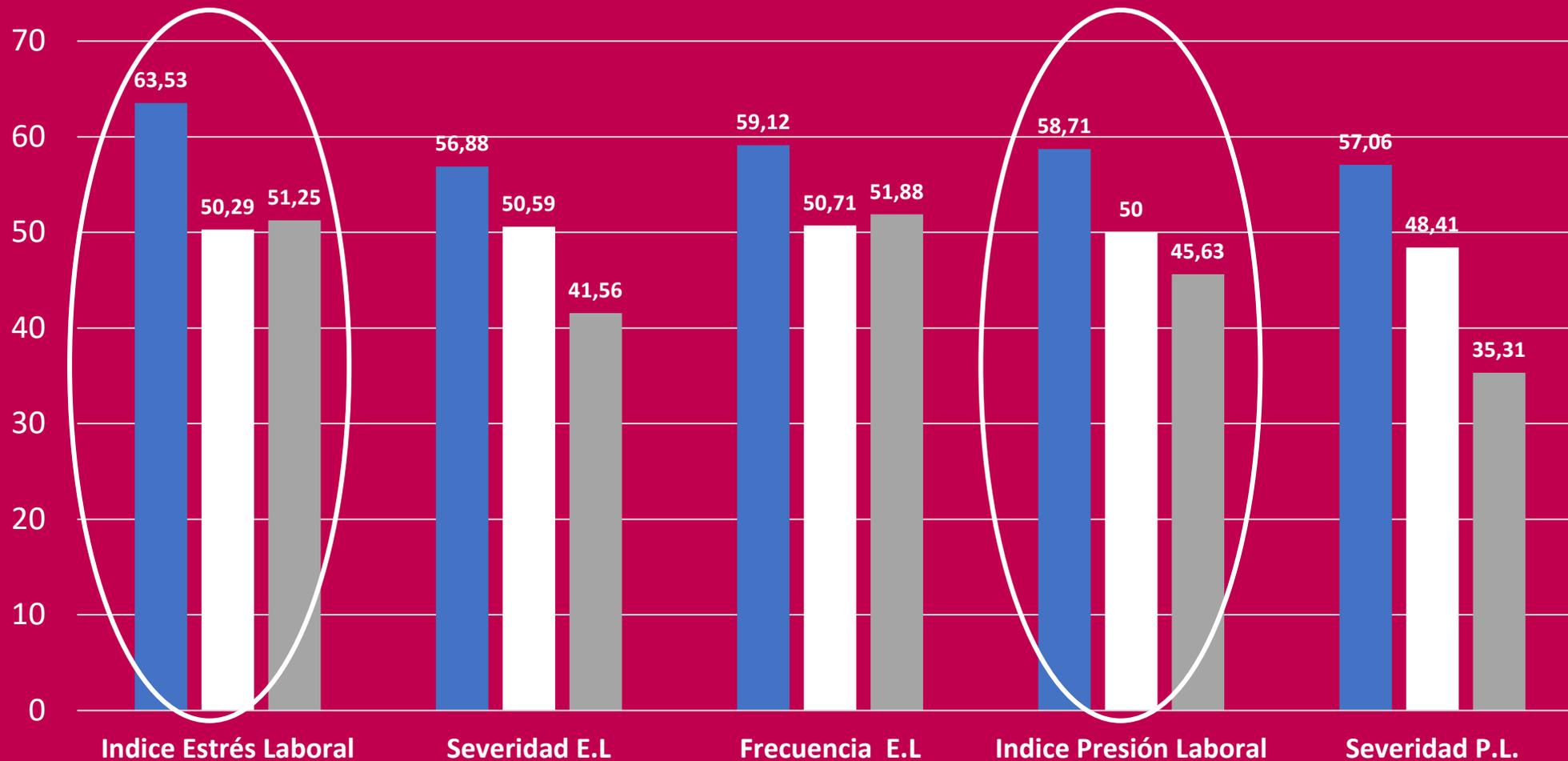


Pre Post 6 Meses)

Escala Utrecht Work Engagement Scale (UWES)



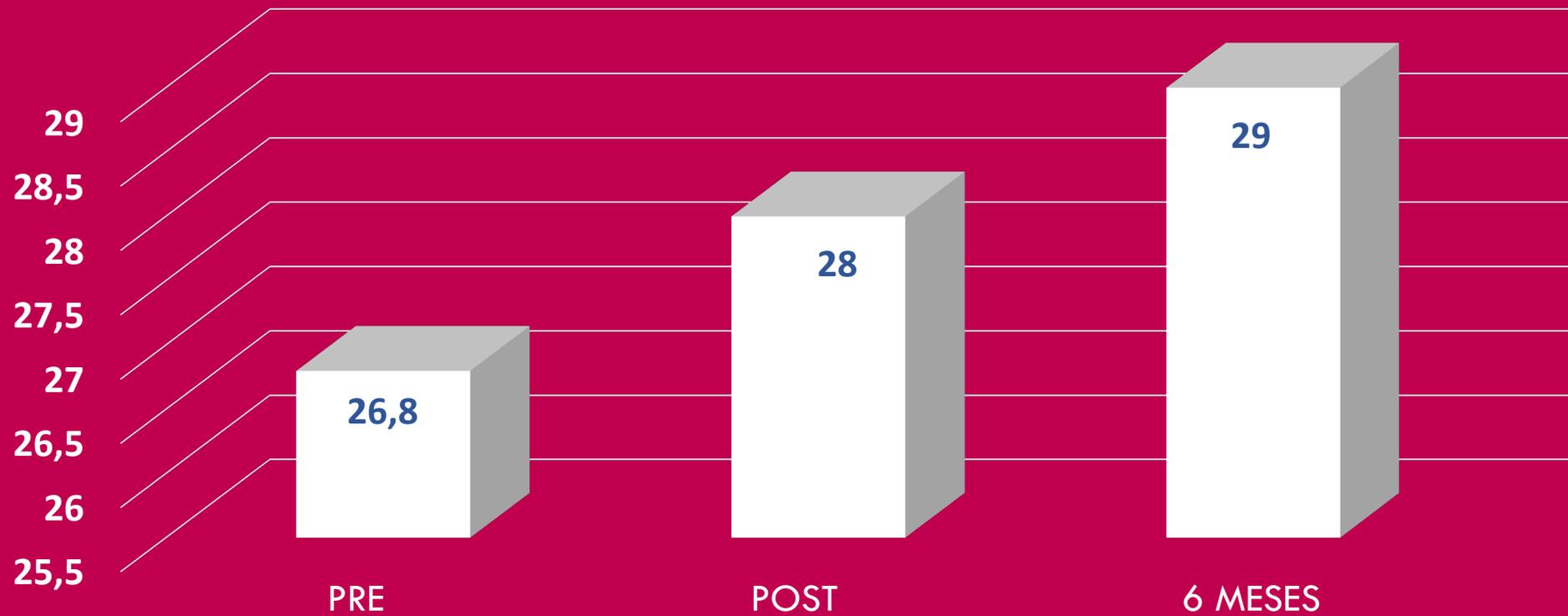
Comparativa JSS en equipo profesional



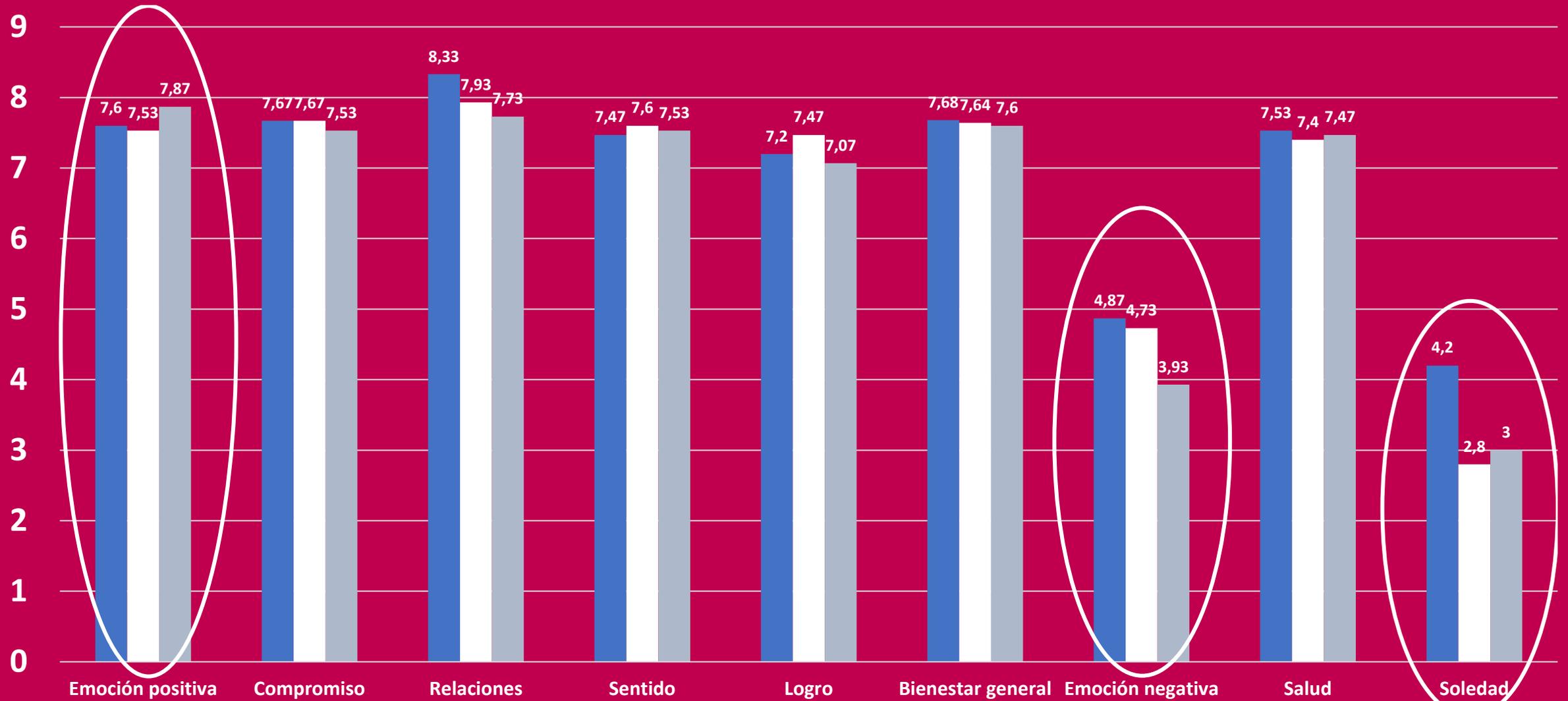
Medidas en familiares

1. Evaluación de los niveles de satisfacción con los cuidados, mediante la **Escala Satisfaction with Care modificada**.
2. **The PERMA Profiler (2014)**. Adaptación de Kern, M. y Butler, J. de la University of Pennsylvania y traducido por Margarita Tarragona. Basado en el Modelo PERMA de Bienestar de Martin Seligman (emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro).

Satisfacción de las familias con los cuidados



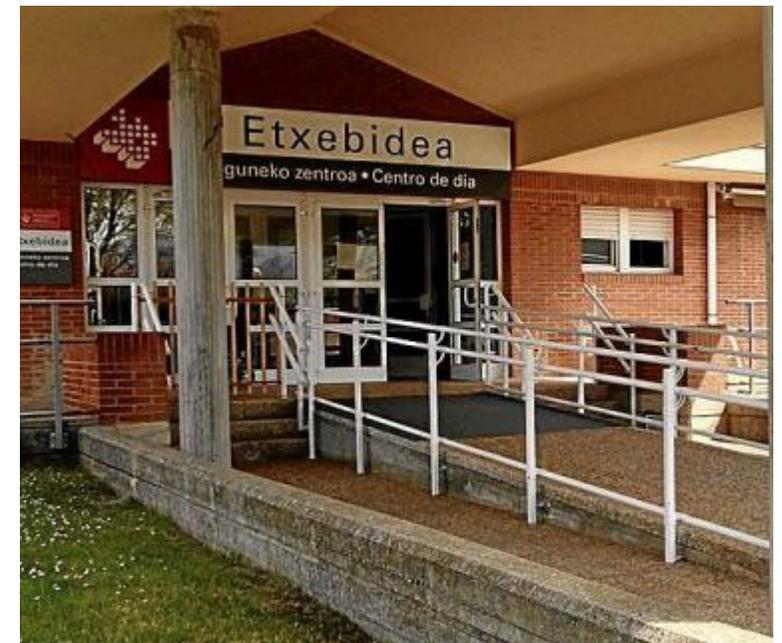
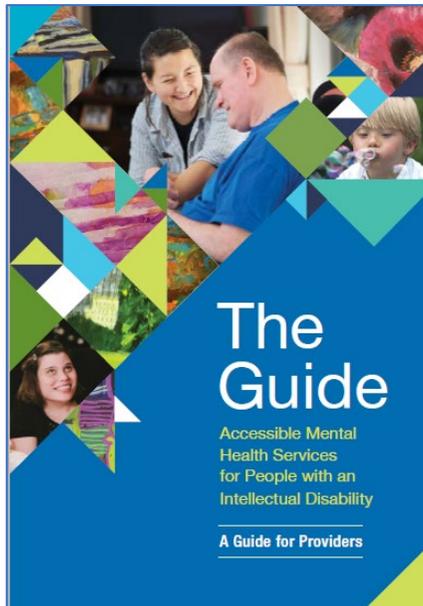
PERMA PROFILER FAMILIAS



■ PRE ■ POST ■ 6 MESES



Prueba piloto del modelo en la Residencia Etxebidea (Discapacidad Intelectual Severa)



La atención sanitaria a las personas con discapacidad
Health care for people with disability

Resumen
Aunque la mayoría de personas con discapacidad no son ni se sienten

Abstract
Although the majority of disabled people aren't or don't feel ill, and

Francisco Javier Leturia
Arrazola
<fleturia@gmail.com>

Received: 21 November 2019 | Revised: 27 March 2020 | Accepted: 3 May 2020
DOI: 10.1111/jar.12758

REVIEW

JARID | WILEY

eHealth in the support of people with mild intellectual disability in daily life: A systematic review

Cathelijin E. M. Oudshoorn^{1,2} | Noud Frielink¹ | Sara L. P. Nijs¹ | Petri J. C. M. Embregts¹

Received: 4 October 2019 | Revised: 7 April 2020 | Accepted: 8 June 2020
DOI: 10.1111/jar.12776

ORIGINAL ARTICLE

JARID | WILEY

How can care settings for people with intellectual disabilities embed health promotion?

Kristel Vlot-van Anrooij¹ | Monique C. J. Koks-Leensen¹ | Anneke van der Crujssen¹ | Henk Jansen¹ | Koos van der Velden² | Geraline Leusink¹ | Thessa I. M. Hilgenkamp^{3,4} | Jenneken Naaldenberg¹

araba
álava

International Summit Consensus Statement: Intellectual Disability Inclusion in National Dementia Plans

Karen Watchman, PhD¹, Matthew P. Janicki, PhD², Michael Splaine, MA³, Frode K. Larsen, MPH⁴, Tiziano Gomiero, PhD⁵, and Ronald Lucchino, PhD⁶

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®
2017, Vol. 32(4) 230-237
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1533317517704082
journals.sagepub.com/home/aja



Faculty of Medicine, The Department of Developmental Disability Neuropsychiatry 3DN

Dementia in people with Intellectual Disability: Guidelines for Australian GPs.

Elizabeth Evans
Research Fellow
Department of Developmental Disability Neuropsychiatry
School of Psychiatry, Faculty of Medicine
University of New South Wales, Sydney
izevans@unsw.edu.au

Professor Julian Trollor
Chair, Intellectual Disability Mental Health
Head, Department of Developmental Disability Neuropsychiatry
School of Psychiatry, Faculty of Medicine
University of New South Wales, Sydney
j.trollor@unsw.edu.au

© Department of Developmental Disability Neuropsychiatry UNSW 2018



Author Manuscript

Author Manuscript



HHS Public Access

Author manuscript

J Aging Soc Policy. Author manuscript; available in PMC 2017 January 01.

Published in final edited form as:

J Aging Soc Policy. 2016 ; 28(1): 1–14. doi:10.1080/08959420.2015.1096142.

The Role of Aging and Disability Resource Centers in Serving Adults Aging with Intellectual Disabilities and Their Families: Findings from Seven States

Caitlin E. Coyle, PhD [Research Fellow],
Yale School of Public Health, New Haven, Connecticut, USA

Michelle Putman, PhD [Professor of Social Work],
Simmons College, Boston, Massachusetts, USA

John Kramer, PhD [Research Associate], and
Institute for Community Inclusion, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, USA



Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 4 (2018) 272-282



Perspective

Caregiving, intellectual disability, and dementia: Report of the Summit Workgroup on Caregiving and Intellectual and Developmental Disabilities

Tamar Heller[✉], Haleigh M. Scott, Matthew P. Janicki, and Pre-Summit Workgroup on Caregiving and Intellectual/Developmental Disabilities¹

Department of Disability and Human Development, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, USA

Abstract

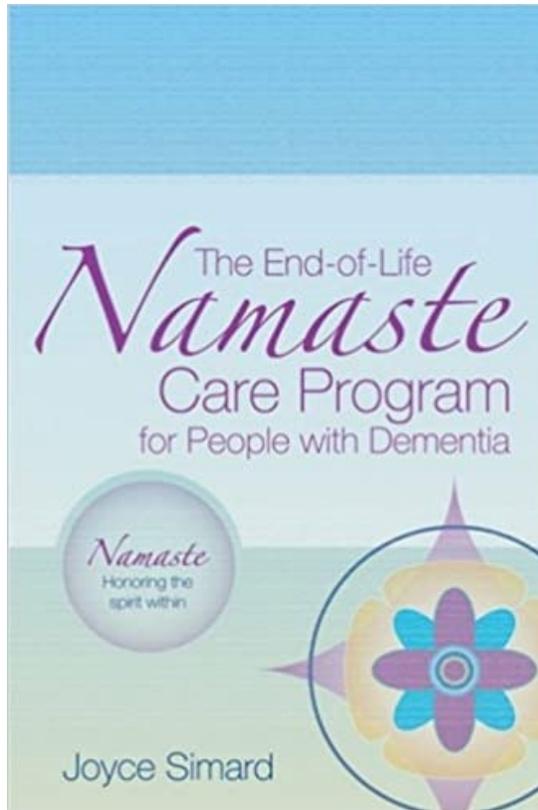
Introduction: A specially commissioned working group produced a report on caregiving, intellectual and developmental disabilities (IDDs), and dementia for the National Institutes of Health-located National Research Summit on Care, Services, and Supports for Persons with Dementia and Their Caregivers.

Methods: Experts in caregiving, dementia, and IDDs examined the current state of research, policy,

Atención especializada en demencias en fase avanzada

www.stchristophers.org.uk

St Christopher's | Namaste Care programme - St Christopher's



Nursing Practice Innovation
Dementia

Using sensory activities to improve dementia care

A structured programme of sensory activities can improve end-of-life care for people with advanced dementia in nursing homes.

In this article...

- 1. What the Namaste Care programme involves
- 2. How it can benefit residents, relatives and staff
- 3. Introducing it across three nursing homes

5 key points

- 1. Namaste Care is a programme of sensory activities to improve end-of-life care.

Appendix: Comments/Link to site card/ Person-centred care/Nursing homes/ Quality of life
*This article has been double-blind peer reviewed

Ageing & Mental Health, 2013
Vol. 17, No. 5, 571-576, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.751581>

Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care

Daniel Nicholls^{1*}, Esther Chang², Amanda Johnson³ and Michel Edenborough⁴

¹School of Nursing and Midwifery, University of Canberra, Canberra 2601, Australia; ²School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Penrith 2751, Australia
(Received 2 August 2012; final version received 17 November 2012)

Original Article

Implementing the Namaste Care Program for residents with advanced dementia: exploring the perceptions of families and staff in UK care homes

Min Stacpoole¹, Jo Hockley², Amanda Thompson¹, Joyce Simard¹, Ladislav Volicer³

Research Report

Namaste Care™: A Person-Centered Care Approach for Alzheimer's and Advanced Dementia

Paula McNeil¹ and Judith Westphal¹

Western Journal of Nursing Research
2014, Vol. 40(1) 37-51
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0193945913467963
journals.sagepub.com/home/wjn
SAGE

Open access **Protocol**

BMJ Open **Effects of the Namaste Care Family programme on quality of life of nursing home residents with advanced dementia and on family caregiving experiences: study protocol of a cluster-randomised controlled trial**

Hanneke J A Smaling,^{1,2} Karlijn J Joling,² Peter M van de Ven,³ Judith E Boomsma,⁴ Joyce Simard,⁵ Ladislav Volicer,¹ Wilco P Achterberg,¹ Anneli L Francke,^{1,3} Jenny T van der Steen^{1,3}

10.1136/bmjopen-2013-002078

RESEARCH ARTICLE

Journal of
Geriatric Psychiatry

The Namaste Care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia

Miranda Stacpoole¹, Jo Hockley¹, Amanda Thompson¹, Joyce Simard¹ and Ladislav Volicer²

¹Care Home Project Team, St Christopher's Hospice, London, UK
²South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK
³School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Sydney, Australia
⁴School of Aging Studies, University of South Florida, Tampa, Florida, USA
Correspondence to: M. Stacpoole, E-mail: m.stacpoole@stchristophers.org.uk



NAMASTE CARE

ENVIRONMENT

LOVING TOUCH

RESIDENTS

↑ Appetite, engagement, communication, tactility
↓ Agitation, pain, rejection of care

FAMILY and STAFF

↑ Visits, interaction
peacefulness

STAFF

↑ Job satisfaction
↓ Challenging care

Conclusiones

Los programas y políticas centrados en las relaciones tienen el potencial de fomentar experiencias positivas en la atención a las personas con demencia.

Age and Ageing 2019; 48: 727–734
doi: 10.1093/ageing/afz030
Published electronically 9 April 2019

© The Author(s) 2019. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

QUALITATIVE PAPERS

Caring community and relationship centred care on an end-stage dementia special care unit

Theresa A. Allison^{1,2}, Rafael T. Balbino³, Kenneth E. Covinsky¹

¹Division of Geriatrics, Department of Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA
²Department of Family & Community Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA
³Baptist AgeWell Center for Senior Health, Jacksonville, FL, USA

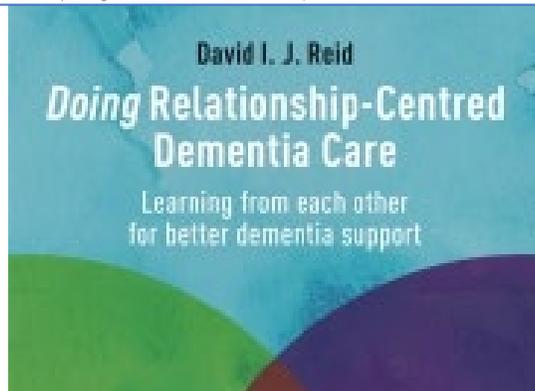
Wu et al. BMC Geriatrics (2018) 18:277
https://doi.org/10.1186/s12877-018-0964-3

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE Open Access

Mixed methods developmental evaluation of the CHOICE program: a relationship-centred mealtime intervention for long-term care

Sarah Wu¹, Jill M. Morrison¹, Hilary Dunn-Ridgeway², Vanessa Vucea¹, Sabrina Iuglio¹ and Heather Keller^{1,2*}



Dementia

Journal Home Browse Journal Journal Info Stay Connected Submit Paper Search

2.764 Impact Factor
5-Year Impact Factor 3.501
Journal Indexing & Metrics

Relationship-Centered Dementia Care: Insights from a Community-Based Culture Change Coalition

Lorna de Witt, Darla Fortune

First Published May 19, 2017 | Research Article | Find in PubMed | Check for updates
https://doi.org/10.1177/1471301217708814

JAMDA 23 (2022) 253–260

ELSEVIER JAMDA journal homepage: www.jamda.com

Special Article

Reimagining Nutrition Care and Mealtimes in Long-Term Care

Heather H. Keller RD, PhD^{a,*}, Safura Syed RD, MSc^b, Hana Dakkak RD, MSc^b, Sarah A. Wu MA^b, Dorothee Volkert PhD^c

^aSchlegel-UW Research Institute for Aging, Department of Kinesiology and Health Sciences, University of Waterloo, Waterloo, ON, Canada
^bDepartment of Kinesiology and Health Sciences, University of Waterloo, Waterloo, ON, Canada
^cInstitute for Biomedicine of Aging, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nuremberg, Germany

Backhaus et al. BMC Geriatrics (2020) 20:434
https://doi.org/10.1186/s12877-020-01836-w

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE Open Access

Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review

Ramona Backhaus^a, Linda J. M. Hoek^a, Erica de Vries^a, Jolanda C. M. van Haastregt^a, Jan P. H. Hamers^a and Hilde Verbeek^a





Victoria Camps

El cuidar debe ser entendido como una suerte de relación entre las personas, que debe darse y cultivarse en todos los espacios donde se despliegan las relaciones humanas: además de la familia, las profesiones, la política, la administración, el comercio, el ocio y la cultura.



Muchas gracias por su atención.