

CURSO:

*PLANES EN CUIDADOS DE PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS.*

SALAMANCA.

Días 4, 11, 18, 25 y 30 de Noviembre de 2022.



Manual elaborado por:

Jésica Pérez Delgado
Terapeuta Ocupacional nºcol: CYL331



Calle Portugal nº 6, 3º B.
47007 VALLADOLID.
Teléfonos: 983 211 626.- 609 812 403
E-mail correo@spai2002.es



ÍNDICE

1. Índice de Barthel	4
2. Índice de Lawton y Brody.....	5
3. Introducción a la valoración del deterioro cognitivo y al test.....	6
4. Valoración inicial en Terapia Ocupacional.....	13
5. Caso práctico 1.....	14
6. Caso práctico 2.....	15
7. Caso práctico 3.....	16
8. Caso práctico 4.....	17
9. Pai (plan de atención individualizado).....	18
10. Ejercicio práctico.....	20
11. Como actuar ante una persona con demencia.....	21
12. Como actuar ante una persona con sordo ceguera	22
13. Enlaces de interés.....	23

ÍNDICE DE BARTHEL

Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:
	ASISTIDO/A	VÁLIDO/A	

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente.....Edad.....Sexo.....

Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria

	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

Breve introducción a la valoración del deterioro cognitivo y al test

En el diagnóstico de las demencias es recomendable realizar, entre otras pruebas, una valoración neuropsicológica del grado de potencial deterioro cognitivo que pueda presentar la persona. Se entiende por deterioro cognitivo el grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención y concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz, entre otras. Además de los trastornos cognoscitivos, el deterioro cognitivo también puede evaluarse en otro tipo de enfermedades, tales como traumatismos craneoencefálicos o trastornos psicopatológicos (psicosis, toxicomanías), e incluso en procesos no patológicos como el envejecimiento.

El MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento¹ original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination—MMSE o Mini-Mental—² de Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001. Aunque se difundieron en España diversas versiones del test, hemos optado en este artículo por exponer la última versión publicada por Lobo y su equipo, la cual se puntúa sobre 30, ajustándose así al estándar internacional. Respecto a la denominación en sigla, cabe decir que la forma más correcta sería la de MMSE, si bien hemos optado por mantener la de MEC, dado su arraigo y uso extendido en nuestro ámbito nacional.

Indicaciones y forma correcta de aplicación

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones (fig. 1), que el clínico puede administrar al paciente en 5-15 min, con base en las siguientes indicaciones; téngase en cuenta que los responsables del instrumento, tanto en su versión original como en su adaptación española, advierten que el profesional debe ajustarse en la mayor medida posible a estas consignas, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ NIVEL FORMATIVO: _____

FECHA: ____ / ____ / ____ PROFESIONAL: _____

INSTRUCCIONES

Las indicaciones en negrita deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustar la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

¿Tiene algún problema con su memoria?

1. ORIENTACIÓN TEMPORAL PUNTUACIÓN

RESPUESTA

Dígame, por favor...			
¿En qué año estamos?		0	1
¿En qué estación o época del año estamos?		0	1
¿En qué mes estamos?		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?		0	1
¿Qué día del mes es hoy?		0	1

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos; anótelos si es así

¿En qué país estamos?		0	1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?		0	1
¿En qué población estamos?		0	1
¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle)		0	1
¿En qué planta/piso estamos? (casa: piso o número de la calle)		0	1

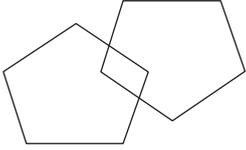
3. FIJACIÓN

Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetirlas cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras:			
PELOTA		0	1
CABALLO		0	1
MANZANA		0	1
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetirlas hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)			
Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos			

11. DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

<p>Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)</p>  <p>The image shows two regular pentagons drawn in black outlines. They are positioned such that they overlap. The pentagon on the left is slightly lower and to the left of the pentagon on the right. Their right and left sides respectively overlap in the center.</p>	<p>0 1</p>
--	------------

<p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>	<p>/30</p>
-------------------------	------------

Indicaciones y forma correcta de aplicación

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones, que el clínico puede administrar al paciente en 5-15 min, con base en las siguientes indicaciones; téngase en cuenta que los responsables del instrumento, tanto en su versión original como en su adaptación española, advierten que el profesional debe ajustarse en la mayor medida posible a estas consignas, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto.

1. Orientación temporal: esta sección se compone de 5 preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes en que se realiza la exploración, cada una de las cuales puntúa 0 (error) o 1 (acierto), con una puntuación que varía de 0 a 5 puntos. Si la exploración se realiza por la noche o a última hora del día, puede concederse como correcta la respuesta del día en curso o la del día siguiente. De la misma manera, en períodos de transición entre estaciones o épocas del año, se puntuaría como correcto responder tanto la que esté vigente como la entrante. Por otro lado, en ciertas zonas geográficas sin cambios estacionales discernibles o suficientemente marcados, pueden aceptarse otras referencias válidas localmente para diferenciar los períodos temporales o meteorológicos. Orientación espacial: se trata de una serie de 5 preguntas, referentes a coordenadas espaciales tales como el país, la región, la localidad y el lugar en que se realiza la exploración. Nuevamente, se puntúa cada una de ellas con 0 o 1, con una puntuación máxima de 5. Cabe añadir que, en lugar del nombre de la localidad (ciudad, pueblo), puede requerirse alternativamente sobre una zona (distrito, barrio, etc.), siempre que sea adecuada para el entorno y se presente con suficiente precisión geográfica. Cuando la exploración tenga lugar en el domicilio del paciente, se podrá preguntar por la estancia o habitación de la vivienda en lugar de la planta o el piso del edificio. La ejecución tiende a mejorar en entornos familiares, sin que eso implique cambiar el criterio de puntuación establecido en el protocolo.
2. Orientación espacial: se trata de una serie de 5 preguntas, referentes a coordenadas espaciales tales como el país, la región, la localidad y el lugar en que se realiza la exploración. Nuevamente, se puntúa cada una de ellas con 0 o 1, con una puntuación máxima de 5. Cabe añadir que, en lugar del nombre de la localidad (ciudad, pueblo), puede requerirse alternativamente sobre una zona (distrito, barrio, etc.), siempre que sea adecuada para el entorno y se presente con suficiente precisión geográfica. Cuando la exploración tenga lugar en el domicilio del paciente, se podrá preguntar por la estancia o habitación de la vivienda en lugar de la planta o el piso del edificio. La ejecución tiende a mejorar en entornos familiares, sin que eso implique cambiar el criterio de puntuación establecido en el protocolo.
3. Fijación: esta sección pretende evaluar la capacidad de la persona para fijar y retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí, así como su grado de alerta y atención. Consiste en facilitar las instrucciones al paciente de manera clara y concisa, y a continuación decir las 3 palabras, con una pausa de aproximadamente 1 s entre ellas. Se anota la respuesta, concediendo 1 punto por palabra evocada (puntuación máxima de 3). El orden de las respuestas es irrelevante. Si el sujeto no responde correctamente las 3 palabras al primer intento, se repiten hasta que sea capaz de retenerlas; sin embargo, sólo se puntuará el primer intento. Para aumentar la probabilidad de que se aprendan las palabras—con vistas a poder evaluar la capacidad de retención a más largo plazo en la quinta sección del test— se podrá realizar hasta un máximo de cinco intentos. Por otro lado, en casos de aplicación de retest o de administraciones repetidas en un corto período, se pueden sustituir las 3 palabras originales por otra serie alternativa (p. ej., “libro-queso-bicicleta”), para evitar el efecto no deseado del aprendizaje entre las distintas aplicaciones. Una vez el individuo haya aprendido las palabras (o practicado hasta cinco intentos, independientemente del resultado obtenido), hay que informarle que debe tratar de recordar las palabras, puesto que se le requerirán en unos minutos.
4. Atención y cálculo: consiste en la tarea de “treses serios”, en la que el sujeto debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de 3 números empezando por el 30, facilitándole un contexto concreto (monedas). Se puntúa 1 por cada respuesta correcta, hasta un máximo de 5 puntos. Se considera correcta una respuesta si es exactamente 3 números inferior a la contestación anterior, con independencia de si esta fue correcta o incorrecta. No se debe repetir la cifra que dé el paciente. Este ítem está claramente influido por el nivel de escolaridad y la aptitud matemática del sujeto; no obstante, hay que puntuarlo de manera objetiva, sin tomar en consideración estos factores. Memoria: aquí se evalúa la capacidad de retención a corto plazo del paciente, pidiéndole que recuerde las 3 palabras aprendidas en la tarea de fijación. Se le puede animar o motivar para que responda en caso de dificultad, pero no estimularle ni facilitarle ayudas en forma de claves o pistas. Se puntúa igual que la tercera sección, siendo igualmente irrelevante el orden de las palabras evocadas.

5. Nominación: con este ejercicio se pretende evaluar la capacidad del individuo para reconocer y nombrar 2 objetos comunes, tales como un bolígrafo o lápiz y un reloj, los cuales se le muestran de manera física y directa. En caso de necesidad, los objetos propuestos pueden sustituirse por otros equivalentes (p. ej., gafas, silla, llaves, etc.). Cada respuesta correcta se puntúa 1, con un máximo de 2 puntos en esta sección. La respuesta se dará como correcta si la persona identifica el objeto, tanto completa como parcialmente.
6. Repetición: esta sección valora la capacidad del examinado para repetir con precisión una frase con cierta complicación articulatoria. La emisión de esta frase estímulo debe ser clara y audible en todos sus detalles. La puntuación es 1 si el sujeto repite la frase entera correctamente, y 0 si la repetición no es exacta. Si fuera necesario (p. ej., en caso de dificultad para oír o comprender la pregunta), se podrá repetir el ejercicio hasta 5 veces, pero se puntuará únicamente el primer intento.
7. Comprensión: esta tarea evalúa la capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 pasos. En caso de que concurra alguna limitación física o motriz que impida al sujeto utilizar su mano derecha o colocar el papel en el suelo, se puede permitir que utilice la mano izquierda o que coloque el papel en la mesa u otra superficie accesible. La puntuación, una vez más, es de 0 (error) o 1 (acierto) en cada una de las operaciones que realizar, con una puntuación máxima de 3. Si la persona no pudiera ejecutar este ejercicio, parcial o totalmente, se puntuaría como error y se anotaría el impedimento o motivo de incapacidad.
8. Lectura: en esta sección, se evalúa la capacidad del explorado para leer y comprender una frase sencilla (“cierre los ojos”), la cual se le presenta en una hoja aparte. Solamente se aceptará la respuesta como correcta (1 punto) si la persona cierra los ojos; no debe estimularse esta respuesta. Si el sujeto no comprendiera la lengua española, debería mostrársele una orden escrita en su lengua materna. Si concurriera un problema de visión o de analfabetismo que impidiera al sujeto leer la orden, se puntuaría la tarea con 0 y se anotaría el motivo de esta puntuación.
9. Escritura: se evalúa aquí la capacidad del individuo para escribir una frase coherente. La puntuación máxima de 1 punto se concederá cuando la frase escrita sea comprensible, y contenga sujeto, verbo y predicado. Se deben ignorar los posibles errores ortográficos y gramaticales.
10. Dibujo: esta tarea de copia de 2 pentágonos entrelazados, que se presentan en una hoja separada, evalúa la capacidad visuoespacial del explorado. Se puntuará con un 1, exclusivamente, cuando el dibujo realizado represente 2 figuras de 5 lados cada una, entrelazándose para formar una figura de 4 lados. La falta de intersección entre los pentágonos se puntúa con 0. La perfección del dibujo es irrelevante.
11. Dibujo: esta tarea de copia de 2 pentágonos entrelazados, que se presentan en una hoja separada, evalúa la capacidad visuoespacial del explorado. Se puntuará con un 1, exclusivamente, cuando el dibujo realizado represente 2 figuras de 5 lados cada una, entrelazándose para formar una figura de 4 lados. La falta de intersección entre los pentágonos se puntúa con 0. La perfección del dibujo es irrelevante.

Cuando concurren en la persona que explorar limitaciones significativas de tipo sensorial (visual), psicomotriz (capacidad funcional de las extremidades superiores y motricidad fina) o instructivo (analfabetismo), cabe la posibilidad de omitir los ítems afectados —generalmente, los de nominación, comprensión, lectura, escritura y dibujo— sin que eso suponga una infravaloración en la puntuación total obtenida, debida a factores no relacionados con la enfermedad de base.

Adicionalmente, en determinadas circunstancias (p. ej., en pacientes que se recuperen de problemas cognoscitivos agudos o en aquellos que se encuentren bajo los efectos de medicación psicoactiva), puede ser de interés evaluar el nivel de conciencia y respuesta del sujeto (alerta-obnubilación-estupor-coma), para poder interpretar eventualmente el significado de una puntuación baja, o el curso clínico del funcionamiento cognitivo.

Corrección del test

El proceso de corrección debe ser objetivo al máximo y ajustado a las instrucciones facilitadas; todo error en cualquiera de los ítems administrados debe puntuarse con 0 puntos. Aun así, resulta clínicamente importante dejar constancia de cualquier deficiencia motora o sensorial que pueda afectar a la capacidad del sujeto para responder adecuadamente a las tareas planteadas.

La puntuación total del MEC se calcula sumando todas las puntuaciones parciales en cada una de las 11 secciones. La puntuación máxima que puede obtenerse es de 30 puntos; a menor puntuación, mayor será la alteración. Cuando se hayan omitido ítems por la imposibilidad de ser administrados, se calculará una puntuación ponderada, aplicando una sencilla regla de tres; veámoslo con un ejemplo: un paciente sufre ceguera total y, por lo tanto, no puede responder a los ítems de nominación, lectura, escritura y dibujo, con lo que sólo podrá conseguir un máximo de 25 puntos. Si obtiene una puntuación final de 21, se realizará la corrección pertinente: $21 \times 30 / 25 = 25,2$, y después se redondeará al entero más próximo, resultando la puntuación total corregida en 25 puntos, que se deberá interpretar como una puntuación normal sobre 30.

Interpretación de los resultados

El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MEC de 30 puntos es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo. Puesto que nos encontramos ante un test de cribado, una puntuación significativamente baja (≤ 23) puede señalar una evaluación neuropsicológica más exhaustiva; en cualquier caso, dicha puntuación no debería ser utilizada con finalidades diagnósticas o clasificatorias respecto a los diversos tipos de demencia u otros trastornos cognoscitivos. Cabe dejar constancia de que los autores de la adaptación española del MEC recomiendan, cuando se desee mejorar la especificidad sin afectar negativamente a la sensibilidad de la prueba, utilizar un punto de corte de 22.

Dado que, según cierto consenso en la comunidad científica, los rendimientos en el MEC parecen estar influidos por el nivel cultural de los sujetos, es posible adaptar las puntuaciones a las características sociodemográficas de los pacientes. A tal efecto, véanse las correcciones por edad y escolaridad según el proyecto NORMACODEM, siguiendo dichos criterios de corrección, por ejemplo, a un sujeto de menos de 50 años con estudios superiores que obtuviera una puntuación directa de 24, debería aplicársele la corrección indicada ($24 - 2 = 22$), y valorar la puntuación corregida resultante en función del punto de corte establecido.

Por otro lado, además de la puntuación total en relación con un punto de corte determinado, es recomendable tener en cuenta las puntuaciones parciales en las distintas secciones del test, al efecto de tener cierta orientación sobre la localización por áreas del déficit. Además, la aplicación de la prueba debe acompañarse de las correspondientes apreciaciones clínicas sobre el desempeño del sujeto, las cuales pueden contribuir a interpretar con mayor fiabilidad la puntuación final obtenida.

		Edad (años)		
		≤ 50	51-75	> 75
Escolaridad (años)	≤ 8	0	+1	+1
	9-17	-1	0	+1
	> 17	-2	-1	0

VALORACION INICIAL DE T.O.

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

PROCEDENCIA:

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE INGRESO:

DATOS CLINICOS

.....

HISTORIA OCUPACIONAL

ESTUDIOS:

TRABAJO:

HÁBITOS Y OCIO:

MOTIVOS DE INTERVENCION

- VALORACION INICIAL
- RECUPERACION DE AIVD
- ADAPTACION AYUDAS TECNICAS
- RECUPERACIÓN/MANTENIMIENTO FUNCIONAL MOTOR
- RECUPERACION/ MANTENIMIENTO FUNCIONAL COGNITIVO
- OTROS

AYUDAS TECNICAS

- BASTON
- MULETAS
- SILLA DE RUEDAS
- ANDADOR
- OTROS

PROBLEMAS QUE PUEDEN DIFICULTAR LA INTERVENCION

- DETERIORO COGNITIVO
- DESMOTIVACION
- AUDICION
- VISUAL
- FUNCIONAL
- OTROS

OBSERVACIONES

- FAMILIA
- EXPECTATIVAS
- AVD
- BARTHRL-LAWTON
- MEC

CASO PRACTICO 1

Eustaquio Rodríguez Rodríguez es un usuario de 82 años.

Ingresó en el centro el 3 de marzo de 2020. Nació el 8 de octubre de 1940.

Procedente de un pueblo de la provincia de Salamanca, Alconada. Cursó los estudios básicos en la escuela de su pueblo y a los 8 años salió para ayudar en casa.

Posteriormente comenzó a trabajar en el campo como agricultor hasta su jubilación.

Viudo desde hace 9 años, tiene 5 hijos de los cuales son 3 varones y dos mujeres, buena relación con todos.

Antes de enfermar le gustaba ir todos los días al bar a “echar la partida”, también le gustaba mucho pasear, ver los deportes y escuchar la radio.

Eustaquio se encuentra encamado, con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en estado avanzado, con una disfagia severa, portador de sonda PEG, además de insomnio.

CASO PRACTICO 2

Leovigilda Castro Pérez de 72 años.

Nació el 3 de agosto de 1950 .Procedente de Paradinas de San Juan.

Ingresó en el centro el 8 de octubre de 2019.

Estudios básicos. Ama de casa. Su tiempo libre lo dedicaba a la costura y ver la tele, también la gustaba salir a pasear y participar en actividades religiosas. Le gustan las manualidades.

Viuda. Buena relación familiar con sus 4 hijos, tres mujeres y un varón.

Dos de las hijas viven en Salamanca, otra en el pueblo y su hijo vive en Madrid.

Deambula sola por la residencia con ayuda de bastón, independiente para las ABVD, incontinencia ocasional, realiza las ingestas sola en el comedor, diabética e hipertensa, diagnóstico de DCL.

Participa en la mayoría de las actividades, aunque no siempre acude.

CASO PRACTICO 3

Gervasio Antón Hernández, 88 años, nació el 27 de junio del año 1934, procedente de Martinamor. Estudios básicos. De profesión albañil. Casado y tres hijos, dos hijos y una hija, los tres viven en Salamanca, aunque con uno de ellos no hay buena relación. Su mujer vive en el pueblo y lo visita todas las semanas.

Antes de ingresar en el centro le gustaba ir todos los días al bar y salir de paseo. Tenía un pequeño huerto y se entretenía mucho cuidándolo. Dice que es lo que más echa de menos.

Ingresó en el centro el 10 de enero del 2014.

Ingresó con ayuda de un andador, pero tras varias caídas, se decidió poner silla de ruedas. Estando en la silla se repitieron las caídas y se pasó a poner cinturón en silla y sujeción en cama.

Actualmente incapacitado, con demencia degenerativa moderada sin diagnosticar, portador de oxígeno 24h, enfermedad de EPOC.

Incontinente total. Necesita ayuda para partir los alimentos, pero no para su administración (dieta fácil masticación).

Constantemente quejándose por que refiere no poder hacer de vientre con frecuencia.

En ocasiones se muestra agresivo y alterado, sobre todo por las noches.

Le gusta participar en actividades porque dice que le recuerda a lo poco que fue a la escuela y se lo pasa muy bien, sobre todo cuando hay festividades o eventos en la residencia.

CASO PRACTICO 4

Rosaura Ríos Manjón es una usuaria que lleva poco en el centro. Ingresó el 10 de septiembre de 2022.

Nació el 17 de marzo de 1932 en un pueblo de la sierra, Sotoserrano, 90 años de edad. Viuda y una hija soltera. Estudió hasta los 14 años de edad. Cartera de profesión.

En su tiempo libre le gustaba hacer labores, ver revistas del corazón y cuidar de sus plantas. También la gusta mucho cantar y bailar.

Ingresó en la residencia por sobrecarga familiar, la usuaria presenta diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy en estado avanzado.

La residente vivía con su hija (soltera), en su piso de Salamanca. Refiere que su madre cada vez era más agresiva y la situación en casa era insostenible, en varias ocasiones intentó escaparse. La hija tiene sentimientos de culpabilidad ya que dice que “ha dejado a su madre abandonada en una residencia”, se fía poco del personal y de los cuidados que está recibiendo su madre. Acude diariamente a visitarla, incluso hay días que varias veces en un solo día.

Rosaura deambula sin ningún tipo de ayuda, con riesgo de caídas aunque por el momento no se ha producido ninguna.

Es dependiente en todas las ABVD. Afasia.

Agitada constantemente.

PAI - PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL				
Nombre y apellido _____			Nº Expediente _____	
Persona de referencia _____			Fecha del plan _____	
Área	Necesidades y potenciales observadas			
SOCIAL				
● Situación de desprotección LEGAL				
● Hábitos y ocio				
● Creencias y valores				
● Gestiones administrativas				
● Interrelación social y familiar				
SANITARIA				
● Situación sanitaria				
● Tratamiento				
● Estado de piel UPP	-			
● Estado nutricional/hidratación	-			
● Dieta				
● Patrón de eliminación				
● Movilidad- Deambulación				
● Sueño, agitación				
● Dolor				
● Alteraciones, conducta				
● Seguridad – Restricciones				
● Marcha - equilibrio				
● Transferencias				
● Limitación movilidad				
● Ayudas técnicas				
PSICOLÓGICA				
● Valoración cognitiva				
● Depresión, ansiedad				
● Trastornos de conducta				
ABVD				
● Valoración FUNCIONAL				
	<i>Ducha</i>	<i>Aseo</i>	<i>Vestir</i>	<i>Retrete</i>

OBJETIVOS	ACCIONES E INTERVENCIONES	RESPONSABLE

Revisiones de PAIs anteriores cerrados		
OBJETIVOS ANTERIORES	NIVEL DE EJECUCIÓN	REVISIÓN REALIZADA

DINÁMICA

“ELECCIONES EN UN DÍA DE MI VIDA”

1. Hora a la que me levanto.
2. Escoger el champú, el gel, la gomina, etc.
3. Cómo peinarme.
4. Momento del día en que quiero ducharme.
5. Colonia que me pongo.
6. Escoger lo que quiero desayunar.
7. Momento en el que desayunar.
8. Ropa que me pongo.
9. Qué quiero merendar.
10. Momento en el que merendar.
11. Sitio en el que merendar.
12. Actividades de ocio.
13. Amigos con los que quiero compartir mi tiempo libre.
14. Qué ver en la televisión.
15. Qué cenar.
16. Cuándo cenar.
17. Lavarse los dientes.
18. Pasta para lavarme los dientes.
19. Cepillo para lavarme los dientes.
20. Hora a la que lavarme los dientes.
21. Hora en que me voy a la cama.

¿CÓMO DEBEMOS COMPORTARNOS CON LAS PERSONAS CON DEMENCIA?

- No preguntarles continuamente aspectos de su vida que no recuerdan: ¿tienes hijos?, ¿cómo se llaman?... si no conocemos su estado cognitivo y civil.
- No le digas, ¿no me recuerdas de la otra semana?, ¡no te dije qué...!
- Siempre acercarnos de frente a ellos, para no asustarles y más si tienen problemas de oído.
- Procurar ponernos a su altura para mantener contacto visual.
- Procurar hablarles en un tono de voz normal, NO todos tienen problemas de oído. Hablar alto cuando sea necesario y a quien sea pertinente.
- No correr o desplazarnos deprisa por la residencia, eso les confunde y pueden pensar que ocurre algo.
- En nuestro primer contacto presentarnos, y si es posible identificarnos como personal voluntario.
- Siempre que empecemos una actividad debemos concluirla y en caso de que nos tengamos que ir, explicarles por qué vamos a finalizarla y mirar si otra persona se puede quedar con ellos.
- Intentar no hacer las cosas por ellos, debemos animales a que las hagan, pero preguntamos si necesitan ayuda, potenciar la autodeterminación, autonomía y autoestima.
- Adaptar la actividad a las personas que van a participar en ella.
- Sólo avisar a las auxiliares si realmente es necesario.
- Cuando una situación nos produzca inquietud, nerviosismo, etc. Lo comunicamos para poder solucionarla y conocer el porqué.
- Cuando tengamos dudas de cómo actuar con un residente preguntamos a las auxiliares u otro trabajador, sobre todo a la hora de realizar traslados, hacer salidas, ofrecer comida o bebida, etc.

iii ¡ añade aquella que creas importante!!!

CÓMO ACTUAR FRENTE A UNA PERSONA CON SORDOCEGUERA

Es natural que la primera vez que nos encontremos con una persona con sordoceguera estemos algo desorientados/as respecto a cómo actuar ante ella. Los siguientes consejos pueden servir para hacer que sintamos más seguridad y facilitar así la comunicación:

1. Lo primero que debemos hacer siempre es **darle a conocer nuestra presencia** tocándole suavemente en el hombro o en el brazo. Si está realizando alguna tarea, esperaremos hasta que pueda atendernos. (Si conserva algo de resto visual, trataremos de colocarnos dentro de su campo de visión)
2. El siguiente paso será **identificarnos**, decirle quiénes somos. No es conveniente jugar a las adivinanzas. Aunque nos conozca, debemos comunicarle quiénes somos para evitarle confusiones.

Para ello necesitaremos asignarnos un signo determinado que será la manera que ella tenga de reconocernos.

3. El **sistema** utilizado por ella es una mezcla ente los **signos propios de la lengua de signos y signos naturales** que ha venido utilizando en el entorno familiar, básicamente. (Saludos, ¿qué tal?, bien, mal, baño, comer, agua,....)
4. Puede que al principio nos encontremos con ciertas dificultades en el desarrollo del proceso comunicativo. Es necesario que ambos tengamos paciencia. La eficacia en la comunicación aumentará con la práctica, según nos vayamos familiarizando con el sistema.
5. **No debemos olvidar nunca despedirnos**. Si tenemos que ausentarnos un momento, se lo diremos y le **dejaremos mientras tanto en un lugar cómodo y seguro**. No es aconsejable dejarla sola en un sitio desconocido.
6. **Al caminar** con ella, la forma correcta de llevarle es dejar **que coja nuestro brazo**. Nunca debemos intentar llevarla delante de nosotros. Le transmitiremos los signos convenidos para indicarle que hay que subir o bajar escaleras, cruzar una puerta, etcétera.
7. Es conveniente ir contando **dónde nos encontramos**.

ENLACES DE INTERES

<https://www.youtube.com/watch?v=73A-eDpAFnA>

<https://www.youtube.com/watch?v=FZ0dTnRoaSI>

<https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/-que-es-la-atencion-centrada-en-la-persona>

<https://www.inforesidencias.com/contenidos/varios/nacional/quienes-somos#:~:text=www.inforesidencias.com%20es%20un,no%20han%20dejado%20de%20crecer.>

<https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/p-rotocolos-de-residencias-de-ancianos-de-la-comunidad-de-madrid-parte-1.pdf>

<https://www.youtube.com/watch?v=9EFs0rzJh98>

<https://www.youtube.com/watch?v=lys19y4RLmc>

<https://www.youtube.com/watch?v=3Zs2jOXxl38>

<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/video-explicativo.html>

<https://www.youtube.com/watch?v=yf-a-wnYn6I>

<https://www.youtube.com/watch?v=gHWTlyA1-cc>

<https://www.youtube.com/watch?v=3X35kcSL2gk>

<https://www.youtube.com/watch?v=dh9npSYoReE>

[Fundación Pilares \(fundacionpilares.org\)](http://Fundación Pilares (fundacionpilares.org))

BIBLIOGRAFÍA DE INTERES :

- Marcos, R. A. A. (2022). DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2021–2023. *Revista Científica de Enfermería (Lima, En Línea)*, 11(2), 2-4.
- Núñez, J. F. M. (Ed.). (2005). *Geriatría desde el principio*. Editorial Glosa, SL.