

MEMORIA 2019

FUNDACIÓN CENTRO DE ACOGIDA SAN JOSÉ

RESIDENCIA ASISTIDA DE PERSONAS MAYORES



ÍNDICE

1-	Denominación del Centro	4
2-	Datos del Centro	4
3-	Tipo de Centro	4
4-	Capacidad Asistencial	4
5-	Horario del Centro	5
6-	Descripción de los servicios asistenciales	5
7-	Recursos Humanos	9
	7.1 Organigrama	9
	7.2 Absentismo	10
	7.3 Actividades Formativas	11
	7.4 Mejoras y cambios significativos	12
8 -	Plan General de Actuación	
	8.1 Misión, Visión y valores	13
	8.2 Objetivos	13
	8.3 Perfil de la Población	14
	8.4 Criterio de Intervención	15
	8.5 Previsión Presupuestaria	17
	8.6 Evaluación	21
	8.7 Participación de la Población	22
9 -	Programas a Desarrollar dentro del Plan	
	9.1 Programa de Seguimiento Sanitario y Cuidados Paliativos	23
	9.2 Programa de Intervención Psicosocial	47
	9.3 Programa de Intervención Terapéutica Cognitiva	52
	9.4 Programa de Intervención terapéutica Ocupacional	62
	9.5 Programa de Intervención Terapéutica Funcional	66
	9.6 Programa de Intervención en la Sociabilización y participación	74
	9.7 Programa de Intervención con familia	78

PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

Nuestros orígenes se remontan a 1855 cuando el edificio es donado a la Beneficencia Municipal. Desde 1858 hasta 1989 se hacen cargo de la gestión del servicio la Comunidad “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul”.

La Fundación se constituye como Fundación Privada el 12 enero de 1993, quedando la composición de su Patronato por disposición de sus propios Estatutos en 11 miembros, elegidos de la siguiente manera:

* 2 Patronos natos:

- ✓ El Excmo. Ayuntamiento de Jerez, representado por el alcalde o miembro de la Corporación en quien delegue su representación, quien ostentará la Presidencia del Patronato.
- ✓ El Obispado de Jerez, representado por el Obispo de Asidonia-Jerez, que podrá delegar en el Secretario Canciller de la Diócesis u otro miembro del Patronato.

* 9 Patronos electivos: Elegidos, 5 por la Corporación Municipal y 4 por el Obispado de Jerez entre personas físicas o jurídicas, públicas o privadas de reconocido prestigio en cuanto a labores asistenciales.

Dicha Fundación tiene como fines:

a) Ser Centro residencial, para acoger y servir de vivienda permanente y común, prestando una asistencia integral y continuada a personas de ambos sexos mayores de 60 años, y prioritariamente a los de mayor edad.

b) Ser Centro, para prestar en régimen abierto de servicios sociales, asistenciales, culturales y recreativos orientados al desarrollo integral de la personalidad del anciano.

c) Servir de apoyo para la prestación de servicios sociales y asistenciales a la población dentro del ámbito local, en las condiciones que se establezcan, con subordinación al cumplimiento de los fines señalados en los apartados anteriores.

En base a estos fines desarrolla su labor mediante dos líneas de actuación:

a) Residencia de Personas Mayores Dependientes: Centro que ofrecen una atención preventiva, rehabilitadora y de cuidados personales, así como vivienda permanente y atención integral a las personas mayores que, por su situación socio-familiar, y limitaciones en su autonomía personal, no puedan ser atendidos en sus propios domicilios.

b) Centro de Reinserción Social (Albergue Municipal): Recurso dirigido a aquellas personas mayores de 18 años, hombres y mujeres que carezcan de residencia o domicilio estable quedándose en una situación de desamparo o riesgo de exclusión, con

dificultades para cubrirse las necesidades básicas y por todo ello se encuentre en una situación de vulnerabilidad social, procurando su inserción personal y social.

La Fundación, es un **órgano autónomo del sector público** en base al art. 128 de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público, al estar su Patronato integrado mayoritariamente por representantes del sector público (Corporación Local) y ser su patrimonio en más de un 50% cedido por integrantes del sector público. Concretamente del sector público local.

Esto hace que tengamos una clara vocación de servicio a la población destinataria de cada recurso.

1-DENOMINACION DEL CENTRO

Fundación Centro de Acogida San José

2-DATOS DEL CENTRO

Ubicación: Calle Francisco Riba nº 4 de Jerez de la Frontera. Cádiz (C.P 11405)

Teléfono: 956149170

Fax: 956 149061

E-mail: Dirección: direccion.casanjose@aytojerez.es

Trabajadora Social: isa.alonso@aytojerez.es

3-TIPO DE CENTRO

Residencia asistida para personas Mayores, Dependencia 120 plazas asistidas: 88 concertadas y 32 plazas privadas.

4- CAPACIDAD ASISTENCIAL

Nuestras nuevas instalaciones tienen capacidad asistencial de hasta 126 plazas, aunque actualmente tenemos acreditado el Centro para 126 residentes asistidos. De estas 126 plazas, existen 72 habitaciones: 12 habitaciones individuales y 60 dobles (una doble y una individuales no computan como plazas del Centro), del total de 126 plazas acreditadas estamos funcionando con un máximo de ocupación de 121 plazas, de estas tenemos 88 plazas concertadas con la Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y 33 plazas privadas.

Actualmente atendemos hasta 121 residentes debido a que muchas de las personas mayores que atendemos no pueden compartir plaza debido a la patología que padecen.

5- HORARIO DEL CENTRO

El horario de visitas a partir de mayo de 2017 es de 10.30 a 19.30, hemos retrasado un poco dicho horario debido a la demanda de familiares y visitas de que se ampliara más el horario durante la tarde y que de esta manera los residentes tienen más tiempo para desayunar. La entrada en talleres, terapias y comedores del Centro está prohibida para el personal ajeno al Centro, en los comedores es autorizada en casos excepcionales por la Comisión Técnica de Seguimiento.

Rogamos que las familias de aquellos residentes que comparten habitación permanezcan el menor tiempo posible en ella, por la intimidad de su compañero.

6- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIA

Nuestro Centro está organizado en **unidades de convivencia** según las necesidades de cada residente con el fin de promover una **atención individualizada** a cada persona.

Para acceder a una plaza privada en nuestro Centro el único requisito es ser mayor de 60 años y aportar la documentación personal y médica solicitada. El coste de esta plaza es de 1.854 € en habitación doble y 2.060 € en habitación individual.

Para acceder a una plaza concertada la persona mayor debe de recurrir a los Servicios Sociales Comunitarios y solicitar la “Ley de Dependencia”, es decir, que un equipo interprofesional (psicólogo, DUE, trabajadora social y médico) valore su situación física y social, le asigne un grado de dependencia y determine qué servicios son de aplicación. Si entre los servicios asignados según su grado de dependencia se encuentra el de Residencia Asistida, la persona puede elegir Centro y queda en lista de espera para la asignación de plaza. Este proceso actualmente puede estar entorno a los seis meses o un año de espera, dependiendo de la valoración realizada.

Nuestra residencia se encuentra ubicada en un edificio de nueva construcción y con las más modernas infraestructuras de carácter arquitectónico y funcional. El Centro tiene capacidad hasta 120 camas, todos ellos asistidos. Consta de un total de 4.884,37 m² construidos en dos plantas: Planta Baja y 1ª Planta.

La totalidad de plazas existentes en este nuevo Centro se destina a alojar a personas mayores con **grado de dependencia alto**.

La construcción de este edificio, supuso una inversión en torno a los 5 millones de euros, y fue inaugurada en noviembre de 2011.

En base a las características de nuestros residentes, y a su nivel de dependencia, la distribución de estos en el Centro la hemos realizado por **Sectores**. Cada sector es una unidad independiente, claramente diferenciada, con la finalidad de ofrecer a nuestros residentes y sus familias una atención personalizada acorde con sus necesidades, y así posean durante su estancia con nosotros el confort y la calidad de vida que merecen. La sectorización nos ayuda eficazmente a optimizar los recursos existentes, concentrando estos en las áreas de mayor dependencia.

SECTORES:

- Sector 1- Dependencia Grave
- Sector 2- Dependencia Psíquica (Demencias)
- Sector 3- Gran Dependencia /Enfermería
- Sector 4- DP. Leve o Moderada.

Los distintos sectores están comunicados además de por ascensor y escaleras, por rampas de poca pendiente (según normativa) intentando superar cualquier tipo de barrera arquitectónica que moleste la movilidad limitada de los residentes.

Dentro de la estructura organizativa del Centro resaltar la importancia que cobran los espacios destinados a terapias, el Centro consta con Sala de Terapia Ocupacional, Sala de estimulación Psicológica, Sala de Tiempo Libre, Fisioterapia y Sala de Formación.

Servicio Asistenciales que ofrecemos:

Psicología: El apoyo psicológico facilita la adaptación del residente al centro, planificando, programando y realizando los tratamientos oportunos, especialmente en casos de déficit conductuales, depresión y otros trastornos mentales. Al mismo tiempo tiene atención y comunicación directa con los familiares del residente. El servicio se presta de lunes a viernes de 8.30 a 15.00 y martes y jueves de 16.30 a 19.00 horas

- Unidades de memoria
- Unidades de estimulación cognitiva
- Unidades para demencias y enfermos de Alzheimer

Atención Medico-Sanitaria

La función esencial al realizar la atención médica y seguimiento de los usuarios, haciendo los diagnósticos y prescribiendo los tratamientos. El servicio médico dirige el programa de movilización y rehabilitación, asiste al residente en caso de urgencia y deriva al centro hospitalario o de salud en caso de necesidad. Todo ello se realiza con un trato cercano, sensible e individualizado. Este servicio está en funcionamiento las 24 horas al día a excepción del servicio médico que se presta de lunes a viernes de 8.00 a 14.00 y de 16.00 a 19.00 los lunes, martes, jueves y viernes.

- Valoración geriátrica integral
- Servicio médico
- Servicio de enfermería
- Unidades para demencias y enfermos de Alzheimer

Fisioterapia y rehabilitación:

El principal objetivo es mantener el nivel de independencia que tenía la persona al entrar en el Centro, y mejorarla con adaptaciones o con métodos fisioterápicos. El tratamiento personalizado comienza desde su ingreso con una valoración exhaustiva,

una programación de objetivos y la aplicación de las técnicas para llevarlos a cabo con el correspondiente seguimiento. Este servicio se presta de 9.30 a 13.30 y de 16.30 a 19.30.

Ocio y Tiempo Libre:

La Auxiliar de Talleres bajo la coordinación y planificación del psicólogo/a tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de la persona mayor mediante un tipo de ocio práctico, eficaz, accesible que atienda sus necesidades y carencias, adaptado a su estado físico y psíquico, con actividades de carácter lúdico, intelectual, social, de destreza manual, físico o de memoria colectiva, donde se produzcan lazos de afectividad entre los miembros de la comunidad. Este servicio se presta de Lunes a jueves de 16.00 a 19.30, los jueves de 10.30 a 1.30 y un viernes de 10.30 a 13.30 o 16.30 a 19.30 horas de forma alterna.

Terapia Ocupacional:

La estimulación cognitiva, física, social, emocional con actividades de psicomotricidad, lenguaje, dinámica y rehabilitación personal y social son necesarias para desarrollar una vida de calidad de los residentes, así como proporcionar las adaptaciones técnicas para realizar las actividades de la vida diaria. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8.30 a 14.30 y de 16.30 a 19.00 horas.

Trabajo Social:

La valoración de su situación personal, familiar y social del residente facilitará la integración y participación en la vida del centro, todo ello es labor de nuestro trabajador social, al igual que realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los residentes, principalmente con las entidades locales y administraciones públicas. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8.30 a 14.30 y de 16.30 a 19.00 horas.

Podología:

Existe un Servicio de Podología externo al Centro que pasa consulta todos los viernes a los residentes que lo desean o que el personal sanitario solicita. El servicio de podología lo jueves o Viernes de 10.30 a 13.30 horas.

Servicio de mantenimiento y transporte:

Disponemos de transporte adaptado para facilitar el desplazamiento de nuestros residentes a citas médicas y excursiones. Los desplazamientos a citas médicas planificadas se realizarán por el residente y un familiar. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8.30 a 15.00 y lunes y jueves de 16.30 a 19.00 horas

Servicio religioso:

Disponemos de un Capellán que acude al Centro siempre que es requerido por algún residente o familiar. Todos los Domingos se celebra la Eucaristía en la Capilla del Centro a las 10.45 horas.

Servicio de limpieza de 8.00 a 22.00.

Servicio de lavandería de 8.00 a 22.00

Recepción de 7.45 a 21.4

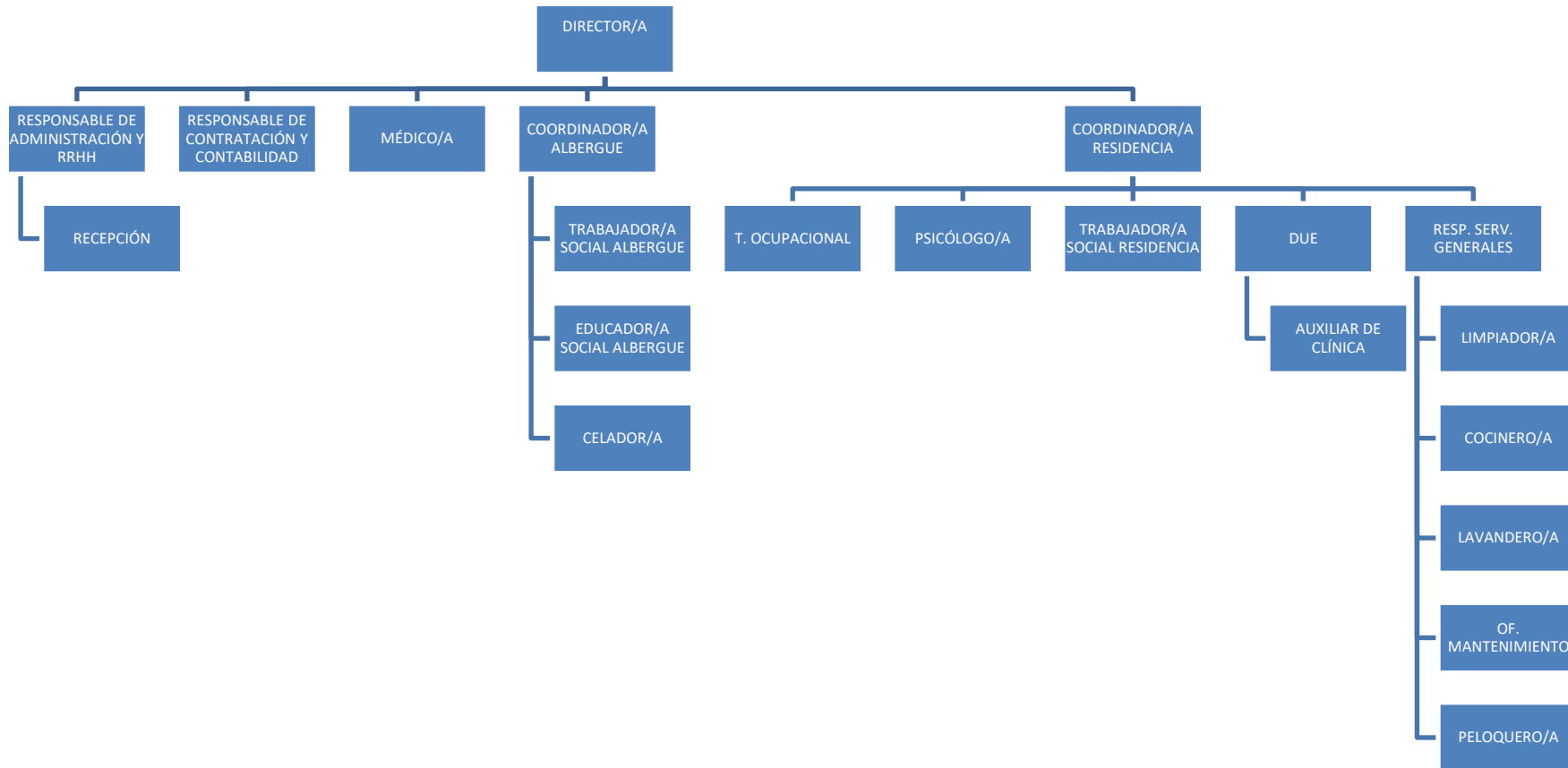
Servicio de cocina de 7.30 a 22.30

Servicio de Peluquería Lunes,
Miércoles y Viernes de 10.00 a 14.00

Abierto al entorno donde estamos ubicados, promueven y participan sus actividades para fomentar la integración e interrelación comunitaria.

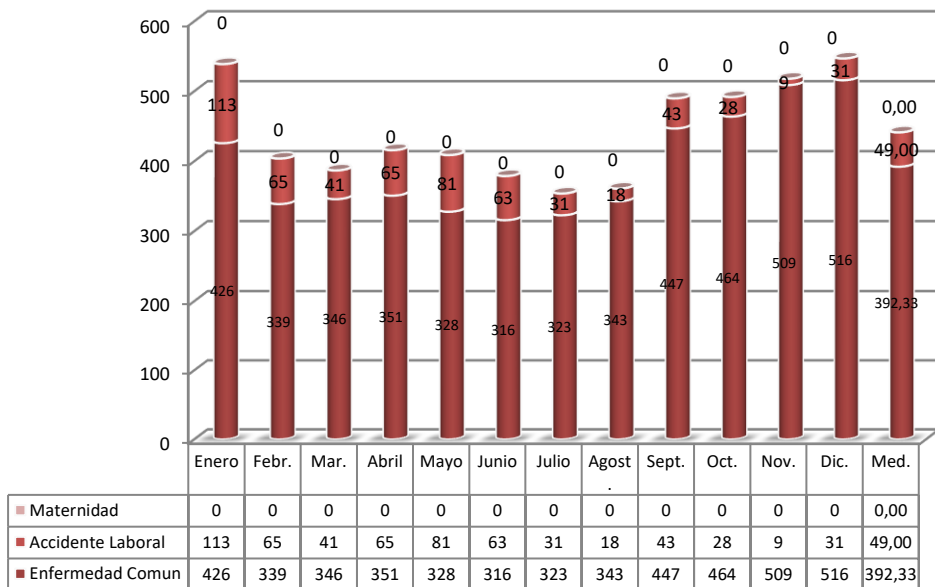
7-RECURSOS HUMANOS

7.1 Organigrama



7.2 Absentismo

7.2.1 Clasificación por Jornada de Trabajo

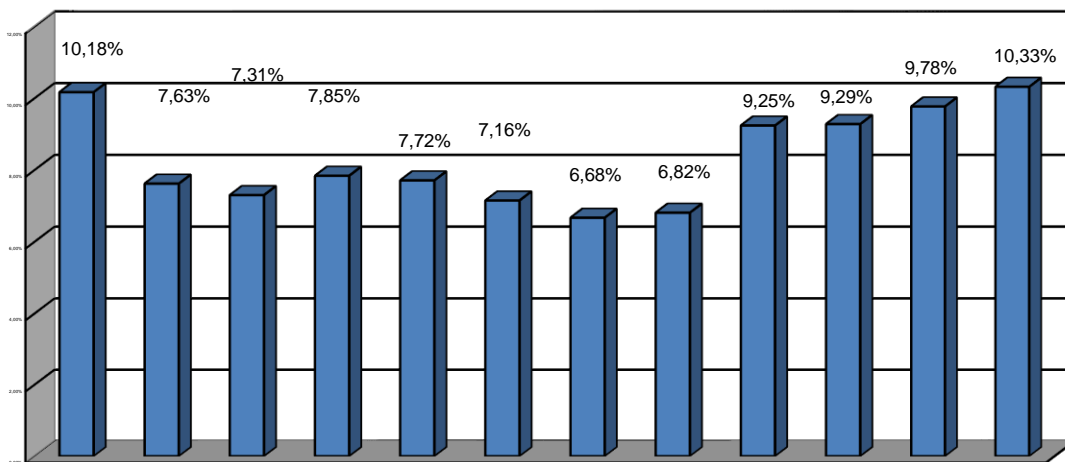


En el año 2014 se aplica la ley por la que el trabajador que se encuentre de baja por enfermedad no cobrara el 100% de su sueldo, esto hace que disminuyan las bajas por enfermedad y aumenten las de accidentes laborales.

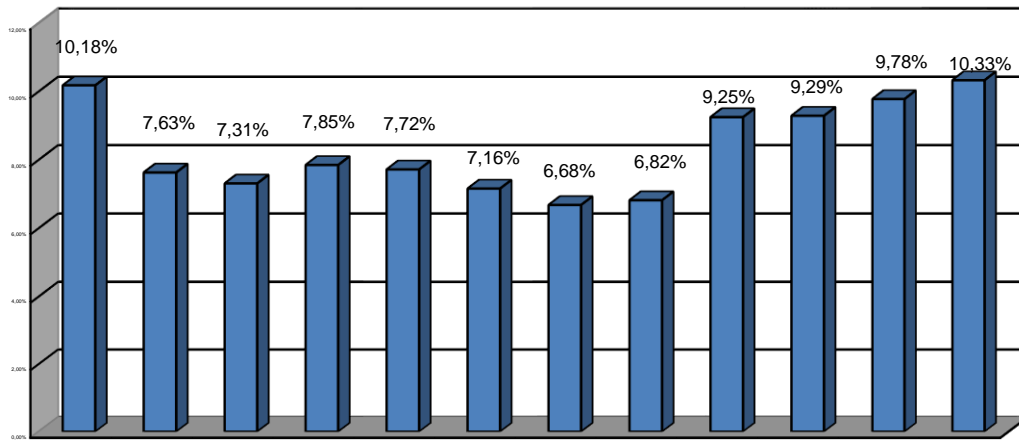
Este año 2019 no se han producido bajas por maternidad.

7.2.2 Distribución Total por porcentaje

a) Sin maternidad:



b) Con maternidad:



7.3 Actividades Formativas:

El Médico ha realizado los siguientes cursos:

- Curso realizado de octubre a diciembre “Lo que hay que saber sobre los síndromes geriátricos”, con un total de 60 horas lectivas.

El Coordinador de Enfermería ha desempeñado la función de tutor laboral del módulo profesional en centros de trabajo del ciclo formativo de grado medio Atención Sociosanitaria, realizado por el alumnado del Centro docente I.E.S. Asta Regia, Colegio Perpetuo Socorro, Colegio de Las Esclavas, de Jerez (Cádiz), Grado en enfermería de Salus Infirmorum (Cádiz) y de UCA (Jerez) durante el curso académico 2018/19.

La psicóloga ha desempeñado las funciones de tutora laboral de personal en prácticas de la UCA, grado en psicología.

La Trabajadora Social ha desempeñado las funciones de tutora laboral de personal en prácticas de la UCA, grado en Trabajo Social.

La Responsable de Servicios Generales ha desempeñado las funciones de tutora laboral de personal en prácticas en cocina del ciclo formativo “Cocina y Gastronomía”.

Al 40 Congreso de Geriátrica y Gerontología de la SAGG "Atención al mayor abordaje Multidisciplinar de su complejidad" celebrados en Jerez los días 25 y 26 de Octubre de 2019 han asistido la médico, psicóloga, terapeuta ocupación, Coordinador de Centro y dirección. Formado parte de su organización y comité científico la Directora, el coordinador y la Terapeuta.

Todo el personal de Atención directa realizo el curso "Demencias y Manejo de Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia" en Noviembre de 2019. Impartido por la Fundación Maria Wolff. Duración 4 horas.

El personal Técnico realizo un curso de "Trabajo en Equipo" impartido por Asociación de Fundaciones Andaluzas en junio de 2019.

7.4. Mejoras y Cambios significativos

Este año se ha llevado a cabo la instalación de una nueva caldera de agua caliente, como apoyo a la ya existente.

Se adquirió una nueva secadora, por avería y desgaste de la existente.

Los enseres tanto de lencería como de cocina se han ido renovando, sábanas, toallas, tazas, platos, sartenes y útiles varios, se ha instalado 2 aparatos de aire acondicionado en cocina y se ha adquirido una mesa caliente.

Se adquirieron 6 estanterías para la ubicación de un nuevo almacén para los técnicos.

Con respecto al material sanitario se adquirieron cinturones, termómetros, taloneras, barandillas de sujeción para las camas y cojines anti escaras, dado el perfil cada vez más asistido de nuestros residentes, así como mobiliario adaptado necesario para dar servicio a los 121 residentes actuales: colchones, camas, y sillones.

A finales del 2019 debido al virus informático sufrido por el Ayuntamiento de Jerez se adquirieron 13 ordenadores, 10 en residencia y 3 en albergue.

En lo referente a personal, se consolido el puesto de Técnico en Administración, creado en 2018.

A finales de 2019 se comenzó a instalar un nuevo asesor monta camillas que comunica los sectores 1-2 y 3. Dicha Instalación fue subvencionada parcialmente por la Obra Social Caixa con 6.000 €

8 PLAN GENERAL DE ACTUACIÓN

8.1 Misión, Visión y Valores



MISIÓN

Ofrecer a las personas mayores, o en situación de riesgo de exclusión social, a sus familias y a la sociedad en general, los servicios necesarios para su atención sociosanitaria, rehabilitación o inserción social con un equipo de profesionales cualificados y comprometidos.

VISIÓN

Ser un referente en la atención social a las personas mayores dependientes y las personas en riesgo o situación de exclusión social, aumentando el bienestar y la calidad de vida de las personas atendidas.

VALORES

“Primero las personas y luego todo lo demás”

Compromiso: Manifestamos con nuestra conducta y forma de actuar nuestro compromiso con las personas dependientes o en riesgo o situación de exclusión social y sus familias, y lo compartimos con la comunidad donde estamos presentes.

Respeto: Formamos un grupo de personas al servicio de personas. Nos distinguimos, y queremos que nos distingan, por el respeto, la calidez, sensibilidad y cercanía con que tratamos a las personas que asistimos y cuidamos.

Profesionalidad: Trabajamos y actuamos con criterios y objetivos profesionales claros, conocidos y compartidos por todos.

Calidad e innovación: Incorporamos y desarrollamos mejoras continuas en nuestros procesos de trabajo, en los centros e instalaciones y en nuestros servicios, en beneficio de las personas que atendemos y cuidamos.

8.2 Objetivos

- Mejorar la atención directa, ofreciendo cada día una mayor calidad en la atención a nuestros mayores .
- Aumentar la participación de familiares en la vida del Centro y acercar la Fundación a los servicios y a la población de jerez en general.
- Plan Formativo centrado en trabajar habilidades sociales y motivación de nuestro personal.
- Aumentar la accesibilidad a las plantas superiores mediante la colocación de un nuevo ascensor.

*Objetivos Operativos:

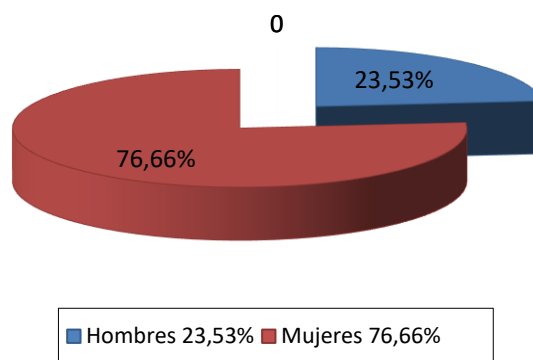
- Finanzas: Realizar las licitaciones de los servicio
- Externos: Dar a conocer la Fundación a otras instituciones y colectivos.
- RR .HH: - Disminución del Absentismo laboral.
 - Consolidación puesto Técnico medio en licitaciones

8.3 Perfil de la Población Atendida

8.3.1 Sexo

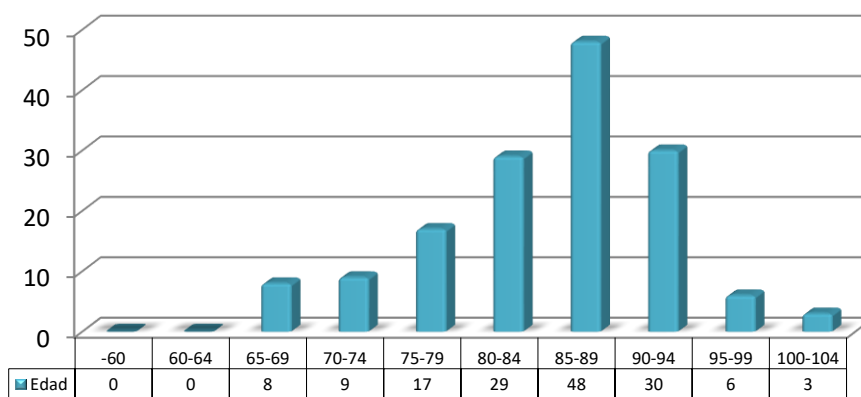
El número de mujeres es muy superior al de hombres debido a su longevidad de la población femenina.

Durante el pasado año se atendieron a 115 mujeres equivalentes al 76,66% y a 35 hombres que se corresponden con el 23,53%. Total, de residentes 150. Este año ha aumentado levemente el número de Hombres atendidos.



8.3.2 Edad

Edad de los residentes



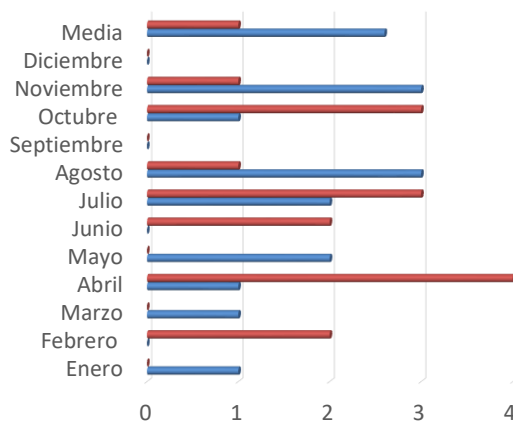
Los intervalos de población comprendidos entre 85 y 89 años son los que ocupan el mayor número de residentes. También se puede apreciar como el colectivo de personas mayores de 90 años va aumentando de manera considerable. En especial los mayores de 100 años.

Gráfica de edad de los nuevos ingresos (ver punto 8.4.1 B)

8.3.3 Grado de Dependencia de los residentes (ver en epígrafe 9.1.7)

8.4 Criterios de Intervención

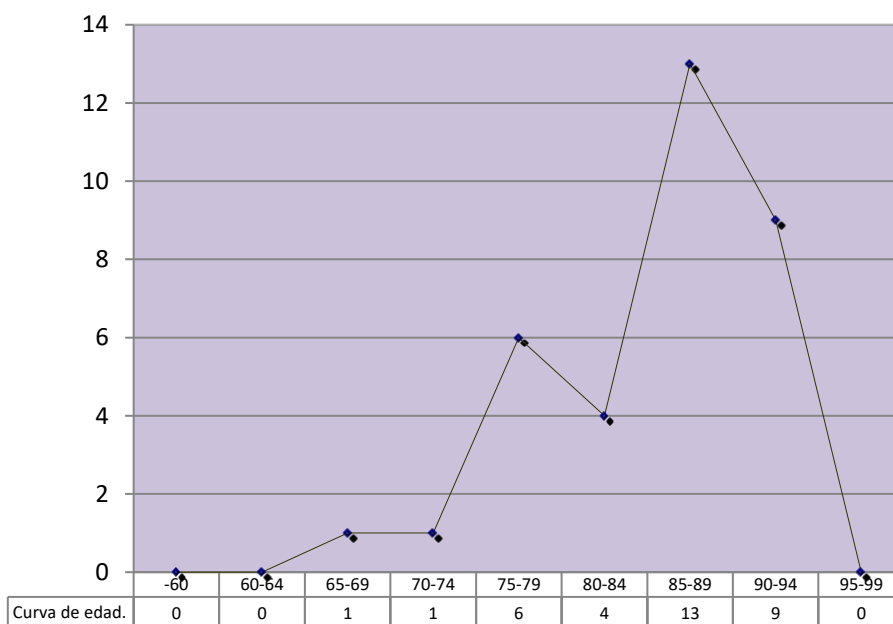
8.4.1 Ingresos anuales. Gráfica Ingresos por meses y Tipo de plaza



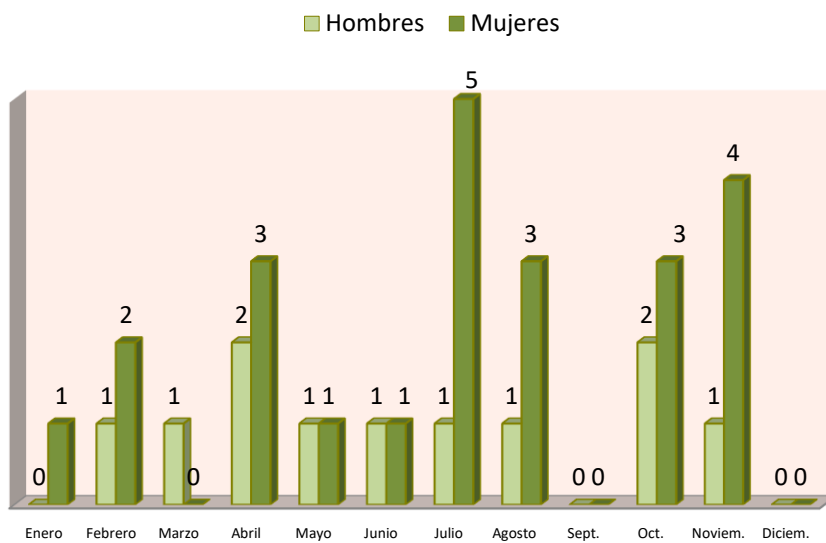
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Media
■ Plazas Concertadas	0	2	0	4	0	2	3	1	0	3	1	0	1
■ Plazas Privadas	1	0	1	1	2	0	2	3	0	1	3	0	2,6

Se observa un aumento de ingresos privados en los meses de Julio, Agosto, Octubre y Noviembre., aunque la distribución no es regular ya que depende en gran medida de las plazas que van quedando libres.

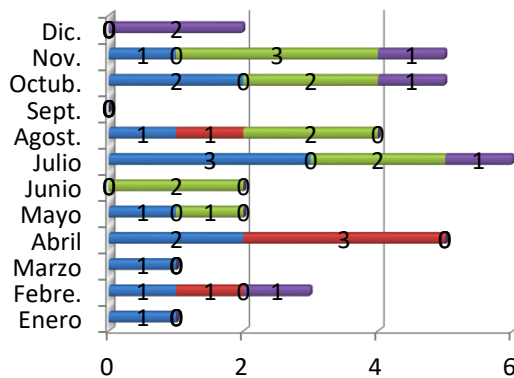
B. Gráfica curva de edad de los residentes ingresados en el año.



○ Gráfica de ingresos anuales por meses y sexo



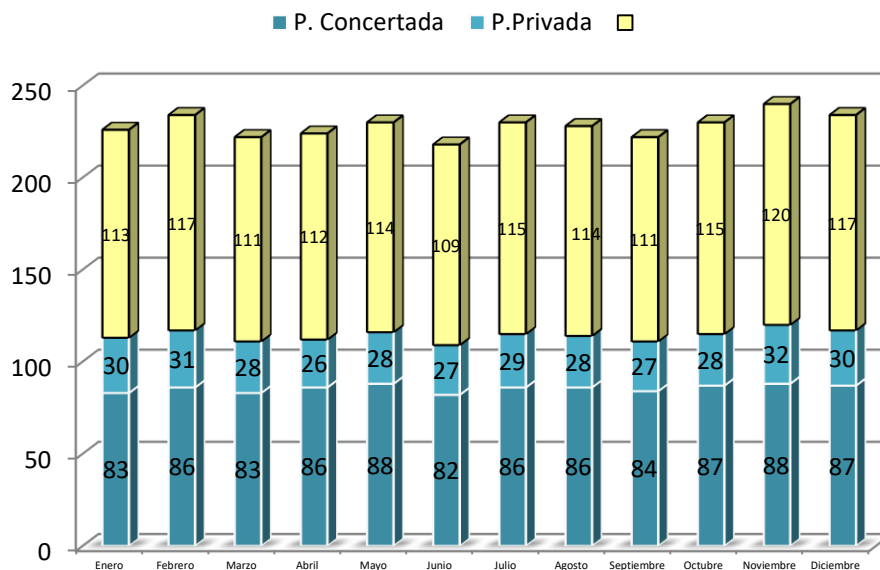
8.4.2 Procedencia de los ingresos



	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Sept.	Octub.	Nov.	Dic.
Domicilio	1	1	1	2	1	0	3	1	0	2	1	0
Residencia	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0
Hospital	0	0	0	0	1	2	2	2	0	2	3	0
Albergue	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2

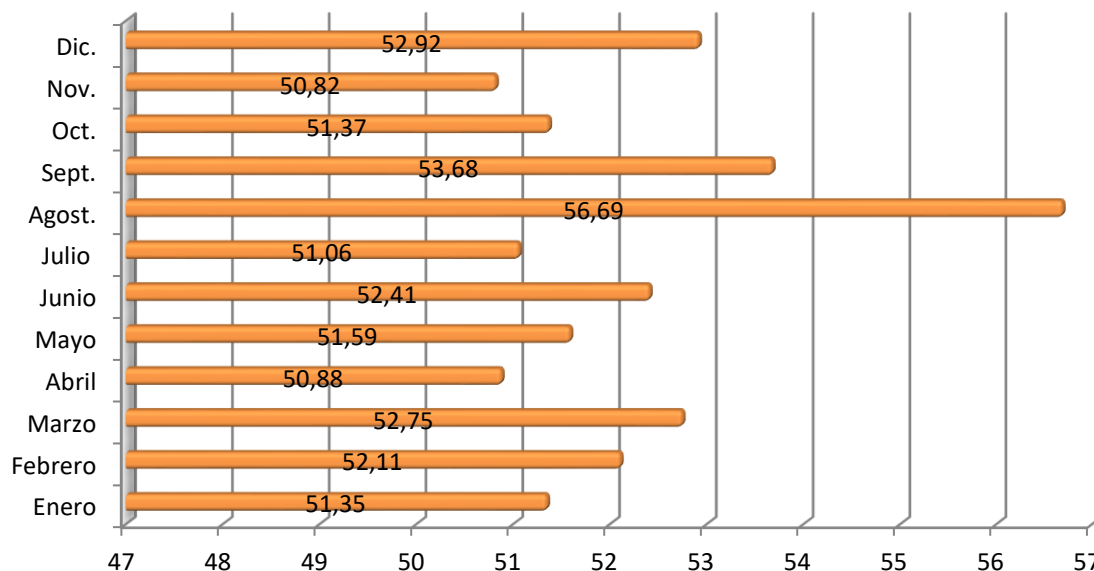
8.5 Previsión presupuestaria

8.5.1 Distribución de la Ocupación (Grafica por meses y tipo plaza):



Referente a la demanda de plazas privadas destacar que desde la puesta en funcionamiento de nuestras nuevas instalaciones la demanda continuada lo que nos ha llevado a solicitar la acreditación para 120 plazas residenciales asistidas.

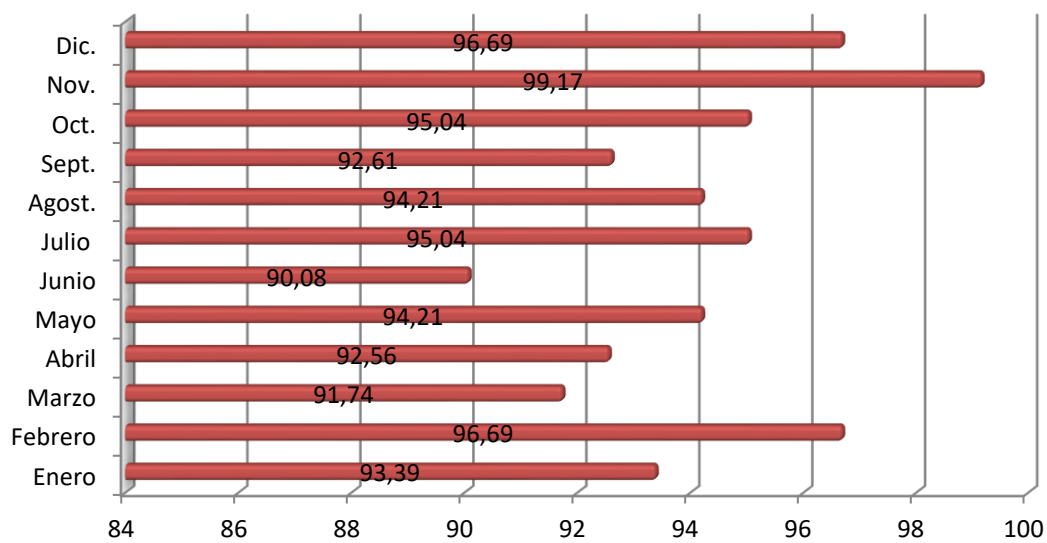
8.5.2 Tarifa Media aplicada:



*Tarifa Día/ Nuevos Ingresos: 52,30 €

El precio medio de la plaza privada aumenta cada año gracias a los nuevos ingresos y disminución de antiguas tarifas de contratos realizados a tarifas inferiores a las actuales.

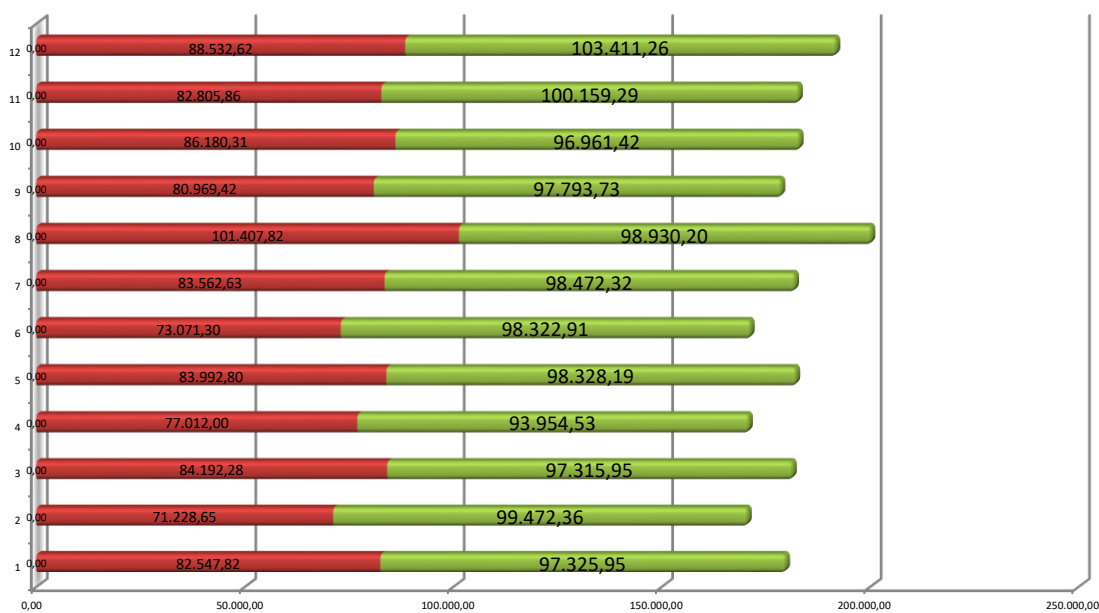
8.5.3 Tarifa real Plaza (coste real):



*Incluido todos los gastos e ingresos.

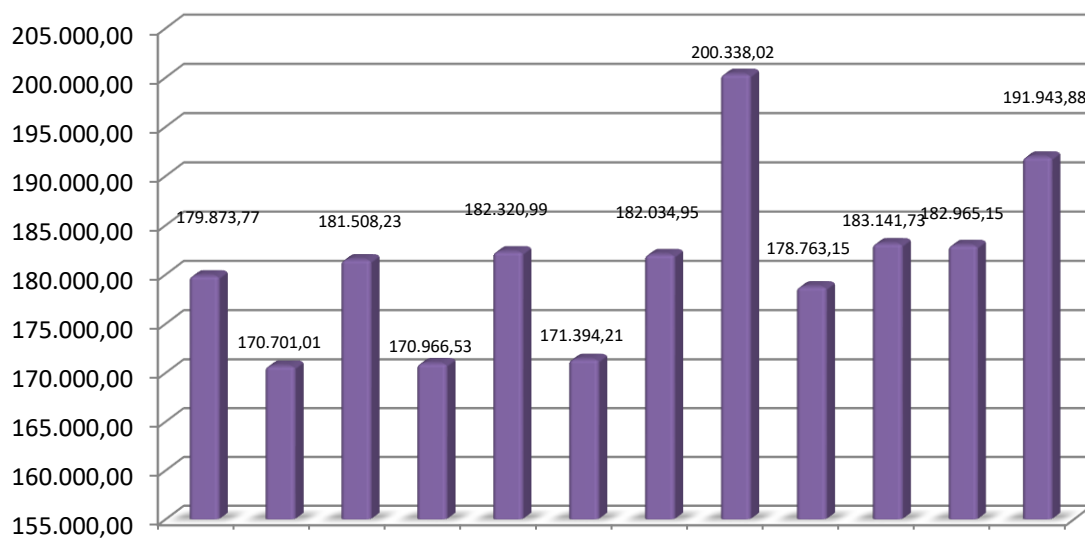
8.5.4 Ingresos Económicos

*Por Entidades



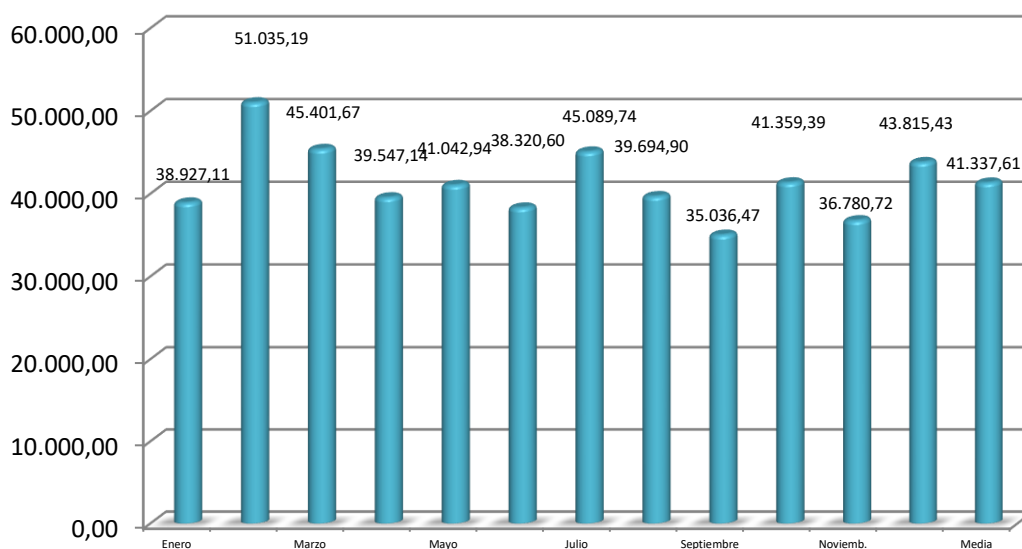
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FACT. DUPUTACION	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FACT. I.A.S.S.	82.547,82	71.228,65	84.192,28	77.012,00	83.992,80	73.071,30	83.562,63	101.407,82	80.969,42	86.180,31	82.805,86	88.532,62
FACT. RESIDENTES	97.325,95	99.472,36	97.315,95	93.954,53	98.328,19	98.322,91	98.472,32	98.930,20	97.793,73	96.961,42	100.159,29	103.411,26

*Por meses:



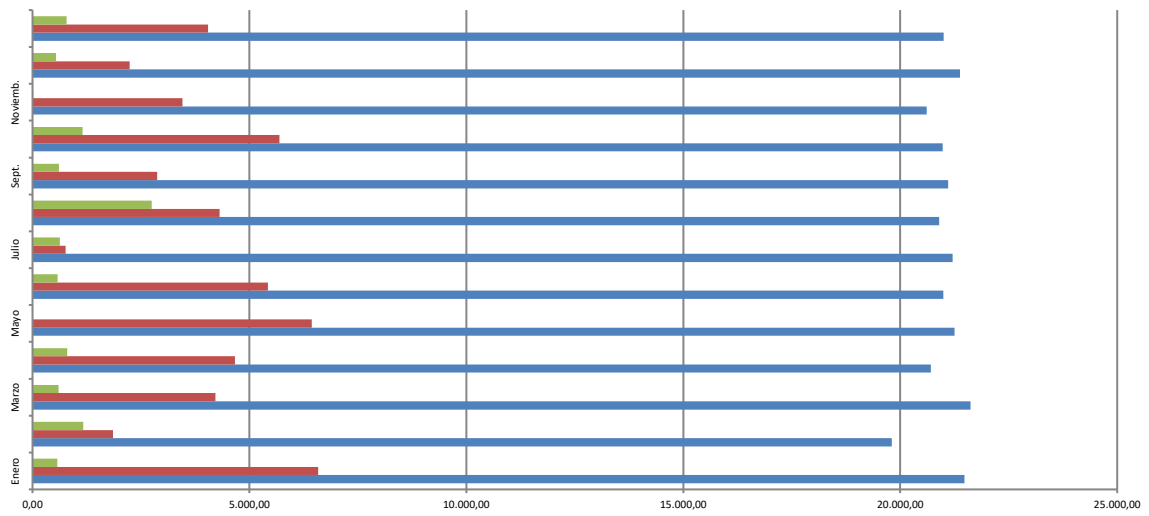
8.5.6 Previsión Presupuestaria: Evolución Mensual Costes de Explotación.

A) Variables



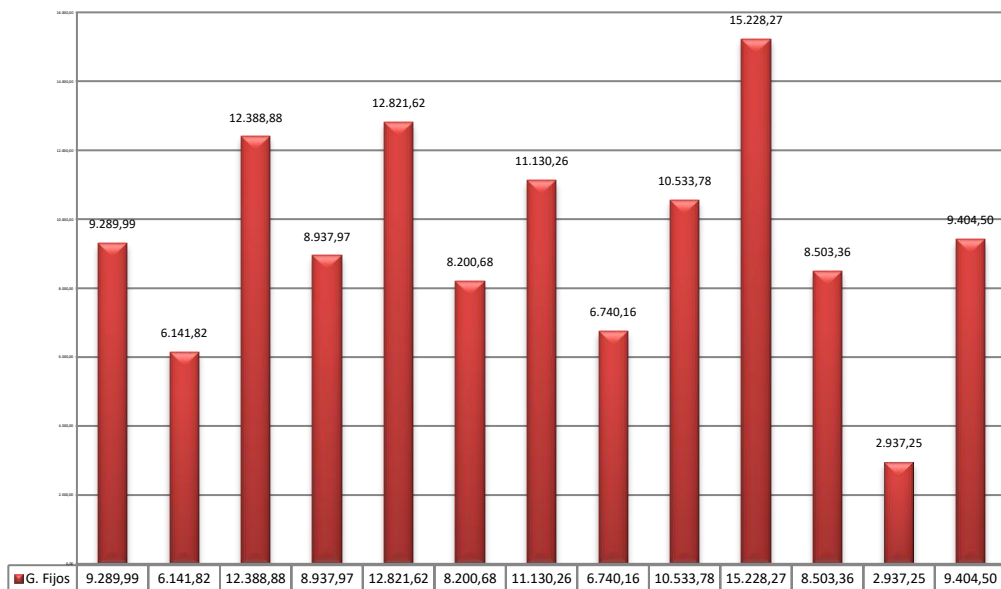
-Datos específicos de Menú/ Limpieza / Farmacia (€):

*Solo incluye material, no otros gastos como personas, etc.



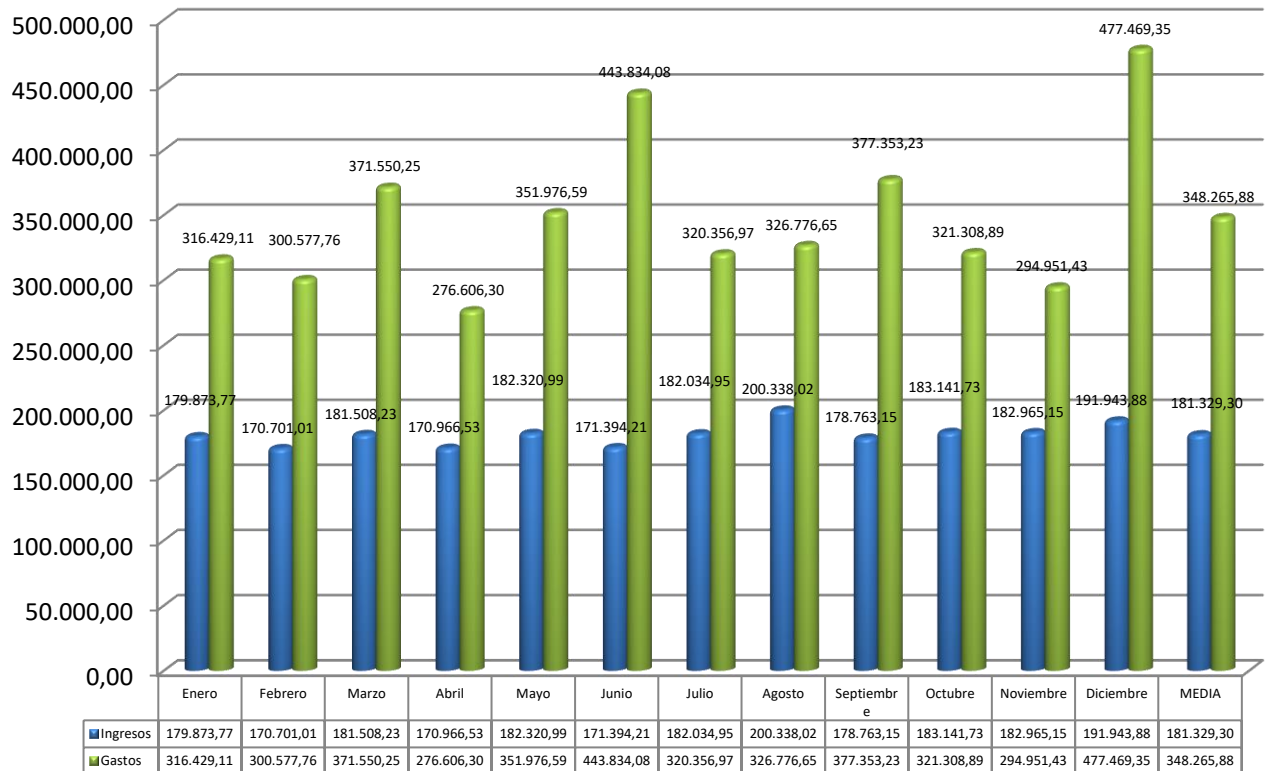
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Sept.	Octubre	Noviemb.	Diciemb.	
Farmacia	567,49	1.167,00	598,00	796,75	0,00	579,74	631,42	2.749,64	606,52	1.153,00	17,80	543,04	784,20
Limpieza	6.582,99	1.856,79	4.218,28	4.667,93	6.432,74	5.427,04	763,35	4.309,52	2.872,17	5.689,87	3.452,25	2.236,79	4.042,48
Menu	21.481,76	19.803,69	21.619,50	20.705,65	21.247,06	20.995,68	21.206,69	20.895,69	21.100,22	20.979,31	20.607,80	21.376,04	21.001,59

B) Fijos:



C) Evolución Mensual del Coste de Explotación:

*No incluye la subvención del Ayuntamiento necesaria para equilibrar los resultados.



*Nota: Incremento en el mes de junio y diciembre (por Paga Extra completa y en marzo y septiembre de media)

8.6 Evaluación

8.6.1 Evaluación Asistencias:

Objetivo	Tiempo Evaluación	Instrumento	Indicadores
Mejorar la atención directa, ofreciendo cada día una mayor calidad en la atención a nuestros mayores	Semestral	Reuniones Seguimiento semanales	Actas de Reuniones Seguimiento
		Entrevistas TS-Familia	Realizar mínimo una reunión al trimestre TS- Familia
Aumentar la participación de familiares en la vida del Centro y acercar la Fundación a los servicios y a la población de jerez en general.	Trimestral	Actividades de Ocio y tiempo Libre	Número de actividades en las que participa la familia
		Consejo de Mayores	Consejo de mayores trimestralmente y a demanda
Plan Formativo centrado en trabajar habilidades sociales	Semestral	Curso de trabajo en	Participación del personal en cursos de

y motivación de nuestro personal.	Equipo	formación
Aumentar la accesibilidad a las plantas superiores mediante la colocación de un nuevo ascensor	Anual	Análisis de demandas del Personal (No ha sido posible finalizar obra antes de Diciembre de 2019)

8.6.2 Evaluación Funcional:

Nuestra valoración económica se realiza una vez finalizado el ejercicio presupuestario, durante el primer semestre del año siguiente, valorando desviaciones y posibles causas. Los resultados de nuestra gestión se presentarán en Junta Patronal de junio de 2018 exponiéndose tanto la Memoria de los años 2017 como la liquidación presupuestaria de ese año.

Anualmente realizamos una Auditoría Externa cuyo informe se presenta en el Servicio Jurídico de Fundaciones de la Junta de Andalucía (Consejería de Justicia).

8.7 Participación de la Población Atendida en el Desarrollo del Plan

La participación de nuestros residentes y sus familiares es una prioridad de nuestro equipo interdisciplinar que tiene como finalidad:

- ✓ Facilitar la adaptación de las familias al centro.
- ✓ Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona.
- ✓ Intervenir precozmente ante los posibles conflictos que puedan producirse en el centro.
- ✓ Afianzar la confianza de la familia en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendida la persona.
- ✓ Intensificar la participación de las familias en el plan de vida y de cuidados de la persona en situación de dependencia y lograr la integración de éstas.

En todo momento se mantiene al Consejo de Personas Mayores informando de las actividades previstas de desarrollar, así como se estudian todas sus propuestas en referencia al Plan de Cuidados del Centro y los Programas que se desarrollan.

9 PROGRAMAS A DESARROLLAR DENTRO DEL PLAN

9.1 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO SANITARIO Y CUIDADOS PALIATIVOS

9.1.1 Fundamentación

Se lleva a cabo dicho programa debido a la demanda que tenemos en cuanto al perfil de residente que ingresa en nuestra residencia.

9.1.2 Necesidades que pretende responder:

Desde el programa se pretende satisfacer todas aquellas necesidades de autocuidado que necesitan nuestros residentes a nivel biológico, psicológico y social, motivándolos a que las realicen y ayudándolos o supliéndolos si estos no las pudieran llevar a cabo.

9.1.3 Problemas a abordar:

Satisfacer todas las actividades de la vida diaria del residente teniendo en cuenta sus limitaciones y todas aquellas enfermedades, patologías u otras alteraciones biopsicosociales propias de la edad que le dificultan tener una vida satisfactoria.

9.1.4 Objetivos generales del plan general al que se pretende dar respuesta:

A) Garantizar la prevención y asistencia a las personas residentes mediante una adecuada atención dentro de una residencia.

B) Garantizar la adecuada atención especializada a las personas residentes y que necesitan una atención asistida.

9.1.5 Objetivos específicos a conseguir:

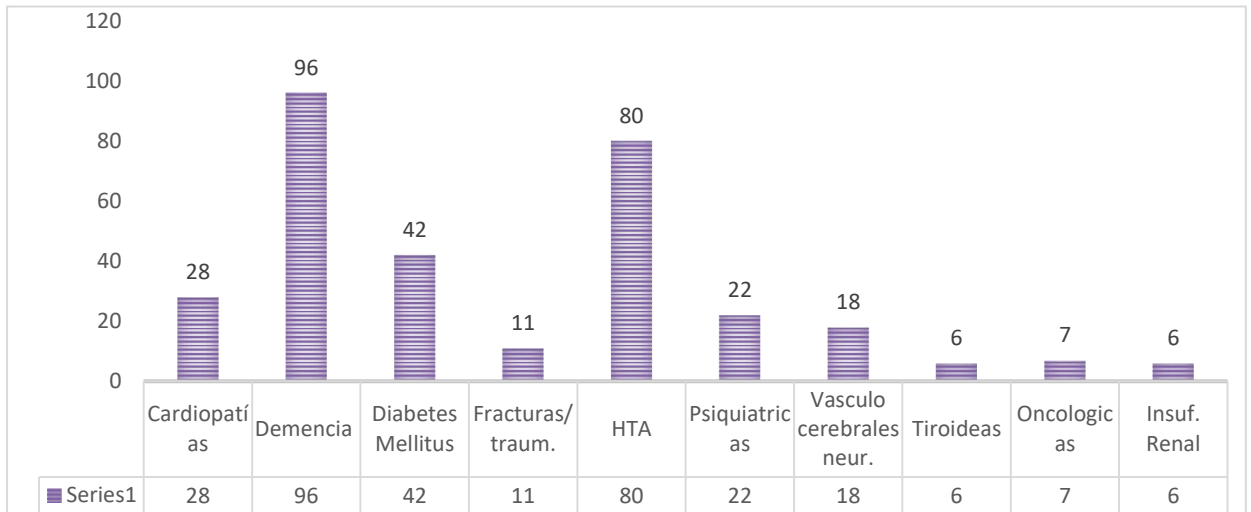
A) Mantener la mayor autonomía de cada residente

B) Satisfacer las ABVVD de cada residente

C) Incluir a todos los residentes en los distintos programas sanitarios

Metodología servicios y evaluación

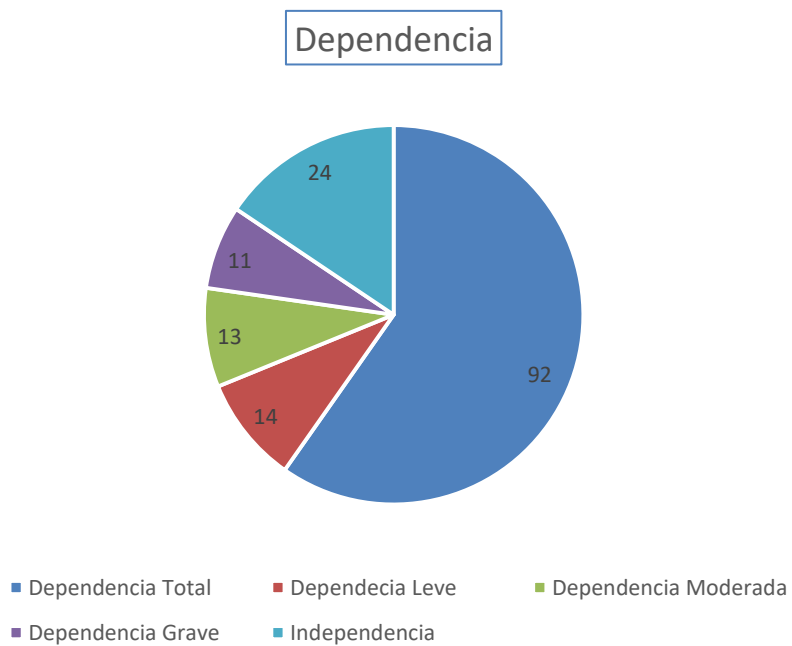
“Programa de Control y Seguimiento Médico” Patologías



“Programa de Control y Seguimiento Médico”: Patologías

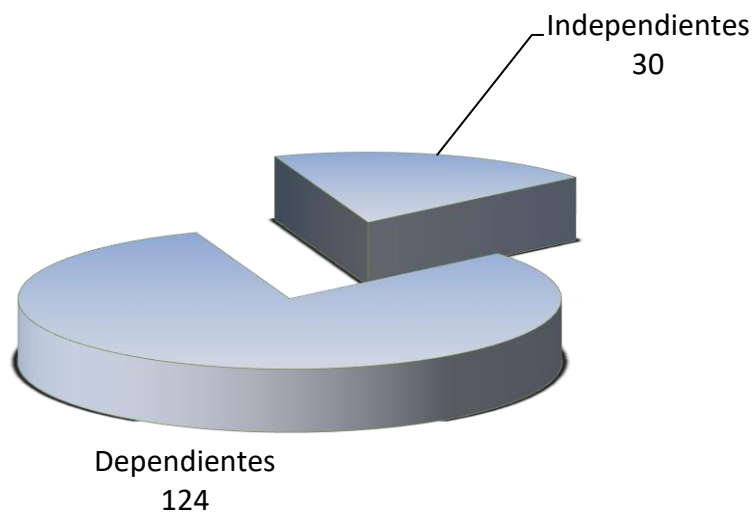
9.1.7 Nivel de Dependencia

A) Dependencia Física: Test de Barthel:

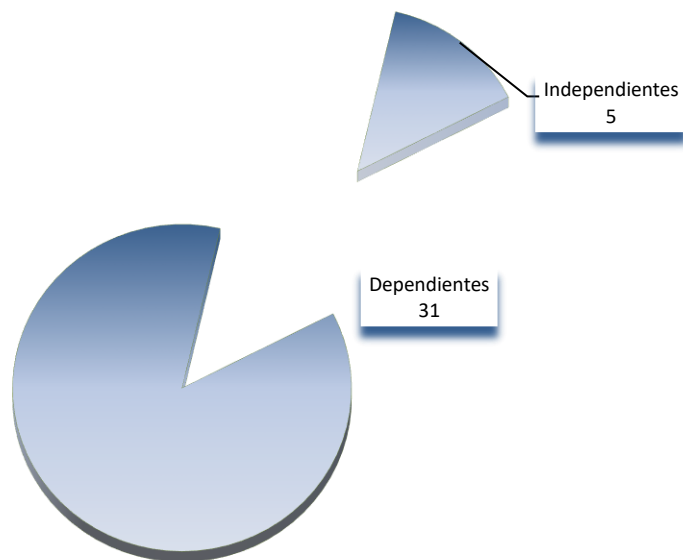


B) Dependiente Psiquicos:

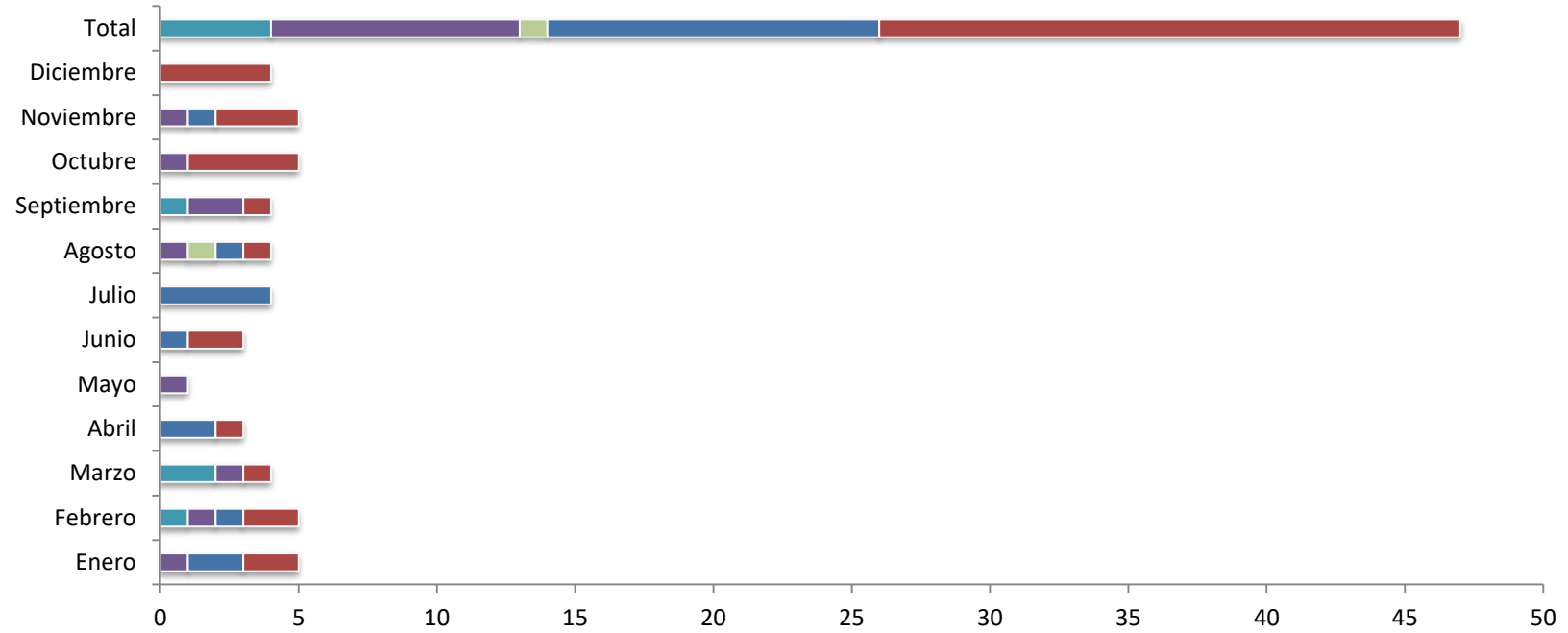
Gráfica Total Residentes: 154



Gráfica Nuevos Ingresos: 36

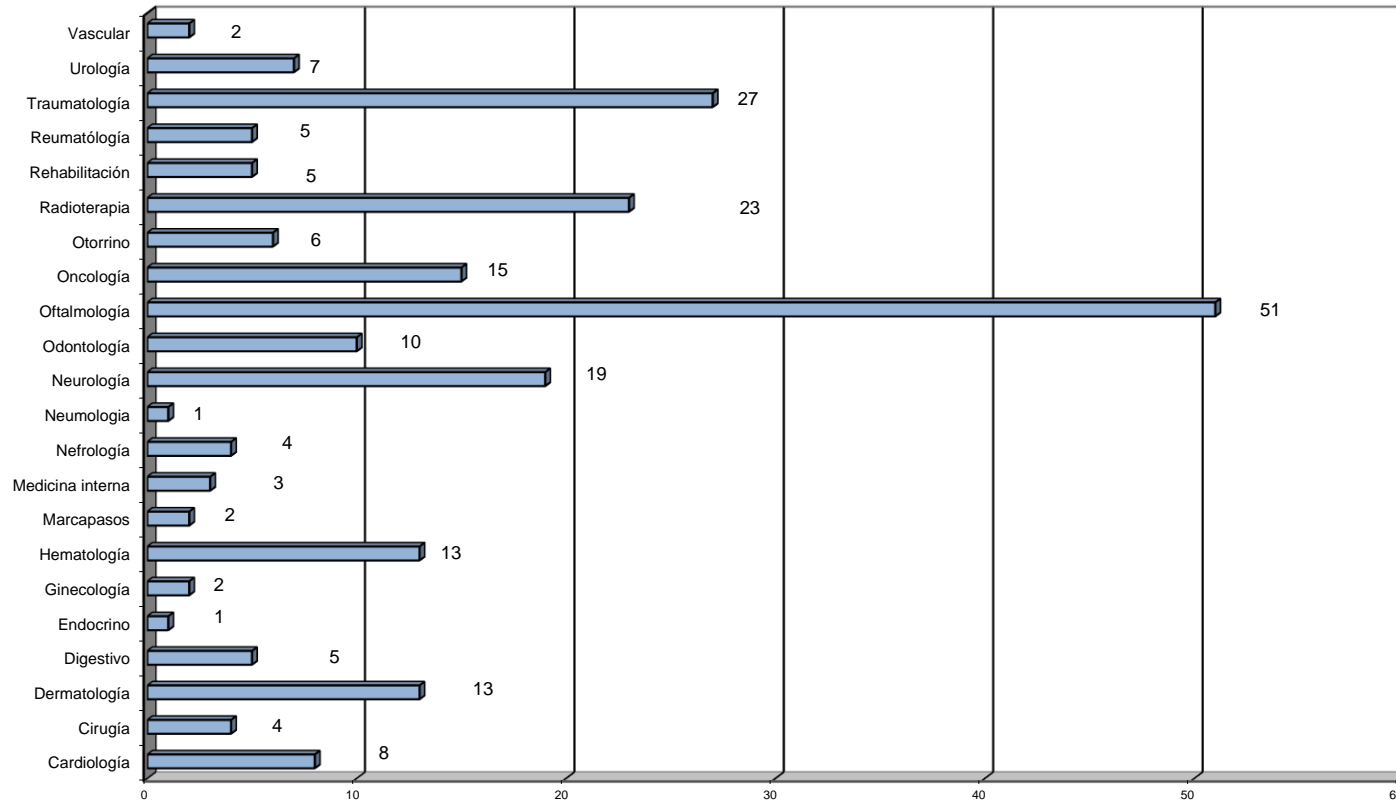


Derivaciones Hospitalarias



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
ACV	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Trauma	1	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	0	9
Insuf.Cardiaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPP infectadas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Inf. Respi	2	1	0	2	0	1	4	1	0	0	1	0	12
OTROS	2	2	1	1	0	2	0	1	1	4	3	4	21

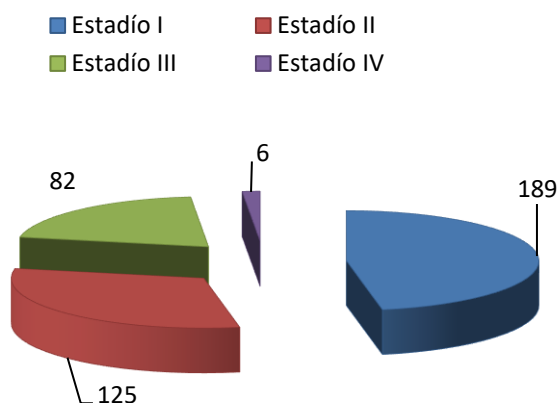
Consultas Externas



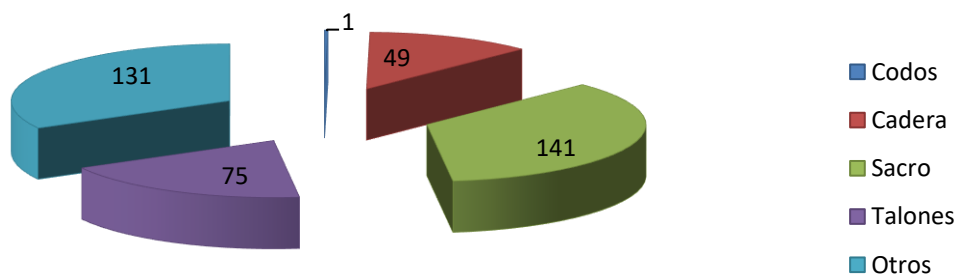
“Programa de Higiene Personal”

A) Úlceras N° Total: 419

Por Estadío



B) Localización



“Programa de Alimentación y Nutrición”

En los últimos años el rápido envejecimiento de la población está originando un gran número de estudios encaminados a conocer en mayor profundidad este proceso, así como identificar los factores de riesgo que puedan modificarlo de forma negativa. Dentro de los factores de riesgo hay que considerar la importancia que tiene una buena alimentación adecuada en esta etapa de la vida.

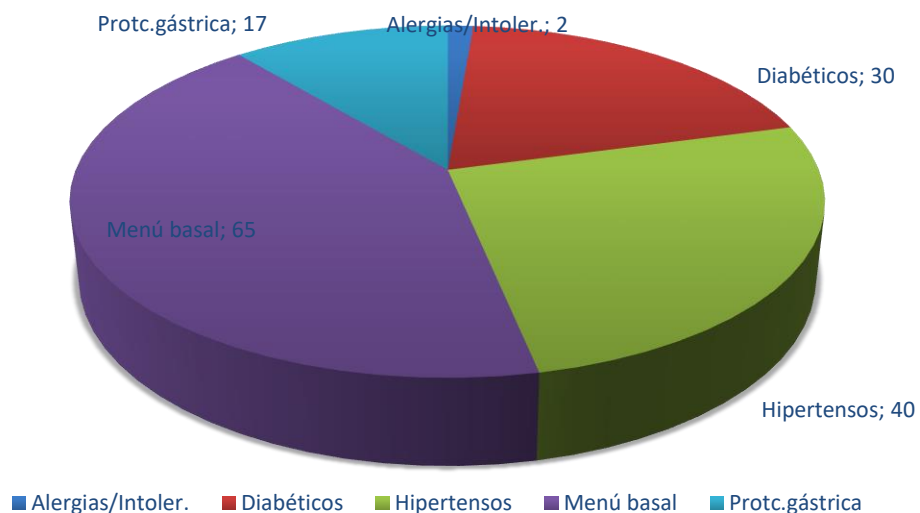
Los Programas de alimentación y nutrición están encaminados a fomentar los buenos hábitos en la alimentación y las relaciones sociales teniendo en cuenta las variaciones sensoriales que se suceden con el paso de los años, como es la disminución del gusto, olfato, pérdida de piezas dentales. Es aconsejable, usar

cantidades pequeñas de alimentos ya que se fatigan con frecuencia, y los grandes platos les producen cansancio. Los alimentos han de ser fácilmente masticables y fáciles de digerir. Es muy importante la buena hidratación del anciano, estimulándole a beber líquidos durante todo el día.

Los mayores precisan de una dieta equilibrada de vitaminas y minerales, carbohidratos, grasas, proteínas y agua. Esta dieta se consigue partiendo de la Pirámide Nutricional. El requerimiento calórico del anciano es menor que el del adulto joven, pero siguiendo las proporciones de la Pirámide Nutricional: 55% de carbohidratos, 15% de proteínas y menos del 30 % de las grasas dependiendo de la época del año, estas grasas la mayoría han de ser insaturadas, mono o poli saturadas.

Nuestro programa de alimentación, está basado en la pirámide nutricional y adaptado al clima de la zona. Todos los menús son muy variados, dependiendo de la época del año (de invierno y de verano), renovados mensualmente y a su vez por semana y dentro de cada día de la semana tenemos: Menú general, con poca sal, menús para hipertensos sin sal, régimen para diabéticos y menús de protección gástrica. Dietas Especiales: Para patologías dispépticas como son las dietas solo líquidos, dietas astringentes y laxantes, así mismo las hay de purés y si es necesario se refuerzan con proteínas de clara de huevo. También se tienen en cuenta los menús con exclusión de alimentos por alergias e intolerancias.

TIPOS DE DIETAS



“Programa de Prevención y Tratamiento de Incontinencia”

El proceso de eliminación en el anciano se caracteriza por la aparición de cambios morfológicos, funcionales, psicológicos y sociales que producen una menor efectividad de los mecanismos de eliminación.

Para valorar las necesidades de eliminación del anciano, deberemos tener en cuenta la frecuencia, molestias y alteraciones posibles, tanto en la defecación como en la diuresis.

Las enfermedades diagnosticadas durante la vejez son las mismas que pueden afectar al adulto, pero la frecuencia, los síntomas clínicos y la evolución, son muy distintos. La incontinencia urinaria se define por la emisión de manera repetida e independiente de la voluntad de la persona. Es el resultado de una presión vesical que excede la resistencia uretral, la debilidad o el deterioro estructural o de la musculatura aumentan el riesgo de incontinencia.

La incontinencia (ya sea urinaria o fecal) puede ser debida tanto a alteraciones del tracto urinario, como a problemas cerebrales / demencia, AVC. Aunque la incontinencia no amenaza la vida de nuestros residentes, la incomodidad, humillación y vergüenza que esta situación provoca una disminución de la calidad de vida.

A) Tipos de Incontinencia

- Incontinencia genuina o por estrés: Consecuencia del aumento de la presión intra-abdominal (tos, estornudos, movimientos repentinos) que se transfiere defectuosamente a la uretra. El comportamiento dinámico de la vejiga es normal, no así la del esfínter debido a causas como cirugías, partos, edad, deficiencia hormonal.

- Inestabilidad en el destrusor: Es la causa más frecuente y es la consecuencia de lesiones a nivel del sistema nervioso central que controla el mecanismo de la micción. Se producen contracciones involuntarias del destrusor produciendo un aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna con urgencia.

- Incontinencia por rebosamiento: Producida por un elevado volumen de orina residual, dando lugar al aumento de la presión dentro del órgano venciendo a la presión del cierre uretral. La etiología puede ser variada, desde la obstrucción anatómica u orgánica (prostatismo, estrechez uretral) hasta de origen primario (vejiga anatómica por diabetes, sífilis, enfermedades de la medula espinal se presenta como goteo persistente, ininterrumpido o enuresis. A la exploración física se puede observar distensión abdominal o globo vesical.

- Incontinencia total: En casos de demencia senil severa y lesiones nerviosas o esfinterianas.

B) Objetivos

Suprimir, retrasar y paliar los efectos del envejecimiento del sistema urinario y de eliminación de nuestros residentes.

C) Población a la que va dirigido:

Este protocolo va dirigido a los residentes con algún tipo de incontinencia.

D) MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Para diagnosticar la incontinencia urinaria es necesario una evaluación del mayor a varios niveles:

Historial médico

Historia clínica:

- Antecedentes médicos
- Cirugías previas
- Medicación actual
- Estado psíquico previo y actual
- Exploración física

CAUSAS de la incontinencia

Incontinencia Transitoria:

- Enfermedades agudas
- Trastornos confusionales agudos
- Retención con incontinencia o por rebosamiento
- Drogas
- Alteraciones psicológicas

Incontinencia establecida:

- Procedimientos quirúrgicos previos
- Enfermedades de la corteza cerebral
- Enfermedades de la médula espinal
- Retención por rebosamiento
- Enfermedades de la vejiga
- Vejiga inhibida
- Incontinencia urinaria genuina o por estrés

E) ACTUACIÓN:

1 -Identificar el patrón de micción del residente:

- Residentes sin alteraciones en sus capacidades cognitivas: se le realizará una entrevista para conocer dicho patrón de micción.
- Residentes con alteraciones en sus capacidades cognitivas. Se realizará un seguimiento durante una semana, en el que se registrará tanto las horas, cantidades y aspectos de orina, para conocer así dicho patrón de micción.

2- Control de la eliminación.

- Residentes sin alteraciones en sus capacidades cognitivas. Se realizará seguimiento de incidentes puntuales.

- Residentes con alteraciones en sus capacidades cognitivas: El control de diuresis, se realizará al menos 2 veces al día para poder prevenir o detectar a tiempo posibles problemas de retención o infecciones de orina. Estos controles se deben aumentar a tres veces al día en casos necesarios, cuando las necesidades así lo requieran en casos de infecciones o retenciones urinarias.

3- Cuidados de la piel

Control de la ingesta de líquidos, a través de la observación directa nos informaremos de la ingesta diaria de líquidos del residente, pero no obstante sospecharemos de la disminución de ésta si hubiese una disminución de la frecuencia y de la diuresis.

4- Actividades para fortalecer la musculatura pélvica en residentes con capacidad cognitiva poco o nada deteriorada:

- Entrenamiento vesical: Consiste en incorporar progresivamente incrementos de tiempo a intervalos entre micciones. El residente aprende a resistir la urgencia de orinar y de este modo retrasar la micción hasta una hora determinada. En principio se establecen intervalos muy cercanos y luego se ajusta el aporte de líquido.

- El objetivo del entrenamiento vesical es reducir las micciones de pequeño volumen y conseguir una función vesical normal.

- Ejercicios para fortalecer la musculatura pelviana. Deben realizarse con frecuencia a lo largo del día (unas 100 veces). Consiste en contraer los músculos perivaginales y el esfínter anal como si controlaran la micción y la defecación.

- Residentes con capacidad cognitiva deteriorada:

- Entrenamiento de los hábitos. El residente orina según un horario previamente establecido. El horario se establece según sus hábitos urinarios y la finalidad es que permanezca seco. Mientras que el entrenamiento vesical intenta que el residente retrase o resista la micción, en el entrenamiento de los hábitos el personal cuidador es el que deberá tomar la iniciativa para hacer orinar al residente.

- Micciones incitadas: se comprueba o se pregunta al residente si está seco o mojado, si está seco se le invita a ir al cuarto de baño, si esta invitación resulta satisfactoria se le proporciona un refuerzo positivo por mantenimiento de la continencia; si no fuera satisfactorio no se le proporcionará el refuerzo.

El objetivo de este ejercicio es conseguir que el residente reconozca el estado de conciencia y aprenda a pedir ayuda cuando lo necesite.

- Prevención de la Incontinencia

*Descripción

El proceso de envejecimiento se caracteriza por la aparición de determinados cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que producen una menor efectividad de los mecanismos de continencia.

Aunque la incontinencia no amenaza la vida del residente, la incomodidad, humillación.

y vergüenza que esta condición provoca la convierten en una de las causas de aislamiento social.

*Objetivos

- Retrasar la aparición de signos y síntomas de envejecimiento del sistema genito urinario.

- Mejorar la calidad de vida del residente al evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima o el aislamiento

- Retrasar la aparición de signos y síntomas de envejecimiento del sistema genito urinario.

- Prevenir o disminuir los episodios de incontinencia

- Mejorar la calidad de vida del residente al evitar la incomodidad, los problemas físicos de la incontinencia, la disminución de la autoestima o el aislamiento

*Preparación del residente

- Es imprescindible para la realización del procedimiento conocer el patrón de micción del residente en el que se registra: la duración, la frecuencia, el volumen de la micción y la cantidad de líquido ingerido.

- Explicarle al residente la serie de medidas que puede realizar

- Animarlo a matenerse continente. Explicarle que si se produce algún episodio de incontinencia no se desanime y prosiga en programa de continencia

*Actividades a realizar:

1- Mantener un aporte de líquidos

Un residente sin restricciones debe tomar un mínimo de 2-3 litros de agua al día.

Restringir el aporte unas horas antes de acostarse o indicar al residente que orine antes de acostarse. Evitar el consumo de irritantes vesicales

La cafeína y el alcohol actúan como irritantes vesicales e incrementan la sensación de urgencia.

2- Valorar el tratamiento farmacológico que toma el residente

Si toma diuréticos, procurar que los tome antes de las 10 de la mañana.

3- Facilitar el acceso al baño y /o a los recipientes para eliminar:

- Es necesario que el baño este bien indicado y cerca
- No han de existir obstáculos entre la cama y el cuarto de baño
- Procurar que lleve ropa fácil de desabrochar.
- Suministrar los recipientes para la eliminación (botellas, cuñas) día y noche.
- Dejar el timbre de aviso al alcance de la mano del residente, cuando se acueste.

4- Entrenamiento vesical.

Consiste en incorporar progresivamente incrementos de tiempo de intervalo entre las micciones, aprendiendo así el residente a resistir la urgencia de orinar, el objetivo de dicho entrenamiento es disminuir las micciones de pequeño volumen.

5- Pautas de vaciamiento vesical:

Al inicio del programa se hará realizar una micción cada 1-2 horas mientras el residente está despierto y cada 4 horas durante la noche. Es necesario que el residente vacíe la vejiga al menos cada 4 horas para reducir el riesgo de infección.

6- Ejercicios de la musculatura pelviana:

- Para fortalecer el músculo próximal debe interrumpirse el chorro de orina después de comenzar a orinar, aguantar unos segundos y después orinar de nuevo.
- Para fortalecer el músculo distal, debe contraerse el músculo del ano como si se interrumpiera la defecación. Es aconsejable repetir estos ejercicios 10- 20 veces cuatro veces al día.

*Observaciones:

- Si resulta necesaria la colocación de un dispositivo de continencia (pañal, colector, etc.) para evitar olores y ulceraciones, recomendar y ayudar al residente en su elección.
- Realizar sondaje urinario solamente en casos estrictamente necesarios.

Si aparece o aumenta el número de emisiones voluntarias:

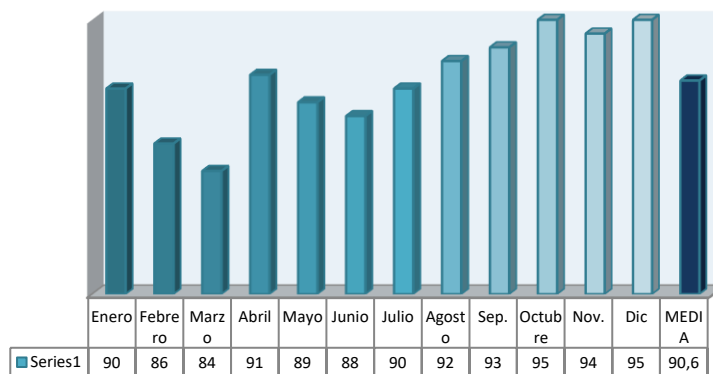
- Disminuir el tiempo de intervalo entre las micciones voluntarias, es decir, acompañarle al cuarto de baño en lugar de cada dos horas, cada hora y media.
- Comprobar si existe relación entre la ingesta de líquidos y el horario de incontinencias, para reprogramar el horario de ingestas.
- Programar consulta médica, para averiguar la posible etiología e iniciar tratamiento.
- Si la causa es una infección de orina: administrar el tratamiento antibiótico prescrito y mantener al residente en el programa de prevención.
- Si la causa es la aparición o empeoramiento de problemas neurológicos y se valora la imposibilidad que el residente en programa de prevención de la continencia, valorar el uso de dispositivos de incontinencia.

*Puntos a reforzar:

- Evitar al residente periodos largos de cama. Andar y realizar alguna actividad son buenos medios para evitar la incontinencia

- Facilitar el acceso y acompañamiento al cuarto de baño todas las veces que sea preciso o el residente lo solicite.
- Un adecuado aporte de líquidos asegura en circunstancias normales un adecuado volumen diario de diuresis.
- Ofrecer apoyo psicológico. Evitar que el residente se sienta culpable o sienta vergüenza.
- Valorar positivamente todos los logros del residente al realizar las actividades de prevención de la incontinencia.

*Grafica Incontinencia por meses:



“Programa de Prevención de Caídas”

En base al protocolo de caídas del centro se llevan a cabo las siguientes medidas como prevención de las mismas.

- Prevención de Caídas del paciente
- Soluciones para la Seguridad de Paciente:

* Organización:

A) Pasear por las instalaciones centrándose en cómo minimizar los riesgos (limpieza de los suelos, artículos personales al alcance).

B) Asignar responsabilidades al personal en relación con la identificación de riesgos, concienciación y prevención de caídas de pacientes.

C) Proporcionar formación continuada y facilitar la identificación de riesgos y la realización de sesiones de resolución de problemas.

D) Implantar estrategias de prevención que incluyan diversas intervenciones.

E) Valorar el riesgo de caídas de todos los pacientes.

F) Reevaluar de manera continua el riesgo de caída de los pacientes.

G) Apoyar el juicio clínico con el uso de instrumentos de valoración.

H) Regularmente revisar y modificar la medicación del paciente que puede predisponer a las caídas, especialmente la medicación psicotrópica.

I) Proporcionar la ayuda física a pacientes de alto riesgo al deambular o intentar maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse, etc.) y promocionar la movilidad para fortalecer el control postural, por ejemplo, mediante fisioterapia.

J) Implicar y formar a los pacientes y sus familias

K) Desarrollar un plan de atención individualizado.

L) Identificar y cuantificar a los pacientes con riesgo de caídas.

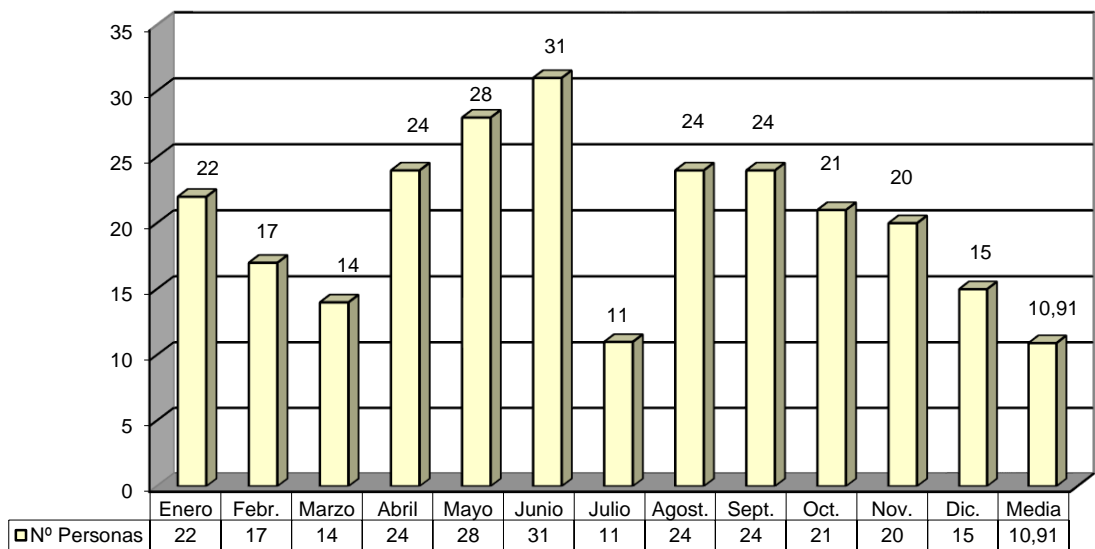
M) Considerar al paciente y a la familia como un importante recurso de información sobre el historial de caídas previas y otros factores de riesgo.

N) Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deberían participar en programas educativos sobre estrategias de intervención para reducir el riesgo de caídas en el domicilio.

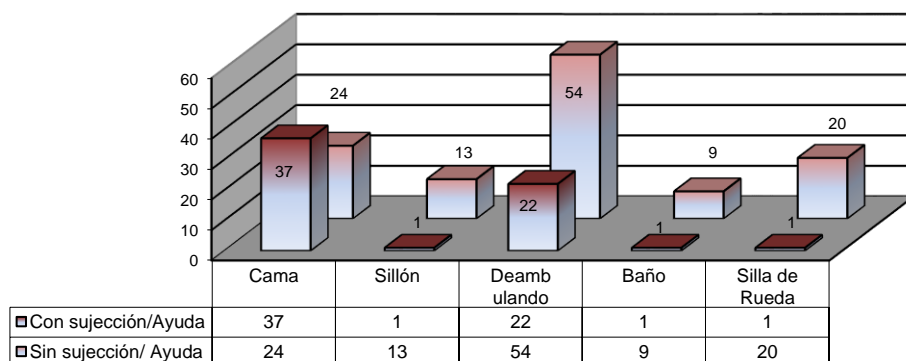
O) Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deberían participar en estrategias alternativas para reducir la probabilidad de caídas.

P) En el análisis tras una caída debería incluirse al paciente y a su familia para tratar el incidente y las estrategias de prevención de caídas.

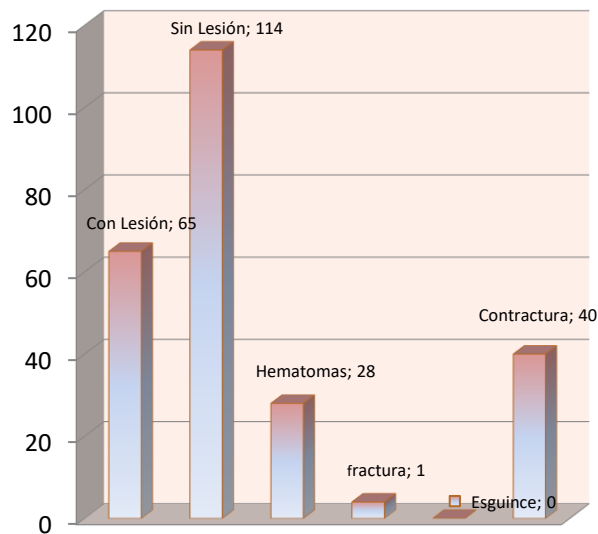
*Gráfica por meses



• Gráfica por circunstancias



- Gráficas por consecuencias



“Programa de Atención de Enfermería”

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
 - Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
 - Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
 - Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
 - Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

A) Objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

a) Ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

b) Características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

c) Etapas:

1ª Etapa de VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Métodos para obtener datos:

✓ Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

✓ La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

✓ La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

✓ Validación de Datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

✓ Organización de los Datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como

necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
 - Valoración física
 - Patrones funcionales de salud.

*Documentación y Registro de la Valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
 - Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
 - Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
 - Prueba de carácter legal
 - Permite la investigación en enfermería
 - Permite la formación pregrado y postgrado

2ª Etapa DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.-Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

* Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

3ª Etapa PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se

procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

A) Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

B) Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

c) Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

- **Documentación y registro ;**

✓ **PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.

Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)

- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

4ª Etapa EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
 - Dar los informes verbales de enfermería.
 - Mantener el plan de cuidados actualizado.

5ª Etapa EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

“PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS”

a) Características y objetivos del programa:

Algunos entienden los cuidados paliativos como una nueva filosofía, un nuevo modo-de-hacer en medicina. Realmente, la novedad existe sólo en un sentido relativo. Muchos profesionales de la medicina siempre, también en los últimos tiempos, han actuado de acuerdo con ese proceder. Los cuidados paliativos representan una novedad sólo a nivel institucional. Es decir, supone novedad desde el momento en el que han surgido y se han desarrollado iniciativas o políticas sanitarias, programas específicos, equipos especializados, hospitales, unidades, etc.

Las características peculiares del sistema de cuidados paliativos, que le diferencian del sistema tradicional de atención al enfermo en situación terminal, serían las siguientes:

- En este tipo de asistencia la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia. Es esencial incluir a la familia completa para conseguir que la atención al paciente sea la mejor posible.
- El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario.
- Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Además, el equipo debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.
- Casi por definición, por su carácter interdisciplinar y por estar centrada en el paciente, la medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y miren primordialmente por el bienestar del paciente. Por subrayar la novedad o diferencia de los cuidados paliativos en los comienzos, esta característica integradora ha podido no estar patente. Modernamente, reflejando el mayor interés en las especialidades relacionadas, especialmente en Geriátrica y Oncología, la medicina paliativa se ha incluido en ellas con denominaciones más amplias como “cuidados al final de la vida” o “cuidados continuados en oncología”.
- Los cuidados paliativos suponen donde se implantan un cierto cambio estructural para proporcionar garantías de asistencia paliativa al enfermo terminal en el momento y también en el lugar que se necesite, y con las características habituales en cuidados paliativos: atención global por un equipo interdisciplinar y que siempre incluya a la familia.

b) Características del modelo de atención

- Unidad de Cuidado: paciente + familia
- Equipo multidisciplinar
- Tratamientos de intención paliativa
- Carácter integrador en otras especialidades y terapias

- Asistencia siempre disponible.

c) Objetivos de los programas de cuidados paliativos

Los objetivos de cualquier programa de cuidados paliativos son:

1. Control de síntomas; de forma particular el dolor. En un programa de cuidados paliativos los síntomas son el primer objetivo en una estrategia terapéutica, pero no el único, ni con frecuencia, el objetivo más difícil de conseguir. En cualquier caso, los profesionales han de ser expertos en control sintomático ya que es frecuente que estos pacientes tengan síntomas múltiples e intensos, multifactoriales y muy cambiantes. Por ejemplo, dolor, dificultad respiratoria severa, náuseas y vómitos, depresión, heridas que no cicatrizan bien, etc.

2. Prestar a los pacientes una atención personalizada e integral que abarque todas las esferas afectadas por la enfermedad: aspectos psicoemocionales, comunicación, información, asistencia espiritual, con participación activa del enfermo).

3. Servir de soporte a la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar. El programa de paliativos debe contar con recursos suficientes para atender las necesidades o problemas sociales del enfermo y la familia.

4. Mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al moribundo en condiciones óptimas, evitando el desgaste emocional y otras repercusiones psicológicas negativas.

d) Objetivos del cuidado paliativo:

Los objetivos del cuidado paliativo son:

- Control del dolor y otros síntomas
- Asistencia personalizada e integral del paciente
- Soporte de la familia
- Soporte del propio equipo asistencial.

* El año 2018 transcurrió sin ningún episodio de agresión.

9.1.6 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

- La participación en la residencia en este programa abarca casi el 90% de los residentes debido a que cada vez es mayor el grado de dependencia y el perfil con el que éstos ingresan en el centro.

9.1.7 Personal responsable del mismo

Médico del centro, coordinador de enfermería, fisioterapeuta, psicóloga y terapeuta ocupacional, D.U.Es y auxiliares de clínica.

9.2 PROGRAMAS DE INTERVENCION PSICOSOCIAL

9.2.1 Fundamentación

El desarrollo de este programa se fundamenta en las necesidades propias del perfil de residentes que ingresan en el centro: persona mayor, con o sin deterioro cognitivo, con posible diagnóstico psiquiátrico y diferentes grados de autonomía funcional.

9.2.2 Necesidades que pretende responder

Las necesidades a las que se pretenden dar respuestas incluyen tanto a los residentes como a los familiares:

- Residentes: ofrecer un abanico de actividades diversas que respondan a sus necesidades e inquietudes, y que al mismo tiempo mantenga sus habilidades cognitivas y funcionales, y a su vez ralenticen el proceso de deterioro cognitivo y funcional inherente en el proceso de envejecimiento y/o demencias.
- Familiares: ofrecerles el apoyo emocional y acompañamiento tan necesario en el proceso de adaptación de su familiar residente y proporcionarles estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones.

9.2.3 Problemas a abordar

- Sentimientos negativos que surgen durante el periodo de adaptación del nuevo ingreso, tanto de la familia como del residente (culpabilidad, rechazo, sentimiento de abandono, soledad, etc.).
- Deterioro de ciertas habilidades cognitivas y funcionales.
- Aparición y progresión de trastornos psicológicos más frecuentes en la población mayor.
- Afrontamiento de situaciones conflictivas, tanto del residente como de sus familiares.

9.2.4 Objetivos del Plan General al que se pretende dar respuesta

- Garantizar la adecuada atención especializada a las personas residentes y que necesitan una atención asistida.
- Elaborar, difundir y realizar programas dirigidos a: Rehabilitación de los déficits funcionales, físicos y cognoscitivos; medidas para prevenir la pérdida de autonomía.
- Desarrollar alternativas a la situación conflictiva que genera la institucionalización en la Residencia, para que el mayor continúe disfrutando de las posibilidades que ofrece la vida.

9.2.5. Objetivos específicos a conseguir

- Apoyar al residente y familiares ante el nuevo ingreso en residencia.
- Facilitar la adaptación del residente y sus familiares a la nueva vida en residencia.
 - Detectar alteraciones conductuales y de personalidad que pudieran surgir para tomar las medidas adecuadas.
 - Tratar de mantener o ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y funcional.
 - Ofrecer a los familiares la información necesaria para afrontar determinadas situaciones.
- Ofrecer a los residentes un abanico de actividades encaminadas a diferentes objetivos en función de las necesidades (mantener, potenciar o recuperar la independencia en las actividades de auto-cuidado, favorecer la comunicación, potenciar relaciones positivas, etc.).
- Servir de vínculo entre los residentes y las actividades de voluntariado para aumentar su calidad de vida.

9.2.6 Metodología. Servicios y Evaluación

El ingreso de una persona mayor en Residencia puede ser entendida como un suceso vital estresante en la vida tanto de la persona que ingresa como de sus familiares. Y como tal, supone una importante fuente de angustia, ansiedad y sentimientos negativos.

Por ello se hace necesaria la actuación de un equipo multiprofesional (médico, DUE, psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta), que realice una evaluación integral de la persona y trace un plan de intervención adaptado a sus necesidades individuales.

Desde este departamento concretamente, se realiza una valoración en el momento del ingreso, que se repite periódicamente para conocer la evolución del residente. En base a los resultados se elabora un programa de actividades que responden a una serie de necesidades y objetivos.

La evaluación psicológica se realiza mediante la aplicación de una serie de instrumentos, dirigidos a obtener datos cuantitativos y cualitativos del residente. En general, las escalas más utilizadas son:

- Mini Examen cognoscitivo (MEC).
- Escala de Depresión geriátrica de yesavahe.
- Escala de ansiedad de Hamilton.
- SPMSQ de Pfeiffer (1975).
- Set-Test de Isaac.
- Escala de evaluación de trastornos conductuales en la enfermedad de Alzheimer (BEHAVE-AD).
- The Neuropsychiatric Inventory (NPI)

“Programa de Acogida y Adaptación”

Tras el ingreso, el residente tiene un periodo de adaptación, en el que se le hace un seguimiento para garantizar que su integración sea lo más satisfactoria posible.

Desde que el residente llega por primera vez, se le plantea, dentro de sus posibilidades y las capacidades cognitivas y funcionales que conserva, un plan de actividades a realizar dentro del departamento de Psicología y Terapia ocupacional, de tal manera

Que desde el principio se familiarice con su nuevo “hogar” y adquiera poco a poco una nueva rutina.

“Programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria”

El entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria es una actividad que se lleva a cabo transversalmente dentro de las diferentes actividades que componen el Programa general de estimulación cognitiva. Estas actividades se adaptan al nivel de deterioro cognitivo (GDS) de cada participante, así como a las capacidades sensoriales que conserva.

El objetivo principal es estimular los procesos cognitivos básicos, y de esta manera incidir positivamente en la prevención y/o mejora de los déficits de memoria.

“Programas de psicoestimulación”

Concretamente se lleva a cabo desde el Taller de Estimulación y Rehabilitación Cognitiva, que persigue como su propio nombre indica, la rehabilitación y estimulación de las habilidades cognitivas básicas. Tratamos de mantener las capacidades cognitivas que aún se conservan y al mismo tiempo ralentizar el deterioro cognitivo inherente al proceso de envejecimiento y/o los solapados a una demencia.

Funciones superiores que se trabajan desde estos programas: lenguaje, lectura, escritura, función ejecutiva, esquema corporal, atención/percepción, cálculo, praxias, gnosias, orientación, grafomotricidad y memoria.

“Programa de estimulación del lenguaje”

El lenguaje es la habilidad cognitiva que más tarde se deteriora, siempre que no haya una causa orgánica subyacente.

La estimulación del lenguaje se lleva a cabo de manera transversal en los diferentes programas del departamento, pues siempre que haya una actividad estructurada en la que exista interacción entre dos o más personas, paralelamente se está estimulando el lenguaje.

Objetivos de este programa:

- Aumentar el número de ocasiones en que las personas mayores puedan interactuar, comunicarse y relacionarse con los demás.

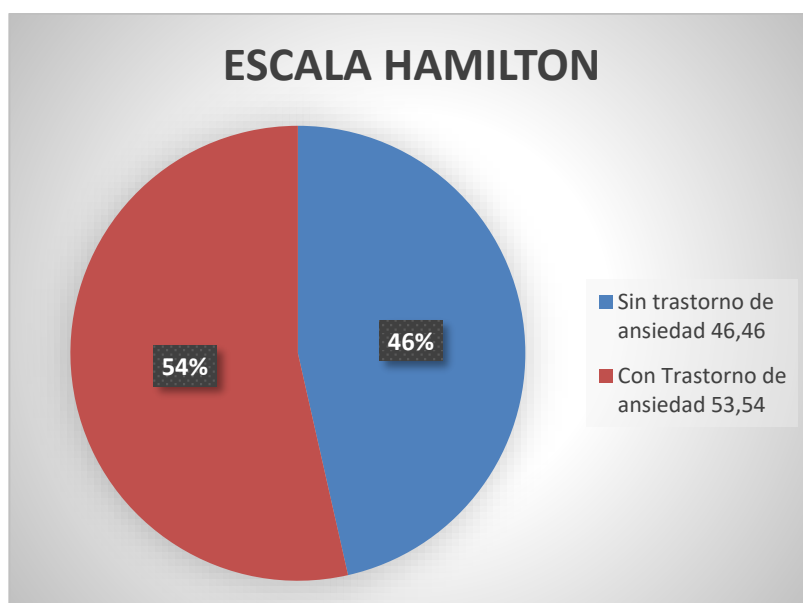
- Estimular la comunicación y el lenguaje para conservar o prevenir pérdidas en esta área
- Evitar la soledad y el aislamiento

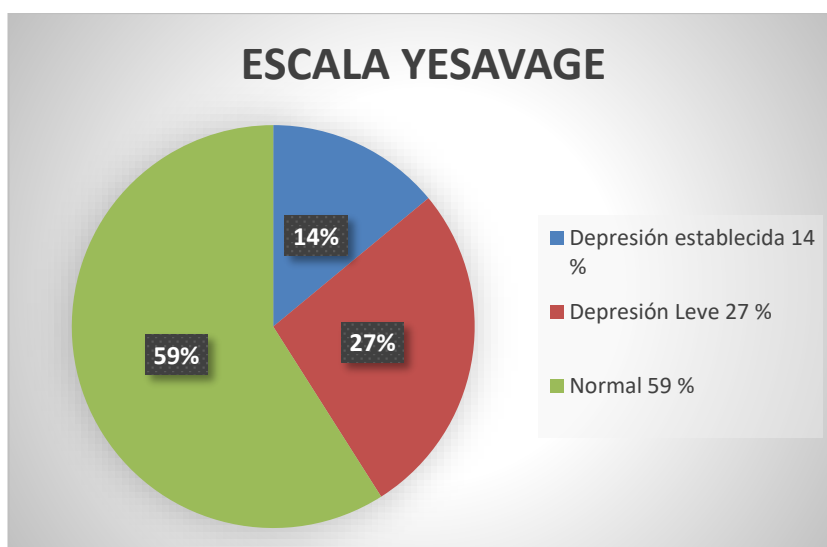
“Programa de intervención en depresión”

Los síntomas ansioso-depresivos son muy frecuentes en la población mayor, tanto como trastorno independiente, así como síntoma solapado a las demencias. En determinados casos se les enseña diferentes habilidades cognitivas y conductuales para aminorar los síntomas y alcanzar una mayor calidad de vida. En otros casos se derivan a la psiquiatra que acude al centro una vez al mes, para apoyar nuestra intervención con los psicofármacos que ella considere oportunos.

Como parte importante dentro de la prevención y tratamiento de sintomatología depresiva, están las actividades de ocio y tiempo libre que se desarrollan tanto dentro como fuera del centro, y que se utilizan también como herramienta para mejorar el estado anímico y reforzar las relaciones sociales.

Los siguientes gráficos reflejan la manifestación de estos síntomas dentro de nuestra población.





“Programa de entrenamiento en habilidades sociales”

Las habilidades sociales se entrenan de manera constante en la mayoría de las actividades programadas: iniciar y mantener conversaciones, dar opiniones personales, ponerse en el lugar de la otra persona, aprender a pedir las cosas, saber decir NO, etc.

Uno de los aspectos donde más se trabaja con respecto a esta área es en la resolución de conflictos, que suelen darse con frecuencia entre los residentes.

“Programa de valoración ambiental”

Las características físicas y arquitectónicas de la residencia influyen de manera decisiva en su autonomía, el desarrollo de actividades de la vida diaria, su comodidad y satisfacción. Por tanto, es necesario realizar una evaluación ambiental continuada de dichas características ambientales para hacer los cambios oportunos y lograr los objetivos que se plantean. En este punto es fundamental la actuación de la terapeuta ocupacional, que se encarga de revisar y proponer mejoras encaminadas a aumentar la calidad de vida de los residentes.

“Programas de orientación familiar”

Los familiares de los residentes tienen la posibilidad de concertar cita con la psicóloga para obtener información sobre los temas que más les preocupan o afectan (sentimientos de culpabilidad, sensación de abandono, sentimientos ambivalentes ante el nuevo ingreso, u otros temas que demanden). El objetivo que se persigue es principalmente favorecer la integración y adaptación del mayor y su familia a la vida del centro y por supuesto acompañarlos durante todo el proceso de adaptación.

“Programas de aprendizaje en habilidades de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores formales”

Independientemente de que el mayor se encuentre en una residencia, los familiares a veces se ven envueltos en determinadas situaciones que no son capaces de manejar eficazmente (insultos, “chantaje emocional”, agresiones, reacciones desmedidas, etc.). En este sentido, también cuentan con el apoyo del servicio de psicología, desde donde se trata de dar la orientación y estrategias más adecuadas dependiendo del caso particular.

9.2.7.- Participación de la Población atendida en el desarrollo del Plan.

Todos los residentes y sus familiares.

9.2.8.- Persona responsable del mismo

Psicóloga del Centro en colaboración con la Terapeuta Ocupacional y el Fisioterapeuta.

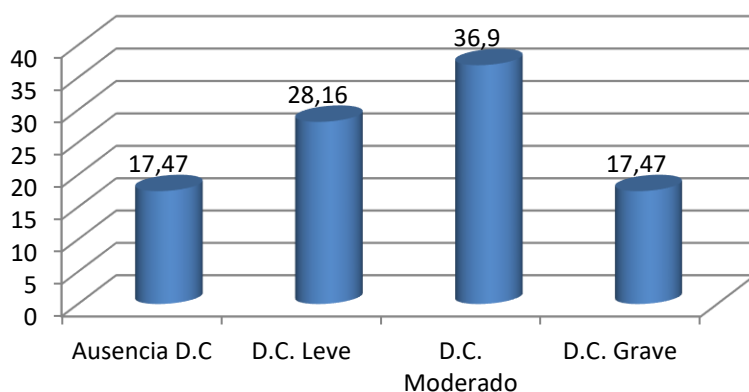
9.3 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA COGNITIVA

9.3.1. Fundamentación

Con el envejecimiento se producen unos cambios en el funcionamiento cognitivo que se ven agravados cuando la persona mayor no recibe estimulación, incidiendo a su vez de manera negativa en su calidad de vida. Por ello es importante la realización de actividades de estimulación cognitiva, con el fin de favorecer, activar y ejercitar los procesos cognitivos básicos, y de esta forma prevenir el deterioro cognitivo, mantener las habilidades cognitivas que aún se conservan y ralentizar el proceso de deterioro cognitivo inherente al envejecimiento y/o enfermedad.

En términos generales, la proporción de Deterioro Cognitivo (D.C) en sus distintas fases, se refleja claramente en el siguiente gráfico, presentando en la mayoría de los casos un Deterioro Cognitivo moderado.

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)



9.3.2. Necesidades que pretende responder

La necesidad de crear un conjunto de actividades que favorezcan al residente a nivel funcional, cognitivo, emocional y conductual.

9.3.3. Problemas a abordar

- Deterioro de habilidades cognitivas y funcionales.
- Problemas a nivel emocional y/o conductual.

9.3.4. Objetivos del Plan General al que se pretende dar respuesta

Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.

Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en las mismas.

Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.3.5. Objetivos específicos a conseguir

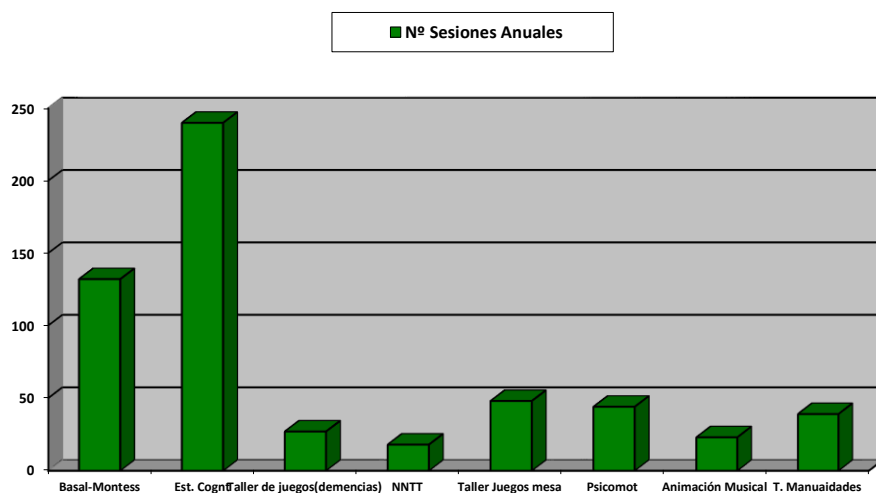
- Apoyar al residente y familiares ante el nuevo ingreso en residencia
- Facilitar la adaptación del residente y sus familiares a la nueva vida en residencia
- Detectar alteraciones conductuales y de personalidad que pudieran surgir para tomar las medidas adecuadas.
- Tratar de mantener o ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y funcional
- Ofrecer a los familiares la información necesaria para afrontar determinadas situaciones.

9.3.6 Metodología, Servicios y Evaluación

El residente será valorado a nivel cognitivo, emocional y conductual por la Psicóloga; y a nivel funcional (autonomía) por la Terapeuta Ocupacional. Teniendo en cuenta estas valoraciones, el departamento de Psicología y Terapia Ocupacional decide para cada residente el tipo de actividades al que podrá asistir dentro del “Programa General de Estimulación”, utilizando como indicador fundamental el nivel de deterioro cognitivo (GDS) del residente y la conservación de las capacidades sensoriales básicas.

En aquellos casos en los que se detecta un detrimento del estado físico, anímico o cognitivo del residente que participa en cualquiera de las actividades del “Programa General de Estimulación”, se le realizará una nueva valoración y en base a los resultados se procederá a reubicarlo en actividades que se adapten a su nueva situación.

GRÁFICA: N úmero total de sesiones anuales de Terapia y Tiempo Libre, desde el departamento de Psicología y Terapia Ocupacional



Las diferencias en el número de sesiones entre los diferentes talleres se deben a la periodicidad con la que se imparten cada uno:

- Taller de Estimulación Basal-Montessori: 3 días/semana (132 sesiones anuales).
 - Taller de Estimulación Cognitiva: 5 días/semana (240 sesiones anuales).
 - Taller de Nuevas Tecnologías (NNTT): 1 día/semana (18 sesiones anuales).
 - Taller de Juegos (demencias): 1 día/semana (27 sesiones anuales).
 - Taller de Juegos de mesa: 1 día/semana (48 sesiones anuales).
 - Taller de Psicomotricidad: 1 día/semana (44 sesiones anuales).
 - Taller de Habilidades Psicomotrices: 1 día/semana (24 sesiones anuales)
 - Taller de Animación musical: 1 día/semana (23 sesiones anuales).
 - Taller de Manualidades: 1 día/semana (39 sesiones anuales).
 - Taller de Emociones: 1 día/semana (31 sesiones anuales).
 - Taller de Emociones: 1 día/semana (37 sesiones anuales)
 - Taller de Estimulación musical (demencias): 1 día/semana (18 anuales)
- * este taller se inició en el mes de agosto.

A) TERAPIAS COGNITIVAS

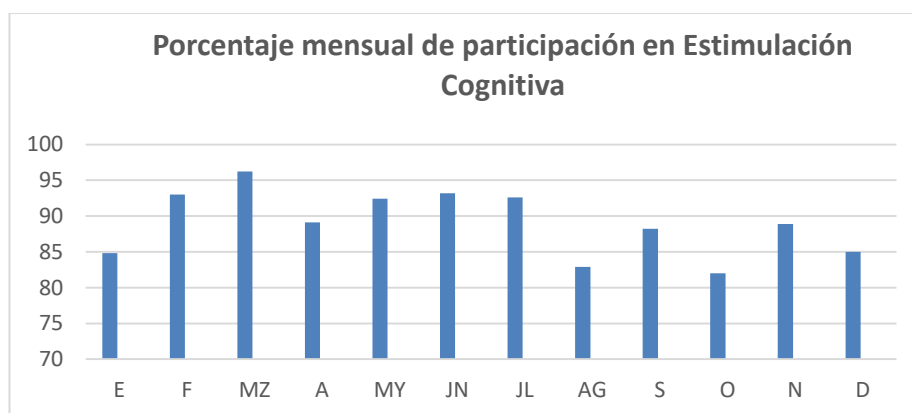
A.1- Taller de Estimulación Cognitiva

*Objetivo: Mantener, retardar y/o rehabilitar las capacidades cognitivas que aún conserve el residente.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro cognitivo y residentes con un nivel de deterioro cognitivo (GDS) de leve a moderadamente grave. No obstante, y en función del estado general, se hacen excepciones y asisten también residentes con GDS grave.

*Metodología: se elaboran programas individualizados para cada residente en función de su GDS, compuesto fundamentalmente por fichas de trabajo de cada una de las habilidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, gnosias, etc.), y se realizarán tanto de manera escrita y/u oral, como informatizadamente, a través del **Programa GRADIOR** (programa de rehabilitación cognitiva por ordenador). Este programa permite la interacción directa del usuario con el ordenador. Es un software basado en nuevas tecnologías multimedia, y su aplicabilidad promueve la evaluación, psicoestimulación y rehabilitación de las funciones neuro-cognitivas.

* Programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la Terapeuta ocupacional, y ejecutado también con la ayuda puntual de auxiliares.



A.2.- Taller de Emociones

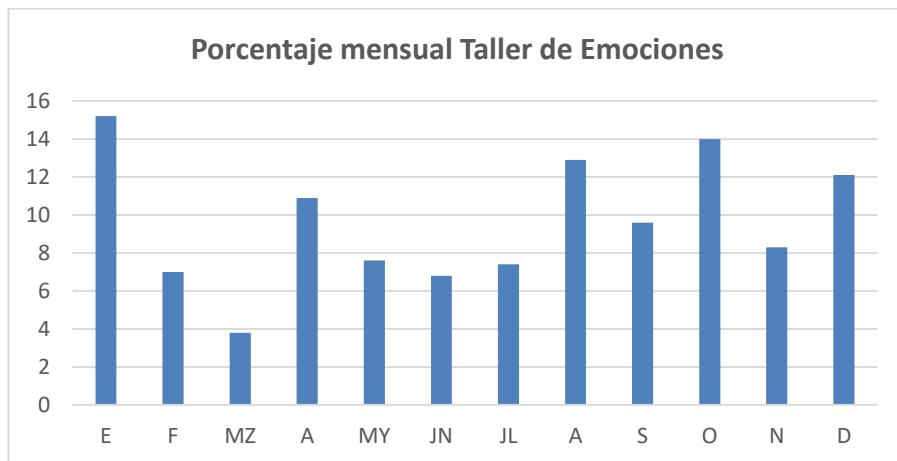
*Objetivo: trabajar en grupo la expresión de emociones, la resolución de conflictos, problemas personales entre ellos y con sus familiares, bloqueos, etc., y al mismo tiempo prevenir problemas de comportamiento, del ánimo, de conflictos personales, etc.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro cognitivo y nivel de deterioro cognitivo leve-medio.

*Metodología: a través de la escucha activa y la interacción entre el grupo y la psicóloga, se trabajan diferentes emociones, sentimientos y aspectos psicológicos que inciden en el bienestar del ser humano (la risa, el abrazo, el miedo, la decepción, la

soledad, la felicidad, el optimismo, etc.). Este taller es programado, coordinado, valorado y ejecutado por la Psicóloga.

* Programado, coordinado y valorado por la Psicóloga .



A.3.- Taller de Estimulación musical (demencias)

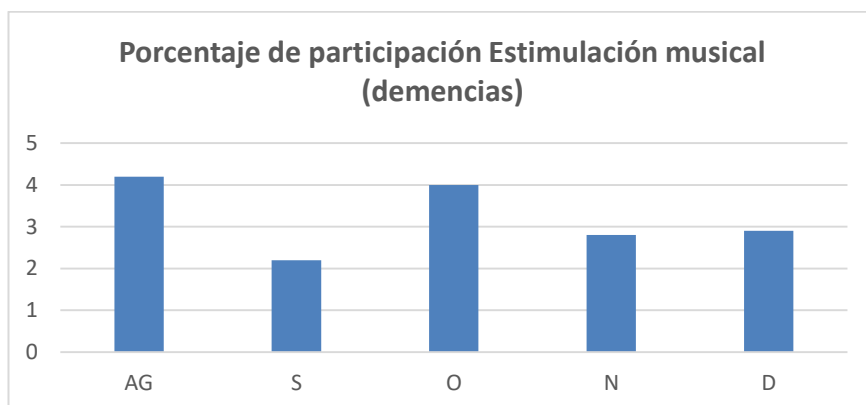
*Objetivo: despertar en cada uno de ellos sensaciones, emociones y recuerdos ligados al presente y a su historia personal. En personas con demencias , la música es un medio de expresión no verbal que canaliza sentimientos. La música sirve para compartir directa e indirectamente, verbal y no verbalmente, momentos, sentimientos, recuerdos e historia de vida.

*Dirigido a: residentes con nivel de deterioro cognitivo medio-alto y alto.

*Metodología: utilizando la música de forma terapéutica y estimulante

*Temporización: tres días en semana

* Programado, coordinado y valorado por la Psicóloga.



A.4.- Taller de Nuevas Tecnologías (NNTT)

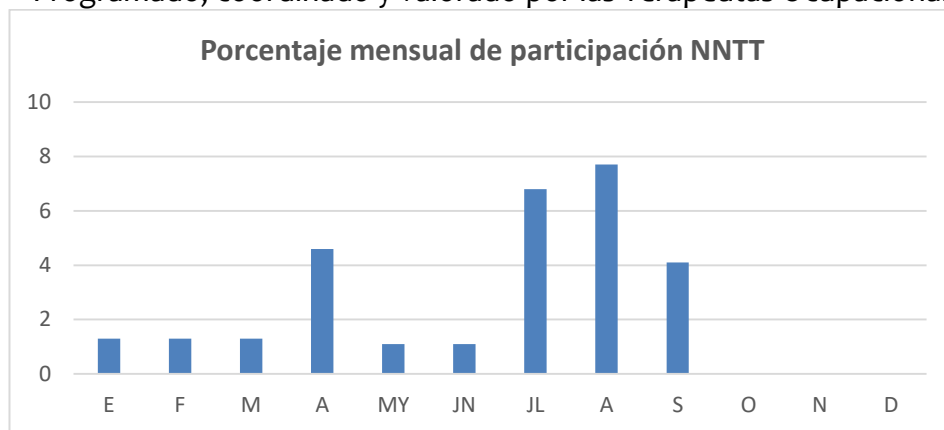
*Objetivo: rehabilitar y entrenar procesos cognitivos específicos.

*Dirigido a: residentes con nivel de deterioro cognitivo medio y medio-alto.

*Metodología: el residente lleva a cabo diferentes ejercicios en el ordenador, adaptando el grado de dificultad en función del nivel GDS (Jclíc, Caillou, Brain trainer1 y 2, etc.). Este taller es programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la Terapeuta

*Temporización: un día en semana (los últimos meses no se pudo realizar por avería en los ordenadores)

* Programado, coordinado y valorado por las Terapeutas Ocupacionales.



A.5- Taller de Estimulación Basal - Método Montessori.

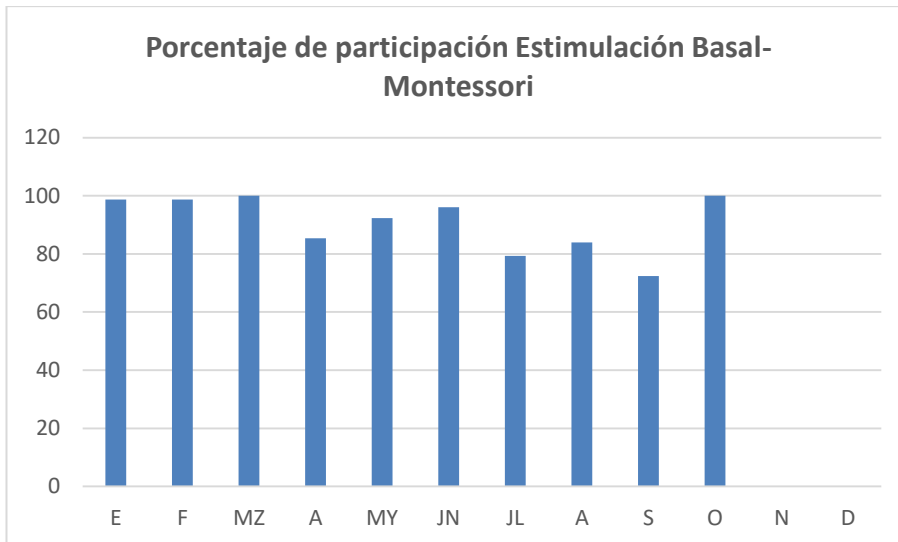
*Objetivo: estimular y mantener las capacidades cognitivas que se conservan.

*Dirigido a: personas que, por su nivel de deterioro cognitivo acusado y déficits sensoriales de diversa índole, requieren de una estimulación cognitiva muy básica y a un nivel individualizado o en pequeño grupo (3 o 4 personas).

*Metodología: manipulación de diferentes materiales estimulativos y realización de fichas de trabajo de cada una de las habilidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, gnosias, etc.), que se realizan de manera oral.

*Temporización: 3 días a la semana.

* Programado, coordinado y valorado por las Terapeutas Ocupacionales.



A.6.- Taller de Juegos de mesa.

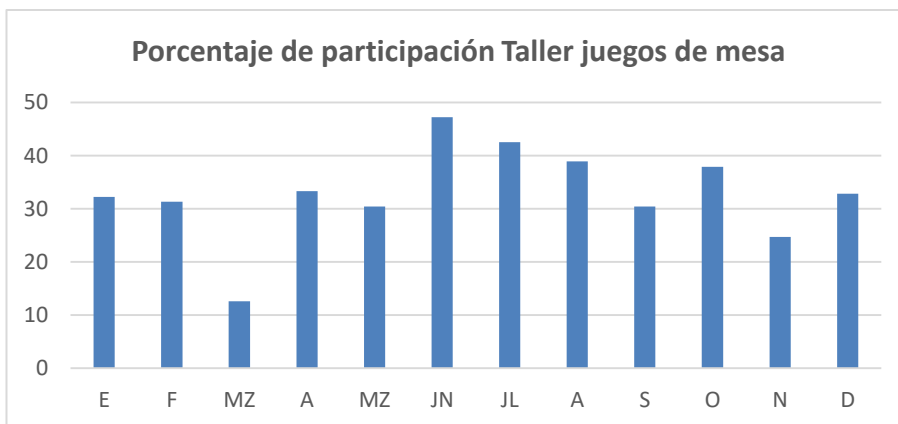
*Objetivo: a través de la participación en juegos de mesa con otros residentes, servir de herramienta para la comunicación y estimulación de diferentes habilidades cognitivas, así como favorecer la comunicación y mejorar las relaciones personales.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro y nivel de deterioro medio-moderado.

*Metodología: utilización de una variedad de juegos de mesa tradicionales como baraja española, bingo, parchís, damas, la Oca, etc. Este taller es programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la Terapeuta, y ejecutado por una auxiliar.

*Temporización: un día a la semana.

* Ejecutado por la auxiliar de Tiempo libre



A.7.- Taller de Psicomotricidad

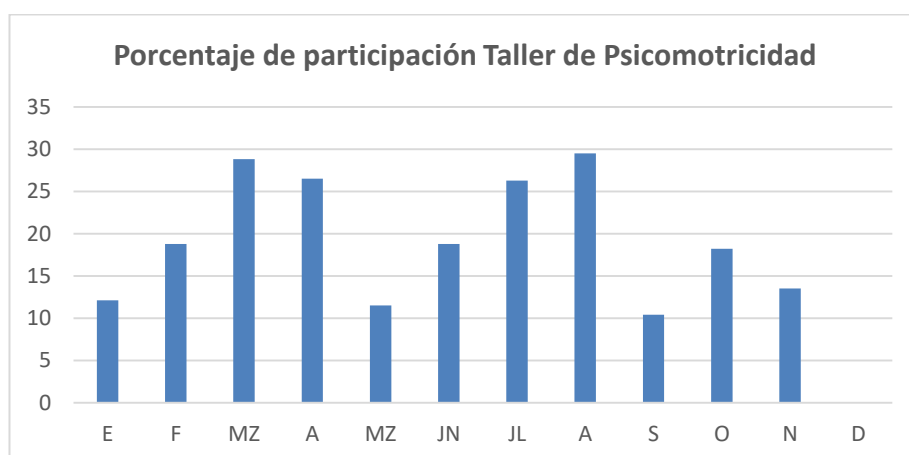
*Objetivo: evitar el sedentarismo y mantener en lo posible un nivel de capacidad funcional y competencia motriz. Así como favorecer las relaciones con los demás e incidir positivamente en su estado emocional.

*Dirigido a: residentes con diferentes niveles de deterioro funcional y GDS medio-bajo, medio o medio-alto.

*Metodología: juegos populares pasivos y dinámicos. Este taller es programado, coordinado y supervisado por la Psicóloga y la Terapeuta, y ejecutado por una auxiliar.

*Temporización: un día a la semana

* Ejecutado por la auxiliar de Tiempo libre



A.8.- Taller de Manualidades

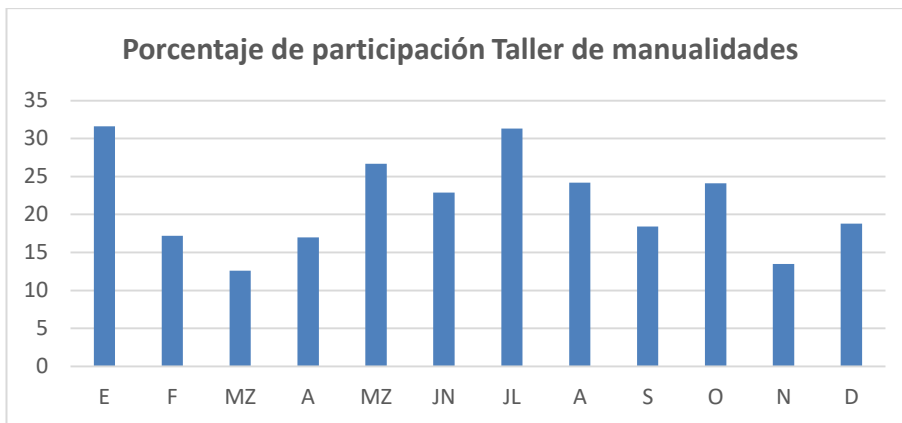
*Objetivo: estimular diferentes habilidades cognitivas y manipulativas a través de la creatividad y el trabajo manual, al mismo tiempo que se refuerzan las relaciones sociales positivas entre ellos.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro y nivel de deterioro medio-moderado.

*Metodología: trabajos manuales y creativos, utilizando todo tipo de materiales. Este taller es programado, coordinado y supervisado por la Psicóloga y la Terapeuta, y ejecutado por una auxiliar.

*Temporización: un día a la semana

* Ejecutado por la auxiliar de Tiempo libre



A.9.- Taller de Animación Musical

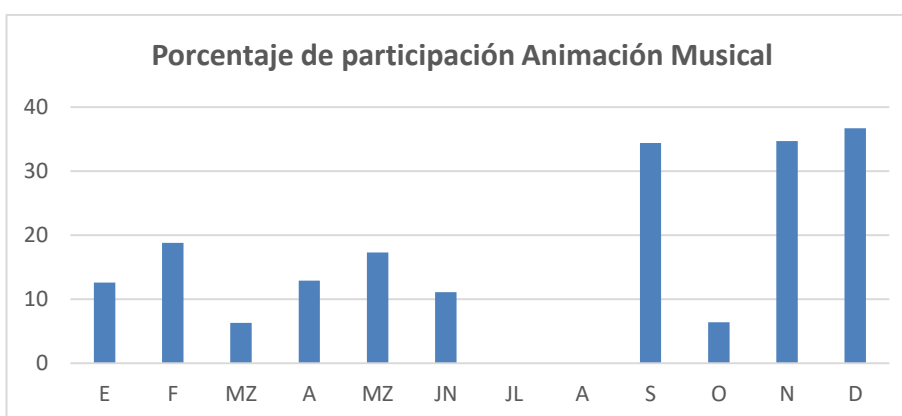
*Objetivo: favorecer la comunicación, mejorar las relaciones personales, desarrollar el conocimiento de uno mismo, desarrollar la capacidad de autoexpresión.

*Dirigido a: personas con enfermedades degenerativas, con incapacidades físicas, personas que necesiten mejorar su autoestima, disminuir la ansiedad, personas que padecen dolor agudo o crónico, etc. Se requiere un nivel GDS medio-bajo, medio y medio-alto.

*Metodología: trabajar un amplio abanico de habilidades a través de la música. Este taller es programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la Terapeuta, y ejecutado por una auxiliar.

*Temporización: un día a la semana

* Ejecutado por la auxiliar de Tiempo libre



A.10.- Taller de Juegos (demencias)

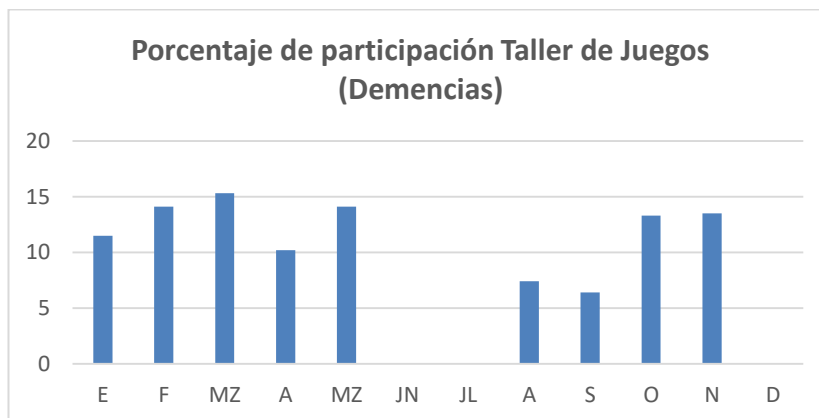
*Objetivo: a través de la participación en juegos tradicionales con otros residentes, servir de herramienta para la estimulación de diferentes habilidades cognitivas y psicomotrices básicas, así como favorecer la comunicación y mejorar el estado anímico.

*Dirigido a: residentes con deterioro funcional y cognitivo moderado-grave, pero que aún conservan cierta habilidad para poder.

*Metodología: utilización de una variedad de juegos manipulativos con balones, instrumentos musicales, objetos diversos, música, etc. Este taller es programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la Terapeuta, y ejecutado por una auxiliar.

*Temporización: un día a la semana.

* Ejecutado por la auxiliar de Tiempo libre



A.11.- Taller de Habilidades Psicomotrices

*Objetivo: Les permite aprender estrategias y habilidades para que puedan desarrollar sus actividades de la vida diaria de forma autónoma y sigan participando de forma activa dentro de la sociedad. Estas actividades tienen como objetivo la expresión y liberación de emociones a través del movimiento corporal.

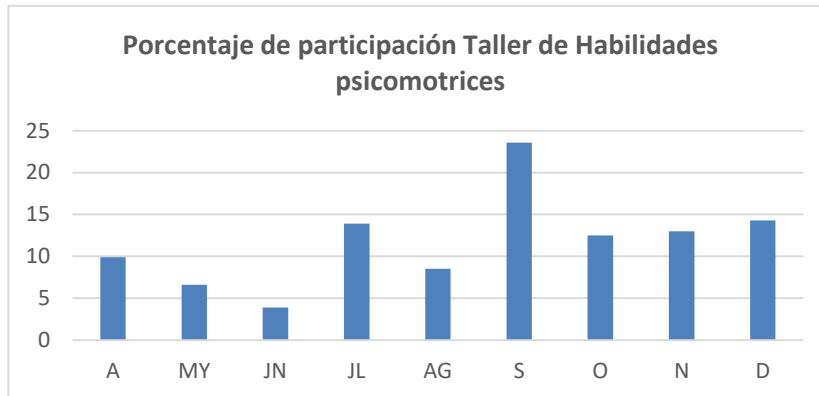
*Dirigido a: residentes Se dirige a personas que tienen algún tipo de dificultad las habilidades psicomotrices y por tanto, necesitan un tipo de intervención más específico que el utilizado otros talleres. Este tipo de intervención tiene gran importancia en los programas dirigidos a mejorar la vida y autonomía de las personas de la tercera edad.

*Metodología: mejorar habilidades motoras básicas combinadas conjugando actividades estructuradas, con propósitos y formas variables que están siendo deterioradas debido al propio proceso de envejecimiento o patologías adquiridas. Utilizaremos la observación, la estimulación sensorial, la manipulación de los objetos, y otras técnicas que son especialmente relevantes para los residentes. Las estrategias que

llevemos a cabo para motivarles se han de centrar en la creación de situaciones que conecten con sus intereses y expectativas, partiendo de sus propias experiencias. Este taller es programado, coordinado, valorado y ejecutado por la Terapeuta Ocupacional.

*Temporización: un día a la semana.

* Programado, coordinado y valorado por la Terapeuta Ocupacional.



9.4 PROGRAMA DE INTERVENCION EN TERAPIA OCUPACIONAL

9.4.1. Fundamentación

Con el objetivo de continuar con la rutina de las actividades de la vida diaria que el residente realizaba antes de entrar en la residencia se realiza el mantenimiento y/o entrenamiento de las AVD básicas o instrumentales. Como su propio nombre indica, son actividades realizadas fundamentalmente en contextos naturales dirigidas a mantener y potenciar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria a través del entrenamiento y establecimiento de rutinas tanto en las actividades de la vida diaria básicas como en las instrumentales. Para ello necesitamos valorar las capacidades y/o déficits funcionales del residente y seleccionar qué actividades puede realizar de forma independiente y en cuales necesita ayuda. Podemos llevar a cabo una recuperación de las habilidades pérdidas o realizar un entrenamiento de las capacidades que aún conserva utilizando siempre la actividad como medio terapéutico en función de los intereses del residente.

9.4.3 Necesidades que pretende responder

El tratamiento rehabilitador es un componente habitual en los cuidados geriátricos y es por lo que la terapia ocupacional es el medio que utiliza la ocupación como agente terapéutico con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer o mejorar la salud o aliviar una situación que afecta al bienestar del individuo proporcionándole las técnicas adecuadas para que puedan vivir en el entorno residencial con la mayor autonomía posible y afrontar esta nueva etapa potenciando sus capacidades y minimizando los déficits funcionales. Con este nuevo concepto de vivir les ayudaremos a sentirse útiles cuando aún tienen capacidad para seguir desarrollando actividades.

9.4.4 Problemas a abordar

El envejecimiento es un proceso individual de progresivas y múltiples modificaciones (físicas, sensoriales, funcionales, psicológicas, sociales y ocupacionales) que generan en la persona la pérdida de capacidad de adaptación y de respuesta al entorno. El objetivo primordial de la Terapia Ocupacional es conseguir que el residente consiga la máxima autonomía funcional mejorando las

La inestabilidad osteomuscular, el deterioro cognitivo y el estado emocional se unen a un entorno inadecuado en su domicilio que conllevan a un déficit ocupacional creciente ocasionando la dependencia en las AVD básicas e instrumentales. Es en la mayoría de los casos cuando se presenta la necesidad de llevar a la persona a un centro residencial donde se cubran las carencias y/o necesidades que pueden presentar los domicilios donde convive habitualmente la persona y dotándoles de recursos y personal que puedan mantener al residente con la mayor calidad de vida posible.

9.4.5 Objetivos Generales:

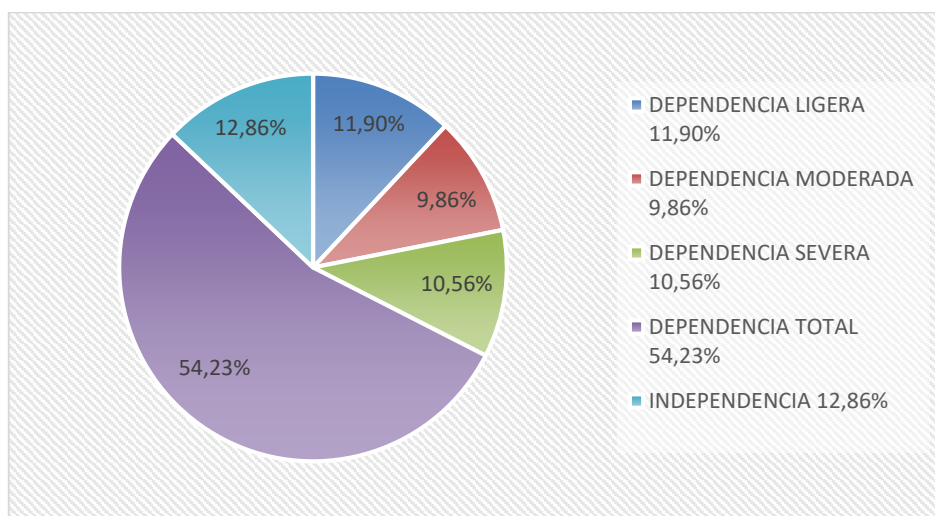
- Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.
- Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en el centro.
- Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.4.6 Metodología, servicios y evaluación.

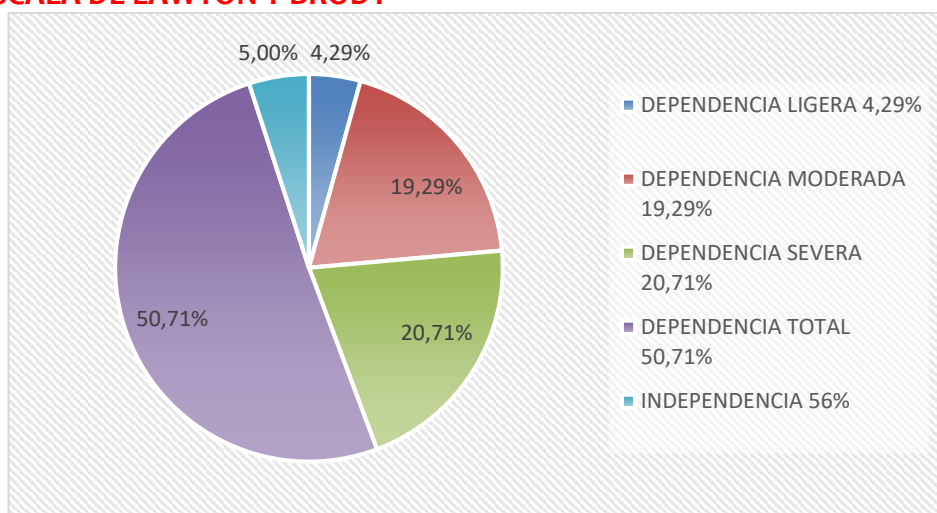
El residente ingresa en el centro y es valorado por la Terapeuta Ocupacional comenzando a recabar información de la entrevista semiestructurada a los familiares, tutores o servicios sociales de los que proceda el residente. Esta información es comunicada por la Trabajadora Social a todos los departamentos y por medio de una hoja de registro de datos de interés y junto a la Historia Clínica del residente se obtiene una visión global del residente. Una vez obtenida dicha información, la Terapeuta Ocupacional realiza durante una semana aproximadamente una observación directa del estado del residente y de las capacidades que presenta.

Pasado este tiempo se utilizan instrumentos estandarizados para obtener una valoración inicial del residente como puede ser la Escala de Barthel Modificado y la escala de Lawton y Brody, obteniéndose con ello un resultado final y determinar el nivel de dependencia que presenta. Junto con la valoración funcional y la valoración cognitiva realizada por la Psicóloga para conocer cómo se encuentra a nivel cognitivo la Terapeuta Ocupacional propone unos objetivos terapéuticos. En función del estado del residente se le propondrán actividades adaptadas y orientadas a la persona según sus capacidades, gustos y preferencias.

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADO



ESCALA DE LAWTON Y BRODY



Técnicas de intervención y contenidos

✓ Fundamentalmente se desarrollarán tres tipos de actuaciones:

◁ Entrenamiento individualizado en la secuencia específica para cada actividad. Concretamente se trabajarán actividades relacionadas con el aseo, el vestido, la alimentación, la movilidad y las actividades en el hogar.

◁ Prescripción, entrenamiento y supervisión en el uso de ayudas técnicas y adaptaciones necesarias para restablecer la función normalizada.

◁ Eliminación de barreras arquitectónicas en el entorno de la persona mayor dependiente, en este caso es en nuestro centro.

≥ Organización

Las actividades se realizarán, bajo las pautas prescritas del T. Ocupacional, en los contextos naturales, es decir en la realización diaria de las AVD que se desarrollen el centro.

La evaluación de los residentes se realiza al ingreso en residencia y después se realizan valoraciones semestrales. A veces ocurre una disminución de sus capacidades físicas y/o cognitivas en un corto intervalo de tiempo debido a diversas causas y es entonces cuando se vuelve a revisar la valoración realizándose un seguimiento. Dependiendo del resultado obtenido en la Escala de Barthel Modificado y la Escala Lawton y Brody el residente será incluido en una actividad u otra y la Terapeuta Ocupacional realizará diversos planes de actuación:

A) Programa de Autonomía Personal individualizado en las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Dicho programa se lleva a cabo informando al personal auxiliar sobre qué tareas deben realizar por sí solos los residentes, qué tareas realizarán con supervisión y/o ayuda y qué tareas no pueden realizar ellos mismos y necesitan que se lo hagan. En cada habitación se coloca un cartel informativo o se comunica vía resiplus si hay cambios o nuevas noticias.

La Terapeuta Ocupacional propondrá los objetivos a conseguir y acudirá a los sectores para supervisar la autonomía personal por medio de actividades como el vestido, el aseo personal o cualquier actividad básica de la vida diaria, con el fin de que se mantengan autónomos el mayor tiempo posible, o aquellos que han dejado de hacer determinadas tareas por motivos como la apatía, la sobreprotección del su familiar, depresión ... recuperar en la medida de lo posible la mayor autonomía posible. Aquellos residentes que presentan disminución de sus capacidades por una fractura de cadera, ACV o cualquier otra patología la Terapeuta Ocupacional planteará nuevos objetivos con el fin de rehabilitar las funciones perdidas hasta conseguir el mayor grado de autonomía. Para ello, se enseñará al residente diferentes pautas a seguir para conseguir el objetivo planteado, proponiendo objetivos a corto y medio plazo para conseguir la motivación del residente y lograr la máxima implicación en la tarea a realizar. Se le va ofreciendo ayuda y se va disminuyendo el grado de asistencia a medida que va consiguiendo seguridad en la realización de la actividad.

Una vez conseguido el objetivo final planteado se continúa con una supervisión de forma más puntual con el fin de evitar que lo realice el personal auxiliar, pues tratándose de personas con edad avanzada tienden a intentar colaborar lo menos posible cuando se les realiza directamente. Por otro lado, se le ofrecerá y se les asesorará en la utilización de ayudas técnicas (esponja con mango largo, abrocha botones, calzador...) si fuese necesario.

B) Programa de Alimentación. Una vez valorada la capacidad del residente para poder utilizar utensilios necesarios para comer, así como el reconocimiento de ellos, se procederá a establecer qué residentes podrán comer solos, con supervisión y/o ayuda en la medida de lo posible. La Terapeuta Ocupacional detectará si necesita alguna ayuda para facilitar la realización de dicha actividad.

C) Programa de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Este programa tiene como meta hacer real y efectivo el derecho a la vida independiente de nuestros residentes, es decir, dotarles de recursos suficientes para que, en todo momento, puedan ejercer su poder de decisión y participar activamente en la vida de su comunidad con acompañamiento de su familiar, personal del centro o realizarlo solo.

D) Programa de Ayudas técnicas y adaptaciones. Este programa pretende dar soporte, conocer y entrenar el uso de productos de apoyo necesarios para realizar cualquier actividad de la mejor forma posible, tanto en ABVD, en alimentación o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

E) Programa de Entrenamiento en Habilidades Psicomotoras. Este programa consiste en realizar actividades enfocadas al fortalecimiento muscular, ayudar a prevenir la pérdida ósea y aumentar el metabolismo, mantenerse activo e independiente, mejorar la estabilidad corporal, a la mejora en las relaciones sociales, autoconfianza y mejora en la percepción de sí mismos dentro del grupo de trabajo. Razones más que evidentes y justificadas, que pueden ayudar a llevar un estilo de vida saludable y activo dentro de la comunidad en la que viven.

Para ello llevamos a cabo una evaluación de la capacidades psicomotoras que presenta la persona para conocer factores psicomotrices como tonicidad, equilibrio, lateralidad, noción del cuerpo, estructuración del espacio y tiempo, coordinación global y segmentaria y también debemos detectar donde se encuentran los déficits para llevar a cabo la tarea, adaptando la actividad o dotándole de las ayudas necesarias para facilitar su realización y conseguir paliar el sentido de la frustración que esto conlleva.

9.4.7 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

Este programa va dirigido a todos aquellos residentes que aún conservan algún grado de autonomía personal o pueden conseguirla a través de actividades centrada en el autocuidado del residente y en la gestión de las tareas que aún pueden seguir desarrollando dentro y fuera del centro.

9.4.8 Persona responsable del Programa de Autonomía Personal.

Estas actividades estarán pautadas por la Terapeuta Ocupacional, Srta. Esther Serrano Martín- Lázaro.

9.5.- Programa de Intervención Terapéutica Funcional (FISIOTERAPIA)

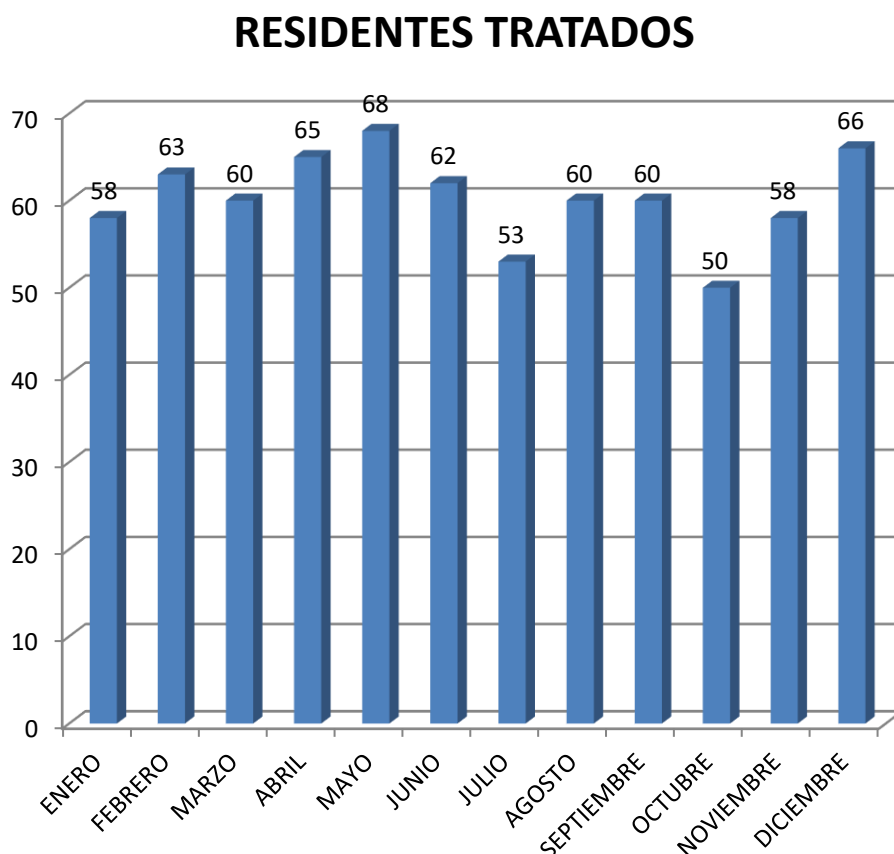
9.5.1 Fundamentación

En el ámbito de la geriatría nos encontramos ante la evidencia de una población

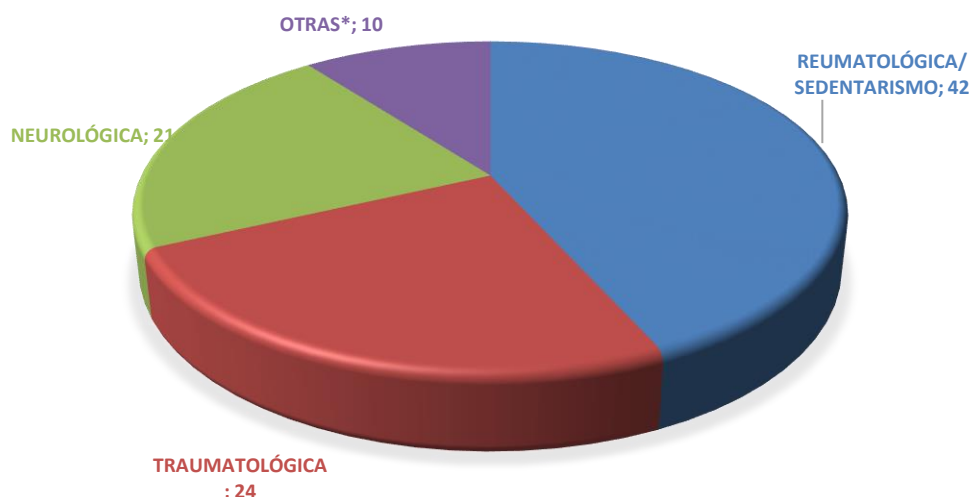
envejecida con una tendencia al aumento de las expectativas de vida. Debemos estimar cada vez más los recursos destinados a cuidar y mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Para ello el **Departamento de Fisioterapia** se sirve de distintas terapias encaminadas a mejorar, o al menos, mantener las capacidades motoras de los residentes.

**Residentes tratados por meses (GRÁFICA 1):*



Residentes tratados por patologías (GRÁFICA 2):



**Aquí se engloba patologías del tipo: Cardiovasculares (p.ej: trastornos venosos), Respiratorias, Digestivas (p.ej estreñimiento, Endocrinas (p.ej obesidad), Urinarias (p.ej incontinencia urinaria), etc.*

9.5.2 Necesidades que pretende responder

La fisioterapia es de suma importancia a la hora de ofrecer los recursos para mantener la capacidad funcional del individuo el mayor tiempo posible y recuperarla en caso de pérdida.

9.5.3 Problemas a abordar

Es de vital importancia evitar o disminuir el número de caídas mediante la activación de la fuerza muscular, retrasar la aparición de retracciones musculares y favorecer el equilibrio dinámico manteniendo al máximo la autonomía del anciano.

Todo esto nos conduce en definitiva a mejorar la calidad de vida partiendo de un estado saludable.

9.5.4 Objetivos generales del plan general al que se pretende dar respuesta

- Hacer accesible la fisioterapia a un mayor número de residentes
- Optimizar al máximo los recursos disponibles
- Realizar un seguimiento de la evolución del residente

9.5.5 Objetivos Específicos a conseguir

- Instaurar modalidades terapéuticas que fomenten la activación y la optima autonomía del paciente
- Prevenir las caídas y sus consecuencias

- Retrasar la aparición de retracciones musculares en residentes de movilidad reducida.

9.5.6 Metodología, servicios y evaluación

Inicialmente se realiza una valoración física del residente tras el ingreso en el centro (Historia asistencial).

Los datos obtenidos junto al estudio de la historia médica del residente, nos proporciona la información suficiente para determinar cuál es el programa de intervención que mejor se adapta al perfil físico del residente, pasando de una a otra en cuanto lo permita la evolución de la persona.

A) *Rehabilitación Funcional*: El fisioterapeuta realiza el siguiente protocolo para la incorporación de un usuario al programa de rehabilitación:

1. El equipo interdisciplinario propone al usuario.

Una vez por semana se reúne el equipo interdisciplinar (Geriatra, terapeuta ocupacional, trabajador social, fisioterapeuta, etc.) y se aborda las incidencias ocurridas durante la semana, ingresos, bajas, residentes que pueden ser objeto de comenzar programa de rehabilitación o terapia ocupacional, etc. El máximo responsable de la propuesta es el médico del Centro el cual debe mostrarse de acuerdo.

2. Recogida de datos.

Los datos obtenidos en la historia médica del residente nos proporcionan parte de la información para determinar el ámbito de actuación a realizar en el caso del tratamiento de fisioterapia (posibles fracturas, intervenciones quirúrgicas realizadas, patologías de tipo traumatológica o neurológica, etc.).

3. Valoración física y programa de intervención.

Tras una valoración física inicial que evalúe el estado del residente que va a comenzar el programa de rehabilitación se determina el programa de intervención a realizar.

*Los servicios de actuación se dividen en 3 bloques:

- A) Tratamiento individualizado mediante atención directa. En este grupo se engloba los ejercicios que se realizan a los encamados en cada planta, movilizaciones pasivas y activo-asistidas a los residentes, estiramientos musculares, masajes, etc.

- B) Tratamiento individualizado mediante supervisión de ejercicios específicos, psicomotricidad y ejercicios de coordinación.
- C) Ejercicios de trabajo en grupo, Gerontogimnasia grupal o actividades físico-deportivas.

4. Asistencia al programa de rehabilitación.

Una vez el residente ha sido valorado y ubicado en un grupo de actuación se comienza el programa lo antes posible.

5. Evaluación continuada del usuario.

Se mantiene informado al equipo interdisciplinar de la evolución del residente en las distintas reuniones interdisciplinarias. Se realizan valoraciones físicas del residente cada semestre (valoración articular, balance muscular, uso de ayudas técnicas, balance funcional, escalas geriátricas).

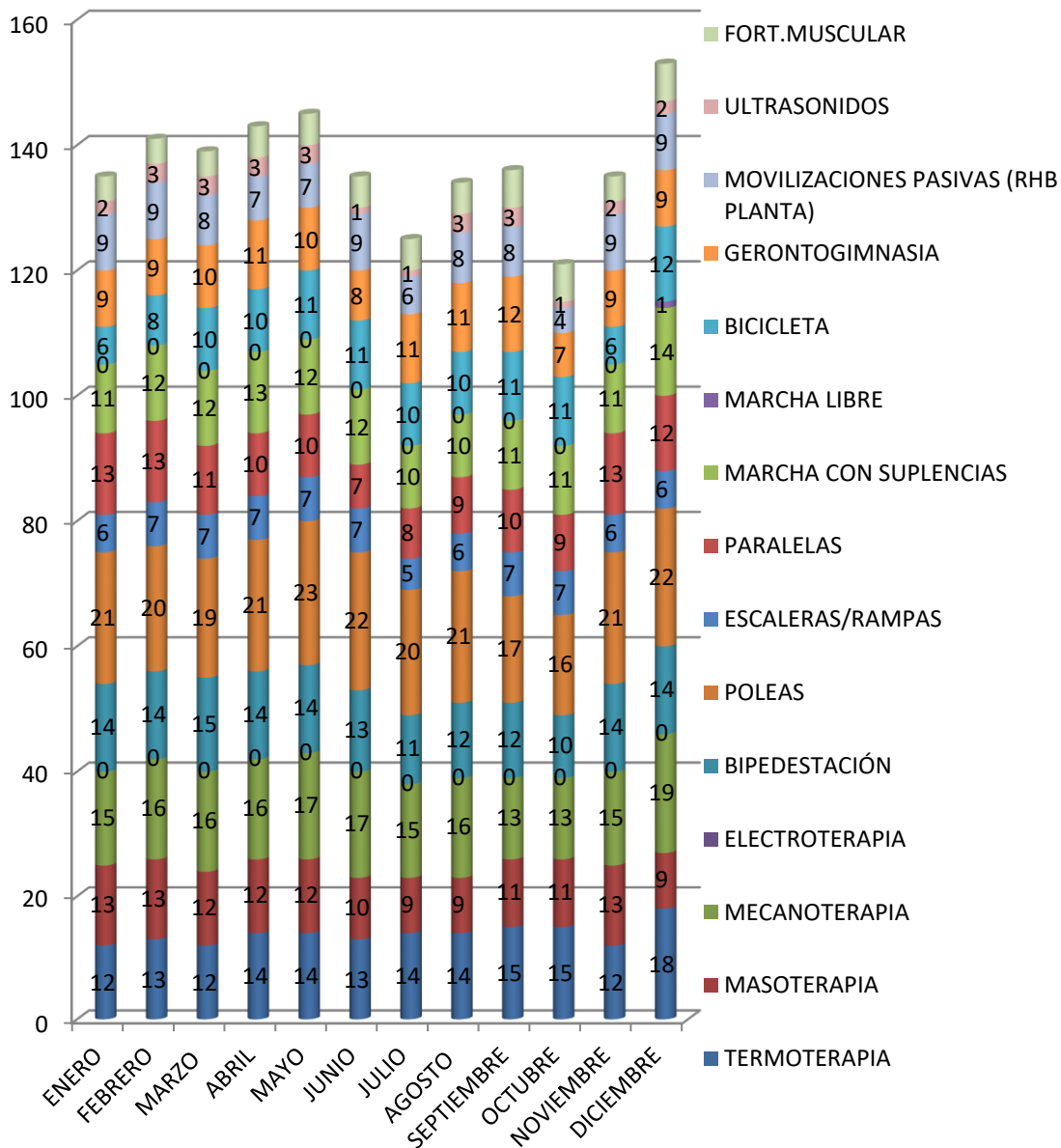
El departamento de fisioterapia se basa en varias técnicas que a su vez engloba varias terapias para conseguir sus objetivos:

<u>Agente físico empleado</u>	<u>Terapia usada</u>	<u>Efectos</u>	<u>Indicaciones</u>
Movimientos y ejercicios físicos	-Mecanoterapia -Bipedestación -Poleas -Escalera/Rampa -Paralelas -Deambulaci3n -Bicicleta -Movilizaciones pasivas/estiramientos -Ejercicios Respiratorios -Gerontogimnasia	Incrementa la fuerza muscular Restablece la movilidad de las articulaciones	Enfermedades de huesos y articulaciones Enfermedades respiratorias Miembros que han perdido fuerza muscular
Masaje	Masoterapia (Masaje)	-Aumenta la circulaci3n de la sangre y relaja la musculatura	Contracturas musculares
Calor	Termoterapia	-Alivia el dolor y	Dolores por

	(Calor)	relaja la musculatura	diferentes causas
Electricidad	Electroterapia (Electricidad)	-Aumenta circulación, alivia algias, estimula la contracción muscular	Parálisis flácidas
	Ultrasonidos		Dolores musculares y huesos
Frío	Crioterapia (Frío)	-Reduce la inflamación, alivia el dolor	Inflamaciones agudas

B) *Actividades físico-deportivas*

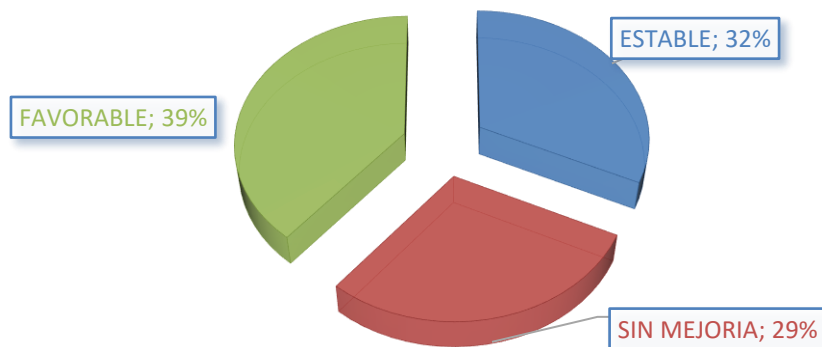
La siguiente gráfica muestra las terapias desarrolladas (poleas, Act Físico-deportiva, etc) y el número de residentes que han participado en cada terapia por meses. Señalar que un mismo residente puede realizar varias terapias.



C) **Conclusión:**

Como resultado del trabajo realizado se muestra la siguiente gráfica (GRÁFICA 4) con la evolución de los residentes tratados, que ascienden a 97 durante el año 2019. Destacar que 31 de esos residentes fueron baja: 14 por Exitus, 4 por bajas voluntarias del centro y el resto por mejoría o ausencias continuadas del tratamiento.

EVOLUCIÓN



Tras observar la gráfica anterior se aprecia que aproximadamente el 70% de la población tratada ha mejorado o mantenido sus capacidades motoras.

9.5.7 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

Durante el 2019 han sido atendidos por el departamento de fisioterapia 97 residentes de un total de 150 que han pasado por la residencia. Eso equivale al 65% de los residentes. Destacar que dentro del porcentaje restante que no han participado en las actividades del departamento de fisioterapia se encuentra un elevado número de residentes válidos que no acuden por propia voluntad. Sin embargo, gran parte de la totalidad de los residentes asistidos se han beneficiado del programa de fisioterapia.

La media de residentes tratados en el año ha sido de 60 residentes distintos al mes. Se han realizado unas 18.000 actuaciones de terapias durante el 2019 con una moda (*valor que tiene mayor frecuencia por residente*) de 15 sesiones de Fisioterapia al mes. Cada sesión de fisioterapia que recibe el residente está compuesta por una o más actuaciones de terapias (electroterapia, masoterapia, etc)

Para la realización del programa de rehabilitación, se ha dispuesto de la figura de un diplomado en fisioterapia a jornada completa y otro al 20%. Del mismo modo, la existencia de una sala de fisioterapia donde realizar los distintos programas de intervención con diversos materiales y aparatos de rehabilitación: máquina de poleas, espalderas, paralelas, máquina de mano, rueda de hombros, camilla eléctrica, escaleras/rampa, lámpara de infrarrojos, aparatos de electroterapia, picas, etc.

9.5.8 Persona responsable del programa de rehabilitación

D. Samuel Ortega González (Diplomado en Fisioterapia y Colegiado por el Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía.

9.6 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA SOCIABILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN




9. 6.2 Fundamentación

La Fundación pretende que desde esta área los residentes disfruten el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones, interviniendo no solamente a un nivel residencial sino también en el entorno. Se ofrece, por una parte, un servicio de Ocio y Tiempo Libre y por otra parte un Programa de Voluntariado, ambos adaptados a las necesidades de los residentes, respetando sus deseos, aspiraciones y teniendo en cuenta las circunstancias de cada uno.

Generamos y consolidamos redes de relación con otros centros de mayores, familiares y voluntariado, consiguiendo una cohesión grupal de convivencia y participación, intentando en todo momento que se encuentren a gusto consigo mismo, lo que repercute en la felicidad de la propia persona y en el resultado de las actividades programada.

9.6.3 Objetivos Generales y Necesidades que pretende responder

***Objetivos Generales:**

-  Garantizar la prevención y asistencia a las personas residentes, mediante una adecuada atención primaria dentro de la Residencia.
-  Garantizar la adecuada atención especializada a las personas residentes y que necesitan una atención asistida.
-  Desarrollar alternativas a la situación conflictiva que genera la Institucionalización en la Residencia, para que el mayor continúe disfrutando de las posibilidades que ofrece la vida.

***Necesidades:**

- Satisfacer las necesidades de Ocio y Tiempo Libre. Dinámicas de grupos, animación estimulativa, talleres de juegos, actividades que potencian las relaciones entre los residentes.
- Satisfacer necesidades de sociabilización y relación con otras personas.
- Satisfacer las necesidades espirituales. El respeto al culto de cada persona y la potenciación de las prácticas religiosas debe ser un elemento a tener en cuenta pues manifiestan la aceptación de unos valores comunes y constituyen un elemento de identidad.

9.6.4 Problemas a abordar

- Escasez de medios materiales adaptados a personas mayores discapacitados o con limitaciones funcionales puede hacer difícil la puesta en práctica de una actividad.
- Limitada participación de los residentes válidos.

- La soledad que en muchos casos está presente en el día a día.
- La necesidad de sentirse escuchados y queridos.

9.6.5 Objetivos Específicos de Plan

- ✓ Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.
- ✓ Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en las mismas.
- ✓ Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.6.6 Metodología, Servicios y Evaluación

A) Programa de Ocio y Tiempo Libre.

Conjunto de actividades planificadas y organizadas tanto dentro como fuera de la residencia, que persigue concretamente:

- Potenciar la conexión de los residentes con el entorno lúdico y cultural.
- Favorecer la integración de los residentes en la sociedad.
- Aumentar la participación.
- Favorecer la convivencia y la integración entre las personas mayores.
- Propiciar la distracción y el entretenimiento grupal.

- Actividades realizadas en el propio centro: durante todo el año recibimos la visita de diferentes coros, grupos de teatro, alumnos de diferentes edades que vienen a acompañar o mostrar alguna actividad en concreto, convivencias con otros centros de la provincia, convivencias con familiares para celebrar días específicos, así como la celebración de fechas señaladas que en el centro se viven de manera más especial (día de Reyes Magos, día de San José, carnaval, rastrillo, celebración de cumpleaños, etc.), talleres de Repostería típica de las diferentes épocas del año, etc. Una actividad muy demandada es “El Cine”, que se organiza en el salón de actos los viernes.

- Actividades en el exterior: de manera sistemática, tratamos de organizar una salida cada quince días, en las que un grupo de residentes acompañados por una auxiliar de talleres disfrutan de diferentes opciones lúdicas fuera del centro. Durante este año han podido disfrutar de visitas turísticas a diferentes puntos de la ciudad, así como tomar un aperitivo y pasear por la ciudad participación en procesiones de Semana Santa, almuerzo en la Feria de Jerez, carnavales en el C.D. de la Zona Sur, la playa, centros comerciales, etc.

A modo ilustrativo, la agenda del año 2019 en líneas generales ha sido la siguiente:

ENERO	<ul style="list-style-type: none"> • Celebración de los Reyes Magos • Paseo por nuestro barrio. • Tarde de churros (zona La Marquesa) • “Viernes de cine”
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> • Aperitivo Bar El Abuelo • Fiesta de Carnaval en el centro de mayores de la zona sur • Fiesta de Carnaval en el salón de actos (Chirigota) • “Viernes de cine”
MARZO	<ul style="list-style-type: none"> • Semana Cultural (diferentes excursiones durante toda la semana) • Palcos en Semana Santa • Taller de Repostería típica de Semana Santa. • “Viernes de cine”
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Centro comercial Área Sur • Bar La Marquesa • Celebración de la prefería en el salón de actos (actuación de Coros rocieros) • “Viernes de cine”
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> • Participamos en la Cruz de Mayo del centro de día de la Zona Sur • Aperitivo en “Bar de Juan” • Caracoles en “Princijerez” • Almuerzo en la “caseta del mayor”, Feria de Jerez. • “Viernes de cine”
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> • Día de playa, almuerzo en el chiringuito. • Cafetería Roma • Taller de repostería • Aperitivo zona Hipercor • “Viernes de cine”
JULIO	<ul style="list-style-type: none"> • CC Carrefour • Aperitivo en el bar “Los abuelos” • “Viernes de cine”
AGOSTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aperitivo en el bar “Cristobal” (sardinas) • Aperitivo en el bar “Antonio” • “Viernes de cine”
SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Paseo y aperitivo en el parque del Retiro • Aperitivo en el bar “Los abuelos” • “Viernes de cine”
OCTUBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Participamos en las diferentes actividades de la Semana del Mayor • Visita al Centro de la ciudad • CC Carrefour • “Viernes de cine”
NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Cafetería Roma • Tabanco El Pasaje • Paseo por el barrio • “Viernes de cine”
DICIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Fiesta Familiar en el salón de actos • Ruta navideña en TAXI • Inauguración del Belén del Centro • Visita de colegios para cantar villancicos • Paseo por el centro para ver las luces navideñas y los belenes • “Viernes de cine”

B) Programa de Voluntariado.

Es un programa fundamental para que todo lo anterior se lleve a cabo, y al mismo tiempo se realice una labor prioritaria en nuestra población residencial, como es el sentirse queridos, escuchados y acompañados.

El objetivo principal de este programa es el de mejorar la atención y las prestaciones a los residentes, fundamentalmente en aquellos aspectos en los que no es posible atenderlos desde las estructuras y servicios del centro, así como proporcionar al residente ternura y cariño.

De lo que se trata fundamentalmente es de acompañar a los residentes con necesidad de supervisión a realizar sus compras, pasear, ir a tomar un café o refresco, ayudar en tareas específicas en los talleres, realizar labor de acompañamiento, conversar, leer, etc.

En grandes líneas, en el centro contamos desde hace ya tiempo con varios grupos de voluntarios que desempeñan una labor estable y están integrados en el funcionamiento diario del centro:

➤ **Alternativa Gandhiana: “Escucha Activa y Meditación”.** Acuden varios días a la semana para acompañar, conversar y escuchar a determinados residentes, que, por sus características personales, lo necesitan.

➤ **Asociación Voluntariado Libre:** brindan su compañía y colaboración a aquellos residentes que lo necesitan.

➤ **A viva voz:** acuden dos días a la semana y tienen asignado un grupo de residentes cada día, a los que les leen diferentes artículos, libros, prensa, etc., y posteriormente realizan una tertulia.

➤ **“La Tertulia”:** grupo de encuentro y tertulia llevado a cabo por un voluntario que acude semanalmente donde tratan diferentes temas de interés para ellos.

***EVALUACIÓN**

Teniendo en cuenta los objetivos se establecen los siguientes indicadores:

- Grado de participación de los residentes (Baja/ Media/ alta): Alta
- Grado de Satisfacción los residentes (Insatisfecho/ Satisfecho/ Muy Satisfechos): Satisfechos
- Integración de las Familias en Actividades (Baja/Media/Alta): Media
- Número de voluntarios en actividades puntuales: 10 – 15 voluntarios

9.6.8 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

- El espacio utilizado para la realización de las distintas actividades (talleres y fiestas) ha sido el Salón de Actos.
- Los instrumentos utilizados han dependido de cada actividad, así pues, podemos citar: plastilina, papel de seda, barro, periódicos, témperas, colores, rotuladores, puzles, encajables, juegos de memoria, dominó, bingo, cartas, globos, cuerdas, pelotas, aros, paracaídas, instrumentos musicales.

9.6.9 Persona responsable del mismo

Departamento de Psicología, Srta. Blanca Beato Cornejo, Terapia Ocupacional, Srta. Esther Serrano Martín –Lázaro y Departamento área social, Srta. Isabel Alonso Monje.

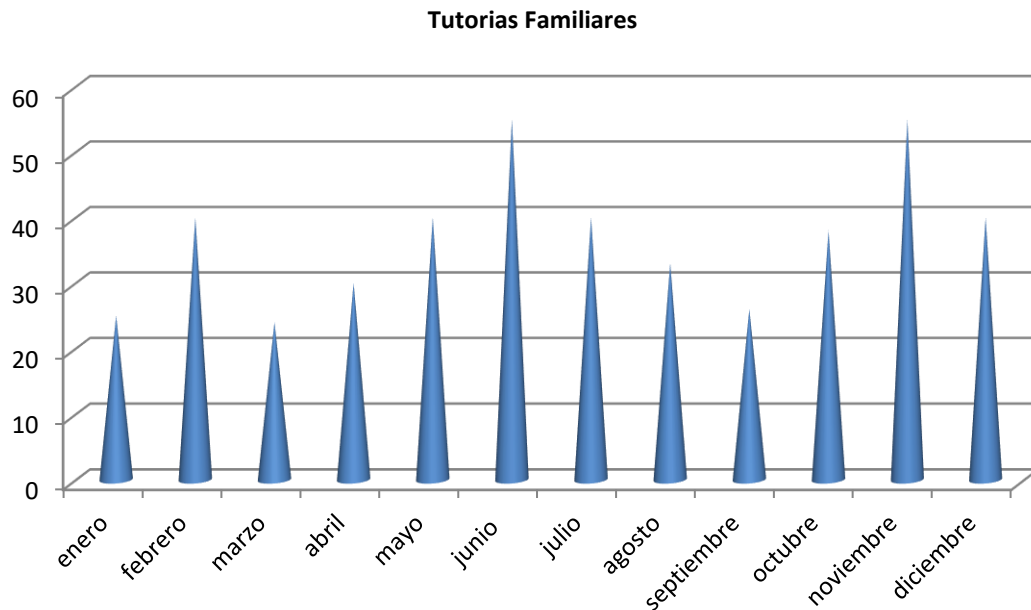
9.7 PROGRAMA DE INTERVENCION CON FAMILIA

9.7.2 Fundamentación

En distintas ocasiones las personas mayores necesitan optar por un recurso de alojamiento para poder ser atendidas de una forma más especializada e intensa de lo que puede hacerse en el propio domicilio o en el entorno familiar.

Cuando la persona mayor vive y es atendida en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados. El hecho que la persona mayor sea atendida en un centro residencial no implica, ni mucho menos, abandono familiar. De hecho, las familias de las personas usuarias de recursos de alojamiento permanente deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras. Dicho de otro modo, estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras, sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.

Cuando la persona mayor ingresa en la residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos ambivalentes. En ellos se mezclan la culpa, la tristeza, la rabia, incluso en ocasiones la soledad, así como una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido. A esta primera fase del proceso de adaptación puede sucederle una fase de dedicación extrema por parte del familiar como estrategia de compensación dirigida a reducir estos sentimientos negativos. A consecuencia de ello, pueden producirse conflictos y malentendidos con los equipos de atención directa que deben ser detectados, clarificados y solucionados. Este momento se caracteriza por un proceso progresivo de ajuste familia-centro. Posteriormente la familia, si encuentra facilidades para ello, va participando cada vez más en el centro, estabilizándose y regularizándose su colaboración. De aquí en adelante se puede decir que la familia llega a una fase de integración, donde ésta rehace su vida social sin descuidar a su familiar.



9.7.3 Necesidades que pretende responder

- Apoyarles en la toma de decisiones ante el ingreso de la persona en el Centro desde la clave de la desculpabilización
- Sentar las bases de una buena colaboración
- Ajustar expectativas sobre la atención que ofrece el centro
- Facilitar la adaptación de las familias al centro
- Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona
- Intervenir precozmente ante los posibles conflictos que puedan producirse en el centro
 - Afianzar la confianza de la familia en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendida la persona.
 - Intensificar la participación de las familias en el plan de vida y de cuidados de la persona en situación de dependencia y lograr la integración de éstas en el centro.

9.7.4 Problemas a abordar

El área de Trabajo Social se pone en marcha en el año 1997, y desde entonces se han adquirido notables avances en la mayor parte de los asuntos relacionados con los residentes y sus familias.

El objeto principal de este departamento es intervenir profesionalmente con:

-Residentes: De forma que estudiemos cada caso de manera individualizada para conocer la situación socioeconómica, familiar, estado físico y psíquico.

-Familias: Se interviene también con familias, evitando la ruptura de los lazos familiares y manteniendo el contacto de los residentes con sus familias, ya que la desconexión entre ambos provoca desajustes en la personalidad del anciano, así como dificultando su integración y adaptación

9.7.5 Objetivos generales del Plan General al que se pretende dar respuesta

- Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.
- Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en las mismas
- Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.7.6 Objetivos específicos a conseguir

- Informar a los familiares de la evolución de los mismos.
- Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los usuarios.
- Participar en el equipo interdisciplinar en la elaboración de las orientaciones a los familiares.
- Orientación para asesorar a la familia sobre como apoyar la adaptación de la persona mayor que ingresa en el Centro
- Fomentar la integración y participación de los residentes y familiares en la vida del centro y de su entorno.
- Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona.

9.7.7 Metodología, servicios y evaluación

La metodología empleada es distinta según las características de cada uno de los programas, pero existe un hecho común, el protocolo de ingreso en residencia.

La metodología empleada por el departamento de Trabajo Social:

- Un primer análisis de la situación familiar y principales necesidades de apoyo de cara a un futuro Ingreso en el centro.

-Información que permita un buen conocimiento del centro y un adecuado ajuste de expectativas. Para ello desde la residencia se ofrecerá información sobre los distintos aspectos:

- Sobre la misión, objetivos, valores y organización del centro.
- Sobre los servicios que se ofrecen y atenciones esperadas.
- Sobre las limitaciones en la atención y el papel de los profesionales.

- Apoyo centrado fundamentalmente en la desculpabilización.

-Sensibilización sobre la importancia del papel de la familia como soporte afectivo, cooperador en los cuidados y el vínculo con la continuidad de vida y las redes sociales de la comunidad.

- Orientación para que la familia sepa cómo apoyar la adaptación de la persona mayor que ingresa en el centro:
 - La importancia de personalizar la habitación e incorporar elementos (cuadros, fotografías...) que otorguen individualidad y conexión con la vida socio familiar.
 - La importancia de seguir manteniendo vínculos con su familia y amigos, así como continuar en conexión con actividades y hábitos previos.
- Documentación que recoja el plan general de intervención del centro, el reglamento de régimen interno.
- Visitas y contactos previos al centro antes del ingreso: con el equipo de Atención directa, las habitaciones, las instalaciones, el resto de usuarios/as, otras familias...
- Concreción de decisiones sobre aspectos concretos relacionados con el ingreso en el centro: horario de llegada, quién recibe, quién acompaña, etc.

“Programa de intervención con familias”

Consiste en aportar la información oportuna a la familia para facilitar el desarrollo de la vida diaria del mayor, concienciar a los familiares de la importancia que tiene mantener una buena relación afectiva y de apoyo moral hacia su familiar, así como también potenciar los canales de participación de la familia e informar a los familiares sobre el abordaje de las nuevas situaciones que se puedan presentar.

“Información”

Desde el departamento de Trabajo Social se realizan semanalmente llamadas telefónicas, a los familiares de los residentes que tenemos hospitalizados, así como a los familiares directos de seis residentes donde semanalmente se les revisa su historia asistencial desde el punto biopsicosocial

9.7.8 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

La participación va en relación con aquellas familias que durante el año 2019 han aceptado mantener tutorías con la trabajadora social, llevándose a cabo con entrevistas concertadas en horarios flexibles tanto por parte de la Trabajadora Social como de los familiares.

9.7.9 Personas responsable del mismo

La persona responsable de llevar a cabo el programa de intervención con las familias son las Trabajadoras Social del Centro, srta. Isabel Alonso Monje y srta. Silvia Bustillo Gallardo.

