



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

TESIS DOCTORAL

**AUTONOMÍA, DEPENDENCIA E INFORMATIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:
PLANES DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN HOLÍSTICA DOMICILIARIA (MPCAHD)**

Presentada por:

Juan José Tirado Darder

DIRECTORES:

Dr. Ramón Camaño Puig

Dra. Loreto Peyró Gregori

Valencia 2013



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

Dr. Ramón Camaño Puig

Certifica que la tesis doctoral titulada "AUTONOMÍA E INFORMACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS: PLANES DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN HOLÍSTICA DOMICILIARIA (MPCAHD)" y realizada por **D. Juan José Tirado Darder**, con DNI 19829059-T, reúne todos los requisitos legales y académicos necesarios para que el interesado pueda optar al título de Doctor.

Valencia a 5 de Febrero del 2013

Firmado: **Doctor Ramón Camaño Puig**



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

Dra. Loreto Peyró Gregori

Certifica que la tesis doctoral titulada "AUTONOMÍA E INFORMACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS: PLANES DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN HOLÍSTICA DOMICILIARIA (MPCAHD)" y realizada por **D. Juan José Tirado Darder**, con DNI 19829059-T, reúne todos los requisitos legales y académicos necesarios para que el interesado pueda optar al título de Doctor.

Valencia a 5 de Febrero del 2013

Firmado: **Doctora Loreto Peyró Gregori**

Agradecimientos

Agradecimiento infinito a mis Padres, que me han inculcado desde su humildad a decidir lo que no quería ser, a José Visconti por su valioso trabajo en el desarrollo informático de esta idea y a Manuela y Tharna por haberme permitido utilizar durante mucho tiempo las horas que les correspondían.

Es preciso destacar la gran ayuda prestada para la finalización de esta tesis del Doctor Vicente Jaime de la universidad Politécnica, a Sergio García y a Fernanda Gadea, enfermera.

Índice

ÍNDICE

I.- Introducción	15
1.1.- Concepto de Salud en los mayores	19
1.2.- Vejez y dependencia	19
1.3.- Demografía	21
1.4.- Gasto en protección social en Europa	28
1.5.- Perspectiva internacional de servicios a la atención domiciliaria y recursos de la Dependencia	32
1.6.- Gasto en protección social en España	33
1.7.- La llamada Ley de la Dependencia en España	35
1.8.- Análisis de Index of Activities of Daily Living (ADL) Índice de Barthel	43
1.9.- Demanda de usuarios del Servicio atención domiciliaria (SAD)	60
1.10.- Servicios de Atención Domiciliaria propiciados desde el ambito Social	63
1.11.- Servicios de Atención Domiciliaria desde el ambito Sanitario	65
1.12.- Situación propuesta en la Comunidad Valenciana	68
1.13.- Retos y planteamientos de futuro en el modelo de servicios de la ayuda domiciliaría	74
II.- Objetivo	83
III.- Hipótesis	85
III.- Material y Método	87
IV.- Resultados	95
V.- Discusión	149
VI.- Conclusiones	159
Bibliografía	161
Anexos utilización del programa	177

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABVD	Actividades Básicas Vida Diaria
AD	Atención Domiciliaria
BVD	Baremo Valoración Dependencia
DISAD	Desarrollo de soluciones Innovadoras para la mejora de los Servicios de Atención domiciliaria para personas con Dependencia
DL	Dependencia Leve
DM	Dependencia Moderada
DS	Dependencia Severa
DT	Dependencia Total
EAP	Equipo de Atención Primaria
EGD	Enfermera Gestión Domiciliaria
HTML	HyperText Markup Language (lenguaje de marcado de hipertexto)
IMC	Índice Masa Corporal
IMSS	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
MNA	Mini Nutritional Assessment
MySQL	Sistema de gestión de base de datos relacional, multihilo y multiusuario
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NBVD	Necesidades Básicas de la Vida Diaria
ND	No Dependencia
NIC	Clasificación de las Intervenciones de enfermería
NOC	Nursing Outcomes Classification
PAD	Programa Atención Domiciliaria
PAE	Proceso Atención Enfermería
PALET	Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal
PHP	Hypertext Pre-processor Lenguaje diseñado especialmente para desarrollo Web
PIA	Plan Individual de Atención
PMAD	Plan Mejora de la Atención Domiciliaria
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD	Servicio atención domiciliaria
UBA-UME	Pareja médico-enfermera por cupo
UHD	Unidad hospitalización domiciliaria

Introducción

I.- Introducción

La demografía, a nivel mundial y principalmente en Europa, presenta un panorama de envejecimiento de la población que, en la actualidad, se vive como una realidad que cada país intenta abordar de forma más o menos efectiva. En muchos casos, los programas diseñados hace treinta años, junto a la falta de previsión y medidas correctoras, son ahora un problema que precisa de planificación, con rigor académico y soluciones que no admiten demora, tal y como vienen manifestando desde hace años distintos estudiosos, sobre el escenario que representa el aumento de las cronicidades (1).

La presentación en Madrid del Informe de Tendencias 2008-2009 sobre innovación en gestión hospitalaria, del observatorio de gestión sanitaria PeriscopiHos¹, ha confirmado que el envejecimiento y la cronicidad marcarán el futuro de la sanidad y, evidentemente, del Estado del Bienestar. En la actualidad, las dificultades que existen para cuidar de nuestros mayores, debido al ritmo y el sistema de vida que la sociedad nos impone, nos puede condicionar a ingresarlos en residencias, dado que es el recurso que durante años ha venido promocionándose. Esta cultura inducida, unida al hecho de que atenderlos en domicilios resulta difícil por la escasez de este tipo de recursos públicos, o el elevado precio que tienen los servicios privados, ha obligado a las familias y a los propios afectados a procurarse una asistencia informal en el hogar, modificando a su vez los mecanismos de relación entre el anciano y la familia, y consiguiendo que esas relaciones cambien con el tiempo. Tradicionalmente, el cuidado informal era realizado por la familia, en general por la mujer, pero los cambios actuales imposibilitan ese papel protector de la familia debido a que éstas se dispersan, las viviendas son pequeñas, la mujer trabaja fuera del hogar e incluso se ha producido una disminución del número de miembros que la componen (2).

En la Constitución Española, el Título Preliminar recoge los principios y valores básicos, estableciendo que España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho y que éste garantiza a sus ciudadanos el ejercicio de irrenunciables derechos sociales, como el derecho a la educación, al trabajo, a la vivienda, a la protección de la salud y a la seguridad social pública.

El derecho a la salud se reforzó con la Ley General de Sanidad de 1986 y posteriormente, con una nueva ley que garantiza un nuevo aspecto del Estado de

¹ diariomedico.com (2008-12-07) Envejecimiento y cronicidad marcarán la sanidad del futuro. David Rodríguez Carenas 04/12/2008

INTRODUCCIÓN

Bienestar, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, también llamada de forma popular, Ley de la Dependencia. En su exposición de motivos se garantiza por el Estado un nuevo derecho subjetivo, que cobija a todos los ciudadanos en situación de dependencia, convirtiéndose en el cuarto pilar de los derechos de los españoles (3).

A pesar de que el Estado del Bienestar en este país durante los últimos años ha generado cada vez más recursos para ayudar a las familias en el cuidado del anciano, estos aún resultan insuficientes, y la actual situación económica hace prever que la tendencia de futuro es la disminución de estas ayudas, lo que condicionará inevitablemente la potenciación del uso del recurso domiciliario, tal como en su justificación aboga la mencionada Ley de la Dependencia.

Entender cuál es el peso del apoyo social en el bienestar de las personas durante el envejecimiento, nos ayudará a desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de apoyo de las personas mayores, creando nuevas redes (cuando éstas se deterioren, disminuyan o no existan) y ayudando a prevenir la institucionalización prematura (4).

La disminución de los recursos personales, la discapacidad, y la cronificación de enfermedades entre otras causas, obligan a las personas que las padecen a solicitar ayuda de otras para poder realizar actividades cotidianas. En esto consiste la dependencia (5), y de ahí la importancia que los Estados dan al mantenimiento de las necesarias coberturas con políticas sociales integradoras que eviten el deterioro de los dependientes con planes y ayudas puntuales, en cada situación que se produzca, junto con la elaboración de normas financiadas públicamente que, tanto con gestión pública como privada, sean capaces de poner en marcha las medidas diseñadas.

Si bien han sido muchas las definiciones de dependencia que se han dejado ver en la literatura científica, procedentes de distintas disciplinas, en 1998 el Consejo de Europa la definió como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" o, de manera más precisa, como "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

INTRODUCCIÓN

De esta definición puede resaltarse que:

- Se refiere exclusivamente a la dependencia de ayuda por otra persona.
- Es una situación real, observable y ocasionalmente modificable.
- Son actividades potencialmente medibles.
- Hace referencia al grado de realización de una actividad determinada, no a la causa que origina la situación de dependencia.

Independientemente de la definición que se utilice, la dependencia debe contemplarse como un fenómeno universal que tiene una repercusión socio-sanitaria. Así pues, la dependencia afecta a todas las personas en algún momento de la vida, y puede generar demandas a distintos niveles tales como el personal, familiar, social, sanitario, económico o asistencial (6).

En este escenario las enfermeras/os, cuya esencia son los cuidados, deben configurarse como la pieza clave en el diagnóstico de la situación, la planificación, dirección, evaluación de los cuidados y la coordinación de los recursos comunitarios, que permitan dar respuesta a las demandas de la comunidad y a los planteamientos de la Ley (7).

En una entrevista publicada (sep-2011) en el periódico El País, el director de la fundación Gaspar Casal procedía a destacar que el paciente actual, con patologías crónicas, está mejor atendido en su domicilio, con un buen sistema de enfermería comunitaria, y para ello resulta imprescindible trabajar en el mantenimiento de la autonomía. Ésta se define en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua como “la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” y eso es lo que se debe promocionar, con la mayor intensidad posible, para tratar de mantener niveles adecuados de autonomía en los individuos lo cual, por ende, repercute de manera importante en el propio Estado del Bienestar.

La elaboración de trabajos que mejoren esa atención, tanto de forma técnica como social, se ha convertido en un reto que los distintos roles profesionales, por medio de sus investigaciones, deben procurar. La Universidad debe convertirse en una guía para los distintos agentes sociales, tanto públicos como privados, en la búsqueda de soluciones de futuro; innovando y sobretodo defendiendo el derecho universal de atención a quien lo necesita, con soluciones que mejoren la calidad de la atención a los dependientes, de los cuales, el mayor porcentaje lo constituyen los mayores de 65 años.

INTRODUCCIÓN

1.1.- Concepto de Salud en los mayores

La Organización Mundial de la Salud definió el concepto de salud en la senectud no por las afecciones que se pudieran producir, sino por el grado de autonomía, funcionalidad y validez que se disfrute. El envejecimiento en los seres humanos es el resultado de una interacción muy compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo tanto se puede considerar la vejez como un periodo que exige esfuerzos adaptativos especiales, en base a los cambios que se experimentan. La sociedad debe actuar para que el anciano no dependiente de otra persona, realice sus actividades cotidianas de forma autónoma, y sólo cuando vaya perdiendo capacidades, ayudarle a recuperarlas o al menos, intentar mantenerlas para que se valga por sí mismo el máximo tiempo posible. Quienes han llegado a la vejez deben estar informados sobre las formas de prolongar su vida y mantener su autosuficiencia (8).

1.2.- Vejez y dependencia

En España, y según los datos del Libro Blanco de la Dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005) (9), se calcula que hay más de 1.125.000 personas dependientes, una población que según las previsiones, aumentará en los próximos años (Tabla 1).

ESTIMACIÓN AÑOS	2005	2010	2015	2020
PERSONAS DEPENDIENTES				
GRADO 3 (Gran dependencia)	194,508	223.457	252.450	277.884
GRADO 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
GRADO 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
TOTAL	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496226

Tabla 1. Proyección personas dependientes (España, 2005-2020).
Libro Blanco instituto nacional de estadística.

Este dato, por sí solo, sería una excelente justificación para la realización de un proyecto con el objetivo de conseguir una adecuada planificación de cuidados para cada nivel de necesidad, y generar una escala de control en la dotación de recursos que vaya en paralelo al debilitamiento o pérdida de las capacidades

INTRODUCCIÓN

físicas de los usuarios, ello facilitaría que cada usuario utilizara el recurso adecuado durante el mayor tiempo posible. De este modo, podría mantenerse una progresión natural que asocie el recurso al nivel de dependencia, dejando de ser una utopía la promoción de autonomía personal, título real de la llamada Ley de la Dependencia.

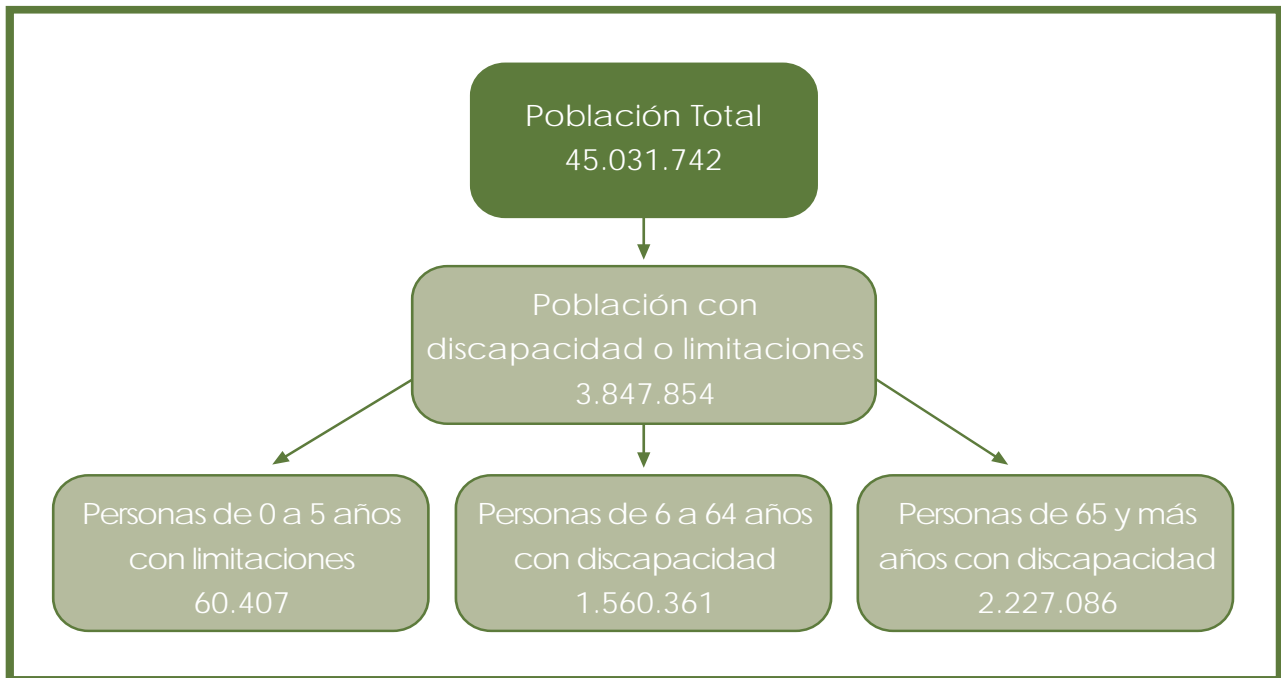


Gráfico 1. Personas con discapacidad y dependencia en España .CSIC (2011)

Como se aprecia en el **gráfico 1** las previsiones realizadas con anterioridad, en pocos años están quedando desfasadas, ya que según los datos publicados más recientemente por Esparza Catalán en 2011 ⁽¹⁰⁾, en la encuesta realizada por el CSIC, el 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 2.148.548 son dependientes (55,8%), es decir, precisan en algún momento u otro la ayuda de una tercera persona. Además, hay 290.530 personas que viven en centros residenciales, hospitales psiquiátricos, gerontológicos y otros centros para personas con discapacidad. De ellos, 269.139 han declarado tener alguna discapacidad, y de estos 252.804 son dependientes.

Un análisis pormenorizado por tramo de edad nos muestra que la población mayor es realmente la que afronta, de forma destacada, una mayor necesidad de ayuda. Cuestión ésta que seguirá en aumento en los próximos años, según las previsiones demográficas y que ya se destacan en el año 2010. En el **gráfico 2** realiza-

INTRODUCCIÓN

do por el Servicio de Estadística del IMSERSO en 2008 ⁽¹¹⁾, se aprecia de forma clara que las solicitudes de ayuda en el ámbito de aplicación de la Ley de la Autonomía Personal se incrementan de forma espectacular a partir de los 65 años y, prácticamente, se duplican al llegar a los 80 años, lo que identifica al envejecimiento como uno de los principales factores generadores de la pérdida de autonomía.

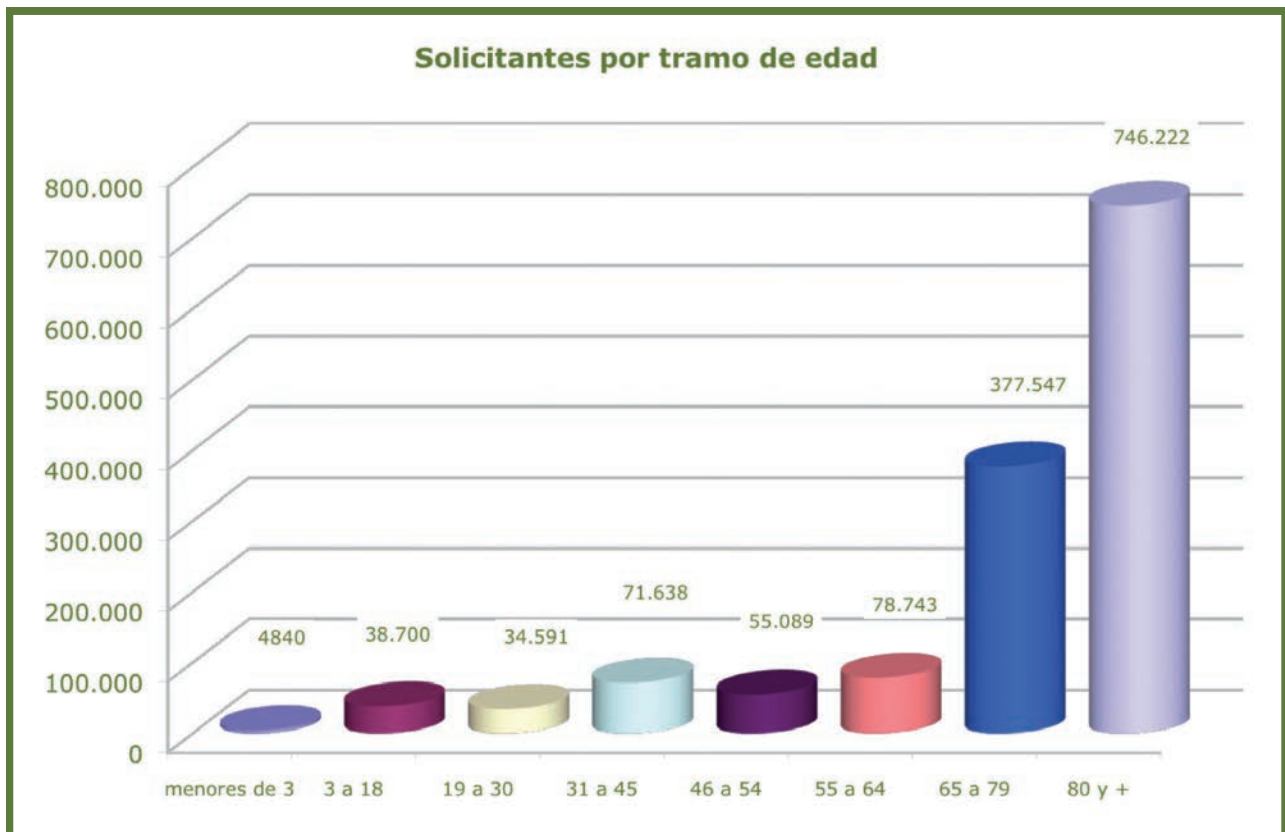


Gráfico 2. Solicitantes por tramo de edad Ley Dependencia. IMSERSO 2008.

Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

1.3.-Demografía

Europa en general está sufriendo un proceso demográfico de envejecimiento de la población, en el que España se encuentra a la cabeza. Esto se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida y al descenso de las tasas de fecundidad; en este contexto, la mayoría de las personas mayores manifiestan satisfacción sobre su calidad de vida, pero esta satisfacción disminuye a medida que se van sumando años. Es una pauta general que este colectivo utilice, con variaciones de intensidad y continuidad, los recursos socio-sanitarios de forma más frecuente en las ciudades que en el medio rural, donde son más reducidos ⁽¹²⁾.

En la **tabla 2**, que recoge la previsión de la evolución de la población por tramos

INTRODUCCIÓN

de edad en Europa según datos recogidos por EUROSTAT en 2007 ⁽¹³⁾, se aprecia que en el año 2050 la población europea mayor de 55 años, habrá sufrido un incremento espectacular.

YEAR	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	>99
2007	630,0	588,0	529,0	426,0	283,0	180,0	61,0	20,0	5,0	0,0
2008	682,6	579,9	556,0	439,5	316,4	207,3	60,0	27,9	5,4	0,0
2009	709,0	575,8	600,8	436,6	363,1	211,1	79,7	37,4	6,6	0,0
2010	720,8	583,8	633,1	477,2	366,0	225,3	100,8	43,0	5,7	0,4
2011	713,3	632,4	620,0	499,5	386,2	254,8	125,5	39,7	7,5	0,2
2012	731,3	679,8	622,5	532,8	409,9	263,0	143,0	40,3	9,3	0,3
2013	747,0	727,8	616,3	557,5	415,5	290,2	159,1	41,2	12,0	0,7
2014	780,1	752,3	607,0	595,1	415,6	326,8	163,3	52,8	13,8	0,9
2015	807,9	762,2	615,7	622,4	451,9	326,0	176,2	62,4	15,0	0,9
2016	835,2	753,0	659,6	612,7	472,9	343,4	200,1	74,0	13,1	1,5
2017	851,1	768,2	701,7	611,8	497,1	363,5	205,0	83,9	14,8	1,6
2018	881,2	780,3	742,0	606,0	511,8	373,0	221,9	94,7	16,9	1,8
2019	920,6	805,2	763,9	601,0	541,5	373,9	244,9	96,7	23,5	2,3
2020	956,0	831,4	772,2	609,5	564,0	399,0	243,9	105,9	25,7	2,6
2021	1005,0	854,4	759,2	647,9	559,8	415,8	259,1	116,8	29,0	2,1
2022	1058,4	869,5	771,9	682,5	565,1	429,7	274,2	119,7	31,8	2,6
2023	1110,3	892,4	782,5	717,4	562,5	444,1	280,7	129,4	35,7	3,0
2024	1143,3	926,5	804,1	737,9	555,5	471,9	283,2	143,3	37,2	4,3
2025	1185,9	954,3	827,3	739,5	565,0	490,6	301,2	143,4	42,1	5,1
2026	1204,3	997,8	849,3	730,0	597,7	487,7	315,3	153,8	48,3	5,3
2027	1204,3	1046,0	862,3	741,4	629,1	495,8	327,9	162,1	48,6	5,9
2028	1209,7	1094,0	877,7	753,8	656,0	494,8	338,9	167,9	52,0	6,3
2029	1223,3	1116,9	906,8	772,1	668,5	489,8	360,2	173,1	56,4	8,3
2030	1227,9	1160,5	928,5	794,3	667,8	497,7	376,8	183,8	56,0	9,6
2031	1248,8	1175,1	967,4	812,6	661,2	524,2	378,4	193,6	63,8	10,4
2032	1283,9	1174,9	1008,9	824,1	667,1	551,4	383,9	201,1	66,0	10,6
2033	1299,3	1177,6	1053,5	831,1	681,0	576,6	382,6	209,7	71,2	10,9
2034	1311,2	1187,5	1074,6	857,9	702,2	585,0	382,5	224,3	75,3	12,8
2035	1323,9	1191,8	1117,5	872,5	724,0	585,6	390,9	238,6	78,7	13,9
2036	1342,4	1205,2	1129,2	907,5	737,6	578,5	415,4	238,7	86,0	16,2
2037	1341,6	1231,6	1127,5	945,9	748,9	587,9	442,0	242,3	90,0	17,0
2038	1341,9	1249,8	1129,6	991,7	756,4	601,3	459,0	246,2	95,4	19,1
2039	1347,7	1259,1	1134,4	1012,5	784,0	619,5	469,9	249,2	103,8	21,3
2040	1352,7	1270,5	1132,9	1051,8	791,0	645,0	471,8	261,4	110,0	24,5
2041	1350,5	1287,3	1147,2	1057,6	824,0	658,6	470,4	281,0	112,6	25,7
2042	1354,1	1283,5	1171,6	1057,2	855,0	667,6	482,7	297,5	116,8	28,0
2043	1358,5	1282,4	1190,1	1052,9	894,4	674,5	497,9	312,6	117,6	29,5
2044	1357,5	1287,5	1195,0	1055,8	914,3	696,7	513,7	326,5	122,4	33,3
2045	1359,1	1296,5	1206,2	1054,1	949,0	701,7	535,4	331,7	132,5	36,9
2046	1359,8	1294,2	1226,0	1068,9	952,8	732,7	547,9	332,3	145,6	38,7
2047	1364,7	1299,7	1218,8	1094,9	952,6	762,0	556,7	346,4	157,1	42,0
2048	1362,9	1303,7	1220,0	1110,0	953,6	796,5	562,9	357,9	166,9	43,0
2049	1357,6	1297,7	1226,8	1119,7	963,4	816,0	584,9	373,9	173,0	46,7
2050	1350,6	1300,2	1233,8	1127,0	964,1	846,9	594,0	396,3	180,0	52,3

Tabla 2. Previsión de la evolución de la población por tramos de edad en Europa 2007 - 2050

INTRODUCCIÓN

Previsión que indica claramente un crecimiento elevado del grupo de personas mayores de 80 años, en lo que se conoce como envejecimiento del envejecimiento. Este crecimiento será más acentuado a partir de 2020, cuando los hijos del baby boom español empiecen a llegar a los 65 años (Instituto Nacional de Estadística INE, 2009) (2). El **gráfico 3** recoge la pirámide de población española en 2010 (14), a partir de ésta se pueden desarrollar proyecciones que nos permiten realizar valoraciones de la evolución que se va a producir en términos de población, y el número de individuos que se estima precisará, tan sólo por cuestiones de edad, una atención socio-sanitaria de gran envergadura. Todo ello, basándonos en el deterioro físico que presenta la mayor longevidad anunciada.

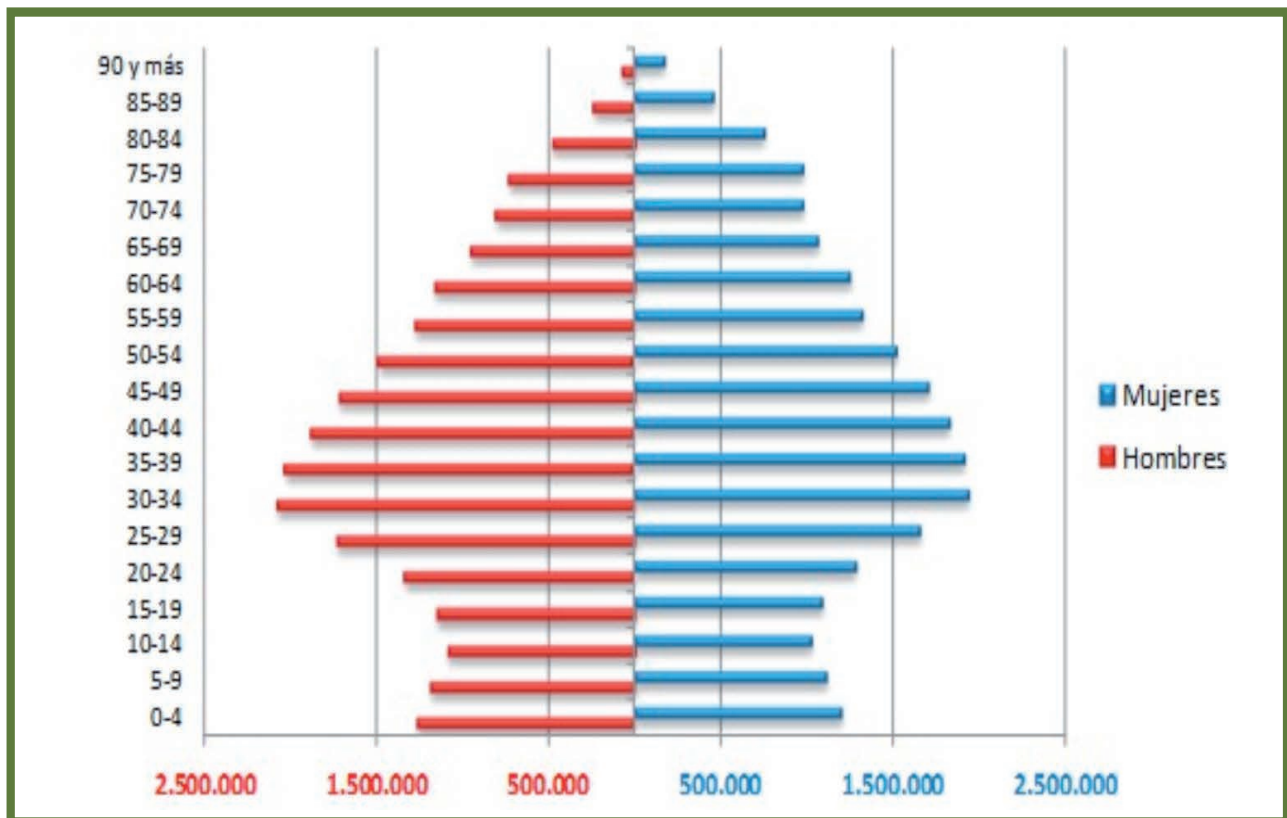


Gráfico 3. Pirámide de población española 2010. INE

Este gráfico indica también que la población por sexos mantiene una marcada desviación hacia la feminización de la vejez, siendo ya una realidad destacada el mayor porcentaje de mujeres, en la población española, que alcanza una longevidad superior a la de los hombres. Esta cuestión deberá ser tomada en cuenta a la hora del planteamiento de políticas encaminadas a un abordaje resolutivo de los cuidados, dado que dicha feminización conlleva toda una serie de estrategias dirigidas al autocuidado en quien está habituada a cuidar.

INTRODUCCIÓN

En el **gráfico 4**, se recogen las previsiones de población española para el año 2050 ⁽²⁾, y se puede apreciar el cambio de perfil, en la imagen de población, en donde destaca el número tan importante de personas mayores de 80 años, y merece una especial atención la superioridad numérica de las mujeres mayores de 85 años.

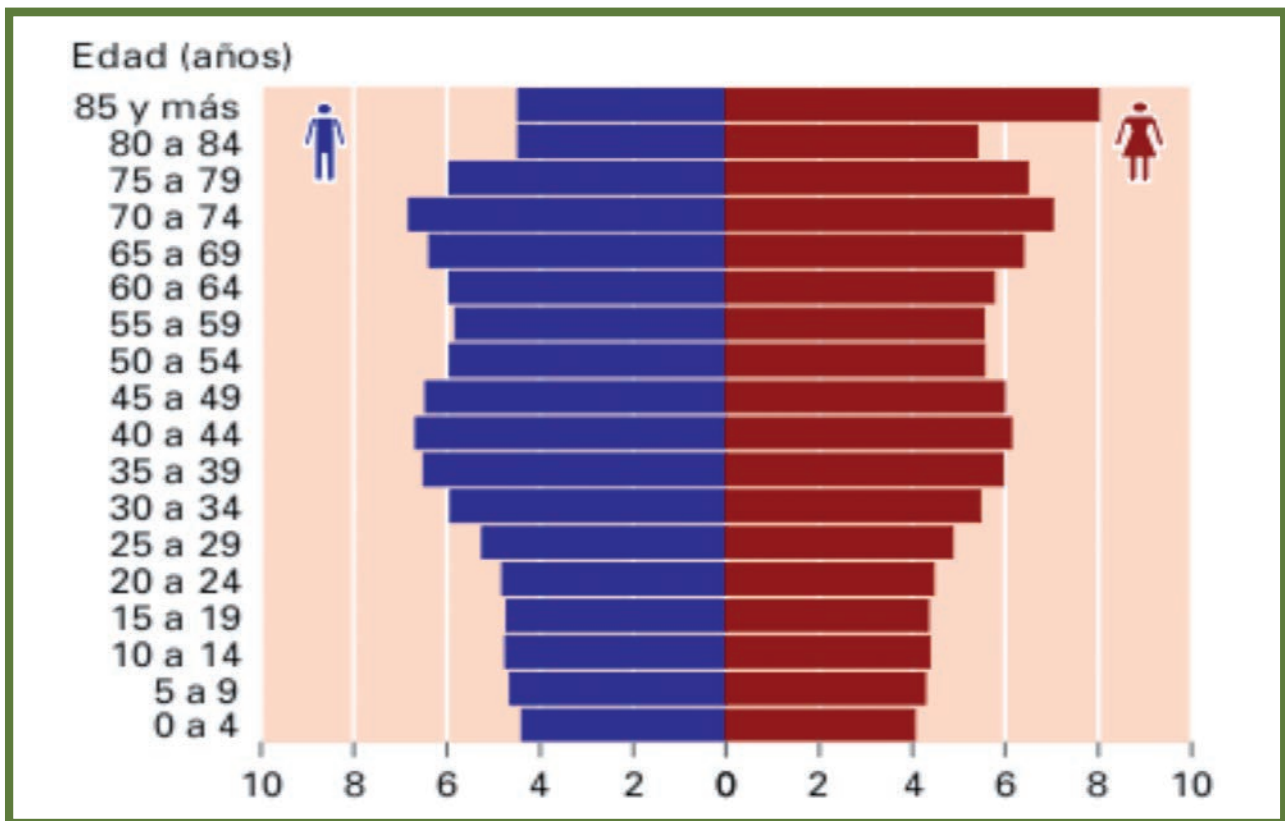


Gráfico 4. Pirámide Población previsión España 2050. INE

Otra forma de observar esta evolución es visualizando la **tabla 3. Evolución de la población mayor entre los años 1960-2007**, una tabla en la que resulta fácil comprobar el aumento progresivo de personas de más de 65 años con un incremento desde el año 1960 hasta el 2007, lo que representa un cambio en cifras absolutas, que tan sólo en la población mayor de 80 años supone un incremento del 3,3% entre los años de 1960 y 2007. ⁽¹⁵⁾

Las comunidades autónomas de Cataluña, Andalucía, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid son las que tienen más población mayor de 65 años, sumando casi cuatro millones de individuos, lo que representa un porcentaje muy importante de su población. Canarias, Murcia, Baleares y Andalucía son las comunidades con un porcentaje menor de personas mayores, situándose por debajo del 16,7% de la media española, siendo Canarias, con sólo un 12,3%, la comunidad

INTRODUCCIÓN

autónoma con una menor población de este grupo. Evidentemente, el envejecimiento es una realidad que nuestro país debe afrontar de una manera decidida, si como hemos dicho, se pretende abordar el mantenimiento del Estado de Bienestar.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR 1960-2007							
AÑOS	TOTAL ESPAÑA ABSOLUTO	65 Y MÁS ABSOLUTO	%	65 Y 75 ABSOLUTO	%	80 Y MÁS ABSOLUTO	%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2006	44.708.964	7.484.392	16,7	5.509.569	12,3	1.974.823	4,4
2007	45.116.894	7.529.879	16,7	5.483.604	12,2	2.046.275	4,5

Tabla 3. Fuente IMSERSO 2007

En el **gráfico 5** se refleja la población Española de más de 85 años por comunidades, en donde destaca la comunidad Catalana seguida de la Andaluza y de Madrid, y en donde la Comunidad Valenciana ocupa una posición de empate con Castilla y León y Galicia.

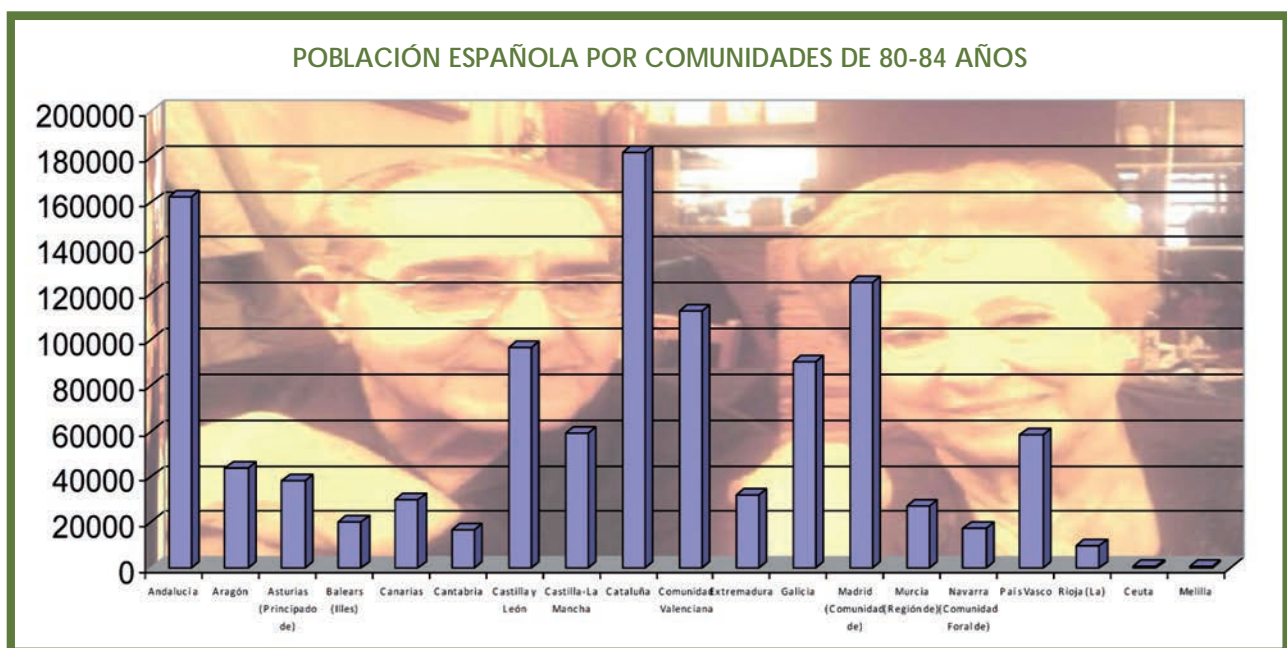


Gráfico 5. Población Española de 85 años y más por comunidades. Fuente INE 2009

INTRODUCCIÓN

En el **gráfico 6** se representa la población española que se encuentra en la actualidad entre 80 a 84 años. Cataluña es de nuevo la comunidad en la que se encuentra viviendo el mayor número de personas de esta edad. En cuarto lugar podemos encontrar la Comunidad Valenciana, superando a Galicia y Castilla y León, lo que configura un panorama en el que se va a tener que proceder a realizar un importante esfuerzo en términos de racionalizar los servicios que se deberán prever para este grupo de población.

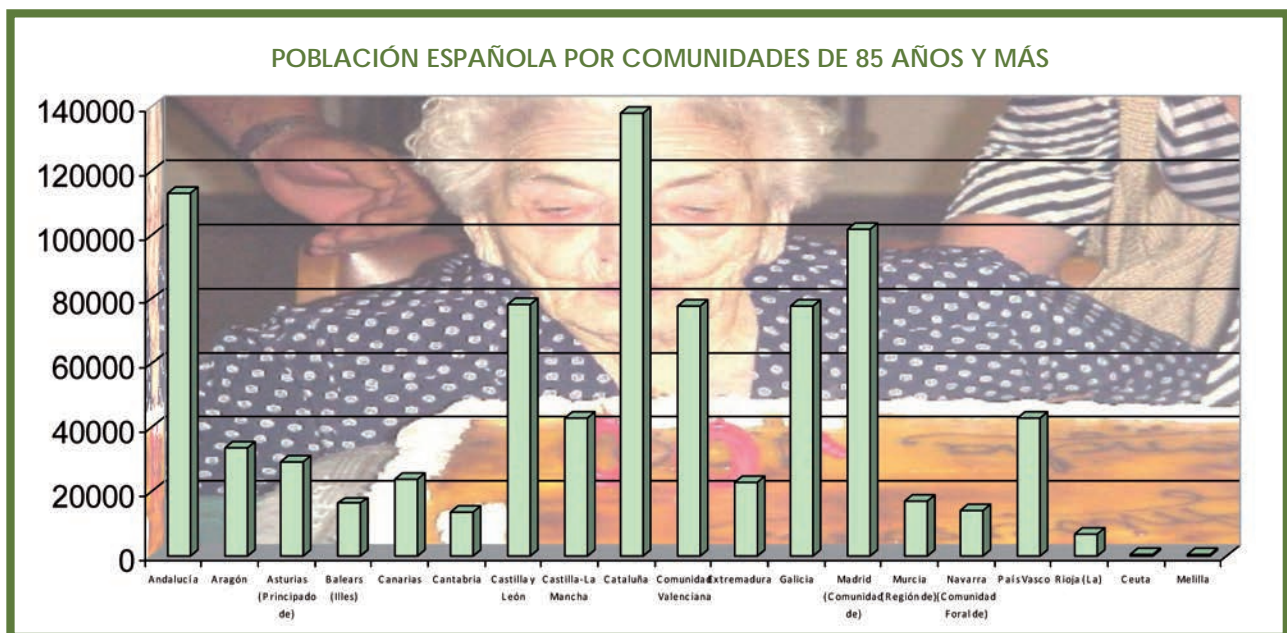


Gráfico 6. Población española de 80-84 años por comunidades. Fuente INE 2009

Fernández-Cordón ⁽¹⁶⁾, procedió a realizar hace una década una serie de previsiones en las que se diferenciaban claramente dos períodos: un primer período comprendido entre 2001 y 2011, que se caracterizaba por un crecimiento de los mayores de 75 años y descenso de los que tienen entre 65 y 74 años, lo que provocará, según sus previsiones, una mayor demanda de cuidados.

Un segundo período entre 2011 y 2026, en el que se producirá una incorporación masiva a la demanda de cuidados de personas con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años, creciendo el grupo de mayores de 75 años, en donde, evidentemente, la demanda de cuidados tendrá un incremento importante.

Las proyecciones presentadas en el **gráfico 7**, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística en 2009 ⁽²⁾, ratifican estas tendencias, lo que indica un importante incremento de la carga que el Estado del Bienestar tendrá que soportar en el 2050,

INTRODUCCIÓN

generada por individuos que, posiblemente, tendrán un importante número de necesidades por causa de su edad avanzada y los problemas de salud y cronicidades que padezcan.

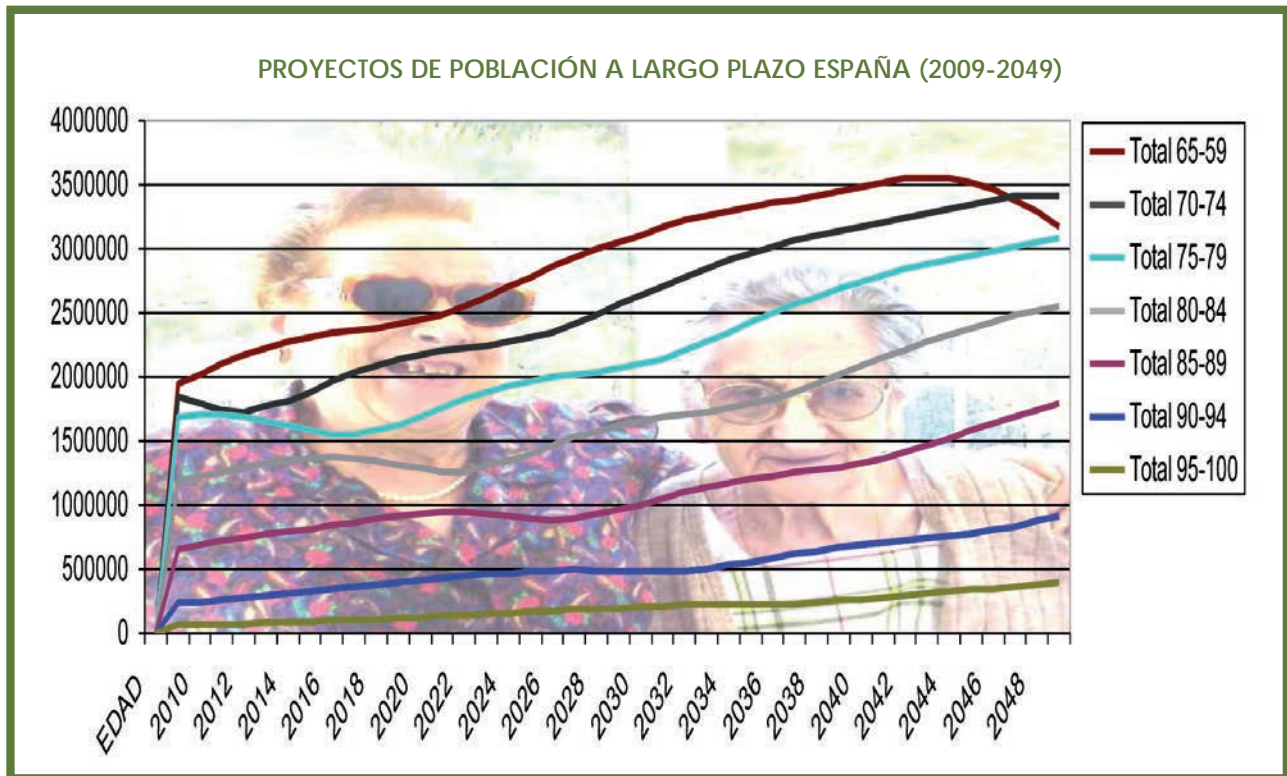


Gráfico 7. Proyecciones de población a largo plazo España. Fuente INE 2009

El estudio de Albarrán y Alonso del 2009 ⁽¹⁷⁾, sobre la aplicación de la Ley de la Dependencia, pone de manifiesto que el presupuesto calculado para atender las necesidades de estas personas es insuficiente, ya que las estimaciones que se han realizado contemplan un coste y un número inferior de dependientes receptores de las ayudas públicas. El desfase presupuestario puede alcanzar los 12.000 millones de euros; esto puede representar un déficit en torno al 25% del total presupuestado para 2015, un año este en el que las autoridades prevén que funcionará en España a pleno rendimiento el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Según se recoge en dicho estudio, conforme a los datos del Instituto Nacional de Estadística, en España se ha estimado que en el año 2010, existirán más de 900.000 personas dependientes con derecho a ayudas, según criterios de la Ley de la Dependencia, de las que aproximadamente dos tercios serán mujeres. Con estas cifras de personas dependientes, los costes se situaron en 2010 entre los 12.500 y 15.000 millones de euros, una cuantía que para el año 2015, oscilaría entre los 17.000 y 20.000 millones de euros. Esta cantidad es muy superior a los 4.426 millones de euros

INTRODUCCIÓN

que las autoridades públicas tenían previsto destinar a este fin, produciéndose de esta manera un importante desfase presupuestario. Una situación que, independientemente de otro tipo de acciones, evidencia la necesidad de generar actuaciones enfocadas al mantenimiento de la autonomía de las personas de una forma específica. Pero, además, es necesario realizar consideraciones acerca de otros elementos adicionales; por ejemplo, el nivel cultural de las personas receptoras de estos servicios, lo que genera la necesidad de utilizar un lenguaje sencillo que les permita cumplir las indicaciones que desde los profesionales se les haga llegar.

En el **gráfico 8**, se aprecia el nivel de estudios de los mayores receptores de ayuda, según datos recogidos en el año 2004 ⁽⁹⁾, último año disponible, y se observa que un 21,2% de los mayores, no sabe leer ni escribir habiéndose modificado ligeramente con respecto al año 1994. Saben leer y escribir un 40,4% y un 33,6% tenían estudios primarios. Respecto a los estudios secundarios y universitarios se produjo una disminución de 1,4%, pasando del 6% en 1994 al 4,6% en 2004. Se puede decir que en torno al 95% de los mayores receptores de ayudas tienen un nivel de estudios bajo.

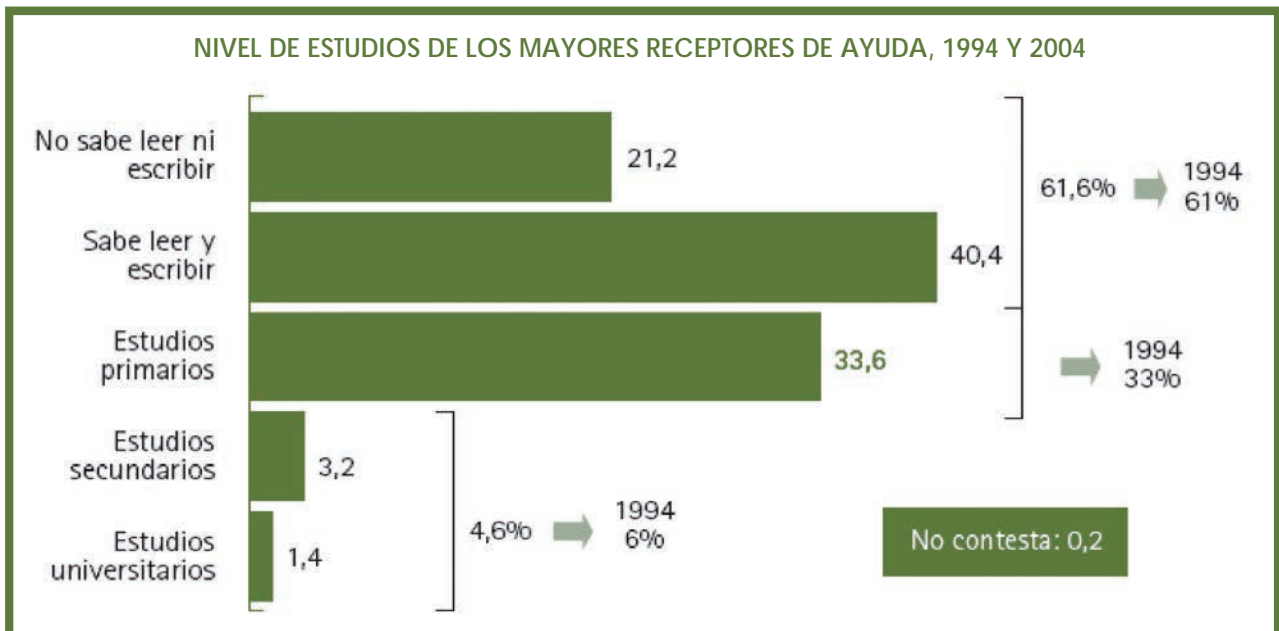


Gráfico 8. Nivel de Estudios mayores receptores de ayuda 1994 y 2004 (IMSS 2005)

1.4.- Gasto en protección social en Europa

En 2005 la media del gasto en protección social se situó en el 27,2% del PIB en la Europa de los veintisiete, según lo publicado por EUROSTAT en 2008 ⁽¹⁸⁾. Esta cifra se ha mantenido prácticamente constante en el último lustro, con un crecimiento

INTRODUCCIÓN

medio de menos de un 2% anual, un desfase que no se ajusta a la realidad demográfica. En el **gráfico 9**, Gastos en protección social y porcentaje del PIB, se observa que los países de la UE que más gastan en protección social son Suecia, Francia y Dinamarca con una cifra superior al 30% del PIB. Los países que menos gastan son las Repúblicas Bálticas (Estonia, Lituania y Letonia), que destinan menos del 15% a protección social. España se encuentra entre los países que menos destina a este capítulo, ocupando en ese momento el lugar 19 entre los países europeos y gastando sólo un 20% del PIB en esta materia.

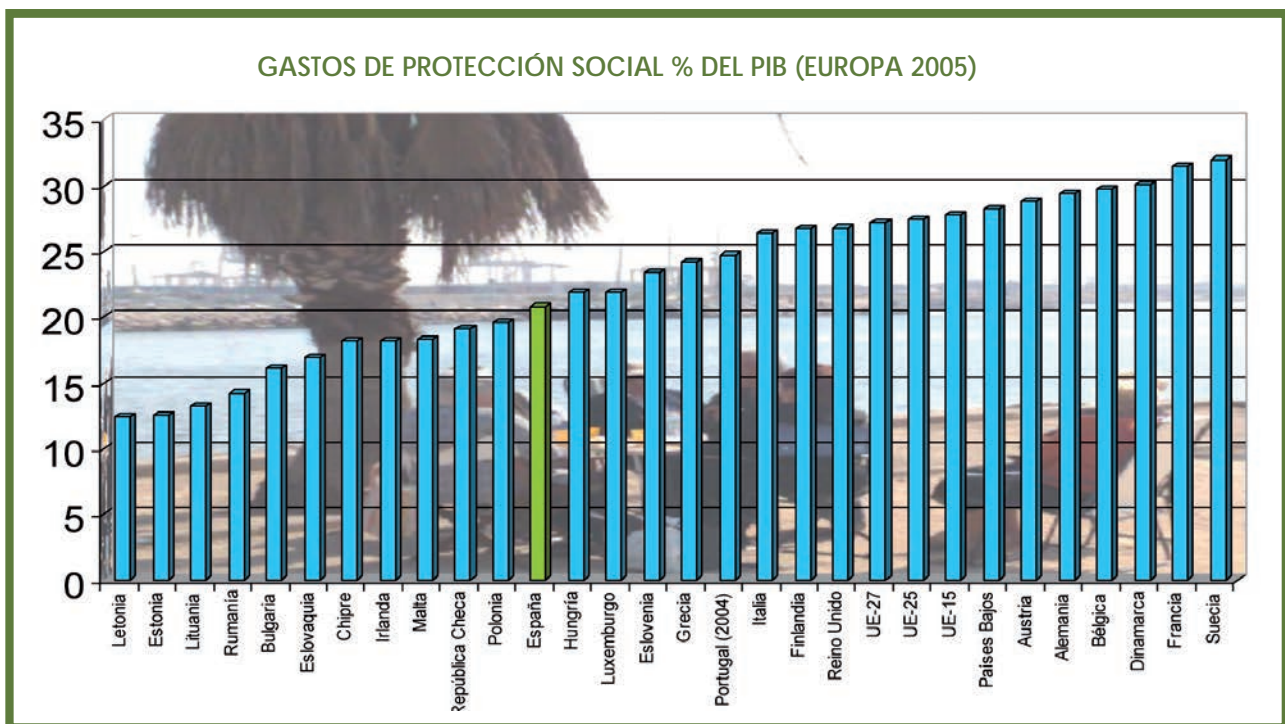


Gráfico 9. EUROSTAT (2008) Gastos en protección social % del PIB (Europa 2005).

Una situación que, a primera vista, deberá cambiar en base a la resolución del Parlamento Europeo de 9 de septiembre de 2010 sobre los cuidados a largo plazo para las personas de edad avanzada. Dicha resolución, publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea el 20 de octubre de 2011, exige a los estados miembros que apoyen de manera categórica a la población anciana con el fin de asegurar que puedan valerse por sí mismos en sus domicilios, facilitando a la vez los mecanismos de ayuda más convenientes para optimizar su día a día en dicho entorno. Más adelante, en el artículo 16, defiende la introducción de programas de prestación de asistencia y cuidados a domicilio para las personas mayores o su continuación, en aquellos países en los que ya existan, bajo el control administrativo de las autoridades locales, teniendo en cuenta sus respectivos ámbitos de competencias.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de nuestro trabajo, pensamos que la consecución de nuestros objetivos puede contribuir de manera singular al cumplimiento de esta normativa, pues son coincidentes, en parte, con el contenido del artículo 19-d, en el que se sugiere la necesidad de contribuir por parte de los estados miembros, a difundir y aplicar las tecnologías de la información y la comunicación, al fomento de la asistencia en el entorno familiar y la independencia de las personas de edad avanzada.

Las prestaciones en protección social se concentran principalmente en las áreas de protección social de la vejez y de protección de la salud, que concentran alrededor del 65% de los fondos. España, tal como se ha visto en el **gráfico 9**, aún no llega a la media de la Unión Europea en porcentaje de gasto social con respecto al PIB (Eurostat 2008).

En el **gráfico 10** se indica el porcentaje del gasto en prestaciones de protección social por funciones en los países de la Unión Europea, en la que destaca que el mayor porcentaje (39,94%) se utiliza en atención a la discapacidad, siendo el ámbito de mayor necesidad, de acuerdo a la demanda que se produce.

Como se aprecia en el gráfico, a la discapacidad le sigue, en términos de porcentaje de gasto, la atención a la salud con el 27,54%.

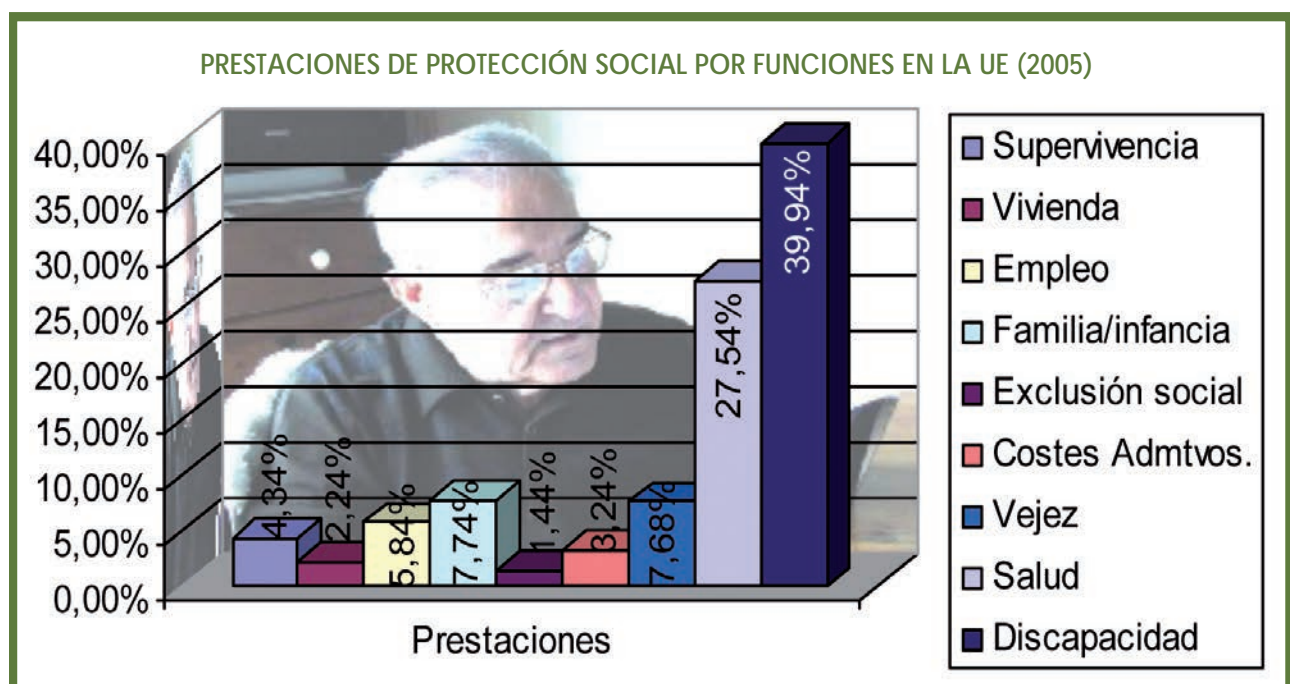


Gráfico 10. Eurostat (2008) Prestaciones protección social por funciones (Europa 2005)

INTRODUCCIÓN

En la **tabla 4** denominada envejecimiento y dependencia (20), se pueden apreciar ciertas diferencias entre los países europeos a la hora de enfrentarse al problema de la discapacidad. De hecho, se ha realizado una agrupación de las prestaciones que ofrecen los distintos países y en base a los criterios utilizados se puede observar que se producen tendencias similares por zonas geográficas.

	ANGLOSAJON	CONTINENTAL	NORDICO	MEDITERRANEO
Protección de la dependencia	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales	Derecho Universal de dos niveles contributivo y no contributivo	Derecho Universal	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo, impuestos en el nivel no contributivo, copago en las prestaciones de servicios	Impuestos generales y locales, copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas económicas y técnicas	Servicios y prestaciones y ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Servicios, prestaciones, y ayudas técnicas
Organización y gestión	Municipal	Seguridad social, regiones y municipios	Municipal	General, regional y autonómica
Provisión de servicios	Empresas, ONG y Ayuntamientos	ONG y empresas, papel residual de ayuntamientos modelo Alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Administraciones, ayuntamientos. ONG y creciente importancia empresas
Políticas de apoyo	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Universalización de la protección social	Reformas en Alemania y Holanda	Incremento de la participación de empresas privadas	Aprobación de la Ley de la Dependencia 2006.

Tabla 4. Fuente: envejecimiento y dependencia. Puyol, Abellán (2009)

En los modelos establecidos se consideran las prestaciones, la organización, gestión de las mismas y quién lleva a cabo la provisión de servicios. En ningún caso hay una vinculación de sistemas de salud con los proveedores u organizaciones de la llamada atención social, por lo que podíamos inferir que hay carencia de coordi-

nación sociosanitaria. Es común, en toda la UE, esa deficitaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales en la atención a personas dependientes. No es un problema sólo de España, sino de todos los países europeos que además intentan hacer frente a sus elevados costes en época de crisis¹¹. Sin esa necesaria coordinación, los países que actualmente mantienen este pilar presentarán problemas para sostener el estado de bienestar actual, pudiendo ver reducidos con el tiempo esos derechos adquiridos que tanto han costado conseguir (21).

1.5.- Perspectiva internacional de servicios a la atención domiciliaria y recursos de la Dependencia

Las bondades y los escollos que presenta la cobertura a la dependencia se extienden más allá de nuestras fronteras. El modo en el que España está afrontando la norma, se parece mucho a cómo lo hacen los países europeos, al formar parte del mismo espacio político y cultural; un espacio que mantiene unas políticas de igualdad y de protección a toda la ciudadanía de forma general.

Tanto en el entorno europeo como en países avanzados del primer mundo, se contemplan algunas diferencias, pero la idea general es la misma según indican Puyol y Abellán (20): la prestación de servicios de cuidados de calidad con el fin de mantener un estado de bienestar óptimo en los dependientes.

La evolución del envejecimiento poblacional ha hecho imprescindible destinar importantes recursos económicos al desarrollo de políticas sociales, pero se ha de destacar que esto ha generado que algunos países se sitúen en la vanguardia de la creación de sistemas de atención a la persona dependiente. Las diversas iniciativas han surgido en países como Alemania, Francia, Reino Unido o los países escandinavos, los cuales han demostrado su eficacia al margen de que la prestación en algunos de estos Estados esté incluida en el catálogo de la Seguridad Social o se financien a través de impuestos.

Todos estos países presentan problemas comunes, entre ellos el más importante es la búsqueda de la sostenibilidad financiera en tiempos de crisis, e intentar resolver los problemas de financiación buscando fórmulas de racionalización de los gastos y asegurando la viabilidad económica.

Tal y como hemos visto anteriormente, uno de los problemas más importantes es

11 Diario médico. Tocón M, 11/03/2009.

la pretendida coordinación sociosanitaria, un problema común al que cada país se enfrenta con respuestas diferentes. La solución más habitual aplicada, por ejemplo en los países nórdicos, es la creación de la figura del gestor de casos, que controle todo el proceso y tenga acceso a los recursos de ambas áreas asistenciales. Una cosa que no es fácil porque la heterogeneidad entre Sanidad y Servicios Sociales comienza ya desde la base. Los servicios sanitarios tienen más y mejores prestaciones, más dotación física y una plantilla más extensa. El área social, en cambio, es más reciente y todavía se está desarrollando, tal como ocurre en nuestro país.

Las respuestas y esfuerzos que se realizan para la resolución de estos problemas se dirigen básicamente al desarrollo de la atención domiciliaria y el diseño de políticas sociales avanzadas, con más o menos éxito, pero que en el momento actual ya les permite modificar o corregir errores para continuar progresando en el Estado del Bienestar según Cervera (22). Francia por ejemplo, desarrolló un sistema de subsidio personalizado para la adquisición de servicios de cuidados a domicilio denominado Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), Canadá ha desarrollado varios proyectos de coordinación e integración socio-sanitaria denominados Services Intégrés pour Personnes Agées (SIPA) y el Programme of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA), Estados Unidos llevó a cabo proyectos de coordinación e integración sociosanitaria tales como el Programme of All-Inclusive Care for the Elderly, y el Social Health Maintenance Organisation (PACE y S/HMO), Australia desarrolló un modelo de Servicio de hospitalización a domicilio en el entorno rural (SHAD) y Dinamarca ha procedido a la consolidación de un modelo de atención domiciliaria pública con altas tasas de cobertura. Es importante resaltar que todos los países del primer mundo, que realizan propuestas y actúan en la prestación domiciliaria, hacen esfuerzos de coordinación socio-sanitaria tal y como se recoge en la búsqueda de sistemas integrados de atención a personas mayores frágiles que realizó Kodner (23).

1.6.- Gasto en protección social en España

El porcentaje de gasto en protección social en España es prácticamente constante en los últimos años, con un ligero ascenso hasta situarse en 2008 en un 13,9% del PIB, más de cuatro puntos por debajo de la media europea situada en el 18,2%, según los datos recogidos en el Anuario de EUROSTAT (2008) (18). Si bien es importante destacar que en 2004, antes de la segunda ampliación de la Unión, España era la penúltima en cuanto a gasto en protección social de la UE-15, a posteriori ha mejorado. El 70% del gasto en protección social en España está destinado a la vejez y supervivencia y a la protección de la salud.

INTRODUCCIÓN

Con respecto a la cobertura de la dependencia, en base a los datos proporcionados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en 2010 ⁽¹⁴⁾, y recogidos en la **tabla 5. Evolución de la cobertura de la dependencia (2005-2010)**, las diferencias entre ambos años son mínimas.

AÑO 2005		AÑO 2010	
GRANDES DEPENDIENTES			
Gran dependencia	Total	Gran dependencia	Total
Residencia	84,2%	Residencia	85,3%
Centro de día	5,4%	Centro de día	5,1%
SAD	2,7%	SAD	2,8%
DEPENDENCIA SEVERA			
Dependencia severa	Total	Dependencia severa	Total
Residencia	34%	Residencia	35,5%
Centro de día	19,2%	Centro de día	18,3%
SAD	22,7%	SAD	25,1%
DEPENDENCIA MODERADA			
Dependencia moderada	Total	Dependencia moderada	Total
Residencia		Residencia	
Centro de día		Centro de día	
SAD	50%	SAD	54,9%

Tabla 5. Fuente Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010).

Es importante resaltar, tal y como se nos muestra en la tabla, que el total de personas dependientes con derecho a ser atendidas en estos recursos no lo están siendo, ya que muchas veces y debido a la gran lentitud tanto de las valoraciones como de la burocratización del sistema, se encuentran a la espera de ser incluidas como beneficiarias de las mismas.

Claramente se aprecia que aún habiéndose aprobado la ley, su desarrollo en cifras es mínimo. Lo que da una idea de que la realidad actual no se diferencia

mucho de lo que había antes de la ley, motivo más que suficiente para darnos cuenta de la importancia de actuar en esta línea de trabajo, que pueda garantizar el cumplimiento de este derecho. Incluso en los periodos actuales de crisis, nos permite realizar una planificación basada en la calidad de la atención y la racionalización de recursos.

La tabla nos muestra los esfuerzos realizados hasta el momento, los cuales se han centrado en la atención Residencial, constituyendo el porcentaje más elevado de los recursos ofertados. Respecto a la atención domiciliaria, ésta tiene una mínima incidencia, lo que choca con las tendencias Europeas vistas anteriormente.

1.7.-La llamada Ley de la Dependencia en España

El 30 de noviembre de 2006 el Congreso de los Diputados aprobó la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (3). Según esta normativa se establece en España un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantizará la atención y cuidados a las personas dependientes, tanto personas mayores como personas con discapacidad, que no se pueden valer por sí mismas. Dicha ley, considera al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como el cuarto pilar del Estado del Bienestar tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, desarrollados en los años ochenta.

Con todo, la ley es un hito en este campo, en la medida en que establece un derecho subjetivo, protegido jurisdiccionalmente, a recibir los servicios y prestaciones previstos en la misma. Por lo tanto, la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia reconoce en España el derecho de aquellas personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado, garantizando una serie de prestaciones. Este derecho podrá ser exigido tanto administrativa como jurídicamente.

La ley se inspira en los siguientes principios:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias.

La ley contempla la constitución del Sistema de Autonomía y Atención a la De-

INTRODUCCIÓN

pendencia, como un instrumento para promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia, en todo el territorio del Estado, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. De esta forma, se configura una red pública, diversificada, que pretende integrar de forma coordinada centros y servicios, ya sean públicos o privados.

También se crea el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación para la articulación del sistema. Este está constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y por un representante de cada una de la Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo, que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.

La ley mantiene unos porcentajes de población solicitante para la percepción de servicios a la dependencia en aumento y que, a fecha 1 de marzo de 2010, asciende a 1.224.096, según datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Estos datos confirman una vez más que el 65% de los solicitantes son mujeres, frente a un 35% de hombres ⁽⁹⁾.

Pero los datos más significativos y que ratifican los pronósticos tal como se puede apreciar en el **gráfico11, solicitudes de prestación de la ley de la dependencia**, por tramos de edad, indican que el 78,95% de las solicitudes registradas corresponden a personas que tienen o superan los 65 años, siendo el porcentaje de mayores de 80 años el 52,53% ⁽⁹⁾.

Entre los 55 y los 64 años se sitúa el 5,43% de las personas que han solicitado alguna de las prestaciones de la Ley de Dependencia y un 3,74% tiene entre 46 y 54 años. Este porcentaje alcanza el 4,98% en la franja de edad comprendida entre los 31 y 45 años; el 2,43% en el rango de 19 a 30 años; y el 2,65% en la franja de edad de entre los 3 y los 18 años. Por último, el 0,32% de las solicitudes registradas pertenece a menores de 3 años. En el 1,50% restante no se especifica la edad.

En este contexto de las políticas de dependencia se establece que:

- La prestación económica se vincula a un servicio.
- Se ofertará un catálogo básico que podrá ser ampliado por las Comunidades

INTRODUCCIÓN

Autónomas (CCAA), cargándolo a sus presupuestos y garantizando equidad y prestaciones.

- La gestión será de CCAA y Corporaciones Locales.
- Los centros, tanto públicos como privados y sin ánimo de lucro, estarán acreditados para garantizar criterios de calidad.
- La financiación será compartida (Administración Central, CCAA y Corporaciones Locales).
- Los servicios no son gratuitos, siendo establecido un sistema de copago en función de la situación socioeconómica, garantizándose las prestaciones a los que no tienen recursos.
- Se elaborará un Plan entre Administración Central, CCAA y Corporaciones Locales que defina y financie la infraestructura para la cobertura de servicios con un calendario de entrada en servicio escalonado y progresivo.

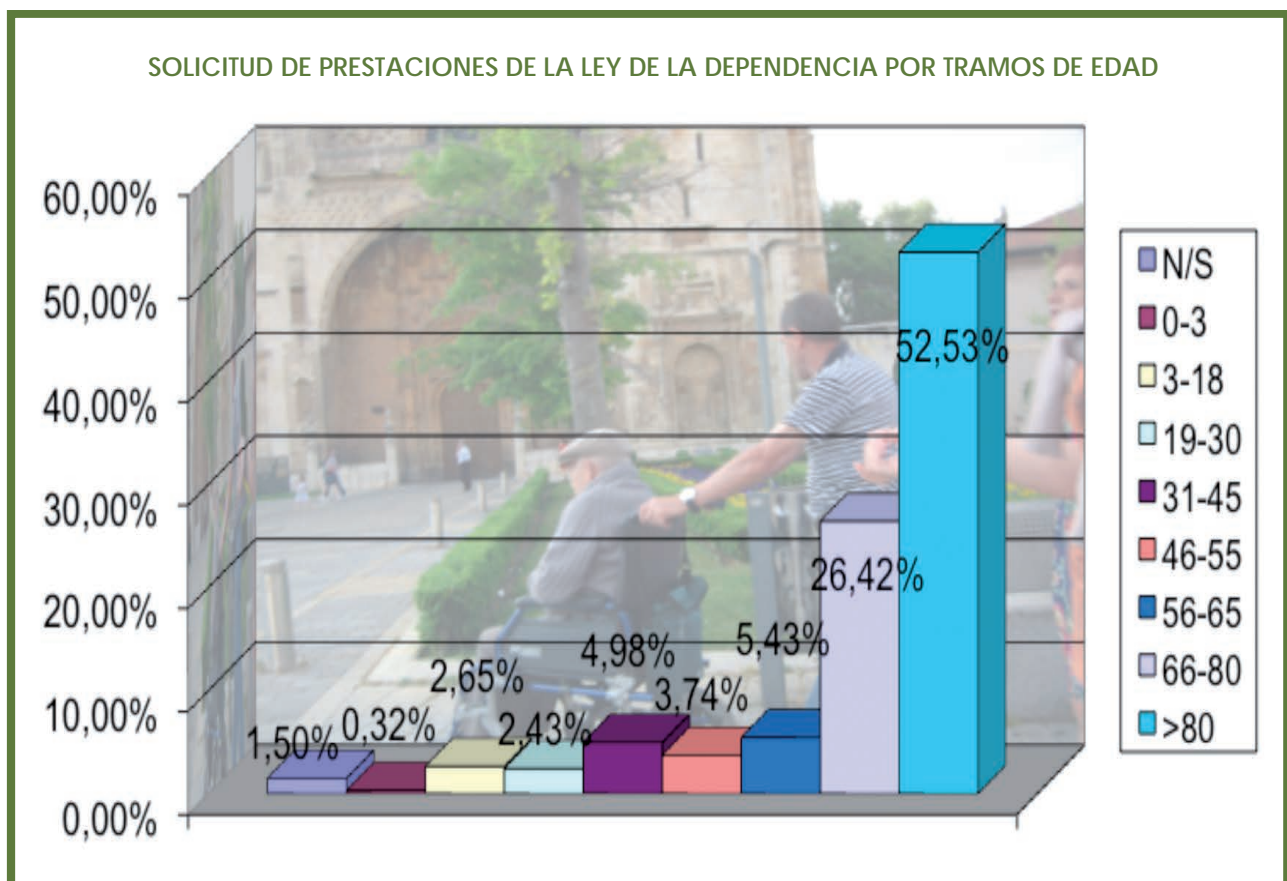


Gráfico 11. Solicitudes de prestaciones ley dependencia por tramos edad.
Libro Blanco de la dependencia 2005.

Como hemos mostrado en los datos anteriores, gran parte de las personas dependientes en España, tienen más de sesenta y cinco años, datos también reco-

INTRODUCCIÓN

gidos en el Libro Blanco de la Dependencia (9), y más del 80% de estas personas, que no se pueden valer por sí mismas, en nuestro país superan esta edad. La ley propone que para ser acreedor del servicio, el dependiente debe ser evaluado, estando bastante especificados los criterios de tabulación y utilizando por ejemplo instrumentos como el Índice de Barthel (Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL)) (24), el cual analizaremos en profundidad más adelante.

Su atención se realiza, principalmente, en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres. Este segmento representa el 83% de los cuidadores familiares, que en la mayoría de los casos, se ven imposibilitados de llevar a cabo ninguna actividad laboral. Según autores como Pérez-Peñaranda (25), sólo uno de cada cinco familiares cuidadores tiene un empleo.

En el **gráfico 12** se exponen los lazos de unión entre el cuidador y la persona mayor cuidada, pudiéndose observar que la relación entre las personas que cuidan y los mayores que reciben la ayuda es muy cercana. Más del 50% de los/as cuidadores/as son hijas y más de el 12% esposas o compañeras.

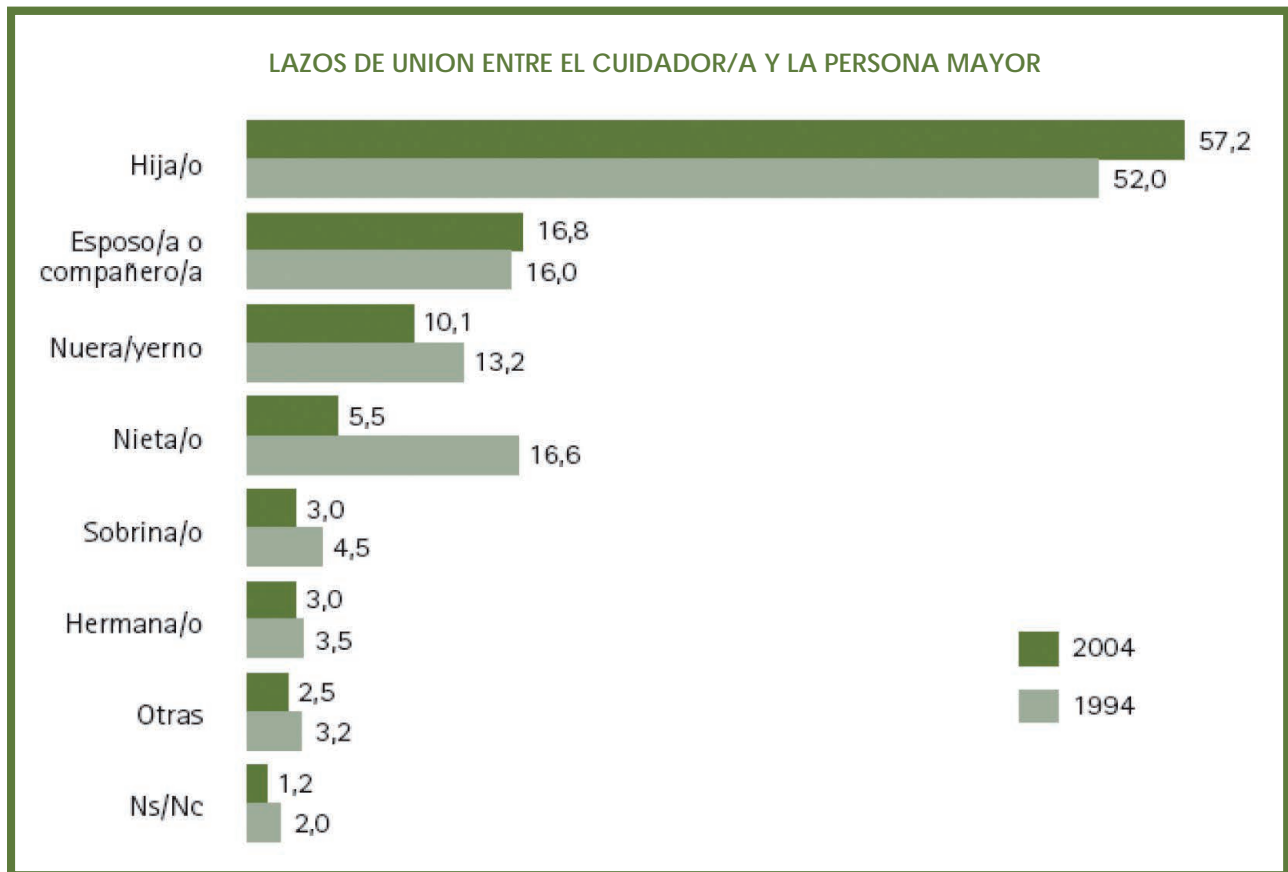


Gráfico 12. Lazos de Unión entre cuidador y persona mayor IMSS 2005.

INTRODUCCIÓN

Cabe destacar el aumento de la presencia de hijas entre los/as cuidadores/as y la disminución de la presencia de nietos/nietas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005)⁽²⁶⁾.

La situación actual en España y basándonos en los datos publicados por el Observatorio Nacional de la Dependencia (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales 2010)⁽²⁷⁾, nos muestra claramente un panorama desolador que recoge las siguientes conclusiones:

Los servicios residenciales han tocado techo. Si bien en algunos territorios se han realizado inversiones y conciertos para incrementar el número de plazas residenciales disponibles, este recurso no crecerá al ritmo de la posible demanda y veremos cómo su prescripción irá en disminución paulatina, a pesar de la elevada tasa de sustitución en este tipo de dispositivo (nuevas altas debidas a bajas por fallecimiento).

Los servicios de proximidad con carácter general no se han desarrollado, si exceptuamos los significativos incrementos en prescripción de Ayudas a Domicilio en Andalucía (de un total de 70.428 ayudas a domicilio a 1 de mayo de 2010, más de la mitad (36.678) corresponden a la Comunidad Andaluza, los demás territorios apenas han recomendado este tipo de servicio. Otro tanto sucede con los Centros de Día, cuya utilización es prácticamente residual.

A diferencia de lo anterior, las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar continúan su ascenso. El incremento relativo parece haberse detenido en los últimos meses, pero nos encontramos en un momento crucial en el que no será fácil desatascar los más de 250.000 expedientes pendientes de Plan Individualizado de Atención (PIA), sin que la Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) sea la prestación preferida tanto por las Administraciones como por los ciudadanos.

La consecuencia final de este panorama es que los servicios sociales de Atención a la Dependencia, aún siendo el único sector de la economía en el que no se ha destruido empleo en los últimos años, siguen siendo una gran oportunidad perdida en cuanto a inversión generadora de empleo, como recientemente ha puesto de manifiesto un informe de la Fundación Alternativas en 2010,⁽²⁸⁾.

La orientación de las medidas planteadas por el Gobierno en materia de reducción del déficit público en el año 2010, no auguran buenas perspectivas en

INTRODUCCIÓN

esta materia. Los empleos netos que cabría generar por parte de un sistema, más basado en la prestación de servicios que en las prestaciones económicas, darían lugar a la obtención de unos retornos evidentes (cotizaciones a la Seguridad Social, Impuestos sobre la renta, disminución del gasto en protección del desempleo y activación del consumo). Sin embargo, la inversión pública necesaria para que el sistema sea desarrollado, en cobertura de servicios, no está actualmente en la visión del Gobierno, y mucho menos, en la de las Comunidades Autónomas, debido al déficit producido por la crisis económica.

Hablar de dependencia es asociarla al concepto de capacidad funcional, tal como han indicado diversos autores como Baltés y Werner-Wahl (1990) y Gil Gregorio y col. (1993)⁽²⁹⁻³⁰⁾. Pero la realidad hoy en día, es que la atención a los dependientes se proporciona desde dos áreas distintas, la del sistema sanitario y la del ámbito de los servicios sociales con una cobertura que termina siendo muchas veces insuficiente y con grandes diferencias entre áreas geográficas como indica Tirado, en la coordinación de recursos comunitarios ⁽³¹⁾. Tanto es así, que se establecen agravios comparativos importantes que de alguna manera deben ser solucionados. Si la cobertura Estatal o Autonómica es gratuita y universal para muchas de las prestaciones, resulta coherente que todos y cada uno de los usuarios, que tienen derecho a esa atención, puedan disfrutar de ella de forma igualitaria. El Estado tiene que actuar buscando en el responsable autonómico o provincial las redes necesarias para que ese derecho sea idéntico para todos los ciudadanos que lo requieran, haciendo realidad la universalización de la atención y consiguiendo con ello erradicar esas diferencias que se producen en algunos casos. Para poder cumplir con ese propósito es importante e indispensable la necesidad de establecer la coordinación entre los sistemas Sanitarios y los Sociales o la absorción por cuestiones prácticas de los segundos por los Sanitarios, tal y como se ha realizado en siete de las comunidades autónomas, hasta el año 2010. Curiosamente en la Comunidad Valenciana tras las elecciones del 2010, la Conselleria de Bienestar Social se unió a la de Justicia, en vez de hacerlo a la de Sanidad.

Dentro de las prestaciones que existen, tenemos que en España sólo el 3,5% de las personas mayores de sesenta y cinco años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84% con tele-asistencia, el 3,86% con una plaza en una residencia y el 0,54% en un centro de día, lo que sitúa a España muy por detrás de los niveles de cobertura de otros países europeos, como muestra la **tabla 6**.

INTRODUCCIÓN

	PLAZAS EXISTENTES EN 2005	COBERTURA (%/ > 65)
Ayuda a domicilio	256.992	3,50 %
Tele-asistencia	208.107	2,84 %
Plazas en Centros Residenciales	283.134*	3,86 %
Plazas en Centros de Día	39.554	0,54 %
*El 57 % privada, 18 % concertadas y 25 % públicas		

Tabla 6. Servicios en España Enero 2005 Equipo Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO.

El nivel de cobertura de la asistencia a domicilio (AD) es muy inferior a las necesidades reales de la población. Al margen de la titularidad que ostente, el incremento de la misma debe constituir un objetivo en la tarea de las administraciones con el fin de afrontar el mantenimiento del Estado de Bienestar que tanto se predica. Esta estructura estará ligada al aumento de la oferta de plazas de atención de día como otro escalón en la disminución del umbral de capacidad de los mayores hasta llegar necesariamente al último recurso sociosanitario, es decir, el residencial.

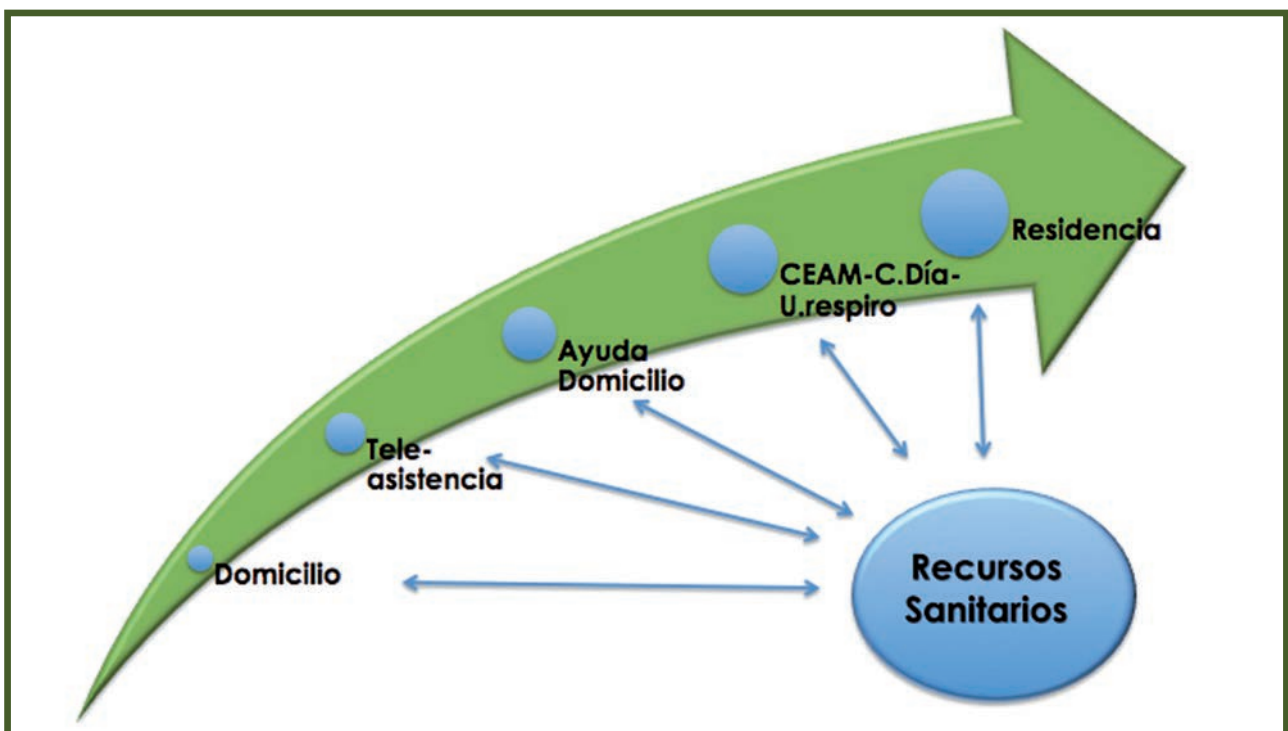
El desarrollo y aplicación actual de la ley, dependiendo de cada autonomía, no mantiene como se ha comentado la uniformidad que sería deseable. Las competencias autonómicas en materia de dependencia han sido transferidas y descentralizadas y cada una de las diferentes autonomías planifica con criterios particulares, el desarrollo de distintos planes dentro de sus competencias. A priori, las administraciones autonómicas deberían fomentar el desarrollo de la atención domiciliaria como inicio en la adjudicación de prestaciones. Un objetivo que pretendía el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria de la Conselleria de Sanitat del año 2004 ⁽³²⁾, pero su realización se llevó a cabo en algunas áreas de salud a través de experiencias reducidas y con una escasa coordinación con los servicios sociales.

La prestación sociosanitaria debe comenzar siempre con la exigencia mínima, y por tanto, la cobertura básica debe ser el Servicio de Asistencia Domiciliaria, con unas prestaciones que deben ir aumentando a medida que la dependencia se

INTRODUCCIÓN

agudiza, hasta que el usuario represente para el sistema un coste que resulte superior al que pueda tener en otro recurso. Es entonces, con el control adecuado, cuando se debe trasladar al usuario a otro recurso acorde con el nivel de dependencia.

En el **cuadro 1** hemos querido expresar la progresión natural a través de los servicios sociales, tratando de representar que las prestaciones social y sanitaria son distintas en cuanto a su utilización, pero con una vinculación evidente.



Cuadro 1. Progresión natural servicios sociales. Cuadro elaboración propia

La prestación sanitaria con tres niveles se utiliza de forma puntual en cada uno de ellos, mientras que la social debería ser progresiva, contemplando la utilización de los recursos sanitarios de forma adecuada desde los distintos recursos sociosanitarios, tal como se ha representado en el cuadro anterior. La progresión natural de los servicios sociosanitarios debe ir ligada a las valoraciones de la funcionalidad de los individuos, a medida que la dependencia aumente, pasará de la atención domiciliaria como recurso inicial y más económico, hasta llegar al recurso residencial de mayor atención, y por tanto más costoso. Sin embargo la progresión en la utilización de los recursos sanitarios es puntual y no progresiva, ya que desde cualquier recurso sociosanitario se puede acceder a cualquier nivel del sistema de salud. Pueden producirse alteraciones de la salud en cualquier momento que obliguen a utilizar tanto un recurso primario, como terciario, en función de la gravedad de la afección.

1.8.- Análisis de Index of Activities of Daily Living (ADL) Índice de Barthel

La elección del índice de Barthel y la cumplimentación de los ítems que definan los cuidados a realizar son, como herramienta de trabajo, un intento de simplificación de los criterios que definen la funcionalidad de una persona. La propia Ley de la Dependencia muestra el índice de Barthel como una herramienta que permite la optimización en la planificación de los Planes Individuales de Atención (PIA), ya que se centran en la puntuación obtenida. Esta simpleza aparente en su realización, cuando está recogida por un profesional enfermero, no es única ni exclusivamente la que indica el nivel de prestación que requiere la persona valorada, ya que son muchos los factores que intervienen en la valoración. Factores que pueden obligar al profesional a completar el estudio con otras herramientas que le permitan, en caso de duda, perfilar con una mayor eficacia cuál es la funcionalidad y el estado de autonomía de un usuario.

Con esta elección se intenta también, en todo caso, definir exactamente lo que entendemos por persona dependiente que según nuestro propio juicio, será aquella persona que no es capaz de comer, beber, andar o completar determinadas actividades habituales que cada uno de nosotros lleva a cabo por sí mismo y qué deberíamos entender como actividades de la vida diaria a ser cubiertas de manera individual e independiente.

La razón, el juicio, el pensamiento y la inteligencia, así como el poder de decisión a la hora de aplicar autocuidados como tarea que nos atañe, son condiciones únicas y específicas del ser humano. Así es como deberíamos visualizar, tratar y sobre todo, respetar al prójimo: como una persona íntegra a la hora de realizar una valoración holística que determine, tanto un nivel máximo de autonomía, como un nivel intermedio de dependencia o una estimación de gran dependiente.

Vale la pena detenernos un momento a reflexionar el modo en que puede estipularse la dependencia o independencia de alguien al realizar el simple acto de comer, o bien, profundizar en el análisis de la autonomía personal a la hora de alimentarse.

Comer no lleva implícito, únicamente, la acción de llevarse comida a la boca; ésta sería una definición demasiado simple e insuficiente, cayendo en el error de ser injusta al tiempo que irreal.

Las circunstancias que rodean a la capacidad de alimentarse son mucho más

INTRODUCCIÓN

complejas, interviniendo en el proceso tanto el poder de decisión como el nivel epistemológico e intelectual que establece las diferencias entre un ser humano y un animal al que se le acerca el plato con la comida preparada y es capaz de comer por sí solo.

La definición de “alimentación” hace referencia a todo acto voluntario mediante el cual las personas seleccionan los alimentos que van a consumir, confeccionando de este modo su dieta diaria.

La pregunta que se plantea sería: ¿qué simboliza el término “seleccionar” en esta definición?

Evidentemente, la respuesta, si algo es, es amplia.

Desde la capacidad de desplazarse en busca de alimentos, hasta el mantenimiento del nivel cognitivo apropiado para llevar a cabo una adecuada elección de los mismos, así como su correcto almacenamiento; sin olvidar el obligado requerimiento de un umbral mínimo de conciencia que permita reconocer la necesidad de acudir a un supermercado para realizar la compra, del mantenimiento de las capacidades funcionales precisas para efectuar el traslado evitando las archiconocidas barreras arquitectónicas, tanto en los espacios públicos como en el propio domicilio, amén de la disposición de los recursos económicos básicos para poder llevarla a cabo.

Sin perder de vista que se hace referencia solamente a uno de los diez ítems contemplados en la escala del Índice de Barthel, todo lo anteriormente expuesto debería ser tenido en cuenta en la realización de una estricta y adecuada valoración del nivel de dependencia.

Esto es lo que la enfermería especializada en el campo va a ser capaz de realizar. El índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La elección de las actividades que componen el índice de Barthel fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. Por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o

INTRODUCCIÓN

la exclusión de otras. Lo que sí se ha observado en diferentes estudios (33-34), es, que la recuperación de las diferentes actividades ocurría en un orden jerárquico bien definido. Bañarse sin ayuda fue la actividad que se recuperaba más tarde, siendo la incontinencia ocasional de heces la primera en recuperarse. De alguna manera, esto indica que la elaboración de un plan de cuidados y su correcto seguimiento en base a estos criterios, favorece que se puedan redefinir los objetivos y las líneas de actuación para conseguir la promoción y mantenimiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y/o su recuperación.

A medida que los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios siguen trabajando, para cerrar la brecha entre la duración de la vida y una duración de la vida saludable, según Tabloski (35) hay que estimular a las personas mayores para que asuman más responsabilidades con el fin de conseguir un envejecimiento saludable.

De ahí que en la exposición que se lleva a cabo en el siguiente proyecto asistencial, recoja, o intente recoger, todos los aspectos que pueden interferir en las ABVD, así como en las acciones que podemos y debemos realizar para lograr el máximo grado de autonomía y conseguir desarrollarla en cualquier persona. Tal como intenta transmitir la ley de la Dependencia, en este caso, enfocada hacia la promoción de la salud de los mayores y el mantenimiento de su independencia. Todo ello, con la finalidad de que se mantengan durante el mayor tiempo posible, en el recurso, a priori menos gravoso para el Estado, como es el domicilio propio.

El índice de Barthel se publicó en 1965 por Mahoney y Barthel, después de haberlo utilizado durante diez años para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o músculo-esquelética, ingresados en hospitales de crónicos de Maryland. Está recomendado por la British Geriatrics Society (36), para evaluar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes ancianos, los cuales tal y como venimos diciendo conforman el grupo más importante de dependientes.

La recogida de información se realiza por observación directa y/o entrevista al paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador principal o familiares. La tabla evalúa 10 ABVD como son, comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación y subir y bajar escaleras, todas ellas cuestiones detalladas por McDowell y Newel (37).

Uno de los aspectos más interesantes de este índice, es el alto nivel de coinci-

dencia que se puede dar cuando se procede a realizar la valoración por dos personas distintas, siempre que tengan conocimientos en materia de salud, que permitan la interpretación real de las contestaciones junto con la observación directa (38). El Índice de Barthel se ve reforzado en términos de utilización en la modificación que se hizo de la ley de Autonomía de fecha 29 de junio de 2010 (39).

Todos los ítems que componen el Índice de Barthel pueden ser asociados con los diagnósticos de enfermería (40), y con los objetivos e intervenciones que de estos se derivan NOC-NIC, (41-42), que a continuación detallamos:

1. Alimentación

- 10 = Independiente. El paciente puede servirse solo una comida de una bandeja o de una mesa. Debe cortar la carne, usar salero, untar mantequilla, etc. Debe realizar esto en un tiempo razonable. Puede usar algún elemento de ayuda técnica.
- 5 = Necesita alguna ayuda de otra persona.
- 0 = Dependiente total: solo es incapaz de alimentarse.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA), y las intervenciones NOC-NIC.

00001 Desequilibrio nutricional por exceso

Objetivos NOC

- 1004 Estado nutricional.
- 1006 Estado nutricional: masa corporal.
- 1209 Motivación.
- 1612 Control de peso.
- 1802 Conocimiento: dieta.

Intervenciones NIC

- 0200 Fomento del ejercicio.
- 1260 Manejo del peso.
- 1280 Ayuda para disminuir de peso.
- 4360 Motivación de la conducta.
- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 5246 Asesoramiento nutricional.

00002 Desequilibrio Nutricional por defecto

Objetivos NOC

- 0303 Cuidados personales: comer.

Intervenciones NIC

- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación

00003 Riesgo Desequilibrio nutricional por exceso

Objetivos NOC

- 1004 Estado nutricional.

Intervenciones NIC

- 1100 Manejo de la nutrición.

00102 Déficit de autocuidados: alimentación

Objetivos NOC

- 1004 Estado nutricional.

Intervenciones NIC

- 5246 Asesoramiento nutricional.

00039 Riesgo de aspiración

Objetivos NOC

- 1918 Control de la aspiración.

Intervenciones NIC

- 3200 Precaución para evitar aspiración.

00048 Deterioro de la dentición

Objetivos NOC

- 0308 Autocuidados: higiene bucal.
- 1100 Higiene bucal.

Intervenciones NIC

- 1710 Mantenimiento higiene bucal.
- 1730 Restablecimiento de la salud bucal.

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Objetivos NOC

- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

Intervenciones NIC

- 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad manejo de energía.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
- 4420 Acuerdo con el paciente.

00103 Deterioro de la deglución

Objetivos NOC

- 1010 Estado de la deglución.

Intervenciones NIC

- 1860 Terapia de deglución.

00163 Disposición para mejorar la dentición

Objetivos NOC

- 1802 Conocimiento dieta.

Intervenciones NIC

- 5246 Asesoramiento nutricional.

2. Trasladarse

- 15 = Independiente en todas las fases de esta actividad. El paciente puede sin peligro acercarse a la cama en su silla de ruedas, trabar los frenos, levantar los apoya pies, moverse sin riesgo hacia la cama, recostarse, volver a sentarse en un lado de la cama, estando en la cama cambiar la posición de la silla de ruedas para pasarse a ella sin peligro. Para el paciente que se moviliza sin silla de ruedas, la actividad de sentarse y acostarse en la cama, así como la de levantarse de ella debe ser independiente.
- 10 = Necesita una mínima ayuda en alguna etapa de esta actividad, o necesita que le recuerden o que lo supervisen en una o más etapas de esta actividad por razones de seguridad.
- 5 = Puede sentarse sin la ayuda de una segunda persona, pero necesita ayuda para levantarse.
- 0 = Dependiente, incapaz totalmente de trasladarse.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00038 Riesgo de traumatismo

Objetivos NOC

- 1808 Conocimiento: medicación
- 1809 Conocimiento: seguridad personal
- 1900 Conductas de vacunación
- 1902 Control del riesgo
- 1908 Detección del riesgo
- 1909 Conducta de prevención de caídas
- 1910 Ambiente seguro del hogar

Intervenciones NIC

- 1660 Cuidado de los pies.
- 2380 Manejo de la medicación.
- 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas.
- 5603 Enseñanza: cuidado de los pies.
- 6486 Manejo ambiental: seguridad.
- 6490 Prevención de caídas.
- 6610 Identificación de riesgos.

00051 Deterioro de la comunicación verbal

Objetivos NOC

- 0902 Capacidad de comunicación.

Intervenciones NIC

- 4920 Escucha activa.
- 5460 Contacto.
- 5520 Facilitar el aprendizaje.

00052 Deterioro de la interacción social

Objetivos NOC

- 1503 Implicación social.

Intervenciones NIC

- 4362 Modificación de la conducta.

00053 Aislamiento social

Objetivos NOC

- 1203 Soledad.
- 1504 Soporte social.
- 2601 Ambiente de la familia.

Intervenciones NIC

- 5100 Potenciación de la socialización.
- 5270 Apoyo emocional.
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

00054 Riesgo de soledad

Objetivos NOC

- 1502 Habilidades de interacción social.

Intervenciones NIC

- 5100 Potenciación de la socialización.

- 7100 Estimulación de la integridad familiar.
- 7560 Facilitar las visitas.

00090 Deterioro de la habilidad para la traslación

Objetivos NOC

- 0208 Nivel de movilidad.

Intervenciones NIC

- 0226 Terapia de ejercicios: control muscular.

00091 Deterioro de la movilidad en la cama

Objetivos NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad.

Intervenciones NIC

- 0740 Cuidados del paciente encamado.

00155 Riesgo de caídas

- 1902 Control del riesgo.
- 1908 Detección del riesgo.
- 1909 Conducta de prevención de caídas.
- 1912 Caídas.

Intervenciones NIC

- 6490 Prevención de caídas.
- 6610 Identificación del riesgo.

3. Arreglarse

- 5 = El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. Puede usar cualquier maquinilla, pero debe ser capaz de cambiar el repuesto o enchufarla si es eléctrica, también sacarla de un cajón o de un armario. Las mujeres deben poder maquillarse, si lo usan, pero no necesitan trenzar o modelarse el pelo.
- 0 = Dependiente incapaz de arreglarse mínimamente por sí solo.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

Objetivos NOC

- 0302 Cuidados personales: vestir.

Intervenciones NIC

- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal.

4. Usar el retrete

- 10 = El paciente es capaz de sentarse y levantarse del baño, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar ensuciarse la ropa y usar el baño sin ayuda. Podría usar una barra en la pared u otro objeto firme para sostenerse si lo necesitara. Si es necesario usar una cuña en lugar del baño, debe ser capaz de ubicarla sobre una silla, vaciarla y limpiarla.
- 5 = El paciente necesita ayuda por falta de equilibrio al sostenerse la ropa o al usar el papel higiénico.
- 0 = Dependiente imposibilitado de utilizar de forma adecuada el retrete.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00110 Déficit de autocuidados: uso WC

Objetivos NOC

- 0310 Cuidados personales: uso del WC.

Intervenciones NIC

- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.

5. Lavarse

- 5 = El paciente puede bañarse en bañera, ducha o con esponja. Debe ser capaz de realizar todos los pasos correspondientes, en cualquiera de los métodos que use, sin que otra persona esté presente.
- 0 = Dependiente incapaz por sí solo de realizar su higiene personal.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00045 Deterioro de la mucosa oral

Objetivos NOC

- 1100 Salud bucal.
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones NIC

- 1100 Manejo de la nutrición.
- 1730 Restablecimiento de la salud bucal.
- 2380 Manejo de la medicación.

00046 Deterioro de la integridad cutánea

Objetivos NOC

- 0800 Termorregulación.
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones NIC

- 3590 Vigilancia de la piel.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Objetivos NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

Intervenciones NIC

- 6540 Control de infecciones.

00108 Déficit de autocuidados: baño/higiene

Objetivos NOC

- 0301 Cuidados personales baño.

Intervenciones NIC

- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.

6. Deambular

- 15 = El paciente es capaz de caminar un mínimo de 45 metros aproximadamente, sin ayuda o supervisión. Puede usar ortesis, prótesis o muletas, bastones o andador plegable (ponerse y sacarse las ortesis o prótesis, se califica este ítem después de vestirse).
- 10 = Necesita ayuda o supervisión en cualquiera de los pasos arriba mencionados, pero es capaz de caminar un mínimo de 45 metros con una pequeña ayuda.
- 5 = (Esta puntuación, es sólo para pacientes que se desplazan en silla de ruedas, no califica este ítem si el paciente obtiene calificación baja el ítem caminar) El paciente no puede caminar pero puede propulsar solo su silla de ruedas. Debe ser capaz de doblar en las esquinas, retroceder, dirigir la silla hacia una mesa, cama, toillettes, etc. Debe ser capaz de propulsar la silla por lo menos 45 metros aproximadamente.
- 0 = Dependiente para este ítem, por lo tanto incapaz de deambular de forma autónoma ni con ayudas técnicas.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00038 Riesgo de traumatismo

- **Objetivos NOC**
- 1809 Conocimiento seguridad personal.
- 1828 Conocimiento prevención caídas.
- 1902 Control del riesgo.
- 1909 Conducta prevención caídas.

Intervenciones NIC

- 5380 Potenciación de la seguridad.
- 6486 Manejo ambiental.
- 6490 Prevención de caídas.

00040 Riesgo de síndrome de desuso

Objetivos NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad.

Intervenciones NIC

- 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

00085 Deterioro de la movilidad física

Objetivos NOC

- 0005 Tolerancia a la actividad.

Intervenciones NIC

- 0200 Fomento ejercicio.
- 0226 Terapia ejercicio: control muscular.
- 0224 Terapia ejercicio: movilidad muscular.
- 0221 Terapia ejercicio: deambulación.

00088 Deterioro de la deambulación

Objetivos NOC

- 0200 Deambulación: caminata.

Intervenciones NIC

- 0221 Terapia de ejercicios: deambulación.

00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas

Objetivos NOC

- 0201 Deambulación: silla de ruedas.

Intervenciones NIC

- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicios prescritos.

00090 Deterioro de la habilidad para la traslación

Objetivos NOC

- 0208 Nivel de movilidad.

Intervenciones NIC

- 0226 Terapia de ejercicios: control muscular.

00091 Deterioro de la movilidad en la cama

Objetivos NOC

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

Intervenciones NIC

- 0740 Cuidados del paciente encamado.

00092 Intolerancia a la actividad

Objetivos NOC

- 0005 Tolerancia a la actividad.

Intervenciones NIC

- 0180 Manejo de energía.
- 0201 Fomento del ejercicio.
- 4310 Terapia de actividad.
- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

00093 Fatiga

Objetivos NOC

- 0001 Resistencia.
- 0002 Conservación de la energía.
- 0006 Energía psicomotora.

Intervenciones NIC

- 0200 Fomento del ejercicio.
- 4310 Terapia de actividad.
- 6480 Manejo ambiental.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad

Objetivos NOC

- 0005 Tolerancia de la actividad.

Intervenciones NIC

- 0108 Manejo energía.

00123 Desatención unilateral

Objetivos NOC

- 9912 Estado neurológico conciencia.

Intervenciones NIC

- 2760 Actuación ante la anulación de un lado del cuerpo.

00155 Riesgo de caídas

Objetivos NOC

- 0202 Equilibrio.
- 1912 Estado seguridad: caídas.

Intervenciones NIC

- 6490 Prevención de caídas.

7. Escalones

- 10 = El paciente es capaz de subir y bajar escaleras sin peligro, sin ayuda o supervisión. Puede y debe usar el pasamanos, bastones o muletas cuando sea necesario. Debe ser capaz de llevar consigo bastones o muletas cuando sube o baja escaleras.
- 5 = El paciente necesita ayuda o supervisión en cualquiera de los pasos arriba mencionados.
- 0 = Dependiente, incapaz de realizar lo mencionado.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00155 Riesgo de caídas

Objetivos NOC

- 1912 Estado seguridad: caídas.
- 0202 Equilibrio.

Intervenciones NIC

- 6490 Prevención de caídas.

00035 Riesgo de lesión (traumatismo)

Objetivos NOC

- 1809 Conocimiento seguridad personal.

Intervenciones NIC

- 6654 Vigilancia: seguridad.
- 6486 Manejo ambiental: seguridad.

8. Vestirse y desvestirse

- 10 = El paciente es capaz de ponerse y quitarse, así como abrocharse toda la ropa, y atarse los cordones de los zapatos (aunque necesite usar adaptaciones para esto). Incluye ponerse y quitarse corsés, ortesis y prótesis cuando se los han prescrito. Se pueden usar cuando sea necesario ropas especiales tales como tiradores, chándal, u otro tipo de ropa que se abran por delante, etc.
- 5 = El paciente necesita ayuda para ponerse, quitarse y abrocharse cualquier ropa. Debe realizar por lo menos la mitad del trabajo solo. Debe realizar esto en un tiempo razonable.
- 0 = Dependiente, es incapaz de colocarse las prendas necesarias.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00109 Déficit de autocuidado-vestido/acicalamiento

Objetivos NOC

- 0302 Autocuidado: vestirse.
- 0304 Autocuidado: arreglarse.

9. Deposiciones

- 0 = El paciente es capaz de controlar su actividad intestinal y no tiene accidentes. Puede utilizar un supositorio o ponerse un enema cuando es necesario (como se hace con los pacientes con lesión de médula espinal que han tenido entrenamiento intestinal).
- 5 = Necesita ayuda para usar un supositorio o para el enema o tiene accidentes ocasionales.
- 0 = Incontinente total, no controla el esfínter por lo que es usuario de marsupiales y objeto de control periódico.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00011 Estreñimiento

Objetivos NOC

- 0501 Eliminación intestinal.
- 0602 Hidratación.
- 1608 Control del síntoma.

Intervenciones NIC

- 0200 Fomento del ejercicio.

- 2380 Manejo de la medicación.
- 4120 Manejo de líquidos.

00012 Estreñimiento subjetivo

Objetivos NOC

- 1608 Control del síntoma.

Intervenciones NIC

- 1100 Manejo de la nutrición.

00013 Diarrea

Objetivos NOC

- 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

Intervenciones NIC

- 0460 Manejo de la diarrea.
- 2380 Manejo de la medicación.
- 2080 Manejo de líquidos/electrolitos.

00014 Incontinencia fecal

Objetivos NOC

- 0500 Continencia intestinal.

Intervenciones NIC

- 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal.

00015 Riesgo de estreñimiento

Objetivos NOC

- 0501 Eliminación intestinal.

Intervenciones NIC

- 0450 Manejo del estreñimiento / impactación.

00110 Déficit de autocuidados: uso del inodoro

Objetivos NOC

- 0310 Cuidados personales: uso del WC.

Intervenciones NIC

- 1804 Ayuda con los autocuidados.

10. Micción

- 10 = El paciente es capaz de controlar su vejiga de día y de noche. Los pacientes lesionados medulares que usan derivación a bolsa fija en la pierna, deben

ponérsela solos, limpiarla y vaciarla, y mantenerse secos de día y de noche.

- 5 = El paciente tiene accidentes ocasionales o no puede ocasionalmente esperar la cuña o llegar al baño a tiempo, o necesita alguna ayuda para el uso de la derivación a la bolsa de pierna.
- 0 = Incontinente total, no controla micción por lo que debe usar marsupiales de forma constante o colectores de otro tipo.

Este ítem estaría ligado principalmente a los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NOC-NIC.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria

Objetivos NOC

- 0503 Eliminación urinaria.
- 0310 Autocuidados: uso del inodoro.

Intervenciones NIC

- 0640 Evacuación inmediata.
- 1804 Ayuda en el autocuidado.
- 5606 Enseñanza individual.

00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo

Objetivos NOC

- 0502 Continencia urinaria.

Intervenciones NIC

- 0560 Ejercicio de suelo pélvico.

00018 Incontinencia urinaria refleja

Objetivos NOC

- 0910 Estado neurológico: autónomo.

Intervenciones NIC

- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0582 Sondaje vesical: intermitente.

00019 Incontinencia urinaria de urgencia

Objetivos NOC

- 0502 Continencia urinaria.

Intervenciones NIC

- 0600 Entrenamiento del hábito urinario.

00020 Incontinencia urinaria funcional

Objetivos NOC

- 050208 Uso independiente de inodoro sin barreras ambientales.

Intervenciones NIC

- 6480 Manejo ambiental.
- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.

00021 Incontinencia urinaria total

Objetivos NOC

- 0502 Patrón predecible del paso de orina.
- 0503 Nicturia.

Intervenciones NIC

- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 804 Ayuda con los autocuidados: aseo.

00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Objetivos NOC

- 0208 Movilidad

Intervenciones NIC

- 6480 Manejo ambiental.

00023 Retención urinaria

Objetivos NOC

- 0503 Eliminación urinaria.

Intervenciones NIC

- 0580 Sondaje vesical.
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria.
- 0620 Cuidados de la retención urinaria.
- 1876 Cuidados del catéter urinario.

Interpretación

El Índice de Barthel fue desarrollado en su origen para la rehabilitación de patología neuromuscular, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad ⁽⁴³⁾.

Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulacion la puntuación máxima es 15. Sus autores pensaron que la deambulacion era más importante para el conjunto de la independencia como

INTRODUCCIÓN

un todo, que ser independiente en el baño. Esta propiedad del Índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tienen igual “peso específico”.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia, así pues se sugiere la siguiente interpretación ⁽⁴⁴⁾:

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia leve
- 100: Independencia

Estos grupos están basados en los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el valor predictivo de estos puntos de corte en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia de estos pacientes.

1.9.-Demanda de usuarios del Servicio atención domiciliaria (SAD)

Se considera que existen dos perfiles de personas que serán beneficiarios del Servicio de Atención a Domicilio; las personas que tengan derecho a la protección con cargo al Sistema Nacional de Dependencia y las personas que no se encontrarán cubiertas por el Sistema Nacional de la Dependencia (SND), pero que recibirán protección por parte de las administraciones locales (como las reciben ahora).

Todas las personas que están cubiertas por el Sistema Nacional de Dependencia tienen acceso a una cartera de servicios que son excluyentes entre sí, (es decir, por ejemplo una persona que sea usuario del SAD no estará en una residencia). Además, existe un número importante de usuarios que están atendidos por cuidadores informales.

El número de personas mayores atendidas por el SAD a enero de 2008, era de 358.078 personas.

En el **gráfico 13** se puede apreciar el número de usuarios del Servicio Público de Ayuda a Domicilio a Enero de 2008, distribuidos por Comunidades autónomas, siendo las Comunidades autónomas con mayor número de usuarios: Madrid (71.343),

INTRODUCCIÓN

Cataluña (57.034) y Andalucía (46.924), seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla y León con más de 28.000 y 27.000 usuarios, respectivamente.

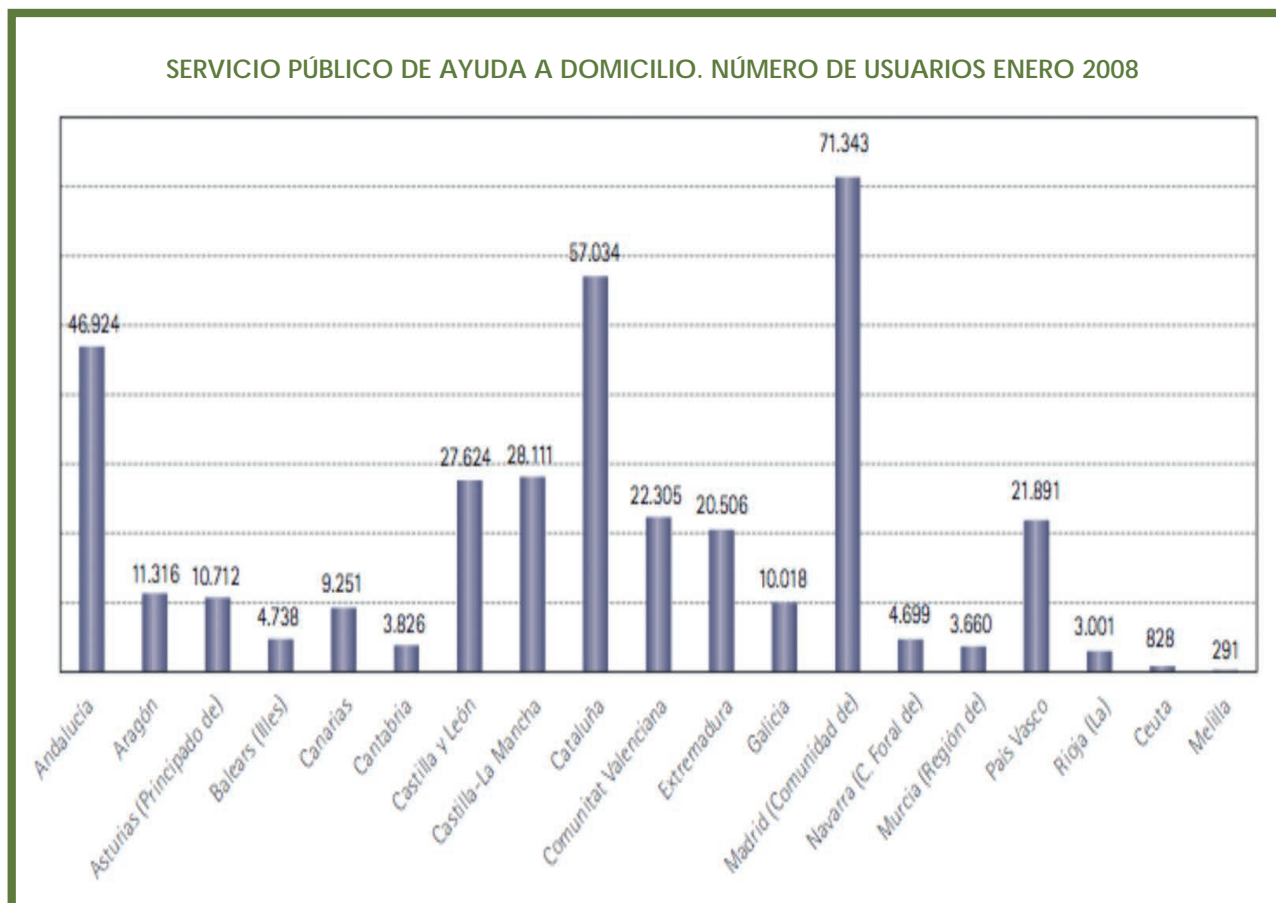


Gráfico 13. Usuarios del servicio público de ayuda a domicilio. IMSERSO 2008

El usuario del SAD es en el 67% de los casos mujer y mayor de 80 años en el 51% de los casos. Algunas Comunidades, sin embargo, tienen mayoría de usuarios menores de 80 años, como es el caso de Andalucía (61%), Canarias (78%), Castilla-La Mancha (63%), Galicia (64%), Ceuta (68%) y Melilla (64%).

Para el cálculo de la demanda de usuario de los SAD se usan tablas correspondientes a las hipótesis de asignación de recursos recogidas en el Libro Blanco de la dependencia para los años 2005 y 2010. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005) (9). Las tablas del año 2010 contemplan una reducción del porcentaje de personas atendidas de modo informal en cada uno de los tramos de edad, en beneficio de los SAD, debido con toda probabilidad a la regulación de este tipo de profesionales. Un gasto que muchas familias no podían soportar y que obliga a otro tipo de soluciones, entre las que se destaca la oferta pública de este servicio.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que existe una deficiencia todavía generalizada de este servicio desde su creación: el desarrollo, y sigue siendo muy lento. A pesar de que los políticos han incorporado en sus campañas, durante los últimos 20 años, lemas tales como por ejemplo: “envejecer en casa”, que preconiza el bienestar de este sistema, tal y como decimos, poco desarrollado.

El Informe 2008 de Las personas mayores en España (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2008) ⁽⁹⁾, introduce el concepto de Índice de cobertura, que se calcula como el número de usuarios dividido entre la población mayor de 65 años. La media del índice de cobertura a nivel Español es del 4,69%. En el **gráfico 14** se muestra el índice de cobertura en términos de Ayuda a Domicilio a mayores de 65 años, y en el que se aprecia claramente la escasa cobertura que presenta la Comunidad Valenciana, con un 2,74%, siendo notoriamente una de las más bajas de España. Este dato es difícil de valorar, cuando se expresa tal y como se ha hecho en el **gráfico 14** utilizando porcentajes y no en base a números reales de usuarios. El análisis del sistema demuestra la falta de adecuación de estos servicios a las necesidades que presentan las personas, ya que la mayor parte del tiempo de prestación se dedica a tareas domésticas.

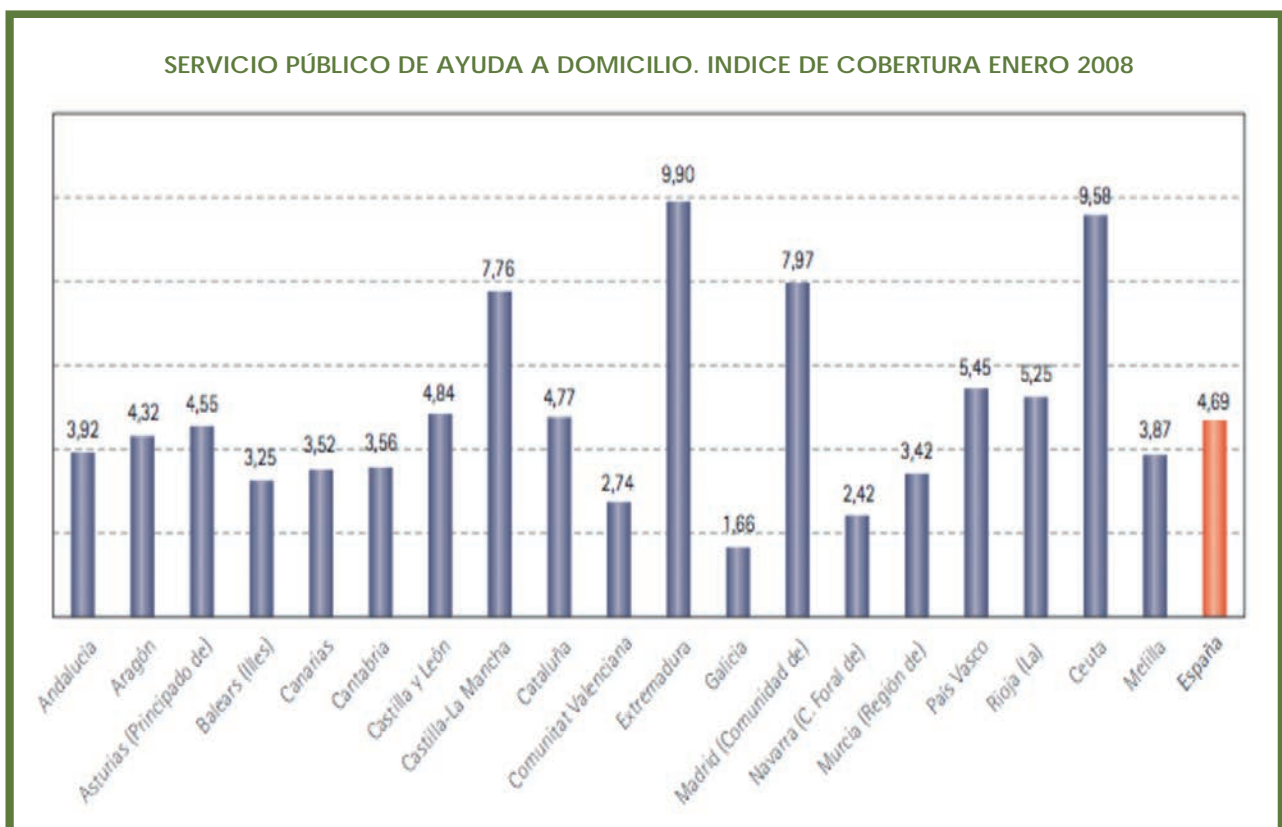


Gráfico 14. Servicio Público Ayuda Domicilio cobertura 2008 IMSERSO.

INTRODUCCIÓN

En la **tabla 7** procedemos a analizar los distintos programas de atención a Domicilio implantados por Comunidades autónomas y sus características, con un resumen de las particulares de cada modalidad.

	CATALUÑA	P. VASCO	MADRID	GALICIA	VALENCIA
PROGRAMA	Vida a los años	Sociosanitario de las Diputaciones Vascas	Mayores de la comunidad de Madrid	Pasos	PALET
Año inicio	1986	1996	1996	1998	1999
Ámbito de Competencia	Dependencia del Conseller de Sanidad y Seguridad Social	Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria	Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Comisión Interdepartamental de coordinación Sociosanitaria	Servicio Valenciano de Salud
Red de recursos	Específica	NO específica	NO específica	NO específica	NO específica

Tabla 7. Programas atención al mayor Fundación la Unió. Jornada sociosanitària. 2010

Nos damos cuenta de que el primero tuvo lugar en 1986 en Cataluña, con el desarrollo de una red específica y con dependencia directa del Conseller de Sanidad y Seguridad Social, que puso en marcha un diseño integrador con uno de los mayores índices de cobertura entre las comunidades. Con vinculación y conexión de la salud y los aspectos sociales, tratando de superar los problemas organizativos en términos sociales y sanitarios y construyendo la red socio-sanitaria. Las siguientes iniciativas tuvieron lugar en el País Vasco y Madrid, ambos en 1996 con dependencia tanto del Consejo Vasco de Atención Sanitaria como de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En lo que se refiere a nuestra comunidad, el programa PALET fue puesto en funcionamiento, en 1999, con dependencia del Servicio Valenciano de Salud. Todas estas experiencias han sido remodeladas, actualizadas o abandonadas, como es el caso del programa PALET, en la Comunidad Valenciana.

1.10.-Servicios de Atención Domiciliaria propiciados desde el ámbito Social

Los servicios de atención domiciliaria sociales han sido durante mucho tiempo un conjunto de acciones y recursos que se realizan en el hogar de individuos en situación de falta de autonomía personal, dificultades o problemas familiares especiales, para prestarles apoyo personal, atención y ayuda (45). El objetivo de los servicios es mantener a la persona en su medio en las mejores condiciones de vida y durante el mayor tiempo posible. Han estado, y actualmente aún lo están, exclusivamente ligados a:

Ayuda en el hogar

Es un servicio que tiene como objetivo cubrir las necesidades básicas y relacionales de las personas. Por eso, les ofrece la ayuda necesaria para el desarrollo de las actividades propias de la vida diaria y procura que todas las acciones promuevan, en la medida de lo posible, la autonomía y las capacidades de los usuarios. Esta ayuda la presta mediante un/una trabajadora del hogar, esta cobertura es ofrecida habitualmente por los Ayuntamientos.

Alarma telefónica

Un sistema que donde está disponible tiene una gran utilidad, para personas con disminución de la autonomía en situación de riesgo, ya que pueden disponer, en su casa, de un aparato telefónico conectado a una central de recepción de señales de emergencia que permite obtener ayuda inmediata y específica. Este servicio suele estar concertado con empresas privadas.

Reforma de viviendas

Se ofrece un servicio de adecuación de las condiciones básicas de habitabilidad en el domicilio de las personas mayores: se suprimen las barreras arquitectónicas, se acondicionan las instalaciones de agua, electricidad, carpintería, cristalería, pintura, etc., se elimina la humedad, se renuevan los aparatos sanitarios y el mobiliario deteriorado, entre otros servicios que son solicitados a través de los trabajadores sociales.

Comidas a domicilio

Diariamente, se proporciona, a las personas mayores que lo necesitan y que no pueden ser atendidas por su familia o desplazarse a un comedor, una comida caliente, completa y equilibrada. Su entorno, en muchos casos carece del control de la ingesta que sería necesario, para que el servicio tuviera la utilidad total para la que se diseñó. De cara al mantenimiento de la autonomía, es imprescindible conocer el perfil de los usuarios con mayor riesgo de afectación del estado nutricional, o con malnutrición ya instaurada, y por tanto, a los que debería prestarse esas medidas correctoras o preventivas para corregir o evitar la malnutrición. Según se ha demostrado, son los mayores institucionalizados de más de 74 años, y con demencia, los que más padecen esta deficiencia alimenticia, que les genera una importante merma en su funcionalidad al provocar malnutrición y con ello mayor riesgo ⁽⁴⁶⁾.

Limpieza a domicilio

Profesionales especializados procuran una limpieza de choque o periódica, en el interior de la vivienda de personas mayores, y también a familias con dificultades

económicas con menores a su cargo, para que puedan mantener un nivel de vida digno, así como una higiene periódica.

Lavandería

Es un servicio de lavado de la ropa de los usuarios, cuando esto es más rentable que la instalación de una lavadora en el domicilio.

Menaje del hogar

Es un servicio que consiste en proveer a los hogares de las herramientas necesarias para evitar el deterioro de sus condiciones (compra de productos de limpieza, compra de pequeños electrodomésticos, etc.) Habitualmente se presta como complemento de otros servicios de atención domiciliaria.

1.11.- Servicios de Atención Domiciliaria desde el ámbito Sanitario.

Al cruzar la franja social y prácticamente con una descoordinación absoluta, llegamos a la línea de Atención domiciliaria sanitaria. Esta por lo común, se presta mediante los servicios sanitarios públicos, y consiste en una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, parece conveniente incluir además a los que tienen grandes dificultades para desplazarse. Así mismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir desplazamientos de los profesionales de los servicios sanitarios públicos al domicilio de los pacientes, para valorar el entorno físico o las relaciones familiares, sin que ello suponga la inclusión en esta modalidad de atención. La atención domiciliaria constituye una alternativa asistencial siempre que sea posible garantizar en el hogar un nivel de efectividad similar al que podría obtenerse en régimen de institucionalización, y sea aceptado por el paciente/familia. La oferta de servicios a nivel general, y prácticamente en toda la geografía española, va dirigida a los tres grandes grupos de población que requieren atención en esta modalidad: inmovilizados, personas en situación terminal y personas que requieren cuidados en el hogar tras un episodio de hospitalización. Al mismo tiempo, se tiene en consideración a los cuidadores informales, quienes, además del principal recurso para la atención en el domicilio, pasan a ser considerados como clientes del sistema de atención.

Los servicios disponibles para todos los pacientes, independientemente del grupo al que pertenezcan, son:

INTRODUCCIÓN

- Pacientes con necesidades de cuidados tras alta hospitalaria.
- Pacientes que están inmovilizados por motivos neurológicos, reumatológicos, deterioro cognitivo, etc.
- Personas en situación terminal.
- Cuidadores principales.

Tanto en Canarias como en la Comunidad Andaluza, fueron pioneros, ya que existe una figura que realiza una coordinación entre lo social y lo sanitario llamada enfermera de enlace. Ésta aborda abiertamente el requisito imprescindible que garantiza la continuidad de la atención, estableciendo un dispositivo que favorece la cooperación y comunicación activa entre enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, haciendo realidad los ejes principales de esa coordinación ⁽⁴⁷⁾, deberán incluir las siguientes actividades en función de las necesidades detectadas y que, según esta relación, puede dar la idea de que se mantiene realmente una atención holística y una coordinación socio-sanitaria:

- Valoración integral.
- Valoración de riesgos en el hogar y provisión de ayudas técnicas y adaptaciones.
- Actividades preventivas según grupo de riesgo: vacunaciones, prevención primaria y secundaria de factores de riesgo cardiovascular, etc.
- Plan asistencial multidisciplinario.
- Detección precoz, tratamiento y seguimiento de hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, obstrucción crónica del flujo aéreo y otros problemas crónicos de salud.
- Monitorización y control de síntomas.
- Ayuda para las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales.
- Educación para el autocuidado.
- Intervenciones técnicas de enfermería: inyectables, curas y suturas, extracciones y toma de muestras para analítica, pruebas complementarias, sondajes, espirometrías y lavados óticos, nutrición enteral, ventiloterapia, aerosolterapia y oxígeno terapia, control de la anticoagulación oral, urgencias.
- Gestión del material sanitario y ayudas técnicas necesarios para la provisión de los cuidados en el domicilio.
- Servicios de apoyo al cuidador principal: información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda para la búsqueda de recursos, movilización de redes, servicios de respiro, atención al duelo, manejo de problemas de afrontamiento.
- Seguimiento y atención telefónica.

INTRODUCCIÓN

- Preparación del alta hospitalaria.
- Coordinación socio-sanitaria: Coordinación y derivación a trabajadores sociales para responder a las necesidades de apoyo social de la familia incluyendo actividades como la gestión de recursos de ayuda a domicilio para cuidados personales, gestión de recursos socio-sanitarios dirigidos al paciente o cuidador/a, estancias diurnas o temporales en residencias o unidades para pacientes dependientes, tele-asistencia domiciliaria o alojamientos alternativos.
- Información necesaria a otros proveedores que puedan intervenir en el proceso (servicios de urgencias, equipos de salud mental, etc.) para garantizar la continuidad del plan de cuidados.
- Fisioterapia preventiva y rehabilitadora.
- Cuidados de los pies.
- Cuidados paliativos.

En la Comunidad Andaluza son las enfermeras/os las que realizan los informes de salud^{III}, generando fluidez en el sistema. Las enfermeras, al ser responsables de los informes y llevando a cabo una valoración directa de las necesidades de cuidados de las personas, evitan la picaresca que se puede producir ante un neófito (48). En la Comunidad Valenciana se ha habilitado a personas sin conocimientos sanitarios ni de tipo social, siendo estos los que realizan valoraciones del nivel de dependencia a los solicitantes. Ante los órganos competentes, su habilitación puede dar lugar a toda una serie de conflictos, que van desde la propia picaresca del individuo afecto de problemas de dependencia, que para obtener mayores valores en el ratio miente en cuestiones de salud, hasta la infravaloración por desconocimiento de los problemas que acarrearán determinadas situaciones de alteración de la salud.

Tras haber analizado otros modelos nacionales y extranjeros, en la Comunidad Valenciana, la actual figura de valorador del nivel de dependencia se debería eliminar, y se ha llegado a la conclusión de que una medida adecuada sería el desarrollo de la figura de Enfermera de Gestión Domiciliaria con una formación específica. Esta propuesta, se ha diseñado tratando de atender a las necesidades individualizadas de la población y catalogando las necesidades urgentes de atención con:

III. C.G.C.O.E. Diario Enfermero 278. 18/2/2009. las enfermeras andaluzas emiten más de 200.000 informes sanitarios de personas que han solicitado acogerse a la ley de dependencia.

1. El aumento mayoritario y desarrollo de un modelo integrado por 5 agentes de AD formados por diferentes roles sanitarios que impulsen el Plan Modelo de Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007.
2. Adoptar las ventajas de los modelos de las enfermeras de enlace surgidos en Canarias y Andalucía, y evitar sus inconvenientes ⁽⁴⁹⁾.

1.12.- Situación propuesta en la Comunidad Valenciana.

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) de la Comunidad Valenciana, en el periodo 2004-2007, consideraba a la enfermera como su profesional protagonista y dentro de este colectivo, fundamentalmente la enfermera de Atención Primaria. Sobre ella reposaba la responsabilidad del desarrollo del plan (Conselleria de Sanitat, 2004) ⁽³²⁾. Se intentaba crear una nueva figura, que fue ubicada en algunas áreas como experiencia piloto, y pretendía proporcionar cohesión en el ámbito de los cuidados a modo de incursión en la necesaria coordinación socio-sanitaria.

La coordinación de la atención y de los recursos era una de sus responsabilidades, actuando de enlace con la enfermera encargada de la dependencia. Asimismo, entre sus atribuciones, se especificaba que debería ser capaz de realizar planes de cuidados holísticos para asegurar que no se originaran solapamientos en las actuaciones, procurando que no se produjera el olvido de las cuestiones necesarias para el mantenimiento de la salud ⁽⁵⁰⁾.

Con el ratio suficiente, ésta sería la figura que facilitaría la cohesión necesaria, teniendo en cuenta que no dependería de los presupuestos de la ley de la Dependencia, actualmente gestionados por la Conselleria de Bienestar Social, sino que sería una enfermera de Departamento sanitario y, por tanto, dependiente de la estructura de Atención Primaria y de la dirección de enfermería correspondiente, y desarrollando su actividad a nivel de la zona básica de salud o del ámbito geográfico al que se le adscriba.

En cuanto a las directrices de planificación y gestión que guían el desarrollo de los contenidos de su actividad profesional, tendrían una formación específica, y su referente sería el servicio competente, actualmente, el Servicio de Protocolización e Integración Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Agencia Valenciana para la Salud.

INTRODUCCIÓN

Esta figura y sus posibilidades de desarrollo en el ámbito de la atención domiciliaria sanitaria, proporcionaría y facilitaría la derivación de los usuarios, que requieran de otros servicios o profesionales, según su dependencia calculada en su primera valoración. Si esta figura se enmarcara dentro del equipo sanitario, este podría disponer de dos interlocutores principales, que serían por la parte social, la Trabajadora Social, y por la parte sanitaria, la Enfermera de Gestión domiciliaria. De no ser así, por cuestiones económicas, también se puede realizar esa coordinación con la enfermera actual de atención sanitaria aunque, evidentemente, para tan ardua tarea se tendría que revisar, tal y como se ha comentado, el ratio de estas, y por supuesto, de las actividades a realizar.

El desarrollo de esta figura profesional en el área sanitaria tiene una cuádruple misión:

- a) Prestar atención directa a pacientes complejos y a sus cuidadores.
- b) Estimular e intensificar la prestación de AD por parte de los EAP, y concretamente, por las enfermeras. Reforzando la labor de formación de las enfermeras de EAP e implantando y evaluando la instauración del programa marco de atención domiciliaria.
- c) Asegurar la coordinación de la AD prestada por la familia, los profesionales de AP de salud, el sector social y los agentes domiciliarios.
- d) Garantizar la continuidad informativa y asistencial entre niveles sanitarios.

Se trata de una figura que desarrolla labor asistencial y que al mismo tiempo es consultora del EAP. Que asume además la gestión de casos complejos, y que es responsable de toda la AD que se proporciona a un colectivo definido de pacientes y de sus cuidadores, de una zona básica de salud. Está formada específicamente en valoración integral de pacientes y cuidadores. Este modelo diseña y asigna a la Enfermera de Gestión Domiciliaria once funciones:

1. -Función de captación de población diana.

- Realizar la captación de los pacientes y su periódica actualización. Esta captación se realiza de forma activa mediante el análisis de censos específicos o conjuntamente con las enfermeras de referencia del EAP y el resto de profesionales del Centro de Salud. También a través de las solicitudes de otras fuentes: familia, Servicios Sociales, UHD, USM. Se trata de un modelo "multientrada" en el que los usuarios tienen distintos puntos posibles de acceso a la AD.

INTRODUCCIÓN

- Identificar colectivos de pacientes complejos y de especial atención que requieren AD.
- Identificar el colectivo de pacientes con criterios de AD que no han sido detectados por el EAP.
- Realizar la captación de los cuidadores de los pacientes domiciliarios para su valoración.

2. -Función de valoración integral de pacientes domiciliarios y de sus cuidadores.

- Realizar una valoración integral y multidimensional de las necesidades de cuidados de los pacientes identificados en el punto anterior, mediante formatos normalizados y siguiendo el protocolo correspondiente.
- Solicitar, si se estima necesario, la colaboración de otros profesionales para completar la valoración integral.
- Realizar el cribaje de pacientes, una vez valorados, derivando a los profesionales responsables del EAP aquéllos que no reúnen criterios de inclusión para la gestión de casos, o su problema puede ser resuelto con los recursos del EAP.
- Realizar la valoración integral de los cuidadores de los pacientes domiciliarios, mediante formatos normalizados y siguiendo el protocolo correspondiente.
- Realizar reevaluaciones de pacientes y cuidadores según periodicidad protocolizada.

3. -Función de elaboración del plan de intervención.

Elaborar el plan de intervención, que consistirá en:

- a Determinar los servicios, los materiales y los equipamientos necesarios.
- b Identificar los recursos proveedores que tienen que intervenir.
- c Establecer la intensidad asistencial de los profesionales sanitarios.
- d Fijar los respectivos calendarios.
- e Establecer los mecanismos de seguimiento y evaluación.

Asimismo, el plan incluirá a los cuidadores como recurso proveedor de AD, pero siempre basando su nivel de colaboración en la valoración previa de su salud, de su capacidad y de su grado de implicación.

Proponer y discutir el plan de intervención en general, y el plan asistencial sanitario en particular, con los profesionales referentes del paciente en el EAP enfermera, médico y/o trabajadora social. Proponer y discutir el plan de intervención con el paciente y su familia.

4. -Función de puesta en marcha del plan de intervención.

- Activación de todos los recursos necesarios: Prestaciones Ayuda Domicilio, Trabajo Social, Cuidadores, Unidad de Salud Mental, Unidad Básica de Rehabilitación, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Servicios Atención e Información al Paciente, Grupos de Ayuda Mutua y Voluntariado.
- Puesta en marcha de los servicios y obtención de los materiales y equipamientos necesarios.

5. -Función de coordinación sociosanitaria, en colaboración con la trabajadora social.

- Derivar a la trabajadora social los casos que cumplan los criterios de derivación normalizados.
- Apoyar a la trabajadora social en la coordinación sociosanitaria y en la gestión del acceso a servicios y recursos proporcionados por el sector social.
- Detectar y fomentar la creación de Grupos de Ayuda Mutua, así como gestionar la intervención del voluntariado en general en el ámbito de la Atención Domiciliaria.
- Promover encuentros entre el sector social y el sanitario, tanto en los talleres de cuidadoras como en otros foros y grupos de trabajo.

6. -Función de gestión de ayudas técnicas, material ortoprotésico y gestión del equipamiento médico sanitario de larga duración.

- Solicitar y gestionar ayudas técnicas para el cuidado de acuerdo con el plan de intervención.
- Controlar, en el ámbito de su competencia, la provisión de ayudas técnicas y material ortoprotésico por parte de empresas concertadas o por cualquier otro procedimiento que se pueda instaurar.
- Derivar a la trabajadora social la gestión del acceso a ayudas económicas para la obtención de dicho material.
- Gestión y control de los equipamientos sanitarios domiciliarios de larga duración como la oxígeno terapia, la aerosol terapia, (CPAP).

7. -Función asistencial y de seguimiento directo del paciente domiciliario complejo.

- Asistir a los pacientes complejos en colaboración con la enfermera y médico de referencia del Equipo de Atención Primaria, según el plan de intervención pactado.

INTRODUCCIÓN

- Asistir a los pacientes complejos en colaboración con las Unidades de Hospitalización a Domicilio, en los casos que reciban periódicamente técnicas terapéuticas especializadas: nutrición artificial, control de ventilación mecánica, transfusiones, paracentesis, hemodiálisis, etc.
- Realizar el seguimiento de los pacientes de su cartera de casos gestionados y de los cuidadores.
- Mantener un contacto continuado y una comunicación efectiva con paciente y cuidadores para detectar rápidamente cualquier cambio significativo: reagudización de patologías, cambios en el estado mental, deterioro funcional importante, hospitalización, ingreso en residencia, cambio de domicilio, enfermedad grave o muerte de la pareja o cuidador, indicaciones de claudicación familiar, solicitudes por parte del paciente, de los cuidadores o de los agentes domiciliarios, etc.
- Este seguimiento podrá ser tanto presencial como telefónico o telemático.
- Realizar el seguimiento de las intervenciones de los agentes involucrados, al objeto de evaluar la suficiencia, la idoneidad y la fiabilidad de los servicios que prestan.
- Realizar los reajustes pertinentes del plan de intervención.

8. -Función de atención y apoyo al cuidador domiciliario.

- Proporcionar los cuidados de salud necesarios ya sea directamente o a través de los profesionales de referencia del EAP.
- Facilitar los circuitos administrativos.
- Planificar y organizar la realización de talleres de formación educativa a cuidadoras.
- Prestar apoyo y formación individualizada a los cuidadores familiares.
- Gestionar, junto con la trabajadora social, el acceso a recursos de apoyo del sector social.
- Gestionar, junto con la trabajadora social, el acceso a recursos del voluntariado.

9. -Función de continuidad de cuidados entre niveles y agentes domiciliarios.

Existen frecuentes cambios de situación debidos a alteraciones en el estado tanto del paciente como del cuidador, e incluso del entorno. Estas variaciones determinan movimientos de pacientes (internamiento en hospital de agudos, de crónicos o en residencia asistida, cambios de domicilio) o la intervención de nuevos agentes domiciliarios (Servicios Emergencias, Unidad Salud Mental, etc.) lo que va a generar un flujo de pacientes y/o de información que debe ser gestionado en aras de obtener la necesaria continuidad en la asistencia.

INTRODUCCIÓN

En relación con estos movimientos, la Enfermera de Gestión Domiciliaria tiene la función de:

- Gestionar el flujo de pacientes entre Hospitales y el PAD.
- Gestionar el flujo bidireccional de pacientes y la atención compartida entre las UHD y el PAD.

Podemos estimar que el 20% de las altas de los hospitales de agudos necesitan un seguimiento domiciliario. Tan sólo en 2004 ya los hospitales de agudos dieron 390.000 altas en la Comunidad Valenciana, 78.000 altas requerirían AD post-hospitalización, de estas altas, 19.000 fueron atendidas por la HAD. A su vez, en el momento del alta de las UHD, la mayoría de estos pacientes deberían pasar al PAD de Atención Primaria. El resto, es decir 59.000 altas, debería haber pasado desde la cama del servicio hospitalario directamente al programa de AD en Atención Primaria, ambos flujos (Hospital <> PAD y HAD <> PAD) deberían ser articulados por las Enfermeras de Gestión Domiciliaria de manera que pasen a:

- Gestionar la atención compartida entre las Unidades de Salud Mental y el PAD.
- Gestionar la atención compartida entre las Unidades de Rehabilitación Domiciliaria y el PAD, u otros agentes domiciliarios.
- Gestionar el flujo de información entre los Servicios de Emergencias Sanitarias y PAD.
- Participar en los foros de coordinación interagentes domiciliarios, interniveles o intersectoriales.

10. -Función de consultoría.

Siendo soporte como profesional experto del Equipo de Atención Primaria (EAP) procediendo a:

- Realizar la valoración integral de cuidados de los casos complejos que el EAP en cualquier momento le solicite.
- Realizar actividades formativas de enfermería como; sesiones sobre cuidados, discusión de casos, revisión de procesos asistenciales para facilitar la mejora de la AD del EAP.
- Asesoramiento de enfermería en el manejo del equipamiento sanitario domiciliario.

11. -Función de planificación y evaluación de la atención domiciliaria.

- Manejar el registro de casos activos de pacientes y cuidadores en AD.
- Manejar los sistemas de información e indicadores de seguimiento de la AD.

INTRODUCCIÓN

- Evaluar el cumplimiento del programa marco de AD en AP.
- Detectar elementos de mejora en la AD y liderar la implementación de las mejoras, estimulando la integración interniveles.
- Detectar áreas de formación prioritarias para los profesionales en AD.

De quién depende, será uno de los aspectos a definir, puesto que ello tiene trascendencia presupuestaria, siendo lo más lógico que esta figura dependa del Departamento de salud y, por lo tanto, dependiente de la estructura de AP y de la dirección de enfermería correspondiente, ya que debe desarrollar su actividad a nivel de la zona básica de salud o del ámbito geográfico al que se le adscriba.

En cuanto a las directrices de planificación y gestión que guían el desarrollo de los contenidos de su actividad profesional, su referente será el Servicio competente, actualmente, el Servicio de Protocolización e Integración Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Agencia Valenciana para la Salud.

Estos proyectos, junto a las realidades en otras comunidades, deben servir de reflexión para, según lo comentado, visualizar un futuro donde la figura de la enfermera gestora de casos pueda solaparse con la figura de la enfermera de atención holística, siendo o no la misma persona. Añadiendo a lo planteado por Sanidad las funciones enumeradas en la labor más social y promotora de la salud y pudiendo servir también como enlace en esa necesaria y ausente coordinación socio-sanitaria.

Las distintas experiencias apuntadas son, básicamente, de dos tipos: por un lado, están las que podríamos denominar de integración sociosanitaria, pues su principal característica es la creación de una nueva estructura que se responsabiliza integralmente de la asistencia que precisan los ancianos y dependientes, sea ésta sanitaria o social. Por el otro, en las experiencias de coordinación sociosanitaria no se crea esa nueva estructura, sino que simplemente se establecen canales formales de comunicación, más o menos estrechos dependiendo del caso, entre los dispositivos sanitario y social (51).

1.13.-Retos y planteamientos de futuro en el modelo de servicios de la ayuda domiciliaria.

En el modelo de Servicio de Atención a Domicilio propuesto por la Fundación Edad y Vida se concluye que debe ser un modelo de atención integral sociosani-

INTRODUCCIÓN

taria a las personas mayores en situación de dependencia ⁽²²⁾. Se deben cubrir, por lo tanto, las necesidades de carácter social y sanitario, incluyendo servicios que vayan desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación, con el objetivo último de fomentar la permanencia de la persona en su entorno y mantener su red natural de apoyo. El modelo tiene como eje la libertad de elección del usuario en cuanto al proveedor del servicio, el cual debe ser acreditado y certificado en calidad. Esto último, así como la regulación de los profesionales prestadores, busca la profesionalización del sector. Asimismo, el modelo fomenta la promoción de la investigación y el desarrollo de estrategias encaminadas a una mejora en la calidad de vida de las personas mayores. Finalmente, afirma que las Administraciones Públicas juegan un papel clave como garantes de la provisión del servicio.

A nivel de regulación, el modelo considera necesario el establecimiento de un marco básico estatal que defina las características básicas y comunes que después desarrollarán la Comunidades Autónomas y los Servicios Municipales.

El desarrollo de la Ley de la Dependencia en las distintas Autonomías hace que se tengan y mantengan criterios diferentes. En ocasiones se obvian leyes en vigor, con la finalidad de abaratar costes a fuerza de limitar prestaciones o no contratar a agentes responsables de cuidados. Este es el caso de la Conselleria de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, que en el desarrollo del artículo 47 de la ley 5/1997⁽⁵²⁾, sobre la privatización de la atención domiciliaria, exige en sus requisitos la contratación de personal auxiliar para realizar las actividades derivadas de la función de cuidar, pero no contempla la exigencia de una presencia enfermera^{IV}. Por lo tanto, no se procede a considerar ni respetar la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las Profesiones Sanitarias ⁽⁵³⁾. En esta normativa se establece de manera específica que corresponde a los profesionales enfermeros la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. Si bien es cierto, que para desempeñar tan importante función se precisa que la enfermera/o disponga de las herramientas necesarias que le faciliten la labor del cuidado, la gestión y el control de los mismos.

Actualmente, existe una descoordinación administrativa en todo el territorio español, cuestión reconocida en el último informe de la Fundación Alternativas ⁽⁵⁴⁾.

IV Los enfermeros critican que se les excluya en la Ley de Dependencia. EL MUNDO 2-DIC-2008, PAG.9 J.J.Tirado

INTRODUCCIÓN

Este informe plantea dudas acerca de si se está garantizando el derecho subjetivo reconocido en la Ley, en todas las regiones, de manera igualitaria. Por ello, es aconsejable establecer mecanismos de coordinación entre las diferentes administraciones, en los que exista el diálogo, el consenso y la colaboración ⁽⁵⁵⁾.

El marco conceptual del Servicio de Atención a Domicilio, debe cuidar también los aspectos negativos que pueden en todo caso producirse, tal y como sería la actividad viciada en procesos de desatención o falta de interés de los profesionales, y donde la población puede presentar rechazo a la actividad a corto plazo por esa misma falta de seguimiento. A todo esto podría sumarse el hecho de que determinados profesionales que requieren de una formación específica sobre la dinámica de Atención Domiciliaria, no la acepten ⁽⁵⁶⁾.

Por todo ello, el Servicio de Atención a Domicilio ha de verse como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar y relaciones con el entorno. Dichos servicios son prestados en el domicilio de una persona en situación de dependencia con el objetivo básico de favorecer la autonomía personal en su medio habitual de vida. Evidentemente, este servicio no debe ser concebido como una prestación estándar o conjunto de prestaciones homogéneas, sino como un programa integrado de atención, planificado individualmente según las peculiaridades concretas del receptor.

El carácter de promoción de la salud y de la atención individual, ha de generar hábitos saludables en relación a la higiene, prevención de caídas o accidentes, refuerzo de vínculos sociales o familiares, etc., y su carácter rehabilitador consistirá en recuperar capacidades funcionales perdidas, reforzar la comunicación de la persona con su entorno, etc.

Por lo tanto, no se trata sólo de proveer determinadas prestaciones o servicios, sino que también es necesario utilizar técnicas de intervención adecuadas para reinstaurar o mitigar la dependencia, cuyo comienzo puede ser, también, psicológico para, posteriormente, transformarse en físico, tal y como puede ocurrir con el aislamiento social, una condición bastante frecuente entre los mayores ⁽⁵⁷⁾.

A todo esto, se deben unir los avances en tecnología aplicada a los cuidados para permitir mejorar la calidad de vida, tal y como se afirma en el dossier sobre la inteligencia ambiental: “las potencialidades de las Tecnologías de la Información

INTRODUCCIÓN

y las Comunicaciones, y el caso específico de la inteligencia ambiental aplicado a personas en situación de dependencia, de discapacidad o pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables, obliga a plantearnos el situar a la persona como elemento central de cualquier modelo social o sistema tecnológico, revisando y dando respuesta a nuevas demandas de la ciudadanía y a retos sociales emergentes"⁽⁵⁸⁾.

Hay evidencias de que la puesta en marcha de procedimientos informatizados mejora la atención en centros de dependientes, donde se garantiza la mejor atención del servicio, favoreciendo el trabajo diario de gestión en un 84% y dejando cifras del 92,4% de mejora global de la atención, indicando claramente que se hace necesario, a día de hoy, implantar infraestructuras de gestión que, al igual que la desarrollada en este trabajo, aseguren y controlen la calidad de los servicios prestados. En esta línea, a nivel nacional se está intentando implantar sistemas informáticos que mejoren el rendimiento de las personas y los servicios, generando un aumento de la calidad en la atención. Este es el caso de Almería, donde experimentalmente se ha implantado un sistema de información Web para agilizar la gestión y mejorar los servicios especiales de atención a las personas dependientes ⁽⁵⁹⁾.

Por parte del Instituto de Biomecánica de Valencia, el Gobierno de España y el Ministerio de Trabajo e Inmigración, en el informe del proyecto sobre desarrollo de soluciones innovadoras para la mejora de los servicios de atención domiciliaria para personas con dependencia (DISAD) ⁽⁶⁰⁾, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Desde la perspectiva del coste-beneficio, queda plenamente justificada una intervención básica y complementaria al SAD.
2. Pequeñas intervenciones tienen un impacto global muy importante.
3. Es necesario continuar con la investigación para poder mejorar el modelo.

Es, por tanto, posible extrapolar estas conclusiones a cualquier investigación, que redunden en la mejora y racionalización de la asistencia domiciliaria actual, siempre que los agentes que deben aplicar las mejoras tecnológicas gocen de una cohesión y un rol específico que permita esa anhelada atención holística. Atención que, por otra parte, está directamente relacionada con la calidad y la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. La gestión ha de centrarse en la producción de aquellos servicios demandados por los ciudadanos y prestados de tal manera que provoquen la mayor satisfacción posible en estos ⁽⁶¹⁾.

INTRODUCCIÓN

En la coyuntura actual, nos encontramos con unas dificultades a superar entre las que principalmente destacan:

La financiación. Es el principal reto al que se enfrentan estos servicios. La situación económica genera una incertidumbre en cuanto al cumplimiento y dotación presupuestaria en el desarrollo de la ley; de hecho en los recortes presupuestarios realizados en mayo de 2010 por el Gobierno de España, y en los actuales planificados a finales del 2012, se contemplan aún sin cuantificar unas importantes reducciones, unidas a la pérdida del derecho a recibir prestaciones con carácter retroactivo.

Capacitación de los profesionales. Otro de los retos más importantes en el ámbito de los SAD será la capacitación y formación de los profesionales de atención (enfermeras/os, trabajadores sociales y auxiliares), a los que hay que dotar de una formación holística en la prestación de los servicios. Modificar los hábitos de atención es imprescindible para generar nuevas políticas de salud. La promoción debe ser el eje principal donde basar los esfuerzos del equipo, generando nuevas concepciones que no se limiten única y exclusivamente a la aplicación de tratamientos o planes de cuidados estandarizados.

Asimismo, la incorporación de la adecuada formación en el ámbito de las nuevas tecnologías informativas y de comunicación generará una constante de innovaciones capaces de potenciar el autocuidado en la persona que recibe los servicios, por lo que la formación constituye una condición imprescindible para el cambio.

Control de la calidad del servicio. Las administraciones deben potenciar el control de la calidad de los servicios que se prestan al ciudadano, generando registros de eficiencia y eficacia capaces de vigilar los estándares mínimos de calidad de los mismos y huyendo de la supervisión administrativa exclusiva a la que nos tiene acostumbrados.

Estos servicios deben migrar desde su carácter fundamentalmente asistencial y medicalizado, a una prestación que complemente su labor técnica con la prevención de la dependencia, la promoción de la salud y el fomento de la autonomía personal.

En todo este panorama, se ha constatado la prioridad del mantenimiento de

INTRODUCCIÓN

la asistencia en el domicilio de las personas mayores dependientes, no solamente por razones económicas, sino también por el deseo mayoritario de éstas de ser atendidas en sus domicilios. Ahora bien, ante las nuevas realidades sociales de la familia, no se está actuando adecuadamente, ya que se continúan aplicando más recursos para establecimientos de cuidados de larga duración que para la asistencia a domicilio, a sabiendas de que lo más rentable para el sistema es lo segundo. Las actuaciones políticas hacen que tenga más impacto informativo, y al parecer electoral, el aumento de plazas residenciales que la potenciación real de la atención domiciliaria.

Evidentemente, la salud es el principal problema y la solución no es fácil. Los problemas de la dependencia tienen un componente de salud y por lo comentado, una estimación acentuada por la sociedad desde un componente medicalizado que hace imposible su disociación.

La lentitud en el desarrollo de la ley de la Dependencia, por diversos motivos, y los problemas que su aplicación acarrea, son contenidos recogidos de forma periódica por los medios^V. Esta situación precisa adaptaciones y sugerencias novedosas que consigan que el bienestar del ciudadano se pueda mantener, adecuando los recursos existentes a las realidades actuales.

Un ejemplo, que podría racionalizar esta atención, sería reconvertir las Residencias en centros neurálgicos de atención al desarrollo del Servicio de Atención a Domicilio, bajo la necesaria coordinación de los Centros sanitarios y, por tanto, del Plan de Atención Individualizada PIA, lo que potenciaría la aplicación y supervisión en toda la zona de cobertura de los centros y de sus servicios.

Con ello, se facilitaría la necesaria sectorización y control de los cuidados domiciliarios (eje primordial de la atención y promoción de la autonomía), que como bien se sabe, es ahora mismo tierra de nadie y de todos, al carecer de una coordinación real entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Bienestar Social, una situación que ocurre en la Comunidad Valenciana.

Poner estas ideas en práctica requiere del desarrollo de una experiencia piloto. Esta experiencia daría solución, a corto o medio plazo, al abordaje de los proble-

^V Agencias (Madrid, 10 de octubre de 2008) La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como ley de dependencia, podría peligrar con la crisis.

INTRODUCCIÓN

mas de coordinación y continuidad de los cuidados a personas en situación de dependencia. Una experiencia que accedería a solapar de forma coordinada las potencialidades de ambas atenciones, tanto los recursos Sociales como los Sanitarios y de Cuidados, generando, entre otras cosas, para la persona dependiente una necesaria atención holística que se puede y se debe perseguir. Su desarrollo nos permitiría conseguir:

- Adscripciones correctas y puntuales del usuario al recurso adecuado.
- Incremento de la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible, manteniendo control sobre su propia vida.
- Cambios conductuales en la persona, tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilidades para la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión, con el personal adecuado que cubra las necesidades básicas de la vida diaria.
- Fomento del desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico, etc.).
- Adecuación de la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
- Potenciación del desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
- Aumento de la seguridad y la autoestima personal.
- Potenciación de las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior y paliando así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejora del equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

Para ello, se precisa la adecuación de los recursos materiales y humanos, así como una modificación de los criterios de trabajo, los ratios y la organización del personal, con un claro control y una relación directa de la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Bienestar Social. Indudablemente, facilitando la atención holística de las personas y evitando deficiencias que impidan el buen funcionamiento del Estado del Bienestar. Proporcionando también las prestaciones personales requeridas, ya sean sanitarias o sociales, y que ven con gran dificultad la falta de una ventanilla única que les solucione sus necesidades, con una gestión de casos, adecuada y estructurada (62).

INTRODUCCIÓN

Facilitar el trabajo con una aplicación informática, introducirá en cada uno de los apartados enumerados medidas de resultado que se incorporan en la **tabla 8. Mejoras necesarias en el sistema socio-sanitario** y que tendrían que ver con los sistemas administrativos, de provisión de cuidados, y el propio cliente. Todo ello permitirá, en cualquier momento, llevar a cabo evaluaciones de costo, eficiencia y satisfacción. ⁽⁶³⁾

Mejoras necesarias en el sistema socio-sanitario			
	Coste	Asignación recursos	Ventajas
Sistema Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> -Contención de costes. -Efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> -Ajustados a necesidades reales. (Sanitarios o Socio-sanitarios). -Los disponibles en la comunidad para el mantenimiento de la permanencia en domicilio. -Accesibilidad apropiada 	<ul style="list-style-type: none"> -Inicio de ventanilla única. -Derivación tanto administrativa como socio-sanitaria a roles profesionales -Calidad
Sistema Cliente	<ul style="list-style-type: none"> -Estipulado por la administración 	<ul style="list-style-type: none"> -Los adecuados a su nivel dependencia tras la valoración y elaboración del PIA. 	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración y resultado inmediato. -Sensación de continuidad en la atención -consejos para el mantenimiento de su funcionalidad inmediatos. -Seguimiento de su estado funcional, de forma reglada. -Asignación de profesional de referencia -Calidad de Vida. -Protección del cuidador -Satisfacción del cliente.

Tabla 8.

Una aplicación informática que protocolice la atención socio-sanitaria puede generar, con respecto al coste del servicio, una contención de éste y un incremento de la efectividad, y mejorar la correcta asignación de recursos, reportando innumerables ventajas al sistema y al usuario. Esto iría en línea con las necesidades de atención para el mantenimiento de la autonomía personal de ancianos dependientes en el domicilio.

Objetivo

II.-Objetivo General

- Mediante este trabajo pretendemos generar una aplicación informática sencilla y adaptada al método de valoración que presenta la actual Ley de la Dependencia que permita generar, de forma individualizada y a la vez estandarizada, un Plan de cuidados inmediato tras la valoración de necesidades con la finalidad del mantenimiento de la autonomía personal.

Objetivos Específicos

- Que esta aplicación permita que se ordenen y deleguen las actividades y tareas a realizar, tanto por profesionales del equipo socio-sanitario, como por cualquier familiar o trabajador vinculado al SAD.
- Aportar racionalidad a los métodos de trabajo, a la vez que genere un ahorro en los recursos. Evitando también, si la valoración es realizada por sujetos distintos a los que posteriormente desarrollan los planes de cuidados, la disparidad que se puede producir en la atención. Con todo ello estamos garantizando que estos planes se hacen, no ante un papel, sino ante el usuario.
- Se persigue generar en el dependiente mayor una sensación de continuidad en la atención, destacando la inmediatez con que las acciones terapéuticas y demás consejos ofrecidos tras la valoración le son entregados, proporcionándole una guía que le permita el mantenimiento reglado de sus cuidados, junto a las intervenciones, que tanto él mismo como sus cuidadores, deberán llevar a cabo para mantener su nivel de independencia el mayor tiempo posible.

Hipótesis

III.-Hipótesis

La elaboración de un programa de cuidados informatizado permitirá unificar y estandarizar la actuación de los profesionales de enfermería, proporcionando coherencia en el resto del equipo sociosanitario, a la vez que reduce significativamente el tiempo en los procesos de valoración y realización de los planes de cuidados. Su implementación incidirá de manera decisiva en el coste del servicio, y en la correcta asignación de los recursos adecuados a los niveles de dependencia de los usuarios, lo que posiblemente generará distintas ventajas, tanto sanitarias como sociales.

Material y Método

IV-Material y método

Se trata de una investigación de tipo prospectivo, en la que se ha desarrollado una aplicación informática adaptada al método de valoración de la discapacidad, que presenta la actual Ley de la Dependencia. El instrumento de valoración o baremo, publicado el 21 de Abril de 2007, determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas y la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto, para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

La valoración debe tener en cuenta los informes existentes de diferentes profesionales relativos, tanto a la salud de la persona, como al entorno en que se desenvuelve. Este instrumento de valoración de la situación de dependencia, incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación, que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia, cuya última modificación se realizó en Julio del 2010. RD 174/2011 (64). En la **tabla 9. Tipología de actuación ante los niveles de dependencia** se indican según el nivel de dependencia, los indicadores de referencia principales, así como las necesidades de intervención que genera el aumento o la disminución de las capacidades funcionales del individuo.

PERFILES	INDICADORES	NECESIDADES DE INTERVENCIÓN
Dependiente leve	Buena adaptación al entorno Mantiene su entorno relacional Realización de actividades de interés	Proceso adaptativo a la edad Favorece el entorno relacional Propiciar actividades de interés
Dependiente moderado	Ligeras dificultades Puntualmente sentimiento de soledad Pérdida de relaciones	Resolución de dificultades Soporte emocional Mantener las relaciones
Dependiente Severo	Pérdida de memoria Caídas esporádicas Vivir solo Poca variación en la alimentación Aislamiento social	Seguridad en la vivienda Adaptaciones cognitivas Rutinas Entorno tranquilo Ayudas técnicas
Dependiente total con Patologías	Físicas y Mentales Pérdidas cognitivas Dificultad de adaptación a lo cotidiano	Autoconciencia de enfermedad Entorno adaptado Soporte familiar

Tabla 9. Tipología de actuación ante los niveles de dependencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Los distintos perfiles de dependencia, que van desde leve a total, a los que se pueden añadir algunas patologías, generan la necesidad en los profesionales de intervenciones cada vez más intensas, y de ajustar y determinar la adaptación del individuo a los recursos necesarios tras la valoración inicial.

Para ello se procederá, en una fase inicial del desarrollo de esta investigación, al análisis de la bibliografía relacionada y de la evidencia científica disponible en este campo. Se analizarán los instrumentos actuales y las diferentes experiencias, llevadas a cabo en términos de soporte de información clínica y social automatizada, sistemas de soporte y ayuda a las decisiones, sobre atención socio-sanitaria y de aquellos que tienen que ver con la continuidad y el seguimiento orientados a resultados ⁽⁶⁵⁾. Todo ello, en relación a la herramienta descrita en el baremo o instrumento de valoración publicado en el Real Decreto por el que se fija el baremo de valoración de la situación de dependencia.

El uso de instrumentos estandarizados para la valoración geriátrica integral, nos permite detectar de manera rápida el estado del anciano en su globalidad. De esta manera, se mejora la calidad prestada así como la aplicación de un plan de actuación interdisciplinar ⁽⁶⁶⁾. Es una evidencia que la mecanización de los cuidados de enfermería disminuye la variabilidad de la práctica clínica, homogeniza los cuidados y aumenta la implicación de los profesionales. La evaluación de proceso, de resultados y de adhesión de los profesionales es una parte imprescindible para la mejora continua ⁽⁶⁷⁾.

En nuestra investigación se procedió a la valoración de los usuarios utilizando un método de valoración tradicional, en adelante denominado manual. Este método, se ha llevado a cabo a partir de la recogida, análisis y síntesis de datos, mediante la utilización de las herramientas actualmente disponibles, el Índice de Barthel aplicado de forma manual, y procediendo a la realización de propuestas de mejora, en dos fases:

- 1) Creación y diseño de un algoritmo de atención que incorpore un método de valoración automatizada (informatizada), tal como indica la Ley, de la situación funcional del individuo que se encuentre en situación susceptible de dependencia. Con ítems reales que sean capaces, tras su análisis, de establecer el pertinente plan de cuidados que permita la actuación del profesional de enfermería, o en su caso, proceder a la delegación de tareas y/o a la derivación a otros agentes implicados en la atención del mayor dependiente.

- 2) Validación de la aplicabilidad de la metodología desarrollada en una población de individuos dependientes.

Procediéndose a la búsqueda de consenso y la unificación de los distintos criterios, pasando el correspondiente documento y los diferentes borradores que se iban produciendo, a nivel de aplicación informática, a diversos profesionales de reconocido prestigio (4 enfermeros en activo y con responsabilidad en el área de atención domiciliaria), para su valoración y modificación. Los objetivos utilizados para el diseño del método de valoración funcional de los ancianos serán:

- a) que permita la identificación de qué aspectos de la situación funcional del individuo se deben valorar.
- b) que se utilice la escala Barthel, ya que cumple con los requisitos de:
 1. ser ampliamente utilizada por los profesionales sanitarios con respecto a la discapacidad y la atención gerontológica en nuestro país, ajustándose al baremo mencionado; y
 2. ser de aplicación sencilla y rápida.
- c) que permita el desarrollo de las variables de cuidados de acuerdo a los ítems, incluidos en la escala de valoración, tratando de cumplir criterios de estandarización profesional determinados por la aplicación de diagnósticos NANDA, los objetivos NOC y las intervenciones NIC.
- d) que determine los grados de incapacidad del sujeto en función de la necesidad de asistencia.

Como elementos adicionales y necesarios se incluirán aspectos de evaluación, seguimiento próximo y desarrollo de actividades conjuntas para organizar, valorar, asegurar y reforzar, en su caso, la calidad de los servicios proporcionados con la gestión de casos. De este modo, deberá velar por el cumplimiento de las regulaciones establecidas procediendo, asimismo, a tratar de demostrar su efectividad, previendo sistemas de mejora continua que impliquen al personal y desarrollen sus prácticas, permitiendo generar el desarrollo, en un futuro, de:

- Guías y estándares de práctica
- Indicadores de calidad
- Investigación y hallazgos personales

En el **gráfico 15. Desarrollo de la aplicación MPCADH** (Modelo de planes de cuidados en atención domiciliaria holística) se puede observar los pasos seguidos, distribuidos en los siguientes apartados:

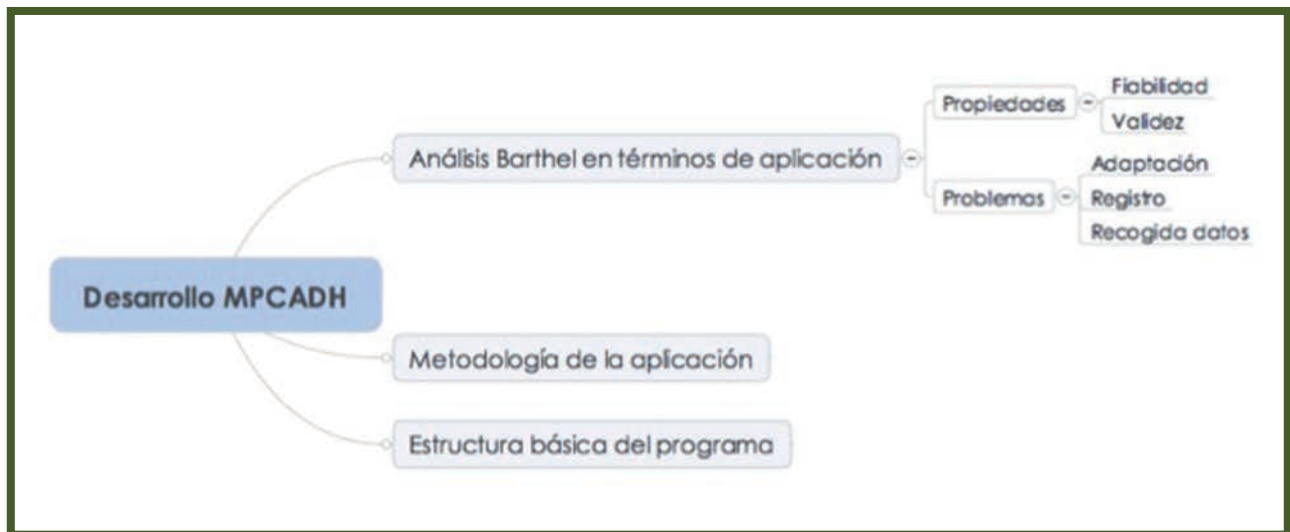


Gráfico 15. Desarrollo MPCADH

Análisis del Índice de Barthel en términos de aplicación

El índice de Barthel, en cuanto a sus cualidades psicométricas, tiene una gran validez predictiva de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad, de la vuelta a la vida laboral, de la mortalidad y de la estancia e ingresos hospitalarios (68).

En términos de fiabilidad, su reproductibilidad es excelente, con coeficientes de correlación Kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Respecto a su validez, como se ha dicho, tiene una alta validez predictiva a diferentes niveles, comprobándose también que el Índice de Barthel, obtenido de un cuestionario cumplimentado por un usuario válido, tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador (69).

Otros datos de interés

- Heteroaplicado (70)
- Tiempo de realización: menos de 5 minutos
- Entrenamiento previo: aconsejable
- Datos estadísticos: fiabilidad interobservador: 0,84-0,97; consistencia interna: 0,86-0,92

Respecto a la existencia de problemas de adaptación, la posibilidad de que la enfermera, al realizar la valoración con el Índice de Bathel, cometa errores, falta de verificación e incluso olvidos a la hora de aplicar esta herramienta, han tratado de

ser subsanados con la utilización de una guía introducida al efecto. Así como, en el último apartado, en actividades antes de entregar el plan de cuidados y mantenimiento de la autonomía personal a los usuarios, sirviendo de refuerzo y supervisión de los mismos.

Por otra parte, se han considerado las posibilidades de problemas de registro. En este apartado, podría resultar una dificultad la pérdida de registros no informatizados, la no inclusión de comentarios o apreciaciones por parte de la enfermera en la realización de la valoración. La herramienta dispone de un archivo automatizado de recogida de cualquiera de estas apreciaciones o anotaciones.

Para resolver los problemas de recogida de datos en situaciones de falta de cuidador principal, en aquellos usuarios con altos niveles de dependencia o por trastornos cognitivos, se ha incluido una tabla mecanizada a rellenar según el criterio de la enfermera, lo que nos permitió realizar valoraciones en personas que pudieran presentar una alteración cognitiva detectada o diagnosticada con un alto nivel de dependencia.

Metodología de la aplicación:

Para el desarrollo de la aplicación informática se ha utilizado PHP. Se trata de un lenguaje interpretado (script) de propósito general ampliamente usado, diseñado especialmente para desarrollo Web y que puede ser incrustado dentro del código HTML. Generalmente, se ejecuta en un servidor Web, tomando el código en PHP como su entrada y creando páginas Web como salida. Puede ser desplegado en la mayoría de los servidores Web y en casi todos los sistemas operativos y plataformas sin costo alguno.

Como base de datos para el manejo de registros se ha usado:

- MySQL, es un sistema de gestión de base de datos relacional, multihilo y multiusuario, con más de seis millones de instalaciones. MySQL AB —desde enero de 2008 una subsidiaria de Sun Microsystems y ésta a su vez de Oracle Corporation, desde abril de 2009— desarrolla MySQL como software libre en un esquema de licenciamiento dual.

Estructura básica del programa:

El software completo parte de una estructura básica de usuario, que almacena una serie de preferencias en distintas tablas. Comienza con una identificación de usuario, que carga las preferencias de éste, tras acceder a la tabla de pacientes; estas preferencias son presentadas al usuario registrado (**figura1**).

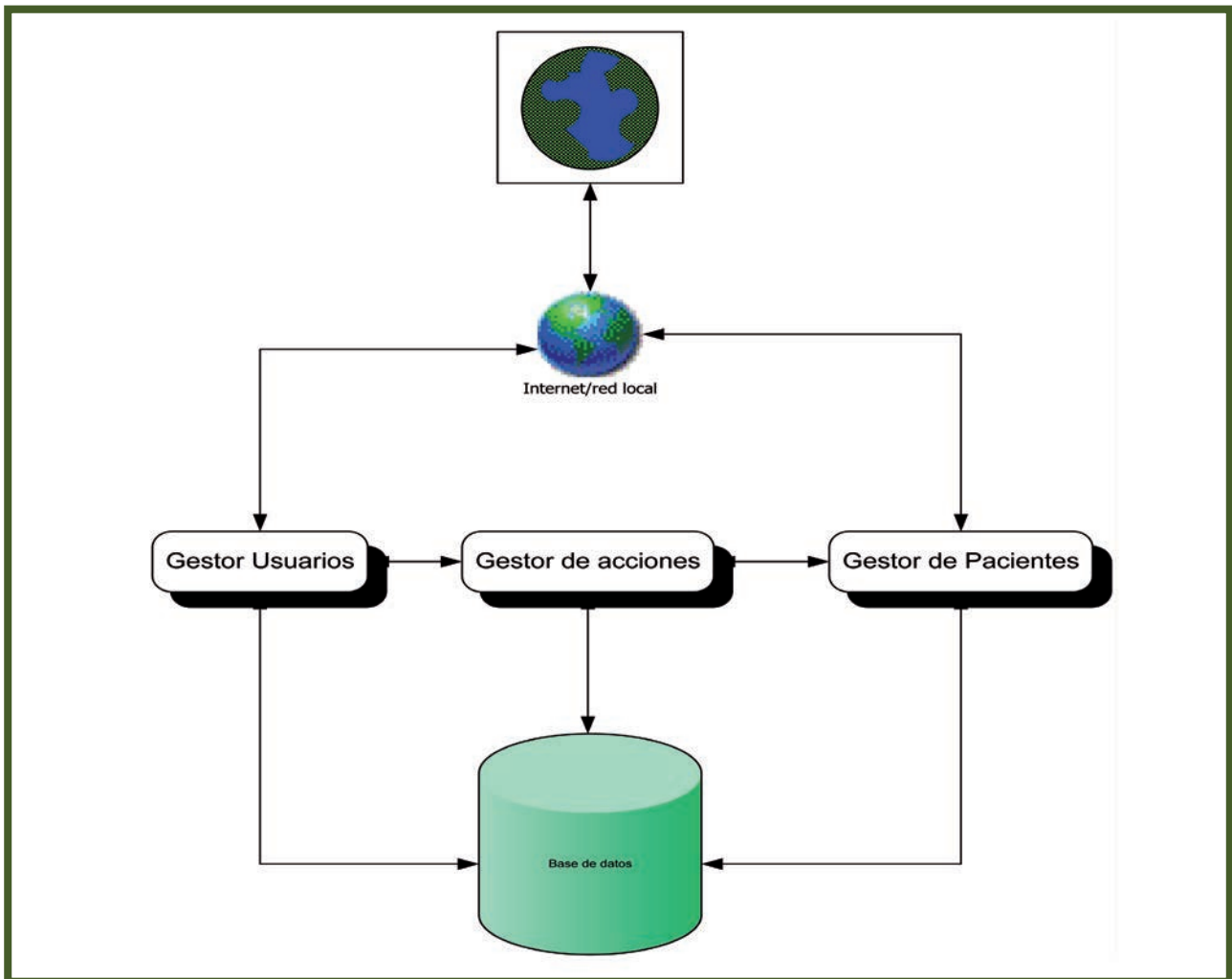


Figura 1. Esquema básico de la plataforma.

A grandes rasgos, la plataforma propuesta debe de contar con tres grandes módulos en una primera versión: el primero, de 'Gestión de Usuarios', en el que básicamente se permite realizar las tareas esenciales de creación eliminación y edición de usuarios. Una vez activado este módulo mediante la identificación correspondiente, la plataforma permite acceder a los otros dos módulos. El segundo, o 'Gestor de acciones,' que permite personalizar para el usuario identificado tanto las acciones a realizar por el paciente, como las tareas para el familiar o cuidador principal, y que van a ser registradas en las preferencias de ese usuario, cargándose la próxima vez que inicie la sesión. Estas modificaciones particulares van a tener efecto sobre el tercer módulo o 'Gestor de Pacientes' que, además de las tareas básicas de creación, edición y eliminación de pacientes, nos permite acceder a la gestión de las evaluaciones de cada uno de ellos, y que a la hora de realizar una nueva evaluación cargará las preferencias del usuario registrado. En los anexos de funcionamiento del programa se indican gráficamente los pasos a seguir.

Resultados

V. Resultados

Se procedió a la realización de una búsqueda bibliográfica, con la intención de utilizar los resultados como base del contenido y punto de partida del proceso de informatización. La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos, tales como la Base de Datos para la Investigación en Enfermería (BDIE) del Instituto de Salud Carlos III; CUIDATGE de la Universitat Rovira i Virgili; CUIDEN de la Fundación Index de Enfermería y Referencias bibliográficas sobre Enfermería, Fisioterapia y Podología en español (ENFISPO) de la Universidad Complutense de Madrid, U.S. National Library of Medicine (Pubmed), procediendo a su acotación mediante la introducción de términos relacionados. La introducción del término Índice de Barthel, así como de aspectos y elementos de la valoración geriátrica, ofrecieron numerosos resultados.

El problema se planteó cuando estos elementos se vincularon en la búsqueda de aspectos relativos a los procesos de mecanización y/o informatización, en donde pudimos constatar que hasta donde nosotros pudimos llegar, no se habían realizado publicaciones relacionadas con los procesos de mecanización e informatización de las actuaciones de valoración geriátrica o aplicaciones del Índice de Barthel. La ausencia de resultados nos decidió a ampliar la búsqueda y tratar de encontrar algún referente que nos pudiera, en su caso, orientar o servir de modelo. Los diferentes resultados obtenidos no nos fueron de utilidad, pues todos ellos tenían que ver con la realización de valoraciones conducentes a completar la historia clínica del paciente, o valoraciones generales que no se centraban, ni aproximaban, a los elementos básicos de nuestros objetivos. Esta situación, determinó en cierta manera las características de nuestra aplicación, pues nos hizo decidirnos por la utilización de un lenguaje interpretado de propósito general (PHP), ampliamente usado y diseñado especialmente para su desarrollo en Web, puesto que puede ser incrustado dentro de código HTML y rodar en la mayoría de los servidores Web y en casi todas las plataformas y sistemas operativos, sin costo alguno.

Al tiempo, y con el fin tanto de reforzar los conocimientos sobre la valoración en los domicilios, como de recoger ideas, se procedió a la realización de la primera parte de la recogida de datos de forma manual a personas de edad avanzada.

En esta primera tanda, tras la pertinente autorización individual, en cuanto a protección de datos (en los anexos se adjunta el modelo de formulario de consentimiento informado relleno por los usuarios o familiares), han sido valorados 120 individuos utilizando el Índice de Barthel y se procedió a generar el Plan Individual de Atención. El bloque principal de los entrevistados, eran Residentes referenciados

RESULTADOS

como Válidos de la Residencia de la tercera edad de Carlet, considerando a estos usuarios tal y como si vivieran en su propio domicilio ya que son independientes de los servicios sanitarios del centro. Cuestión que ha facilitado mucho el trabajo, debido a la accesibilidad a los mismos en este primer momento de la investigación. Una accesibilidad que hicimos valer también para la segunda tanda de valoraciones en la que utilizamos la aplicación MPCAHD, procediendo a la valoración automatizada. El resto de valoraciones se llevó a cabo, en ambas ocasiones, en domicilios particulares de distintos barrios de la ciudad de Valencia.

Las valoraciones se realizaron en fechas distintas, por lo que de los 240 individuos, no todos pudieron ser totalmente coincidentes en la realización de sus dobles valoraciones (manuales o mecanizadas mediante la aplicación informática), ya que durante los meses en que se pudieron realizar las encuestas, finales de 2009 principios de 2010 para la primera tanda, y los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2010 para la segunda, se produjeron fallecimientos, traslados y, en algunos casos, modificación de su condición de Válidos a Asistidos.

Como producto de las propuestas de mejora obtenidas, se procedió al rediseño del algoritmo de valoración, y se estableció que en toda primera visita domiciliaria se debe realizar la valoración por un profesional sanitario enfermero, que a su vez puede estar acompañado por un trabajador social. La finalidad es la de cumplir el objetivo holístico de atención y dar una solución inmediata al usuario; generando en éste confianza en el sistema.

Esta inmediatez, se ve refrendada por la realización del plan de cuidados de forma automática, donde se le puedan resolver al usuario todo tipo de dudas, así como las necesidades burocráticas o asistenciales que precise. Al mismo tiempo, se le informa del nivel de dependencia que tiene y de las prestaciones que le correspondan, incluso de las ayudas técnicas o modificaciones estructurales que precise en su domicilio.

En el **gráfico 16. Pasos a seguir en la atención holística domiciliaria**, algoritmo creado y diseñado a partir del análisis y reflexión sobre los resultados obtenidos, se muestran los pasos a seguir de manera secuencial, ofreciendo una atención holística que involucra a todos y cada uno de los miembros del equipo sociosanitario, al usuario, a los familiares e incluso a los cuidadores informales, dirigidos y coordinados en cuanto a cuidados por la figura de la enfermera.

RESULTADOS

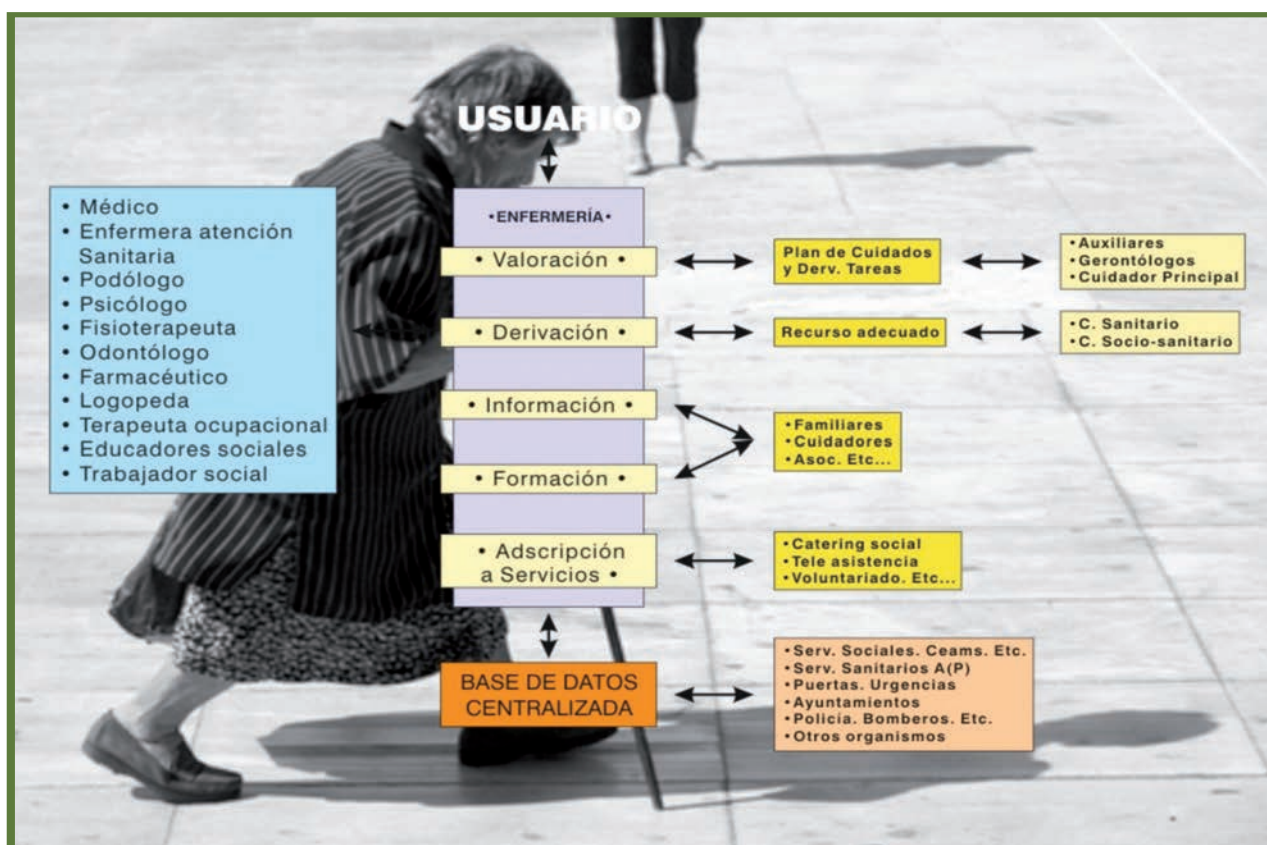


Gráfico 16. Pasos a seguir en la atención holística domiciliaria. (Elaboración propia)

De acuerdo con la valoración y sus resultados, se procederá a realizar el PIA-PAE, que indica, de forma protocolizada, los cuidados que las personas deben recibir o realizar para mantener su autonomía personal o la recuperación de sus funcionalidades en la realización de las ABVD. Todo ello, mediante una serie de instrucciones o consejos que faciliten la consecución de los objetivos, que ha previsto la valoración enfermera y van a implicar en su ejecución al propio usuario y a los cuidadores formales o informales.

Esa misma valoración, que en nuestra propuesta será automática y, por lo tanto, protocolizada, permite a la enfermera realizar en base a los resultados obtenidos y su criterio sanitario, la derivación en materia de salud a otros profesionales, que tanto a nivel preventivo como paliativo, deben actuar sobre la necesidad o problema detectado. Los profesionales enumerados, sin ser exhaustivos, en la izquierda del cuadro, pueden ir aumentando según las necesidades que se detecten en la valoración.

La siguiente etapa pasaría por proporcionar información y formación, tanto a usuarios como a cuidadores, e incluso a las asociaciones vinculadas con los mismos,

RESULTADOS

donde, por medio de programas formativos e informativos, se fomente la calidad de los cuidados y se despejen por parte de todo el equipo multidisciplinar, aquellas dudas que surjan y que resulten necesarias para mantener en perfecto estado de salud y de comodidad a los dependientes, así como la necesaria adecuación de los domicilios donde viven.

En la última fase, se procederá a la adscripción a servicios existentes en la comunidad, que puedan beneficiar al usuario en su domicilio y le permitan mantenerse durante más tiempo en él. Entre ellos, desde la teleasistencia hasta el catering social, pasando por todos los de atención en cuestiones básicas como la limpieza, etc.

Toda la información generada pasaría a formar parte de una base de datos centralizada, que funcionaría como una ventanilla única. Una ventanilla que consideramos necesaria y en la que deberían confluir todos aquellos organismos, profesionales y personas que detecten la necesidad de que un dependiente sea atendido en su domicilio. Que evite que se produzcan situaciones similares a las que la prensa nos tiene acostumbrados; ancianos con Síndrome de Diógenes, abandonos, accidentes, muertes de personas que al no solicitar ayuda, son desconocidos para las instituciones sociosanitarias que deben prestar cobertura en esas necesidades, etc. Con ello, se conseguiría la transformación de la demanda, que pasaría de ser generada por el usuario a ser generada por el profesional.

El proceso de valoración y la aplicación que se presenta en este trabajo, agiliza de forma evidente esa actividad. Y lo hace de tal forma, que la valoración genera automáticamente un Plan de Atención Individualizada para mantener, tal y como se indica en la ley de la Dependencia, la mayor autonomía posible y facilitar tanto el mantenimiento y conservación de la autonomía, como su recuperación.

Con la informatización prevista de la valoración, se pretende estandarizar a la vez que individualizar las acciones, teniendo previstas las posibles modificaciones individuales que se pudieran plantear. Acciones que deben ser elegidas por la enfermera y que pueden ser llevadas a cabo tanto por ella misma como por el usuario, los familiares o cualquier otro cuidador. Acciones que se deben comenzar a realizar y controlar por cualquiera de los sujetos involucrados en el cuidado y de las que deben informar a posteriori, en las siguientes visitas y valoraciones del profesional enfermero de referencia.

RESULTADOS

De ahí la importancia de que el profesional de enfermería, individualmente y en colaboración, asuma competencias y sea capaz de contestar “quién”, “qué”, “dónde”, “cuándo” y “por qué”, de las mediciones de los cuidados de asistencia a largo plazo, y de que éstas deben contar con los mejores instrumentos disponibles (71). Todo ello debido a que la provisión de los cuidados a nivel nacional mantiene una tendencia más sanitaria que social (Ministerio de Sanidad y Consumo 1989) (72), lo que demuestra sin lugar a dudas que la dependencia, hoy por hoy, tiene un marcado matiz sanitario y eso hace destacar, efectivamente, el rol de la enfermera especializada en los cuidados sociosanitarios, siendo el profesional autónomo que coordina una atención compleja, dirigida a personas en situación de dependencia, entre ellos mayoritariamente los ancianos y sus familias (73).

La realización de este trabajo, en el que los profesionales de enfermería asumen el nivel máximo de responsabilidad, mejora la calidad de vida del usuario, lo que tiene un impacto directo en la salud de los cuidadores/as, y ésta es mejor a su vez en aquellos casos que cuentan con un buen apoyo familiar y social. El mantenimiento de un buen estado de salud y un buen nivel de actividad física, junto con sentimientos positivos, mejora las posibilidades de un afrontamiento eficaz de la situación por parte de los cuidadores, algo que facilita la disponibilidad inmediata, a través del proceso de valoración informatizado, de un PIA-PAE inmediato (74).

Esta es una situación clave para el cuidador, ya que al sentirse respaldado por el sistema y tener la certeza de que existe una clara intervención, hace que las actuaciones y la correspondiente relación con la situación familiar, sea un importante factor predictivo de la salud mental de los cuidadores de pacientes dependientes (75). Una situación que ha tenido y tendrá un impacto positivo en los dependientes atendidos.

Las necesidades de intervención deben completar las diferentes tipologías de atención, que en nuestro caso serían de aplicación al dependiente (76). Por todo ello, se han diseñado una serie de mapas mentales, que incluidos en la herramienta informática, facilitan al profesional y especialmente a los profesionales noveles, una guía de actuación que proporciona seguridad y exhaustividad en la cumplimentación de la valoración en general, y del Índice de Barthel en particular. No basta con rellenar los ítems o preguntas que componen la valoración de una forma mecánica, es también necesario, tal y como indica la última modificación realizada en la Ley de la Dependencia, tener los conocimientos sanitarios suficientes para que las respuestas indiquen claramente el nivel de dependencia del individuo, sin

RESULTADOS

olvidar ninguno de los aspectos relevantes para la realización posterior del plan de cuidados. De ello depende el mantenimiento del máximo nivel de independencia del usuario, durante el mayor tiempo posible. Estos mapas mentales añaden los diagnósticos (NANDA) relacionados y sus definiciones.

Esta estructura puede ser modificada, pero en el momento actual, consideramos que servirá de guía a todos los profesionales sanitarios que realicen valoraciones mediante la utilización de nuestra aplicación. Guías que pueden ser utilizadas junto con otras herramientas enfermeras, tales como los diagnósticos de enfermería (NANDA), las intervenciones enfermeras NIC y NOC y todos los indicadores que se precisen para llevar a cabo la valoración y realización holística de los planes de cuidados, para el mantenimiento de la independencia de los individuos (77, 78,79, 80,81). La terminología empleada en las guías utiliza descripciones muy básicas de conceptos, en aras de no ampliar excesivamente las descripciones, dado que en todo momento se procederá a realizar la valoración y generación del plan de cuidados por profesionales. Por tanto, la terminología que se utilizará en el contenido de las guías pretende únicamente establecer puntos de referencia para la señalización del camino en la utilización de la aplicación. Los mapas mentales y su explicación se detallan de la siguiente manera:

Alimentación

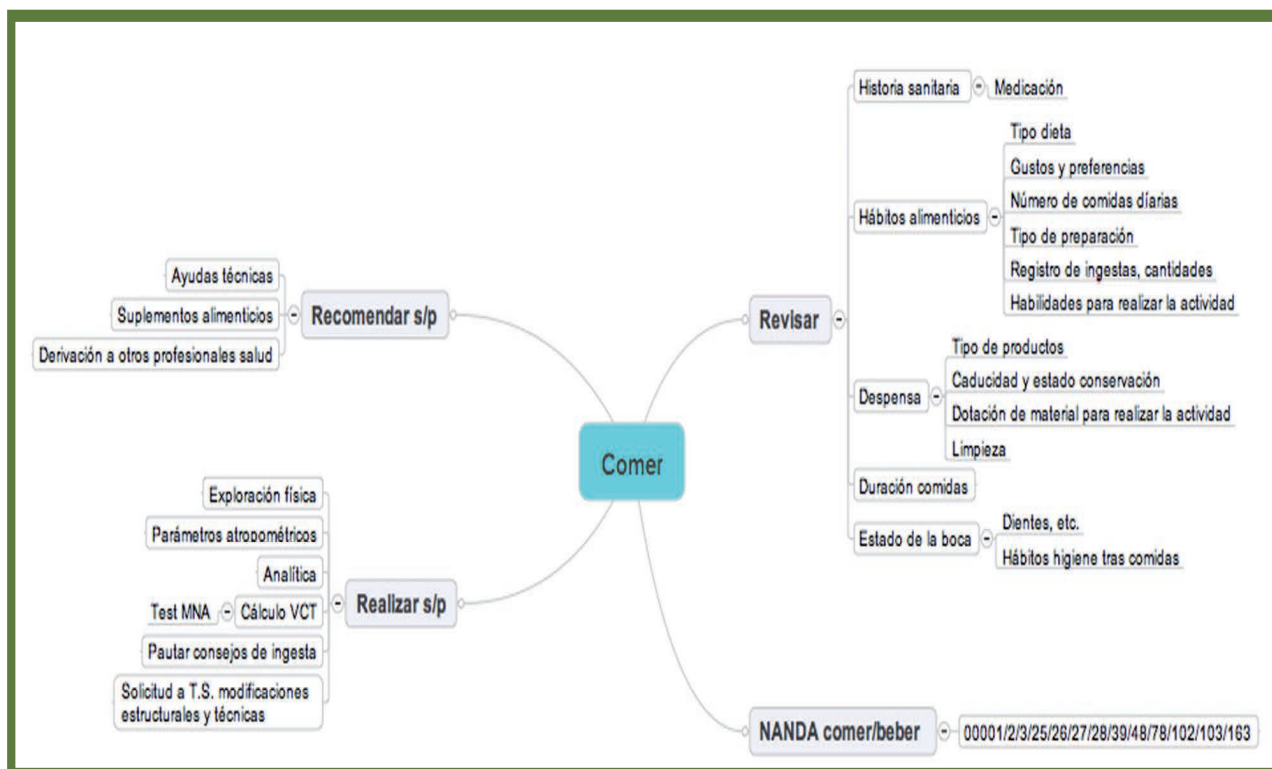
La alimentación es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporciona alimento al organismo. Abarca la selección de los alimentos, su cocinado y su ingestión y depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc. Los alimentos aportan sustancias que se denominan nutrientes, necesarios para el desarrollo de la actividad diaria, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Al realizar la valoración se ha de tener en cuenta los niveles de ingesta, y la determinación de las necesidades diarias del usuario, así como tener la precaución de revisar todos aquellos apartados que pueden influir en la absorción de nutrientes tal y como se detalla en el **Mapa mental 1 - Alimentación**.

La revisión de este aspecto tan importante para el mantenimiento de la persona, debe iniciarse por el conocimiento y revisión del historial sanitario, conociendo y verificando los registros de situaciones anteriores capaces de afectar globalmente a la alimentación y a la capacidad del individuo para realizarla de forma autóno-

RESULTADOS

ma. Pueden aparecer patologías que afecten a su normal realización, por lo que se incluirá en la revisión de ese historial el uso de fármacos, dada la importancia que sobre ella puede tener en la absorción de nutrientes, los trastornos del apetito, las interrelaciones, etc (82).



Mapa mental 1. Alimentación

Estudios realizados sobre salud y alimentación, destacan aspectos del bienestar en adultos mayores de 80 años que viven independientemente en la comunidad (83). Este estudio cualitativo, describe los factores que influenciaron las prácticas de salud de un grupo de 14 adultos mayores que gozaban de un buen estado general y vivían en forma independiente en Perth, Australia Occidental. En las entrevistas realizadas destacan, sin ninguna duda, la importancia de la alimentación y su relación con el consumo de fármacos, ya que las personas mayores, además de padecer cambios fisiológicos que aumentan la adversidad de los medicamentos, son también las que más los consumen. Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el gran riesgo de interacción entre ellos, junto a la posibilidad, aumentada exponencialmente con el número de fármacos prescritos, es una realidad de la medicalización en la vejez (84). En base a estas premisas, a la hora de realizar la valoración es preciso extenderse en este apartado, ya que los profesionales de la salud que se centran en el bienestar individual de los ciudadanos están

RESULTADOS

en condiciones de examinar, sugerir o recomendar las modificaciones o cambios en el uso y consumo de fármacos, reduciéndolos según las necesidades reales a fin de proporcionar el máximo beneficio con el menor riesgo y coste ⁽⁸⁵⁾. Evidentemente, es el enfermero quien mejor puede realizar, tanto la recomendación, como la derivación a otros profesionales de la salud, para que, en el rol de sus profesiones, corrijan las situaciones detectadas.

Es pues necesario conocer en profundidad los hábitos alimenticios en el mayor a la hora de realizar la valoración, incluyendo en los registros la información global que permita saber cuáles son los diagnósticos enfermeros, así como los resultados e intervenciones ⁽⁸⁶⁾.

El control y revisión por parte de la enfermera obliga a conocer el tipo de dieta, la periodicidad en el consumo de alimentos y sus clases; cómo son preparados, si el usuario abusa o no de algunos de ellos, las cantidades que ingiere diariamente y las habilidades que mantiene a lo largo del proceso; todo ello necesario para un perfecto control entre la ingesta y el consumo calórico adecuado para mantener su autonomía.

Otro de los aspectos que el mapa mental presenta, es la revisión por parte del profesional de la despensa del mayor. En una atención holística, no se debe descuidar este apartado, ya que esa observación verificará la información antes recogida, al conocer el tipo de productos que mantiene, su conservación y la fecha de caducidad. Con todo ello, evitaremos el riesgo de intoxicaciones en el domicilio del mayor. La dotación material necesaria para la apertura de envases, conservas etc. nos permitirá sugerir ayudas técnicas para la realización de estas tareas cotidianas de forma cómoda y, sobretodo, para mantener la adecuada higiene, tan necesaria en este proceso.

Especial atención merece el control del tiempo de duración de las comidas, dado que la prevalencia de un trastorno como la disfagia es, en los mayores de 65 años, de entre el 7 y el 22%, afectando al 15% de los mayores en su domicilio y a más del 40% de los institucionalizados, cifras que aumentan en las residencias asistidas. Enfermedades neurológicas degenerativas y vasculares, tan ligadas al envejecimiento como el Parkinson, el ACV y las demencias, especialmente, se acompañan de disfagia en un 25-50% de los casos en algún momento de su fase evolutiva. En la enfermedad de Alzheimer evolucionada, la disfagia (silente o clínica) es la norma. Otras circunstancias favorecedoras de la disfagia y la aspiración, como la

RESULTADOS

disminución de la saliva, la pérdida de piezas dentarias, una mala higiene oral, la disminución del reflejo tusígeno o el uso de medicación sedante, que disminuye el reflejo deglutorio, son tan frecuentes en el mayor que la disfagia se ha postulado como un gran síndrome geriátrico, infradiagnosticado en la actualidad (87).

La disfagia consiste en la dificultad para deglutir, pudiendo afectar a cualquiera de las tres fases de la deglución: oral, faríngea o esofágica. Los trastornos de la deglución se caracterizan por la debilidad o incoordinación de los músculos de la boca y garganta, asociado al déficit de los nervios motores y sensitivos, que impiden masticar o deglutir tras una lesión neurológica.

Los síntomas incluyen el babeo, la retención de comida en la boca, la tos después de tragar, el borboteo y una sensación de "nudo en la garganta". También existe un mayor riesgo de aspiración y, por tanto, de neumonía.

Es muy útil que el enfermero valore la naturaleza del trastorno de la deglución para proporcionar la consistencia de los alimentos más adecuada, o bien, derivar el caso a otros profesionales de la salud para que actúen sobre esta patología desde cada uno de sus roles.

El estado bucodental de las personas mayores no puede separarse de la salud general. Se sabe que los desórdenes orales tienen un profundo impacto en la calidad de vida del anciano, ya que influyen en su salud física alterando la capacidad para tragar, comer y hablar; en su salud mental, al influir en la autoimagen, y en el rol social, entorpeciendo los contactos interpersonales y poniendo freno a una vida más activa.

Por tanto, no hay que olvidar que la boca es una parte integrada en el organismo y que cuando aparece una deficiencia en ella se originan alteraciones en otras áreas de la salud del anciano.

Por diferentes razones, y a diferencia de otros trastornos físicos, los ancianos reciben tarde y mal sus cuidados bucodentales con respecto a los adultos. Esto se debe, en parte, a la aceptación generalizada de que es inevitable e irreversible la pérdida dental con la edad, unido a la actitud fatalista de los propios ancianos, que consideran las discapacidades y el dolor como parte inherente de su envejecimiento.

RESULTADOS

Se suele dar, además, una baja percepción de las necesidades, tanto preventivas como de tratamiento bucodental, por parte del anciano y de sus familiares.

A ello se suman, también, el temor y la ansiedad; posiblemente basados en experiencias poco agradables durante la juventud. Persiste una falta de información y asesoramiento, con ideas erróneas sobre los tratamientos, unido al elevado coste económico de los mismos, ya que son en su mayoría de carácter privado y son muchos los ancianos que cuentan con escasos recursos monetarios. A esto hay que añadir las dificultades de acceso a los servicios dentales, con insuficientes condiciones de accesibilidad a las consultas, como sillas con asientos más elevados, apoyabrazos y tacos de goma para evitar los deslizamientos; pasillos con pasamanos, aseos señalizados para ser fácilmente localizables, así como la falta de accesibilidad a aquellos pacientes incapacitados en sus domicilios o en áreas rurales.

Los hábitos de salud desfavorables, como la falta de higiene bucal y el no acudir al dentista, aumentan con la edad.

Los diagnósticos NANDA asociados a los ítems de Barthel mencionados en el apartado 1.8, se presentan en los mapas mentales con un incremento de algunos diagnósticos que, aún no siendo demasiado específicos, se incluyen para que la enfermera, en su valoración, los pueda tener presentes si así lo decide, por lo que se procede a su definición.

COMER Y BEBER

00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

Definición. Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas

00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

Definición. Riesgo de aporte de nutrientes que exceda las necesidades metabólicas

00025 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición. Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares

00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición. Aumento de la retención de líquidos isotónicos

00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición. Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se alude a la deshidratación o pérdida solamente de agua, sin cambios en los niveles de sodio

00028 RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Definición. Riesgo de sufrir una disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN

Definición. Riesgo de penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o bien, alimentos sólidos o líquidos

00048 DETERIORO DE LA DENTICIÓN

Definición. Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura

00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Definición. Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud

00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

Definición. Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación

00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

Definición. Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado a un déficit de la estructura y función oral, faríngea o esofágica

00163 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

Definición. Patrón de aporte de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas que puede ser reforzado.

En el mapa mental, llegamos al apartado de recomendaciones tras la revisión exhaustiva realizada; el registro de los NANDA descritos en el mapa permitirá reco-

RESULTADOS

mendar las ayudas técnicas necesarias, así como los suplementos.

Como hemos visto, en España, el estado de salud bucodental de nuestros ancianos es bastante precario. Por ello, y tras conocer el estado dental del anciano y sus hábitos de limpieza, es preciso recomendar las pautas necesarias, incluyendo la derivación a otros profesionales de la salud, como serían los odontólogos, para mejorar la realización de esta necesaria actividad. Así, puede reducirse el impacto de este problema en la alimentación del mayor.

En el mapa se indican también las posibles realizaciones, según criterio del profesional, de analíticas específicas sobre el estado nutricional de la persona que, de forma secuencial, pueden resumirse en:

Realización de parámetros antropométricos (PA): porcentaje de cambio de peso, medida de los pliegues cutáneos e índice de masa corporal (IMC). Ha quedado demostrado en diversos estudios que los PA proporcionan una estimación cuantitativa muy fiable para la valoración del estado nutricional. Además, constituyen un método de realización fácil, rápido, inofensivo, fiable y económico (88).

El valor más utilizado en clínica y epidemiología para determinar el estado nutricional de una persona en particular o una población general, es el índice de masa corporal (IMC). El IMC es considerado una medida de peso relativa, que establece una relación entre la talla del sujeto y su peso:

$IMC = [(peso \text{ (Kg)}) / (talla^2 \text{ (m)})]$. El IMC es un indicador, no sólo de la existencia de obesidad, sobrepeso o desnutrición, sino también del grado en que se padece.

Realización, si se estima, del test incluido en la aplicación informática diseñada Mini Nutritional Assesment (MNA), así como del cálculo del CVT, que también acompaña a la aplicación informatizada de esta tabla.

Su complementación resulta sencilla y de bajo coste, permitiendo la detección del riesgo de desnutrición antes de que aparezcan las alteraciones clínicas e identificando así precozmente posibles situaciones de riesgo (89,90).

Una exploración física que incluya el aspecto del cabello, la piel, los ojos, la boca, las uñas, etc. indicará de forma visual las condiciones nutricionales del anciano valorado.

RESULTADOS

La valoración analítica y bioquímica, con determinación de proteínas séricas, linfocitos y colesterol, constituye una prueba más objetiva a la hora de clarificar el estado nutricional del individuo (91).

El siguiente paso consiste en pautar, de acuerdo a los datos recogidos, los consejos de ingesta de forma clara para un perfecto entendimiento por parte del anciano. Se encuentran recogidos dentro de la herramienta, con la posibilidad de modificar de forma personal las recomendaciones.

Como colofón, puede ser derivada a la trabajadora social la recomendación de modificaciones estructurales en la vivienda o la solicitud de ayudas para cubrir las necesidades detectadas.

Trasladarse

Es la capacidad del individuo para cambiar de lugar por sus propios medios, en el caso del adulto mayor es un ítem de elevada importancia. De esta capacidad dependen factores tan importantes como el nivel de aislamiento, o la pérdida de masa muscular generada por la edad (sarcopenia), que puede verse acelerada a causa de la dificultad de movilización. Resulta de capital importancia conocer los aspectos relacionados con la limitación y/o facilitar el correcto funcionamiento en el ámbito de esta necesidad.

En el mapa mental 2- trasladarse, y al igual que en el primer ítem, es necesario revisar la historia de salud del anciano en busca de alteraciones susceptibles de



Mapa mental 2. Traslادarse

RESULTADOS

modificar la capacidad que queremos medir. En el caso de que no se detecten en el historial afecciones importantes, dedicaremos atención a la revisión de las articulaciones, sobretodo las inferiores, por ser las que más afectarán a esa capacidad.

En el mayor, los huesos se vuelven más frágiles y, debido al deterioro de las estructuras articulares, pueden presentar inflamación, dolor, rigidez y deformidades. Casi todas las personas mayores resultan afectadas por cambios articulares, que van desde una rigidez leve a una artritis grave.

Ello desencadena que la postura se vuelva más encorvada, perdiendo el eje de equilibrio de forma visible. También aparece, generalmente, una ralentización de los movimientos, así como la limitación de los mismos. El patrón de la marcha se torna lento y más corto, lo que hace que ésta se vuelva inestable. Hay que añadir que las personas mayores se cansan más fácilmente y tienen menos energía.

La fuerza y la resistencia cambian debido a la pérdida de masa muscular. Sin embargo, en algunos casos, la resistencia puede aumentar por los cambios producidos en las fibras musculares. Los atletas que envejecen con pulmones y corazón saludables, pueden notar que el desempeño mejora en las pruebas que requieren resistencia y disminuye en eventos que demandan explosiones cortas de un desempeño de alta velocidad (92).

La revisión de las articulaciones se hace por ello imprescindible para valorar este ítem. En la inspección se deben supervisar sin reparo, tal como se indica en el mapa mental, los pies, ya que son un elemento insustituible para la marcha y el equilibrio.

De ahí que su observación y cuidado formen parte imprescindible de la asistencia geriátrica integral al anciano. Máxime cuando la patología del pie es casi constante en estas edades.

Es fundamental tener en cuenta que la patología del pie del anciano es muy amplia, de tal forma que con frecuencia aparecen una o más alteraciones en la misma persona. La enfermera, al valorar su estado, será capaz de aconsejar en temas de higiene y control, así como de la posibilidad de derivación a otros profesionales.

Siempre se ha de tener en cuenta que los pies están sometidos a fuerzas dinámicas y de presión para adaptarse a las irregularidades del terreno. En el enveje-

RESULTADOS

cimiento, y debido al estrés impuesto por actividades y ocupaciones a lo largo de la vida, pueden verse mayormente afectados. Sería interminable hablar de todos los procesos que inciden sobre esta parte móvil del cuerpo, por lo que se revisará a fondo la higiene, el estado de las uñas, las durezas y las deformidades que, a lo largo de los años, hayan ido apareciendo, y que impidan el apoyo completo del pie, aumentando así la alteración de la capacidad de trasladarse (93).

El tono muscular es otro factor importante en la valoración de la capacidad de traslado. La falta de éste obedece a diversos motivos, entre los que cabe destacar la sarcopenia. Consiste en una pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento que contribuye en gran medida a la discapacidad y la falta de independencia del anciano, imposibilitando claramente la acción de trasladarse y generando un círculo vicioso en el que esa misma inactividad física acelera aún más la pérdida de masa muscular (94).

Otro aspecto importante que ayuda a la correcta valoración de la capacidad de trasladarse, es el eje de equilibrio que, tal como ya se ha mencionado, influye particularmente en este capítulo. Se trata únicamente de revisar, de una manera simple y mediante la mera observación, cual es la posición del anciano al trasladarse para, en caso de detectar alguna anomalía evidente, poder profundizar en el grado de afectación que pueda tener para este ítem.

El tipo de calzado influye en gran medida en el traslado y seguridad del anciano. En el mapa mental se pretende que la enfermera no olvide revisar si es el adecuado y si cumple las medidas recomendadas de seguridad, de ahí que tenga la habilidad para supervisar el tipo de calzado que utiliza habitualmente en su traslado, además de si es el apropiado a la estación, si la sujeción es correcta y todos aquellos aspectos que puedan afectar al riesgo de una mala utilización.

El siguiente ítem a revisar serían los obstáculos que en el domicilio de la persona valorada puedan existir. Sabemos que una gran parte de los ancianos tienden a guardar en sus domicilios objetos, muebles y utensilios que han ido acumulando durante toda su vida. En algunos casos resultan ser un verdadero obstáculo para ellos, además de un peligro a la hora de caídas y tropezones que la enfermera debe detectar. El estado del suelo, las alfombras, los muebles, etc. puede generar un riesgo en la movilidad diaria de los ancianos en sus domicilios (95).

No hemos de olvidar la revisión de los espacios donde queda incluida la ilumi-

RESULTADOS

nación y su accesibilidad. Es importante destacar la revisión de los accesos a ésta, sobre todo en los dormitorios, ya que al levantarse de la cama es cuando más accidentes se producen.

La revisión de la medicación que está tomando la persona valorada es una de las cuestiones más importantes, ya que de la iatrogenia farmacológica pueden derivarse afectaciones en este aspecto, dada la polifarmacia en el mayor. De hecho, el 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos, las 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así, hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.

El uso incorrecto de los medicamentos no es infrecuente en la población anciana; el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación son bastante habituales (96).

Los diagnósticos NANDA en este apartado, junto con su definición, son los siguientes:

00038 RIESGO DE TRAUMATISMO

Definición. Aumento del riesgo de lesión tisular accidental

00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

Definición. Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y utilizar un sistema de símbolos

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Definición. Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social

00053 AISLAMIENTO SOCIAL

Definición. Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros

00054 RIESGO DE SOLEDAD

Definición. Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás

00090 DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN

Definición. Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas

00091 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA

Definición. Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama

00155 RIESGO DE CAÍDAS

Definición. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico

Las recomendaciones que desde el mapa se pueden indicar por parte de la enfermera, se centran en las ayudas técnicas para mejorar los traslados que realiza la persona mayor, ya sean en su domicilio, como fuera de él. La adecuación de las instalaciones del domicilio, que pueden afectar desde el cambio de la iluminación hasta la eliminación de las barreras detectadas, puede ser derivada de forma específica a la trabajadora social para su rectificación.

Por último, en este apartado de recomendaciones, tendríamos todos los aspectos que afecten a la rehabilitación o, en su caso, al mantenimiento de la autonomía personal. Incluyen los consejos para el mantenimiento de la estructura muscular, con la confección de una tabla de ejercicios a posteriori, la realización de fisioterapia con la derivación al recurso y profesional adecuado, así como la recomendación de que acuda al médico en caso de una necesaria revisión, tanto de farmacología como estados prodrómicos que puedan ser detectados.

Por último, recomendar una sistemática exploración por parte de los podólogos de los aspectos que sobrepasen el normal cuidado de los pies. Si por parte de la enfermera se estima que se puede realizar un test de equilibrio o marcha incluido en la aplicación informática, o la solicitud de una analítica general en caso de no haberlo hecho anteriormente. (97)

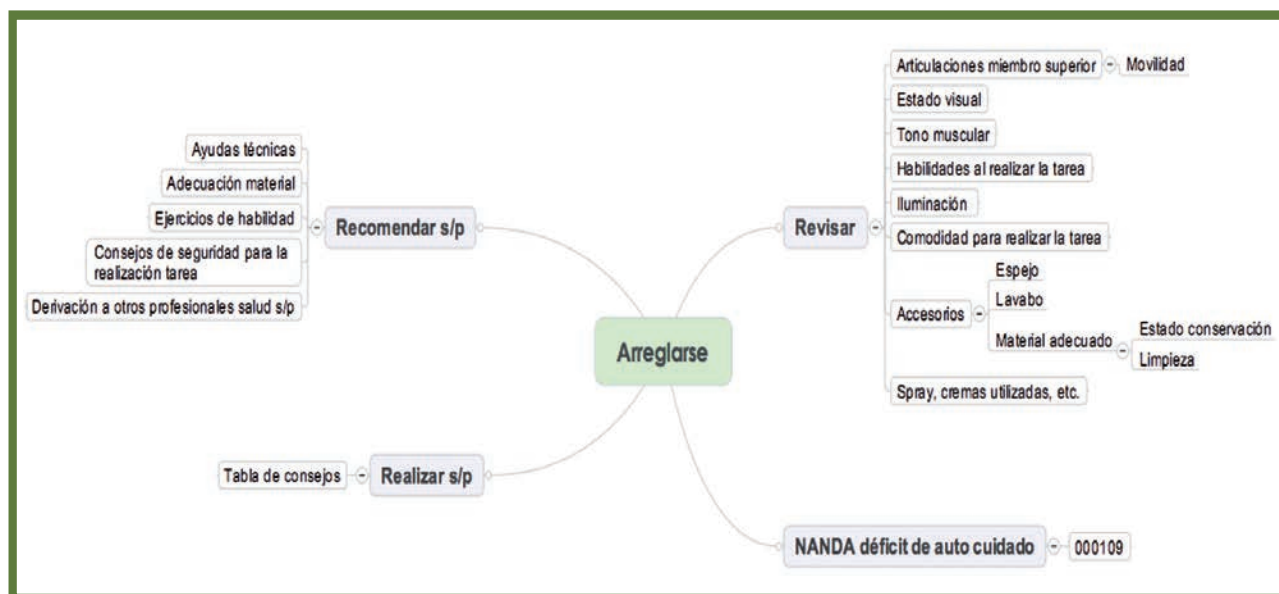
Arreglarse

Capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de arreglo personal teniendo en cuenta que de ello van a depender aspectos tales como la socialización. Es un ítem en el que resulta fundamental la colaboración y participación del usuario ya que debe ser copartícipe, incluso con el cuidador principal si lo tuviere, de su propio arreglo.

La revisión que indica el **mapa mental 3-Arreglarse**, comenzará por conocer el estado de las articulaciones superiores y su movilidad. Para ello, se solicitará la realización de rotaciones que detecten la amplitud del movimiento, así como la

RESULTADOS

eficacia en tareas simples como el peinarse. Con ello, la enfermera será capaz de hacerse una idea de cómo el anciano es capaz o no de realizar su aseo personal. Se le preguntará por el estado de su visión y el uso de lentes correctoras, así como por el tiempo transcurrido desde la última revisión. Una vez más, se valorará el estado muscular, en este caso de los miembros superiores, por si aparecen temblores al extenderlos, lo que puede dificultar la realización de esta tarea.



Mapa mental 3. Arreglarse

De nuevo, la iluminación en el espacio que tenga destinado a su aseo es muy importante, ya que condiciona sin duda la correcta ejecución. Un aspecto que no debe descuidarse es la comodidad al realizar esta tarea; para ello deberemos observar si se sienta o permanece de pie.

Influirán de forma importante los recursos de los que la persona disponga, como son el tipo de espejo, contando con su proximidad, si tiene rotación o está fijo, la altura del lavabo, si está ajustado a su comodidad y si cuenta con el material adecuado y en las condiciones que le permita realizar correctamente esta tarea, incluyendo en la revisión la cosmética que utiliza de forma diaria, como cremas, sprays, etc. Tal como refleja el mapa mental, podremos consultar los diagnósticos NANDA sobre déficit de autocuidados.

00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO

Definición. Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

RESULTADOS

Las recomendaciones que se desprenden de este mapa serán las que afecten a las ayudas técnicas necesarias para realizar correctamente y de forma autónoma esta tarea, y pueden incluir desde material de aseo ergonómico, como peines de mango anatómico y largo especial, o todos aquellos que se consideren necesarios para mantener su autocapacidad. También se recomendará la adecuación del material que no esté en correcto estado y que pueda representar un riesgo para la apropiada ejecución de su aseo personal (98).

Para mantener y reforzar esta actividad, se aconsejará la realización de ejercicios de habilidad que ayuden a mantener las articulaciones en perfecto estado y, en todo caso, la derivación a otros profesionales para que esto sea así, recordando siempre dar consejos de seguridad, como sentarse para evitar caídas u otros riesgos.

En el mapa mental se recoge que la enfermera puede realizar una sencilla tabla de consejos para entregar tras finalizar la valoración (99).

Usar el retrete

Representa la capacidad de la persona, para utilizar este recurso de forma autónoma diariamente, como una de las necesidades diarias a contemplar en el plan de cuidados y que puede afectar mucho a la autonomía de la persona.

No es necesario incidir en la revisión de las cuestiones que al cumplimentar otros ítems ya se han realizado, por lo que se procederá a revisar lo no hecho con anterioridad.

En el **mapa mental 4 - usar el retrete** se considera muy importante una revisión visual de los obstáculos en el cuarto de aseo, observando el estado del mismo, las dificultades de acceso y otros aspectos importantes, como su altura o si cuenta con pasamanos que faciliten tanto el sentarse como el levantarse; se tendrá en cuenta la iluminación, contemplando el diagnóstico NANDA y su definición relacionada.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro

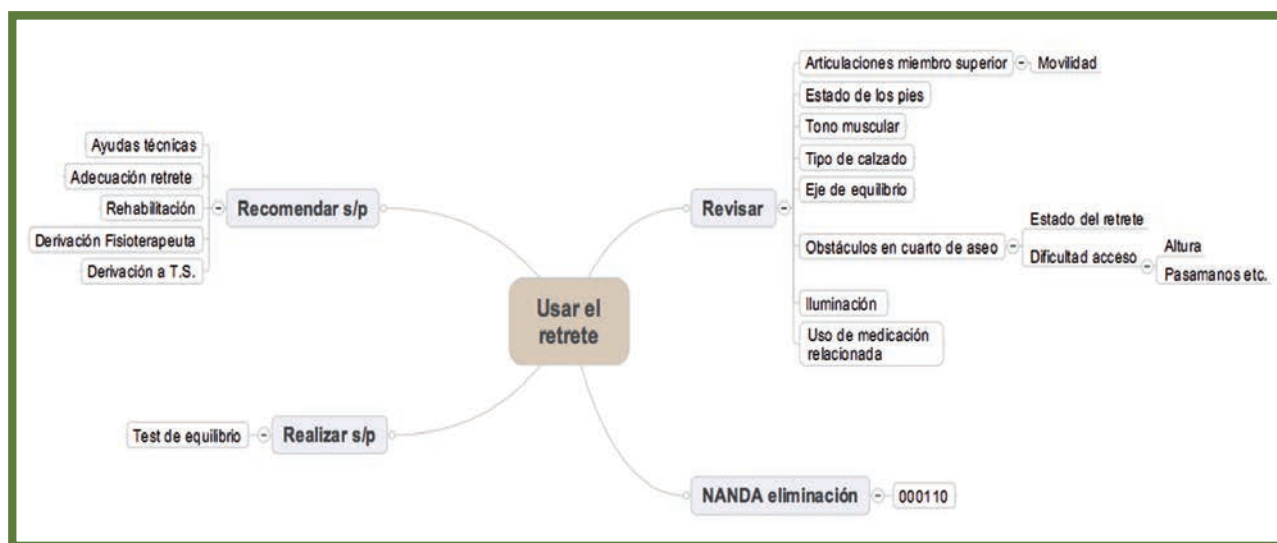
Definición. Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

Se recomendarán las ayudas técnicas necesarias tras la inspección, solicitando o derivando al trabajador social las ayudas para la modificaciones estructurales necesarias que redunden en una mayor autonomía del anciano. Por otro lado, en

RESULTADOS

caso necesario, se derivará al paciente al servicio de Fisioterapia para el fortalecimiento de la musculatura del tronco inferior, lo que facilitará la acción de sentarse y levantarse (100).

La realización del test de equilibrio no será necesaria si se ha realizado en el ítem de trasladarse.



Mapa mental 4. Usar el retrete

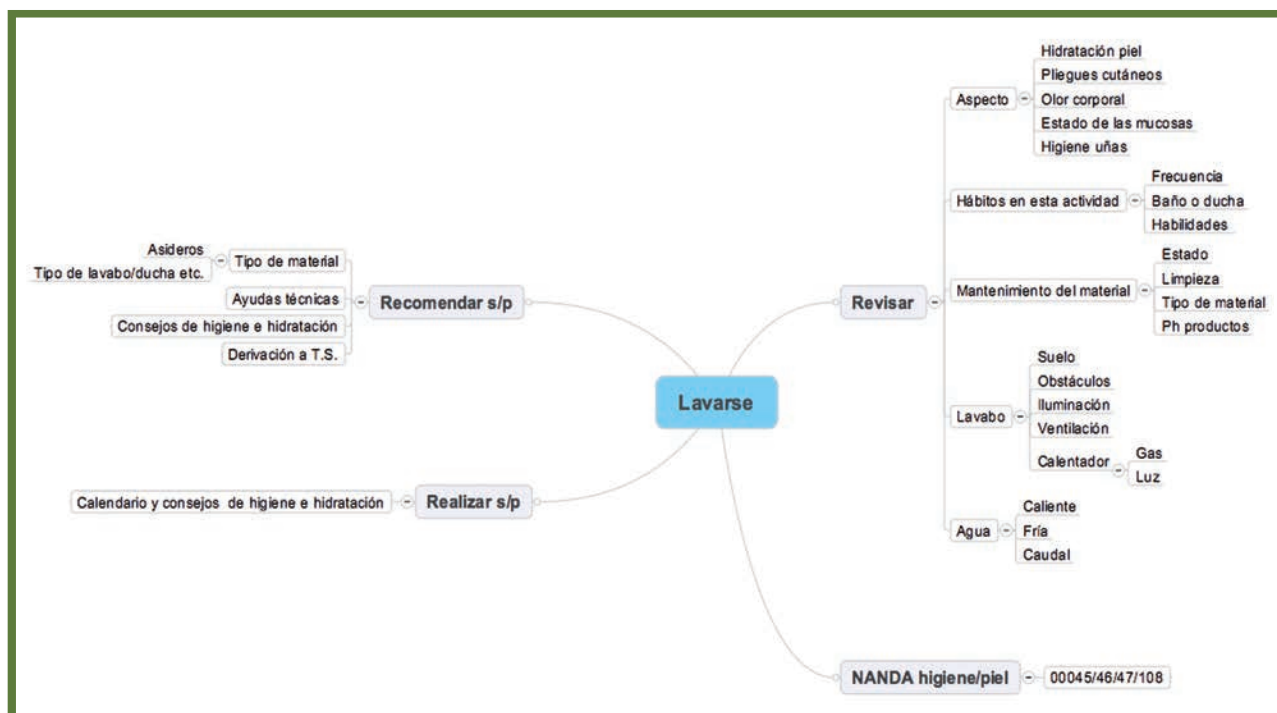
Lavarse

Una definición básica podría entender que es limpiarse con agua u otro líquido o material de higiene. Para la práctica de una tarea tan importante que, además, está asociada, tanto a aspectos personales como de convivencia, se recomienda en el **Mapa mental 5 - Lavarse** la revisión por parte de la enfermera del aspecto exterior de la persona valorada en cuanto a piel, uñas, etc.

Al cumplimentar este ítem, el mapa mental se inicia con la visión por parte de la enfermera del aspecto del anciano, donde se revisarán cuestiones tan importantes como la hidratación de la piel, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos, o el olor que desprenda la persona. Se incluye una revisión del estado de las mucosas y de las uñas, lo que nos dará una idea de cuál es el nivel de cumplimiento o la capacidad para realizar esta actividad.

Preguntar también acerca de los hábitos al realizar la tarea de lavarse, así como la frecuencia, si se dispone de baño o ducha y las habilidades que permitan el autocuidado.

RESULTADOS



Mapa mental 5. Lavarse

Se revisará el estado del material necesario para la realización de esta actividad, incluyendo cuestiones como la limpieza, el tipo de material y si cumple o no con la finalidad para la que está diseñado, así como el tipo de jabón o gel que utiliza, comprobando que tenga un ph adecuado a la piel del anciano.

A lo revisado en el **Mapa mental 4 - Uso del Retrete**, añadiremos un control sobre la ventilación del habitáculo, además de constatar si dispone de agua caliente y fría, si el caudal es el adecuado y el tipo de calentador (eléctrico o de gas), para aconsejar y prevenir los riesgos y accidentes que pudieran producirse (101).

Los diagnósticos NANDA en este apartado, junto con su definición, son los siguientes:

00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

Definición. Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición. Alteración de la epidermis y/o dermis

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición. Riesgo de alteración cutánea adversa

00108 Déficit de autocuidado: baño

Definición. Deterioro de la habilidad personal para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.

Las recomendaciones de higiene pueden ser muy amplias, pero debemos resumirlas y adecuarlas al nivel de dependencia; en cualquier caso, se recomiendan las siguientes:

- Preparar todos los útiles de aseo antes de comenzar y tener todos los elementos a mano: esponja, jabón, toalla, crema hidratante, colonia, peine, cepillo y pasta de dientes, ropa, pijama o camisón
- Informar al anciano de los pasos que se van a dar y mantener la comunicación verbal durante el tiempo empleado en el proceso
- Mantener la iluminación y temperatura de la habitación en niveles que resulten confortables para el anciano
- Para preservar su intimidad, es conveniente mantener al anciano parcialmente cubierto, evitando la presencia de toda persona que no colabore activamente en el proceso
- Con el fin de ir desarrollando su independencia, deberá implicarse al anciano en las tareas de manera progresiva
- Valorar las dificultades reales que le impiden el autocuidado
- Ayudar en la incorporación (si precisa) de buenos hábitos de aseo, como son:
 - Utilización de pañuelos
 - Manejo de fluidos corporales (esputos, excretos...)
 - Lavado frecuente de manos
 - Equipo mínimo de higiene
 - Promover el aspecto aseado como forma de aceptación social
 - Reforzar positivamente las conductas de limpieza y autocuidados
 - Insistir en el lavado de ojos, orejas, vías nasales y cavidad bucal

Con respecto a la hidratación, evitar el uso de colonias y soluciones alcohólicas y recomendar, tras la higiene, el uso de cremas hidratantes en la cantidad adecuada.

La enfermera realizará, si así lo estima, un calendario de higiene en base a las necesidades detectadas tras la valoración. Incluyendo en la revisión todo aquello que pueda influir en la correcta realización de esta tarea, desde hábitos a su frecuencia. Los recursos y dotación de su domicilio que faciliten la tarea, tales como el agua caliente, la facilidad de acceso, el espacio, e incluso el material adecuado. Por supuesto, se deben de contemplar los diagnósticos de enfermería asociados,

RESULTADOS

lo que permitirá recomendar tanto el tipo de material a utilizar, como los consejos sobre higiene necesarios para mantener cubierto este aspecto tan importante.

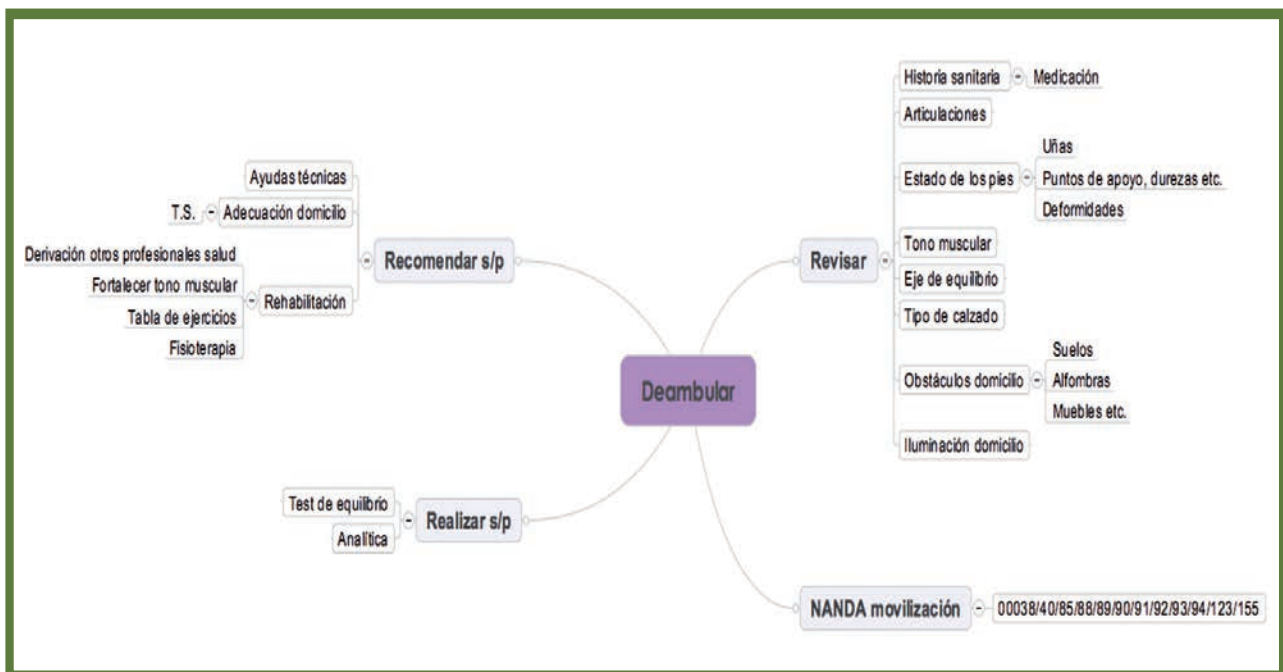
En el mapa se indica la posibilidad de generar, siempre de acuerdo con el usuario o el cuidador, la realización para su cumplimiento de un calendario de higiene, como parte importante en el plan de cuidados.

Deambular

Se define como capacidad de actividad o movimiento de la persona en su entorno, lo que define en gran manera su funcionalidad.

La deambulación constituye una de las manifestaciones elementales del ser humano, siendo sumamente importante a la hora de conseguir una buena calidad de vida. La marcha puede verse dificultada en el anciano por diversos motivos: enfermedades físicas o psíquicas, el propio proceso del envejecimiento o determinadas razones de tipo social (102).

En el Mapa mental 6 - Deambular, se recoge el total de la información que la enfermera deberá revisar. Todo lo reflejado ya ha sido visto en los ítems anteriores, por lo que pasamos a enumerar los diagnósticos NANDA y sus definiciones en este apartado.



Mapa mental 6. Deambular

00038 RIESGO DE TRAUMATISMO

Definición. Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. Ej., una herida o una fractura).

00040 RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

Definición. Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de una falta de actividad músculo-esquelética prescrita o inevitable.

00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Definición. Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del organismo o de una o más extremidades.

00088 DETERIORO DE LA AMBULACIÓN

Definición. Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

00089 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS

Definición. Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.

00090 DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN

Definición. Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

00091 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA

Definición. Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Definición. Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

00093 FATIGA

Definición. Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento, con disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

00094 RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Definición. Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

00123 DESATENCIÓN UNILATERAL

Definición. Deterioro de la respuesta sensorial y motora. La representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente se ven alteradas. Se caracteriza por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención del lado derecho.

00155 RIESGO DE CAÍDAS

Definición. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. Es recomendable la utilización de ayudas técnicas como bastones o muletas. Cuando el anciano no precisa de ninguna ayuda y puede caminar de forma independiente, debe orientársele para que mantenga una postura erguida y relajada, acompañada del balanceo de sus brazos. Como el anciano tiende a arrastrar los pies por el suelo, es preciso recordarle que debe levantarlos, apoyando primero el talón y después la punta.

Cuando tenga una marcha inestable y necesite ayuda, el familiar o cuidador debe caminar a su lado, sujetándole por las dos manos, para proporcionarle la máxima seguridad.

Las ayudas técnicas más utilizadas por los ancianos y que podemos recomendar son:

- **Muletas con codo;** constituyen las de manejo más sencillo, aunque en ocasiones no proporcionan la estabilidad necesaria, por lo que son rechazadas por algunos ancianos. Es muy importante su correcta utilización, colocando bien el brazo en la abrazadera y la mano en la empuñadura
- **Bastones;** es el medio más común. El bastón debe prolongar el brazo contrario a la pierna afectada, aumentando así la base de sustentación, por lo que debe utilizarse ligeramente adelantado y en paralelo al cuerpo. Es necesario tener en cuenta la altura y el peso de cada individuo, comprobando que la punta dispone de goma antideslizante. El bastón es francamente útil como punto de apoyo si se utiliza como tal y no se arrastra
- **Trípode y bastones de cuatro patas;** son más estables. Están indicados sobre todo en personas de edad avanzada y con gran inestabilidad. Es importante que tengan la altura adecuada.
- **Andadores;** pueden o no llevar ruedas. Para manejarlos de manera adecuada, es necesario tener presión y fuerza en las dos manos, agarrarlos por la empuñadura y situarse cerca de ellos. El anciano tiende a colocarse a más

RESULTADOS

distancia, favoreciendo el riesgo de caídas. Están indicados en fases agudas o cuando exista una inestabilidad elevada.

La adecuación del domicilio, en caso de requerirse, se derivará a la trabajadora social. Las recomendaciones, de acuerdo a la Rehabilitación, consistirán en el fortalecimiento del tono muscular ya recomendado en el ítem Trasladarse y, tras haber sido realizada la revisión de la deambulacion, derivar a otros profesionales como médicos, fisioterapeutas o podólogos aquellas parcelas que sean de su competencia y puedan ayudar al mantenimiento de la deambulacion.

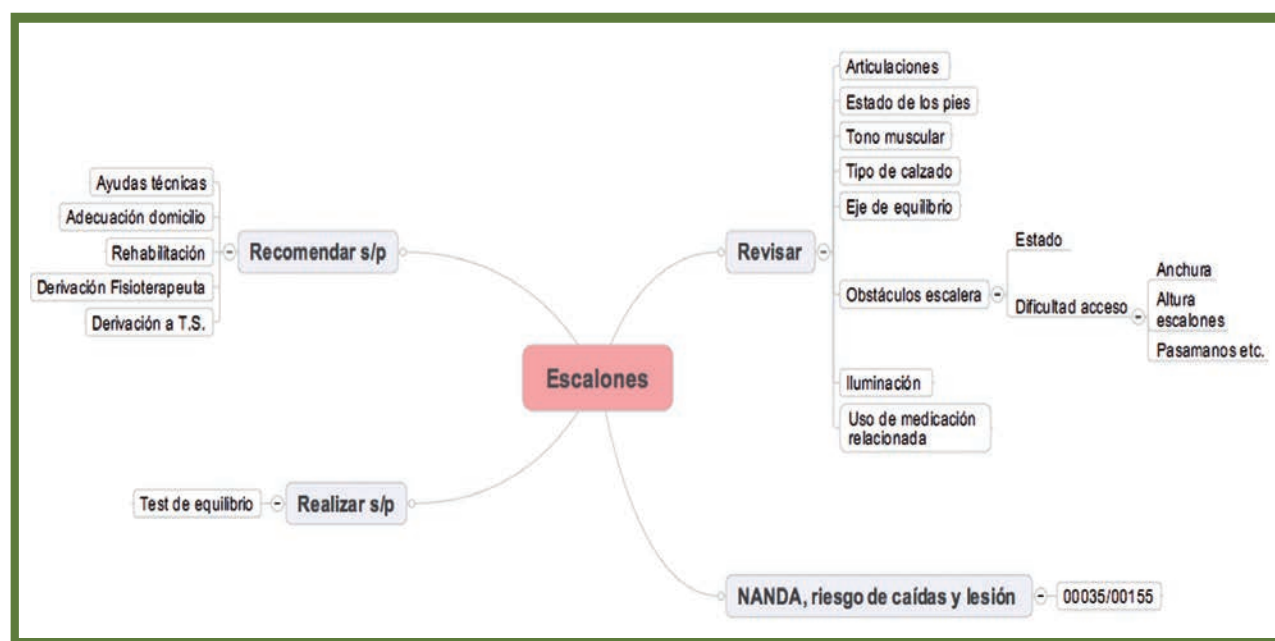
La realización, tanto de test de equilibrio como de la analítica, ya han sido contempladas en la medición de los ítems Trasladarse y Utilizar el retrete.

Escalones

Capacidad para poder acceder por medio de una estructura a espacios situados en otros planos.

En un estudio realizado (103), quedó demostrado que esta capacidad, en el anciano, está vinculada al trabajo de la enfermera

La hospitalización supone una disminución de la capacidad funcional física. Muchos ancianos presentan una pérdida funcional temporal, lo que propicia el trabajo de enfermería para hacer revertir la capacidad perdida. Esta cuestión, tras-



Mapa mental 7. Escalones

RESULTADOS

ladada al domicilio, hace necesaria una adecuada valoración de la actividad. La revisión a realizar coincide con los mapas mentales anteriores, diferenciándose de estos en la supervisión de las escaleras del domicilio. Los elementos a valorar son: el estado de la misma, las dificultades de acceso, la altura, e incluso si los pasamanos y puntos de apoyo están en buen estado; todo ello encaminado a garantizar una revisión holística que evite los accidentes.

Los diagnósticos NANDA específicos para este apartado son:

00035 Riesgo de lesión

Definición. Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona

00155 Riesgo de caídas (compartido con deambulación)

Definición. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico

Las recomendaciones en este mapa mental, Escalones, están ya incluidas en los anteriores, Deambular y Trasladarse, al igual que la realización del test de equilibrio.

Vestirse y desvestirse

Capacidad para cubrirse o adornar el cuerpo con ropas, así como de despojarse de ellas. Esto, diariamente, representa para muchas personas un esfuerzo, al carecer de movilidad o habilidad para realizarlas.

Lo que en un principio cumplía una función de protección del cuerpo frente a las inclemencias del tiempo, dio paso al desarrollo de toda una ciencia para determinar qué tejidos eran los más adecuados en relación al clima, en base al tipo de material (buenos o malos conductores de calor). Posteriormente, pasó a cumplir una función social de clasificación de la población. En la mayoría de las sociedades, el individuo se viste por pudor. Además de permitir asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un determinado grupo, a una ideología o a un status social. A la vez, puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

La satisfacción de esta necesidad, por tanto, iría desde la concordancia con el clima hasta la coherencia con el patrón cultural (104).

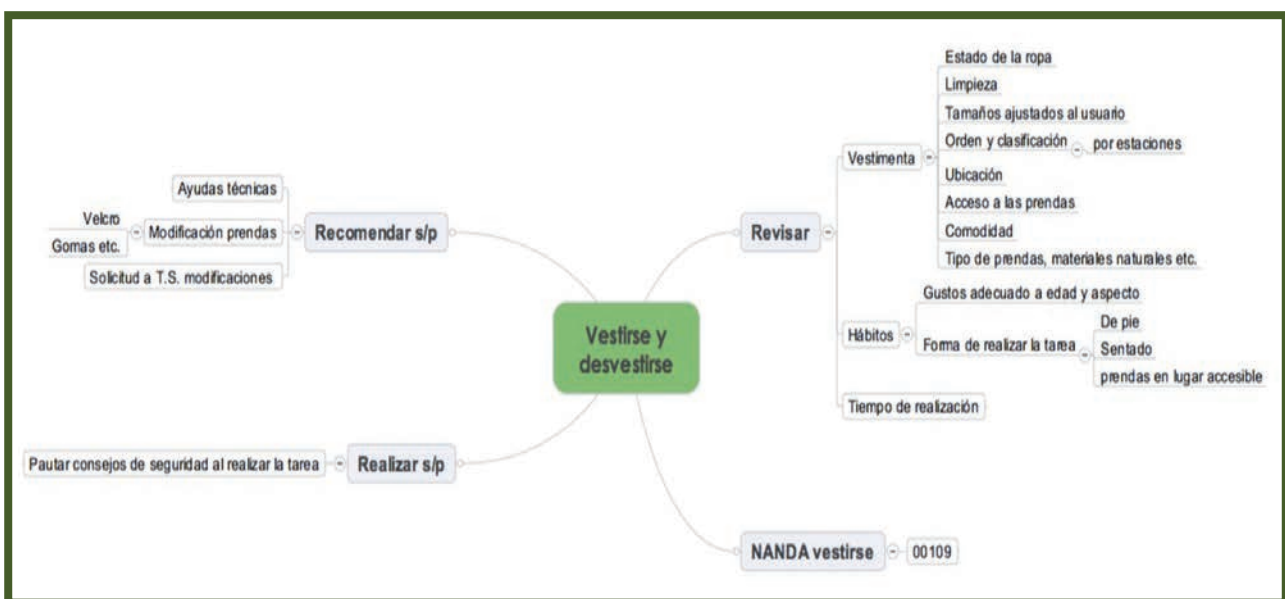
RESULTADOS

Las valoraciones realizadas en distintos estudios demuestran la elevada tasa de discapacidad, en sujetos de edad avanzada, en tareas como vestirse y desvestirse, lo que claramente sugiere la pertinencia de las intervenciones en este aspecto (105).

La recogida de datos permite a la enfermera observar las manifestaciones de independencia del anciano y las interacciones de esta necesidad con otras. El profesional de enfermería debe intentar conocer los gustos del mayor e indicarle qué tipo de ropa deberá llevar según el clima. Las actividades, en el **mapa mental -8**, se muestran la guía de revisiones, que comenzarán por la observación del estado de las prendas, su limpieza, tamaño ajustado a la persona, orden y clasificación y la ubicación adecuada para que puedan ser utilizadas de forma periódica. Los compartimentos estarán situados en lugares accesibles al mayor.

Los hábitos del anciano a la hora de vestirse deben ser revisados por la enfermera para realizar la correcta medición de este ítem, conociendo de antemano los gustos personales a la hora de combinar las ropas de acuerdo a su aspecto y edad. Se observará la realización de esta actividad; si la realiza de pie o sentado y si deposita al desvestirse las ropas en lugares accesibles (106).

Es importante el control del tiempo de realización de la acción, ya que ello nos mostrará su autosuficiencia o discapacidad para llevarla a cabo. La selección de ropa de acuerdo a la estación es también un parámetro necesario para la enfermera a la hora de planificar los cuidados.



Mapa mental 8. Vestirse y desvestirse

RESULTADOS

El diagnóstico NANDA asociado a esta actividad es el siguiente:

00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO

Definición. Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

En el apartado Recomendaciones del mapa mental 8, se asesora al usuario acerca de las ayudas técnicas que precise, así como sobre su utilización y la conveniencia o no de modificar las prendas según las necesidades detectadas en cuanto a amplitud, cremalleras, velcros, etc.

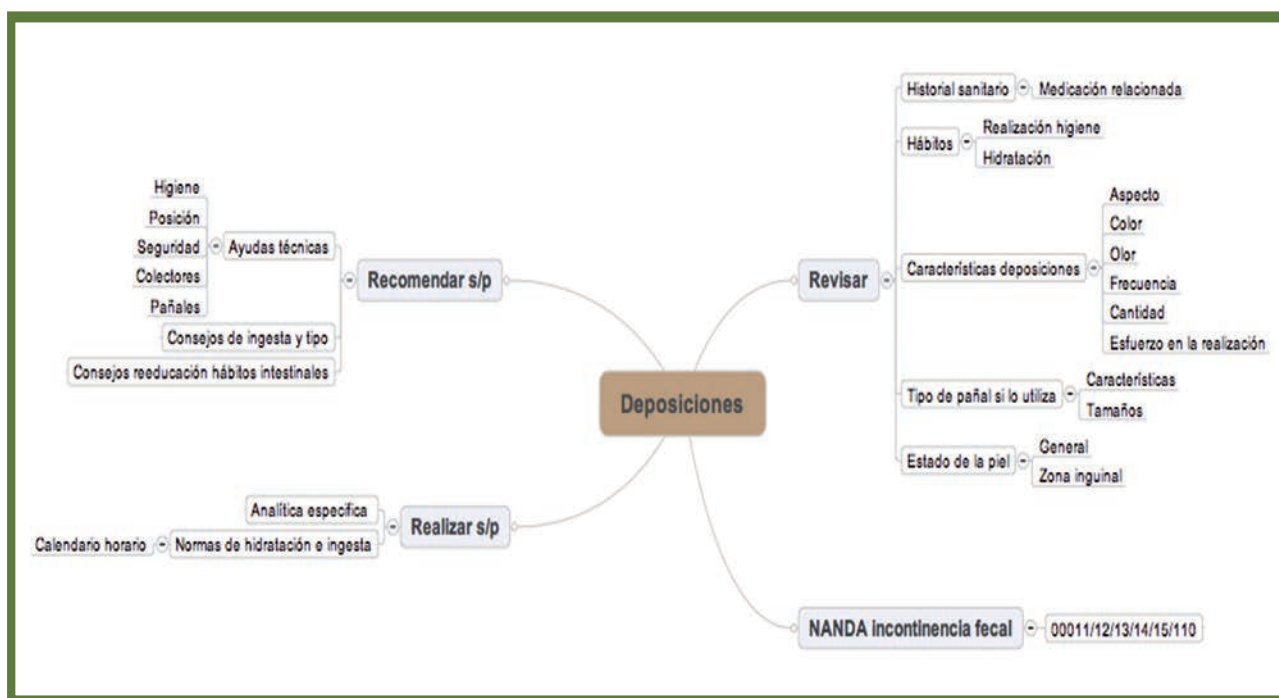
Como criterios a realizar tendríamos, complementando a los mapas anteriores, la pauta de consejos sobre seguridad en el anciano valorado, con el fin de evitar el riesgo de accidentes y aumentar la eficacia y autonomía en esta actividad.

Deposiciones

La deposición es la eliminación de excrementos. Para el mayor, es un acto que puede revestirse de gran complicación, no sólo por el habitual estreñimiento que el deterioro de la edad genera, con la falta de peristaltismo o la pérdida de musculatura, sino por la incapacidad o falta de destreza a la hora de poder realizar esta acción.

Los problemas de eliminación, referidos a la incontinencia urinaria y fecal, son sin duda uno de los principales quebraderos de cabeza para las personas mayores. En el caso de que los ítem que clasifican el nivel de necesidad demuestren dependencia, se genera una carga de trabajo que conlleva implicaciones psicológicas tanto del dependiente como del cuidador. La atención a estas dificultades se ha convertido en una de las tareas de mayor importancia en los cuidados generales del paciente con incapacidad. Ha de intentarse que sea lo más autónomo posible, prestando especial importancia a la higiene y la comodidad. Antes de establecer cualquier tipo de atención a la eliminación, es importante que valoremos la capacidad de la persona mayor dependiente para llegar al servicio, quitarse la ropa, sentarse en el inodoro, alcanzar y utilizar los utensilios para limpiarse y secarse, tirar de la cadena, volver a vestirse y lavarse las manos; todo ello cuestiones que ya han sido valoradas en los anteriores ítems. Abordaremos a continuación, y por separado, la incontinencia urinaria y los problemas fecales, a pesar de estar directamente vinculados. Tal y como se recoge en el cuestionario Barthel, requieren preguntas y respuestas independientes.

RESULTADOS



Mapa mental 9. Deposiciones

La dependencia o no, estará vinculada a una gran diversidad de alteraciones colorrectales (107), como la impactación fecal, la diarrea aguda o el exceso de laxantes, muy habituales en los estudios realizados sobre diagnósticos NANDA más frecuentes en ancianos (108).

La revisión según el **Mapa mental 9 - Deposiciones**, comenzará con una recogida de datos sobre el anciano, por si aparece algún tipo de problema en esta actividad que pueda comentar, conociendo cuales son sus hábitos en cuanto a limpieza e higiene y reforzando la información sobre si mantiene o no una adecuada ingesta de líquidos.

Es preciso revisar las deposiciones, su aspecto, color, olor, frecuencia y cantidad, incluyendo la dificultad de evacuación.

Asimismo, se verificará el uso o no de pañales de incontinencia, sus características y la adecuación del tamaño a sus perímetros.

El estado de la piel circundante ha de ser especialmente revisado, estableciendo un control exhaustivo en la zona inguinal.

Los diagnósticos NANDA vinculados a este ítem y sus definiciones, son los siguientes:

00011 ESTREÑIMIENTO

Definición. Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

00012 ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO

Definición. Autodiagnóstico de estreñimiento con abuso de laxantes, enemas y/o supositorios para asegurar una evacuación intestinal diaria.

00013 DIARREA

Definición. Eliminación de heces líquidas, no formadas.

00014 INCONTINENCIA FECAL

Definición. Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

Definición. Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.

00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO

Definición. Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

Las recomendaciones tras la valoración irán encaminadas a ofertar ayudas técnicas para la correcta realización del acto y su higiene, intentando preservar la autonomía y funcionalidad. Dado que es una acción que requiere de intimidad, es preferible que esté presente un único profesional; se aconsejará sobre la posición a adoptar, elevando las rodillas mediante ayuda técnica para facilitar la expulsión de las heces. Aspectos como la seguridad se tendrán muy en cuenta para evitar el riesgo de accidentes.

En caso de uso de colectores, la enfermera recomendará los que considere más adecuados a cada individuo.

Dentro de las recomendaciones incluidas en el mapa mental, están los consejos de ingesta, como puede ser un tipo de alimentación enriquecida en fibras ⁽¹⁰⁹⁾.

RESULTADOS

Para finalizar con este apartado, la enfermera podrá recomendar el llevar a cabo un programa de reeducación de los hábitos intestinales hasta establecer un ritmo aceptable en las deposiciones, de manera que los accidentes sean excepcionales (lo habitual es colocarlos en el retrete después de la comida y de la cena).

La conducta de algunos pacientes cambia inmediatamente antes de la eliminación, pudiendo aparecer nerviosos o agitados, e incluso comenzar la deambulaci3n.

La realizaci3n de analíticas no será contemplada si previamente ha sido considerada en los ítems anteriores, pero ante la sospecha de pérdidas hemáticas, y de acuerdo al aspecto de las heces y la apariencia del anciano, se debe realizar el pertinente control (110).

Así mismo, la enfermera realizará, si lo considera oportuno, un calendario horario de evacuaci3n y tipo de ingesta, con recomendaciones dietéticas para solucionar los problemas detectados.

Micci3n

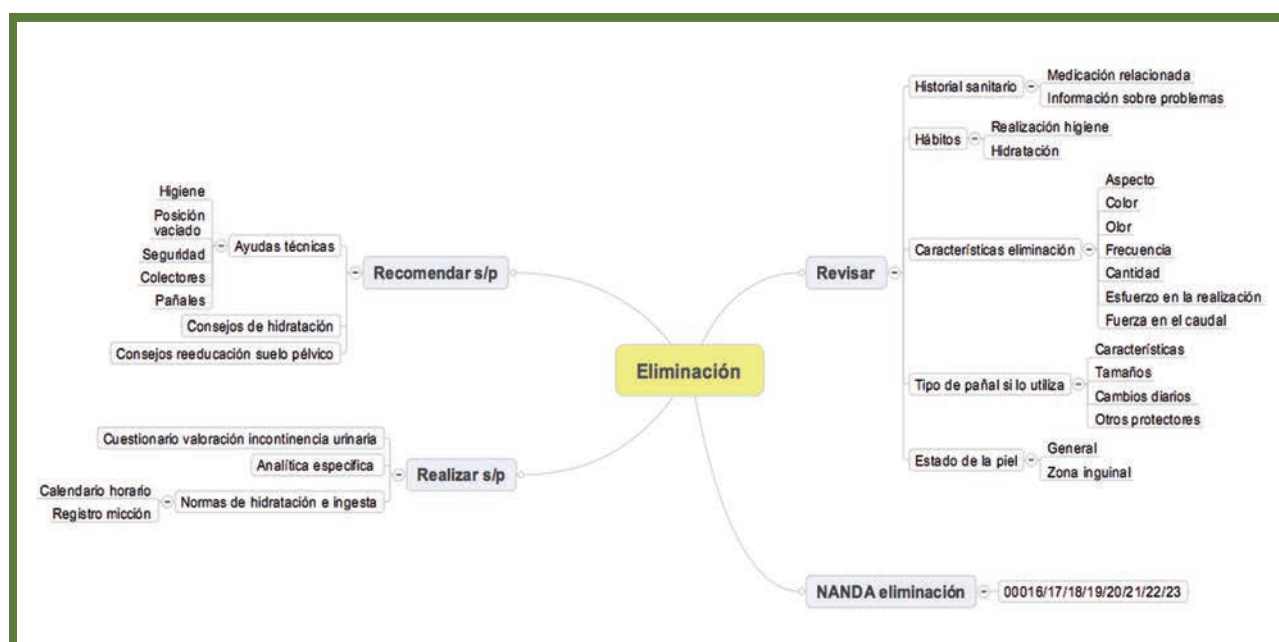
Indica la capacidad de expulsión de la orina, un hecho que en el individuo mayor reviste la posibilidad de complicaciones, ya sea por patologías asociadas o por la habitual pérdida de tono muscular.

El control de la eliminaci3n es de vital importancia, siendo uno de los aspectos que más afectan al nivel de dependencia del anciano.

La incontinencia urinaria es un problema de gran incidencia en la poblaci3n mayor; un 15% de las personas de más de 75 años se ven afectadas. Es más frecuente entre las mujeres, en una proporci3n de dos a uno respecto a los hombres, y más habitual en las personas mayores debido a las causas que la provocan. Lo primero debe ser, por lo tanto, buscar el origen.

Se precisa de un estudio individualizado sobre la incontinencia y su tipo, estableciendo los cuidados pertinentes y manteniendo la calidad de vida de los ancianos afectados (111). Esta poblaci3n se ve especialmente afectada por la incontinencia urinaria, lo que les conduce a importantes limitaciones, llegándose incluso al aislamiento social y familiar (112).

RESULTADOS



Mapa mental 10. Eliminación

En el Mapa mental 10 - Eliminación, destacamos aspectos a revisar no realizados anteriormente, como serían las medicaciones específicas que se estén tomando y que puedan afectar a este ítem. Los problemas surgidos en relación a su capacidad para realizar una correcta eliminación deberán también ser tenidos en cuenta.

Los hábitos en la higiene y cuidado de los órganos excretorios, la hidratación adecuada, la revisión del aspecto de la orina, en cuanto a su color, olor, cantidad y frecuencia, así como la intensidad del flujo de la orina, indicarán la dependencia o independencia del individuo.

En caso de ser portador de pañal, se revisarán las características del mismo, el tamaño con respecto a la circunferencia y peso del anciano y todos los aspectos del modelo que esté utilizando, incluyendo los cambios realizados durante las 24 horas.

De nuevo, al igual que en el mapa de deposiciones, es importante revisar el estado de la piel en todas las zonas, especialmente las inguinales.

Los diagnósticos NANDA asociados a este ítem y sus definiciones son los siguientes:

00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Definición. Disfunción de la eliminación urinaria

00017 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Definición. Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

00018 INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA

Definición. Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

00019 INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Definición. Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia por orinar.

00020 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

Definición. Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

00021 INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

Definición. Pérdida de orina continua e imprevisible.

00022 RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Definición. Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociado a una sensación súbita e intensa de urgencia por orinar.

00023 RETENCIÓN URINARIA

Definición. Vaciado incompleto de la vejiga.

En el apartado del mapa mental de recomendaciones se reflejan las ayudas técnicas para mantener la autonomía en la realización de esta actividad. Para realizar la higiene adecuada, es importante recomendar posiciones que mejoren el vaciado total de la vejiga, así como ayudas que optimicen la seguridad del anciano a la hora de proceder a la micción. Se tendrá en cuenta si el anciano utiliza colectores o pañales para efectuar los cambios o modificaciones precisas, si se considera que no son los adecuados.

Cuando no sea posible resolver la incontinencia, un manejo adecuado del problema puede mejorar la calidad de vida del afectado y sus cuidadores. Existen distintos dispositivos para controlar la incontinencia. Seleccionar el tipo de ayuda más adecuada, de acuerdo a las características del anciano incontinente, es de

RESULTADOS

suma importancia, teniendo en cuenta que tanto la familia como el afectado han de controlar el manejo del dispositivo elegido.

Los más utilizados son:

- **Colector externo peneano:** Consta de una funda de látex que se coloca en el pene, con un tubo de salida conectado a una bolsa colectora de orina. Este sistema es exclusivo para hombres, no estando indicado en penes pequeños o retraídos. Los hay de distintos tamaños, por lo que es preciso elegir la talla adecuada para evitar que el pene quede comprimido o que el dispositivo se suelte o se tuerza. El sistema de sujeción más utilizado y cómodo es el que incorpora un pegamento suave en todo el perímetro, haciendo que quede pegado al desenrollarlo. Es imprescindible que la piel esté perfectamente seca al utilizarlo
- **Sonda vesical:** Puede recurrirse a ella de forma transitoria en personas incontinentes con úlceras por presión, dermatitis importantes o que no puedan moverse por diversos motivos. La sonda evitará que se moje la piel, impidiendo su maceración, lo que supondría un aumento en las posibilidades de infección de las úlceras. No es el método más recomendable a largo plazo, dado que las personas con sonda vesical tienen más riesgo de padecer infecciones urinarias. Los cuidados de la sonda son los siguientes:
- **Vaciado de la bolsa urinaria** cada vez que esté llena, o mejor aún, tres veces al día. La bolsa nunca debe estar en el suelo ni por encima del nivel de la vejiga, ya que en el primer caso podría contaminarse y en el segundo, producirse un retroceso de orina nuevamente hacia la vejiga, aumentando también así el riesgo de infecciones. Las sondas pueden ser de dos tipos: de látex y de silicona. La sonda de látex deberá cambiarse cada 2-3 semanas y la de silicona cada 2-3 meses. La realización de los cambios de sonda por personal no cualificado supone un franco aumento en la incidencia de infecciones urinarias
- **Orinales:** Cuando el individuo no puede llegar al inodoro, pueden utilizarse orinales de mano, cuñas o inodoros portátiles. A veces, estos sistemas son poco confortables y producen malos olores, por lo que la limpieza debe ser extrema. Los varones colaboradores y con un buen nivel de conciencia, pueden resolver la dificultad mediante una botella colocada discretamente a su alcance. Deberá tenerse en cuenta que algunas personas sólo son capaces

RESULTADOS

de usar este dispositivo en posición erecta. Para aquellos mayores muy incapacitados y con incontinencia irreversible, puede ser útil una silla especial bajo la que se coloca un orinal. Las cuñas y botellas han de estar bien identificadas y su uso ha de ser individualizado para cada paciente. Deberán limpiarse cuidadosamente cada vez que se utilicen.

- **Pañales desechables:** Su función es retener la orina y las heces, manteniendo seco y confortable al paciente y evitando que se ensucie su ropa o la cama. Los pañales suelen estar hechos de un núcleo absorbente de celulosa, envuelto por una capa superficial de tela sin tejer, unida a otra impermeable. Existen dos tipos de absorbentes, dependiendo del sistema de sujeción: con malla-braga y elásticos. Los primeros constan de un apósito de tamaño variable en función del grado de incontinencia (ligera, mediana o grave) y una braga elástica lavable que, en algunos casos, puede sustituirse por la propia ropa interior. Este tipo de fijación resulta bastante sencillo, a la vez que consigue una buena protección. La adaptación al cuerpo permite mayor libertad de movimientos y facilita la deambulación. Durante el día se suelen usar apósitos discretos, mientras que para la noche existen otros de mayor tamaño y absorción, para no interrumpir el sueño del paciente. Cuando la incontinencia es muy leve, con pequeñas fugas de orina, y se produce de forma ocasional, puede bastar con una compresa.

Los pañales absorbentes elásticos llevan incorporada una fijación con etiquetas adhesivas reutilizables. Su tamaño y absorción depende del peso del paciente y no del grado de incontinencia. Este sistema no siempre es el más adecuado, ya que la constitución de las personas mayores es muy variable e independiente de su peso. Esto dificulta su adaptación, con el riesgo de que se produzcan fugas. Suele utilizarse en personas encamadas, debido a su gran capacidad de absorción y a que es más fácil de colocar cuando el paciente no es capaz de cooperar.

- **Protectores:** El miedo a mojar la cama produce una gran ansiedad en el anciano incontinente. Existen diversos modos de proteger el colchón; el protector de celulosa, un producto absorbente e impermeable de un solo uso, también adecuado para proteger sillas de ruedas y sillones, y las clásicas fundas impermeables, con algunos inconvenientes como el calor, el ruido y la retención de suciedad u olores. Han de colocarse debajo de las sábanas para evitar el contacto directo con el paciente, pero son considerablemente más económicas que los protectores de un solo uso.

RESULTADOS

Se incluyen en este apartado los consejos de hidratación de acuerdo a las necesidades detectadas. Dado que diversos estudios demuestran que el autocuidado es una buena propuesta de tratamiento al paciente incontinente, y que, asociado a prácticas conservadoras como la rehabilitación del suelo pélvico inferior, posibilita la recuperación total de la continencia urinaria a bajo costo en un elevado porcentaje de casos, se recomendarán los ejercicios necesarios (112-113). Estos ayudarán a aumentar la fuerza y el tono de los músculos del suelo de la pelvis. Las formas correctas de realización, se comentan a continuación:

- Permanecer de pie o sentado confortablemente. Contraer despacio, pero con fuerza, los músculos de alrededor del ano, manteniéndolos en tensión durante 5 segundos para relajarlos después (imaginando que se quiere controlar una diarrea)
- Sentarse con comodidad en el inodoro cuando se desee orinar
- Durante la micción, interrumpir voluntariamente el flujo urinario, contrayendo los músculos de la zona.

Se recomienda hacer los ejercicios unos 10 minutos y 3 veces al día a intervalos regulares, durante varios meses. Estos ejercicios suponen una mínima interrupción en las actividades cotidianas y pueden realizarse en cualquier lugar sin que nadie se dé cuenta, quedando demostrada su gran utilidad para la recuperación o mantenimiento de la eliminación.

En el apartado de realización, si previamente no ha sido realizada, podrá solicitarse una analítica específica de orina para control o detección de posibles riesgos.

Se procederá al registro de eliminación por parte del usuario en una tabla que facilitará la enfermera, en donde se recogerán los datos. Dado que la atención y el cuidado son diferentes en cada persona, estos deberán estar perfectamente individualizados. Conviene conocer la periodicidad con que se acude al servicio (ésta puede variar en la misma persona a lo largo del día). El documento de registro que facilitará la enfermera debe ser sencillo y se recogerá durante algunos días, anotando cada vez que el paciente orine, tanto de forma continente como incontinente, así como los datos que se consideren de interés, facilitando así las soluciones o rectificaciones de los planes de cuidados en próximas visitas.

A continuación, se debe pasar a revisar aspectos tan importantes como los hábitos, e incluso la observación del aspecto cantidad, y todo lo que nos pueda informar de anomalías en esta actividad. Es necesario incluir el estado de la piel

RESULTADOS

límite, su facilidad para acceder al baño, su capacidad de movimiento, calzado, obstáculos etc. Finalizando con la emisión de los correspondientes diagnósticos de enfermería y procediendo a recomendar las correspondientes ayudas técnicas, consejos de hidratación y, si procede, calendarios de hidratación u analíticas de orina, si así se estima oportuno.

Comparación del modelo informatizado frente el modelo tradicional.

Todos los aspectos hasta ahora detallados son importantes a la hora de realizar una valoración efectiva del individuo y proceder a realizar los planes de cuidados. En nuestro trabajo, se procedió en su momento a la realización de la valoración de un grupo de pacientes (120) utilizando metodologías convencionales, y un grupo de pacientes (120) mediante la utilización de nuestra propuesta de evaluación mediante algoritmo y la aplicación informática (MPCAHD). A continuación procedemos al análisis de los datos obtenidos tras las valoraciones efectuadas y la realización de los planes de cuidados.

En la **tabla 10, Análisis de datos y viabilidad de la informatización del modelo**, se muestra el número de entrevistas realizadas sin cuidador; 59 para la primera tanda manual y 59 para la segunda tanda automatizada. Con cuidador, 61 para la primera tanda manual y 61 para la segunda tanda automatizada, con las valoraciones medias obtenidas en el Índice de Barthel en ambas situaciones, la duración en minutos de la realización de las entrevistas y el tiempo empleado en la confección del Plan Individualizado de Atención.

Análisis de los datos y viabilidad de la informatización del modelo							
	Número	Valores Barthel		Duración entrevista (min.)		P.A.E (min.)	
		Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica
Manual							
Con cuidador	61	62,7	23,3	78,2	49,3	165,7	57,2
Sin cuidador	59	75,9	20,3	70,7	44,3	150,9	64,0
Automático							
Con cuidador	61	64,4	18,4	57,4	18,2	22,0	5,5
Sin cuidador	59	71,9	17,3	54,6	17,7	22,5	6,1

Tabla 10

RESULTADOS

En términos de duración media en minutos, se muestra una importante diferencia entre los resultados que se obtienen en la realización manual de las tareas y en su ejecución automatizada. Por otra parte, la similitud de los valores del Índice de Barthel nos indica que la situación de los individuos de las dos submuestras no es sustancialmente distinta. Se trata, pues, de ver si las diferencias apreciadas en términos de duración temporal en ambas valoraciones tienen significación estadística o no.

En el **gráfico 17**. Resultados nivel de dependencia manual y automático, se pueden observar tanto el número como el nivel de dependencia asignado a cada uno de los individuos evaluados en cada una de las tandas, la manual y la automática.

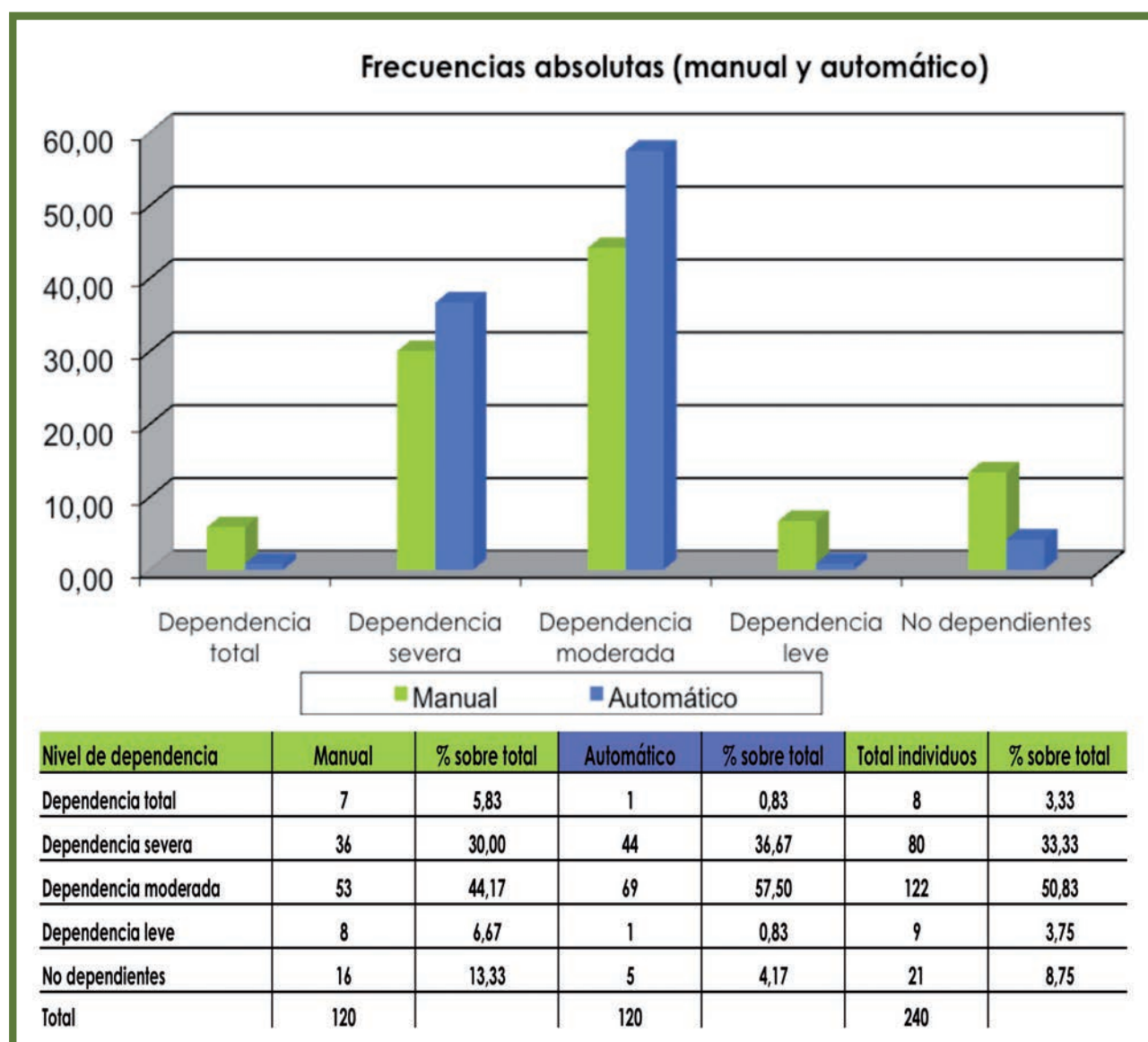


Gráfico 17. Resultados nivel dependencia manual y automática

RESULTADOS

El nivel de dependencia de mayor asignación fue el de dependencia moderada, con 69 individuos en la valoración automática y 53 en la manual, seguido de los valorados con dependencia severa, que en la valoración automática fueron 44 y 36 en la manual. Aunque se produce una pequeña reducción del número de asignados, en ambas categorías, es necesario señalar que el número de individuos a los que no se les asigna ningún nivel de dependencia se ve reducido, de 16 en la valoración manual a 5 en la valoración automática. Si se procede a realizar el análisis en base a porcentajes, estos pasan a ser en la valoración manual de 13,33% no dependientes y en la automatizada el 4,17%. Tal como hemos visto anteriormente cuando hacíamos referencia a valores absolutos, el mayor porcentaje corresponde a los valores de dependencia severa y moderada.

En la **Tabla 11**. Entrevista Global (minutos) se ha tratado de mostrar la duración media, mínima y máxima de las valoraciones por ambos medios, manual y automático. La entrevista realizada de forma manual presenta una gran disparidad en los tiempos de realización, pasando de una duración mínima de 10 a 20 minutos a una máxima entre 180 y 190 minutos, siendo la media de las valoraciones de 74,53 minutos, según refleja la tabla.

	Manual	Automático
Número de individuos	120	120
Media	74,53	56,03
Desviación típica	46,86	17,92
Valor mínimo	15	15
Valor máximo	190	95
Mediana	60,5	60
Moda	45	60
Q1	40	45
Q3	105	65

Tabla 11. Entrevista Global (minutos)

Si el mismo dato se analiza en la entrevista automatizada, se aprecia una mayor agrupación y una menor diversificación de los tiempos, siendo la media de 56,03 minutos.

RESULTADOS

Los datos recogidos sobre la duración de la entrevista son muy clarificadores, ya que al realizar un t-test (comparación de las medias de los diferentes grupos) se observan diferencias altamente significativas ($p=0,000166$).

En el **gráfico 18. Distribución de las valoraciones realizadas de forma manual en función de su duración**, se aprecia un amplio espectro de duración de la valoración de los usuarios, pasando de tiempos comprendidos entre los 10 minutos hasta los 190 minutos, no siempre ajustándose a su nivel de dependencia, ya que en la entrevista para la valoración de la dependencia intervienen muchos factores, de ahí que no se pueda garantizar que un nivel de dependencia leve deba corresponder necesariamente a un menor tiempo en la duración de la entrevista, tal como sería lógico pensar.

Este mismo **gráfico 18** nos permite ver que esa gran variabilidad en la duración de las valoraciones, plantea altos niveles de incertidumbre y podría tener un amplio impacto en la planificación y organización de la atención.

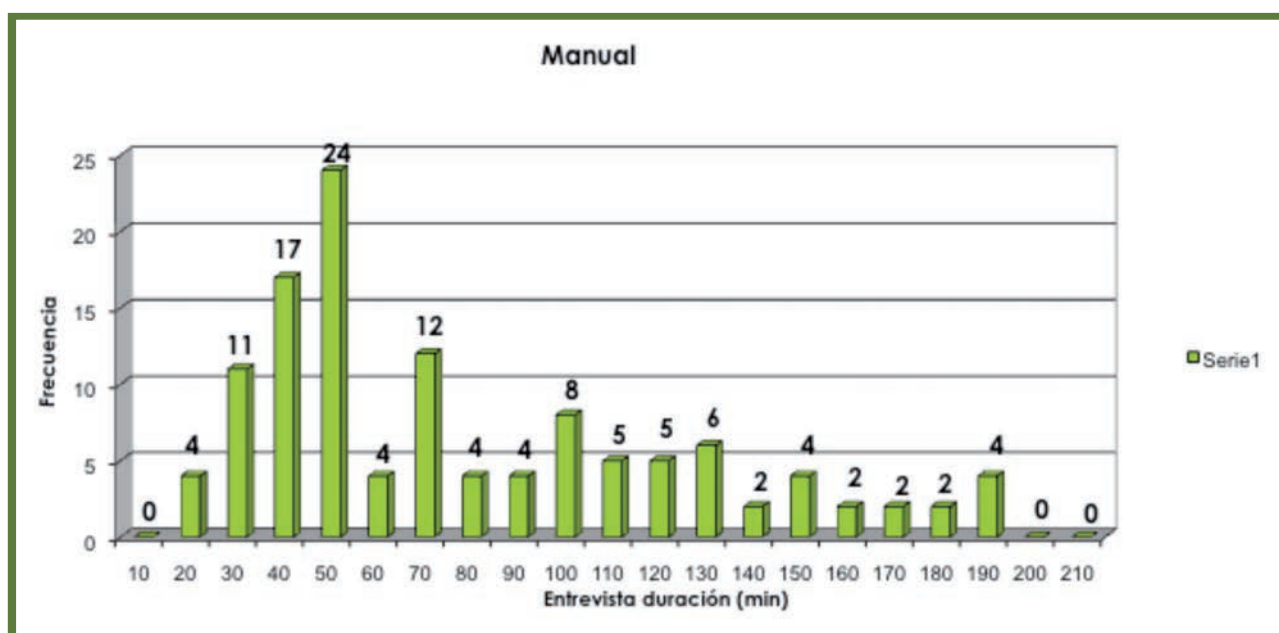


Gráfico 18. Distribución de las valoraciones realizadas de forma manual en función de su duración

En el **gráfico 19. Distribución de las valoraciones realizadas de forma automática** en función de su duración, podemos apreciar que se produce una agrupación en la duración de las valoraciones, concentrándose entre los diez y los cien minutos. Esta distribución nos permite cierto nivel de aproximación en términos predictivos a la duración de las valoraciones.

RESULTADOS

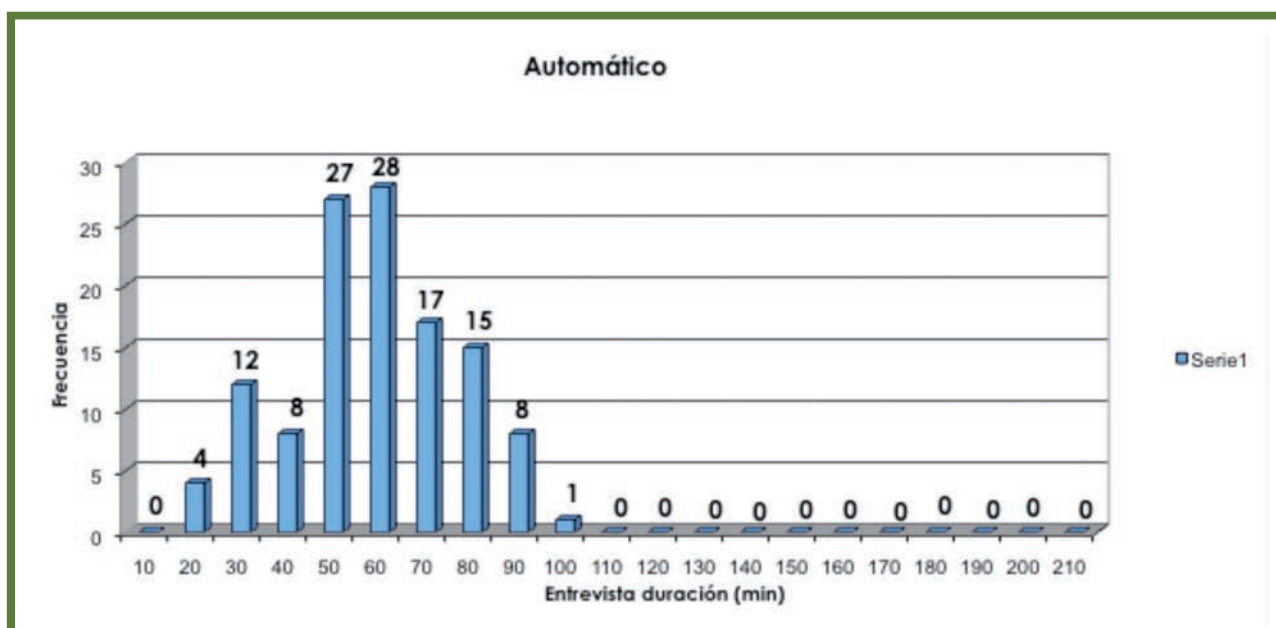


Gráfico 19. Distribución de las valoraciones realizadas de forma automática en función de su duración.

La agrupación de los valores de duración de las valoraciones nos informa de una mayor eficiencia a favor de la utilización de procesos automáticos, lo que se evidencia de una manera clara y rotunda cuando se expresan los valores de ambos en un diagrama de cajas, **gráfico 20. Distribución de las valoraciones realizadas de forma automática** en función de su duración, donde se pueden apreciar los valores mínimo y máximo, los cuartiles Q1, Q2 o mediana y Q3, y se puede observar que en la representación de las valoraciones automáticas no muestra valores atípicos y aunque existe una mínima asimetría de la distribución, ésta no es apreciable.

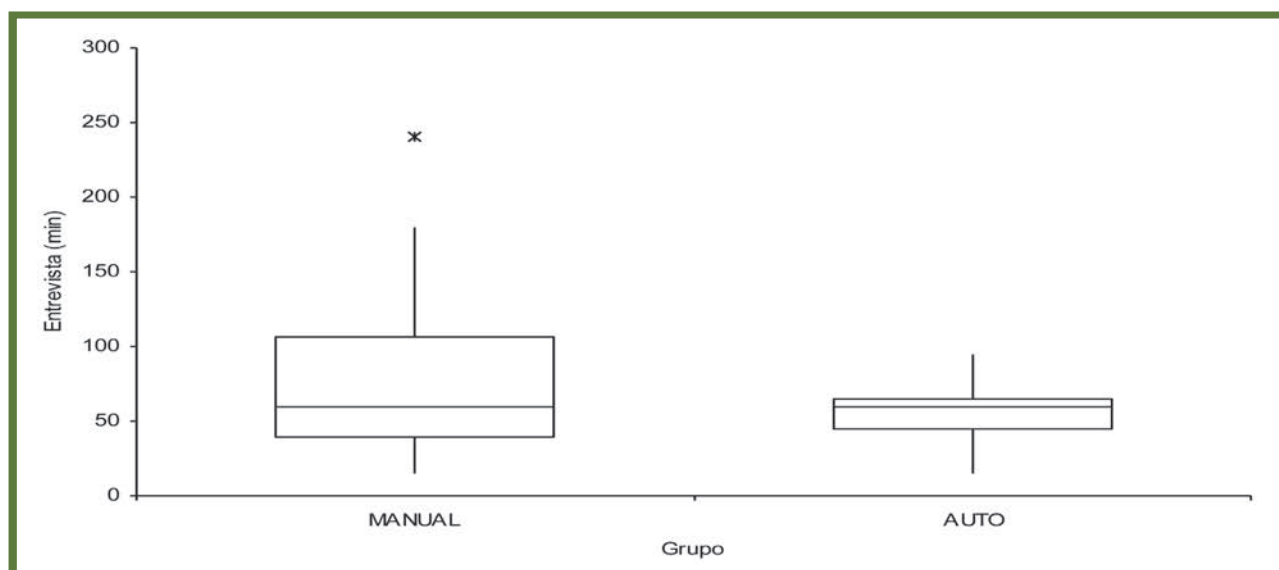


Gráfico 20. Distribución de las valoraciones realizadas de forma automática en función de su duración

RESULTADOS

Por otra parte, es necesario comentar la coincidencia en la mediana, desde valores tan dispares como los obtenidos en una y otra forma de realizar las valoraciones y que se puede atribuir única y exclusivamente a la casualidad.

En la **tabla 12. PIA y PAE global**, se procede a comparar los tiempos de duración en minutos de los procesos de producción, tanto manual como automática de los planes individuales de atención y en la que se pueden resaltar las importantes diferencias entre la producción del plan individual de atención manual (158,43 minutos) y automática (22,25 minutos).

En esta misma tabla es necesario subrayar la diferencia existente entre las duraciones máximas de la confección del plan individual de atención, siendo en el caso de la elaboración manual de 250 minutos y en el caso de la automática de 35 minutos.

Grupo	Total	Manual	Automático
Número de individuos	240	120	120
Media	90,34	158,43	22,25
Desviación típica	80,71	60,82	5,79
Valor mínimo	15	25	15
Valor máximo	35	250	35
Mediana	35	157,5	20
Moda	20	120	20
Q1	20	118,75	18,75
Q3	156,25	214,25	25

Tabla 12. PIA-PAE Global (minutos)

En el **gráfico 21. Realización del PIA-PAE en minutos de forma manual**, se puede apreciar de forma clara la gran dispersión de los tiempos de duración en la elaboración del PIA-PAE. Llamándonos especialmente la atención el gran número de evaluaciones que se concentran en los valores más altos del gráfico, lo cual no es de extrañar dada la ubicación de la media.

En el **gráfico 22. Realización del PIA-PAE y su duración de forma automática**, nos encontramos una concentración de los tiempos de realización del PIA-PAE en el intervalo comprendido entre los 10 y 50 minutos, destacando especialmente por su número (114) los tiempos de duración de la confección del PIA-PAE entre los 10 y los 30 minutos.

RESULTADOS

La concentración observada nos da una idea de la utilidad de esta herramienta informática, dado que ciertamente, permitirá la planificación y la adecuación de los recursos de una manera específica.

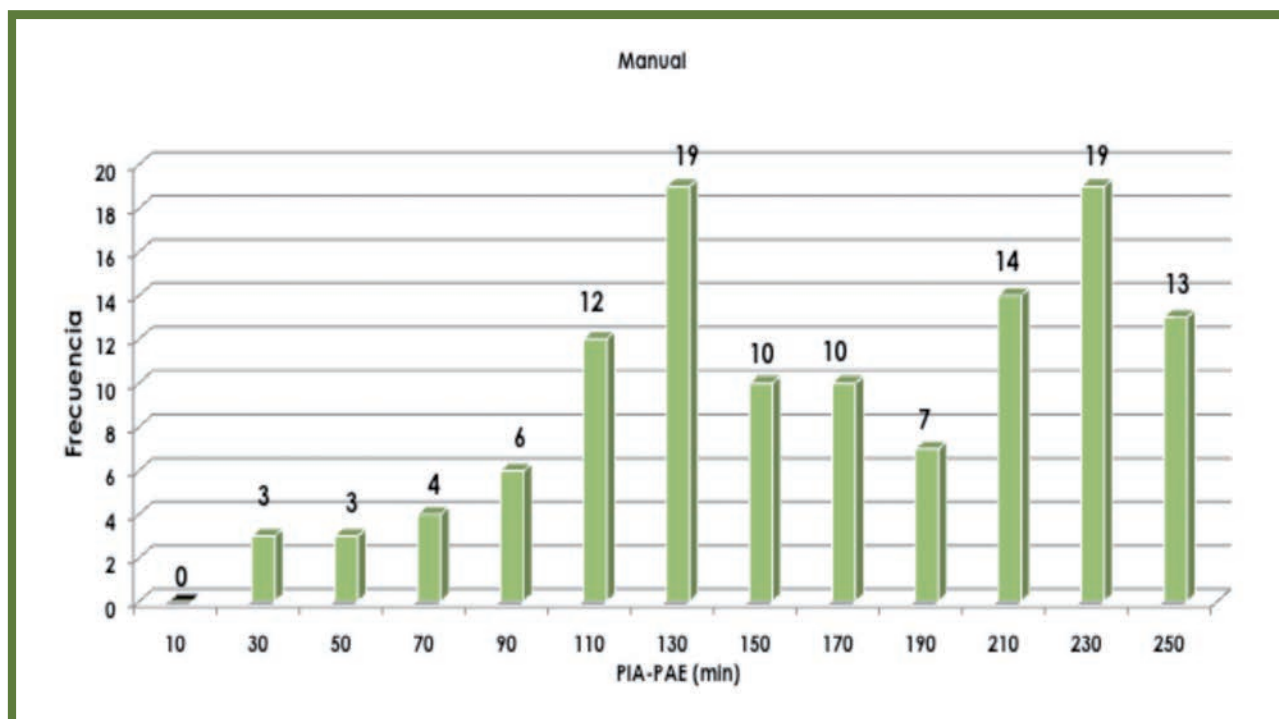


Gráfico 21. Realización PIA-PAE minutos manual

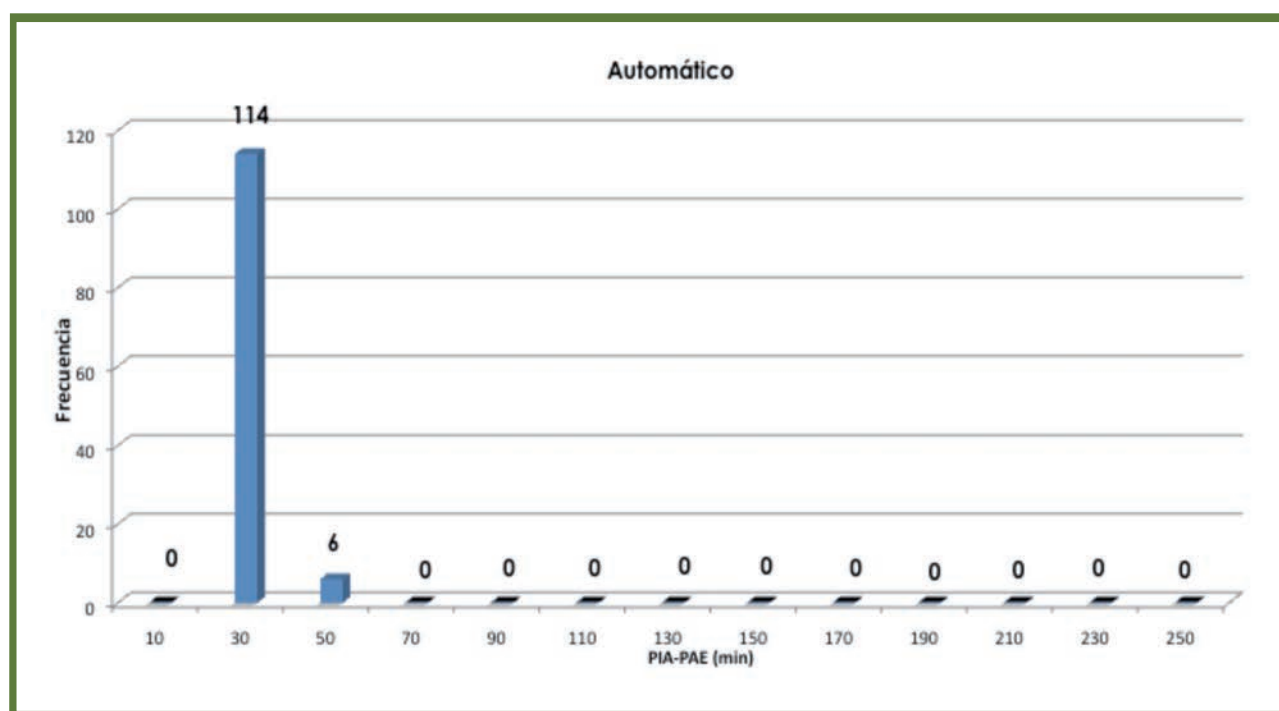


Gráfico 22. Realización PIA-PAE minutos automático

RESULTADOS

En el **gráfico 23. Diagrama de cajas. Realización PIA-PAE minutos manual-automático**, se muestra de manera concluyente la concentración de los datos obtenidos en torno a la mediana, especialmente en la realización del PIA-PAE de manera automática.

La imagen es interesante desde la perspectiva de la planificación de los recursos humanos a la hora de realizar los planes individuales de atención, ya que nos da idea del tiempo utilizado, en términos de promedio, a partir de la concentración observada en torno a la mediana. Al analizar los datos y realizar un t-test (comparación de las medias de los diferentes grupos) se observan diferencias altamente significativas ($p < 0,0001$). La realización del PIA-PAE en su comparación manual y automatizada muestra la gran diferencia existente en la utilización del programa, ya que los tiempos dedicados a esa elaboración en la fase manual son muy dispares y, por supuesto, mucho más extensos que los realizados de forma automática por la herramienta, que mantienen una duración no superior a 50 minutos.

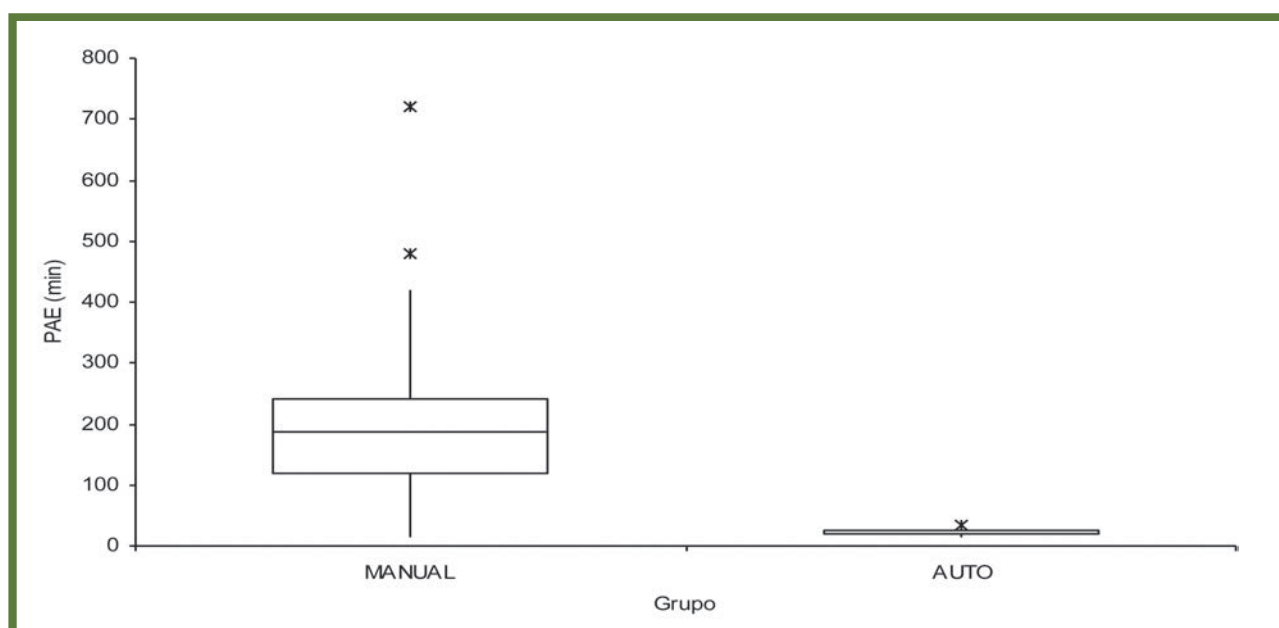


Gráfico 23. Diagrama de cajas. Realización PIA-PAE minutos manual-automático

Adicionalmente hemos considerado necesario profundizar en el análisis de los resultados obtenidos para clarificar sin ninguna duda que estos serían similares al realizarlos con otros grupos de control, el método elegido es el análisis de varianza que se utiliza para verificar si hay diferencias estadísticamente significativas entre medias cuando trabajamos con más de dos muestras o grupos en el mismo planteamiento.

RESULTADOS

En tales casos, no se utiliza la *t* de Student, un procedimiento válido solamente cuando se comparan las medias de dos muestras. Cuando tenemos más de dos muestras, y si se comparan las medias de dos en dos, las probabilidades de error se incrementan al rechazar la hipótesis de no diferencia, ya que queda suficientemente explicada por factores aleatorios, produciéndose un error muestral.

Entendemos que la varianza es, ante todo, una medida de dispersión, definiéndose como la media de las diferencias con la media, elevadas al cuadrado; o lo que es lo mismo: la desviación típica elevada al cuadrado. Su valor será siempre positivo o cero, en el caso de que las puntuaciones sean iguales.

La varianza, al igual que la media, constituye un índice muy sensible a las puntuaciones extremas. Su alto grado de dependencia de los valores atípicos hace que no resulte aconsejable en los casos de distribución de las variables aleatorias con colas pesadas, es decir, aquéllas que decrecen mucho más lentamente que las de una distribución exponencial.

Si se calcula a través de los datos agrupados en una tabla, depende de los intervalos elegidos; así, se comete un cierto error en el cálculo de la varianza cuando los datos han sido resumidos en una tabla estadística mediante intervalos, en lugar de haber sido calculados directamente como datos no agrupados.

Si el número de intervalos, así como su amplitud y límites, es el adecuado, el error será mínimo.

¿Qué cuantifica la varianza?

Formalmente, la varianza es la desviación típica elevada al cuadrado:

$$\text{Varianza} = S^2 = \frac{1}{N} \sum x_i^2 \cdot f_i - \bar{x}^2$$

Siendo *N* el tamaño poblacional, *x_i* las observaciones, *f_i* la frecuencia de cada una de ellas y \bar{x} la media.

Una varianza apreciable indica que hay mucha variación entre las observaciones, es decir, existen grandes diferencias individuales con respecto a la media; una varianza reducida supone poca variabilidad entre las observaciones, o sea, menores diferencias entre los sujetos. Por tanto, la varianza cuantifica todo lo que hay de diferente entre las observaciones.

RESULTADOS

La varianza puede descomponerse en varianzas parciales, siendo ésta la base del análisis de varianza; así, pueden ser aisladas distintas fuentes de variación.

En definitiva, el análisis de varianza tiene como finalidad responder a la siguiente pregunta: ¿de dónde vienen las diferencias?

Analizar la varianza supone una comprobación de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre dos o más grupos o muestras de una misma población, es decir, lo que se comprueba es si tales muestras pueden ser consideradas aleatorias para una misma población. Y, aunque en el presente caso, pudiera haber sido empleado el test basado en la distribución *t* de Student para el contraste de medias, se ha optado por emplear el análisis de varianza o ANOVA de Fisher, ya que resulta, intuitivamente, mucho más práctico. El análisis de varianza permite comparar varias medias en diversas situaciones.

El razonamiento que hay tras el análisis de varianza es sencillo: dos grupos o muestras se consideran distintos cuando la variabilidad entre ellos, o sea, entre las medias, es mayor que la variabilidad dentro de los grupos.

Expresado de otra manera: la diversidad o variación encontrada en los grupos y expresada por la varianza dentro de los mismos, es la diversidad normal o aleatoria; lo habitual es que no todos los sujetos de una muestra sean idénticos en una determinada característica. Si las medias difieren entre sí, produciendo una varianza entre grupos mayor de lo que cabría esperar debido al azar, es decir, una varianza dentro de los grupos, puede afirmarse que las medias son distintas o, expresado en términos más formales, que las muestras proceden de poblaciones distintas con distinta media.

Metodológicamente, la varianza total del gran grupo, el resultante de aglutinar a todos los sujetos en un grupo único, puede descomponerse en dos varianzas:

- Una que expresa las diferencias entre los grupos
- Otra que expresa las diferencias o variabilidad entre los sujetos dentro de los grupos, y que es considerada como la variabilidad normal

Si la diversidad entre las medias o grupos es mayor que la diversidad entre los sujetos dentro de los grupos, podemos afirmar que entre las medias hay diferencias

RESULTADOS

superiores a lo que pueda encontrarse por azar, que es lo que sucede dentro de los grupos.

Con referencia al análisis de dos o más muestras independientes, la hipótesis nula H_0 afirma que todas las muestras proceden de la misma población y que, por lo tanto, sus medias no difieren significativamente. La hipótesis nula viene a decir que la varianza poblacional es igual a algún valor previamente especificado. En definitiva, las diferencias quedan explicadas por el error muestral, lo mismo que la variabilidad normal que pueda encontrarse en cualquier grupo.

Para comprobar esta hipótesis se toma una muestra aleatoria de elementos de la población investigada y, a partir de los datos, se calculan dos estimaciones de la varianza de esa supuesta misma población siguiendo caminos distintos e independientes. Si realmente todas las muestras proceden de la misma población, y por lo tanto sus medias no difieren significativamente entre sí, ambos caminos llevan a idéntico resultado.

Las dos estimaciones de la varianza, los dos caminos, son los siguientes:

- A partir de las medias de los grupos, es decir, de su variabilidad con respecto a la media total; ello equivale a asignar a cada sujeto la media de su grupo prescindiendo de las diferencias individuales dentro del mismo. Es lo que se denomina "varianza entre grupos" y expresa las diferencias existentes entre unos y otros.
- A partir de las puntuaciones individuales en relación a sus respectivas medias dentro de cada grupo. Es lo que se denomina "varianza dentro de los grupos", e indica las discrepancias de los sujetos entre sí dentro de cada grupo, prescindiendo de las diferencias entre medias.

Si ambas estimaciones de la varianza son iguales o muy parecidas, puede afirmarse que todas las muestras proceden de la misma población, aceptando la hipótesis nula. En consecuencia, no difieren significativamente entre sí.

Si, por el contrario, las estimaciones son muy diferentes y la varianza entre los grupos es mayor que la varianza dentro de los grupos o, lo que es lo mismo, es mayor la diferencia entre los grupos que la que encontramos entre los sujetos, puede inferirse que las muestras proceden de poblaciones distintas con distinta media.

RESULTADOS

En definitiva, se trata de verificar si las medias de los grupos difieren entre sí más que los sujetos mismos entre ellos y, para esto, se dividen la una entre la otra, calculando así el valor de la F de Snedecor.

$$F = \frac{\text{Varianza entre grupos}}{\text{Varianza dentro de los grupos}}$$

Obviamente, si el valor de F es igual a 1, las dos varianzas son iguales. En la medida en que la varianza del numerador sea mayor que la del denominador, el cociente será cada vez más superior a 1. Si los sujetos pertenecen a la misma población y la pertenencia a uno u otro grupo no está relacionada con la variable dependiente, es muy poco probable obtener valores de F muy grandes.

La probabilidad de obtener un cociente F por azar se consulta en las Tablas de Distribución F de Snedecor de probabilidad continua.

Es una distribución de gran aplicación en la inferencia estadística, sobre todo en la contrastación de la igualdad de varianzas de dos poblaciones normales y, fundamentalmente, en el análisis de la varianza. Permite detectar la existencia o no de diferencias significativas entre muestras diferentes, siendo esencial en aquellos casos en los que se quiere investigar la relevancia de un factor en el desarrollo y naturaleza de una característica. El objetivo de la distribución F es comparar la variabilidad que se produce al utilizar fuentes distintas.

La aplicación del análisis de varianza

En el caso que nos ocupa, y simplificando la exposición efectuada, han sido tomados dos grupos de pacientes cuyo grado de funcionalidad quedó establecido mediante el test de Barthel. Seguidamente fue elaborado el PAE, en unos casos de forma manual y en otros empleando la aplicación informática que se describe.

Es sobre esta población, y en aquellos sujetos a los cuales ha sido realizada la prueba, donde se desea llevar a cabo el análisis de varianza. En este sentido, lo esperado sería que el análisis arrojase los siguientes resultados:

- A: que ambos grupos de pacientes pertenecen a la misma población, siendo ésta la hipótesis nula. Dicho de otra forma; no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, formando parte de una misma población incluida a su vez en un universo mayor. Los sujetos de cada uno

RESULTADOS

de los grupos han sido seleccionados aleatoriamente.

- B: que las diferencias son significativas con respecto a dos variables, la duración de la entrevista y la del PAE; es decir, el empleo de la aplicación informática sí que introduce un cambio sustancial en el tiempo necesario para la elaboración del PAE.

La **tabla 13** muestra los valores de las principales medidas de tendencia central y de dispersión para la población total y para cada uno de los grupos establecidos.

TOTAL	Barthel	Entrevista (min)	PAE (min)
Media	68,63	65,28	90,34
Desviación típica	20,57	36,59	80,71
Varianza	422,95	1.338,96	6.514,23
Valor mínimo	15	15	15
Valor máximo	100	95	35
Mediana	70	60	35
Moda	80	60	20
MANUAL			
	Barthel	Entrevista (min)	PAE (min)
Media	69,18	74,53	158,18
Desviación típica	22,75	46,66	60,12
Varianza	517,68	2.195,65	3.644,97
Valor mínimo	15	15	25
Valor máximo	100	190	250
Mediana	70	60,5	157,5
Moda	100	45	120
MECANIZADA			
	Barthel	Entrevista (min)	PAE (min)
Media	68,08	56,03	22,25
Desviación típica	18,20	17,92	5,79
Varianza	331,17	321,12	33,55
Valor mínimo	20	15	15
Valor máximo	100	95	35
Mediana	70	60	20
Moda	80	60	20

Tabla 13. Valores medidas de tendencia

RESULTADOS

Como ya ha sido mencionado anteriormente, mientras que los valores grupal y poblacional de los resultados obtenidos con el test de Barthel muestran una elevada concentración, apuntando a la inexistencia de diferencias importantes entre los grupos, la situación es sustancialmente distinta en lo referente a la duración de la entrevista y del PAE, representando un significativo ahorro de tiempo en el caso del empleo de la aplicación informática.

Veamos los resultados para cada una de estas variables del análisis de varianza efectuado.

1. Sobre los resultados del test de Barthel

	Manual	Mecanizada	Total			
Número	120	120	240			
Suma de valores	8.170	8.302	16.472			
Media	68,0833	69,1833	68,6333			
Suma de cuadrados	595.650	635.964	1.231.614			
Varianza	331,1695	517,6804	422,9529			
Desviación típica	19,1981	22,7526	20,6586			
Error	1,6612	2,077	1,3275			
	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Desviación cuadrática media	F	p	
Tratamiento (entre grupos)	72,6	1	72,6	0,1732	0.678033	
Error	49.869,4	119	419,0706			
Suma de cuadrados/Bi	51.143,7333	119				
Total	101.085,7333	239				

Tabla 14. Resultados test de Barthel

RESULTADOS

Recordemos que la hipótesis nula consiste en que ambos grupos pertenecen a una misma población, produciéndose una igualdad de medias. Si se revela cierta, el valor de F tiende a ser igual o menor que 1,0 dentro de los límites de la variabilidad aleatoria, mientras que si es falsa, el valor de F será mayor que la unidad.

En este caso, como puede observarse en la tabla 14, el valor de F es 0,1732, por tanto, menor que la unidad; ello llevaría a aceptar la hipótesis nula, es decir, que ambas muestras corresponden a la misma población. Sin embargo, este resultado se ve empañado por el valor de la probabilidad de que el resultado sea estadísticamente no significativo: el 67,8%, lo que es claramente un valor excesivo. En consecuencia, no puede afirmarse inequívocamente que la hipótesis nula sea cierta.

2. Sobre la duración de la entrevista

	Manual	Mecanizada	Total					
Número	120	120	240					
Suma de valores	8.943	6.724	15.667					
Media	74,525	56,0333	65,2792					
Suma de cuadrados	927.759	414.982	1.342.741					
Varianza	2.195,6464	321,1249	1.338,9636					
Desviación típica	46,8577	17,92	36,5919					
Error	4,2775	1,6359	2,362					
				Suma de cuadrados	Grados de libertad	Desviación cuadrática media	F	p
Tratamiento (entre grupos)	20.516,5041	1	20.516,5041	18,5702	<	0.0001		
Error	13.1471,9959	119	1.104,8067					
Suma de cuadrados/BI	168.023,7958	119						
Total	320.012,2958	239						

Tabla 15. Duración de la entrevista

RESULTADOS

En este caso, se aprecia en la tabla 15 que los valores son más concluyentes; F es claramente mayor que la unidad (18,57) mientras que la probabilidad de que el resultado sea estadísticamente no significativo es despreciable. En consecuencia, procede rechazar la hipótesis de la igualdad de medias, es decir, los grupos se comportan de manera distinta.

3. Sobre la duración realización del PAE

	Manual	Mecanizada	Total		
Número	120	120	240		
Suma de valores	18.982	2.670	21.652		
Media	158,1833	22,25	90,2167		
Suma de cuadrados	3.436.388	63.400	3.499.788		
Varianza	3.644,9745	33,5504	6.740,3629		
Desviación típica	60,3736	5,7923	80,4386		
Error	5,5113	0,5288	5,1923		
	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Desviación cuadrática media	F	p
Tratamiento (entre grupos)	1.108.672,2666	1	1.108.672,2666	615,2491	< 0.0001
Error	214.436,7334	119	1.801,9894		
Suma de cuadrados/Bi	223.307,7333	119			
Total	1.546.416,7333	239			

Tabla 16. Duración realizada del PAE

Por último: en este caso, como se ve en la tabla 16, la situación es similar a la del análisis anterior; el valor de F es superior a la unidad, mientras que el de p es insignificante. Una vez más, los grupos se comportan de manera distinta.

Discusión

VI. Discusión

La actual situación en la que se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia (2007), presenta aspectos preocupantes y que, sin duda, están en la base de las dificultades para que desarrolle toda su potencialidad en la nueva coyuntura de crisis que padecemos:⁽¹¹⁴⁾

Entre otros aspectos, se enfrenta a la falta de un modelo de provisión y financiación, soportando la coexistencia en los mismos territorios de gestión pública, contratada, concertada y subvencionada, a veces con un porcentaje del coste simbólico, esto comporta una carencia de compromiso que genera procesos de baja intensidad de servicio, lo que en definitiva conduce a una ausencia de la filosofía de promoción de la autonomía personal y de la prevención en salud con el fin de evitar internamientos y costes añadidos al sistema, a esto hay que añadir la ausencia de una ventanilla única, y la co-existencia de múltiples vías de financiación pública para determinadas necesidades así como diferentes agentes para un mismo territorio, lo que hace que los niveles de cobertura sean muy desiguales tanto entre las diversas Comunidades Autónomas, como entre unos y otros municipios, ya que en algunos casos tienen una oferta que iguala a la demanda, mientras que en otros existen grandes listas de espera, lo que nos lleva a tener que comentar la existencia tanto de un copago, como de un acceso no homologado para cubrir las distintas necesidades que se producen.

Existe una falta de adecuación a las nuevas necesidades sociales, incluyendo la no disponibilidad en muchos casos del servicio de ayuda a domicilio en zonas rurales o muy despobladas, y en particular no se procede a proveer los elementos necesarios para la conciliación de la vida familiar y laboral, por la rigidez en la organización del servicio. Se da una desigual y muy escasa incorporación del apoyo a tareas domésticas desde el exterior del domicilio, como el catering, la lavandería o la tele compra, que como hemos indicado está sujeto a la prestación en algunos casos de otros organismos locales.

Muchas veces, el contenido se basa en una atención doméstica deficitaria y centrada en unos cuidados personales muy básicos, todo ello condicionado por la escasa formación especializada de las auxiliares de hogar, también llamadas gerontólogas, para llevar a cabo estos cuidados especializados y que en la actualidad no están planificados convenientemente por los profesionales adecuados.

DISCUSIÓN

Resulta escasa la coordinación con el sistema sanitario, tanto para cuidados como para la comunicación cotidiana, al no existir de forma generalizada en todas las comunidades la figura apropiada ya sea la enfermera de gestión de casos o la coordinadora en atención domiciliaria.

Y por último, ante los servicios que se proporcionan, hay una total falta, de manera general, de regulación y procesos de gestión de los requisitos de la calidad de prestación del servicio.

Esta era la situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el momento en el que se plantea como uno de los servicios del Catálogo de la Ley de Dependencia. Años después, estas circunstancias apenas han variado substancialmente, y la mayor parte de ellas siguen constituyendo retos a los que es necesario responder, actualmente, para aprovechar el impulso que la constitución del Sistema de la Autonomía y la atención a la dependencia puede y debe generar.

Ahora bien, frente a estas dificultades, en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia, el Servicio de Ayuda a Domicilio se configuró como un servicio a desarrollar e implantar en la totalidad del territorio, dotándolo por ley, de las condiciones suficientes para desarrollar todo su potencial en esa nueva coyuntura, demostrando, en algunos casos, su utilidad y su capacidad de adaptación a nuevas situaciones (apoyo al cuidador, situaciones sobrevenidas, etc.) aunque lamentablemente, no en todas las comunidades se ha desarrollado de manera uniforme.

Esta prestación puede poseer una extraordinaria capacidad de generación de empleo, (se cifra en 212.735 los nuevos puestos de trabajo que puede generar el SAD desde el año 2010 al 2015, sólo en el ámbito del Sistema de Atención a la Dependencia)⁽¹¹⁵⁾, siendo esto una de las características más interesantes en una situación como la actual, por su extensión en el territorio nacional y por su capacidad para incorporar y formar a personas que encuentran grandes dificultades de empleabilidad en otros ámbitos de actividad.

Se trata de un Servicio plenamente comprometido con los derechos de sus usuarios, con la mejora de su calidad y con el logro de la eficiencia, tan necesaria en momentos de crisis y dificultades presupuestarias como las actuales; servicio que por otra parte, cuando se desarrolla es muy valorado por sus beneficiarios, que no sólo son, como todo el mundo sabe, las personas que lo necesitan directamente

DISCUSIÓN

(personas en situación de dependencia y sus cuidadores), sino también el resto de su entorno familiar y vecinal.

Un Servicio que resulta imprescindible en la sociedad actual, para garantizar la calidad de vida de muchas personas (personas mayores, personas con discapacidad, personas con cargas familiares no compartidas, etc.), que puede facilitar y hacer compatible la vida familiar y laboral, haciendo posible que todos y todas, particularmente las mujeres, disfruten de manera efectiva de todos los derechos y todas las oportunidades de desarrollo que tienen reconocidas.

Por todo ello, vale la pena el esfuerzo de reflexión para superar las dificultades de implantación total de este servicio y conseguir que se adapte con eficacia y eficiencia a las nuevas condiciones sociales, para que sea realmente uno de los puntales del desarrollo de los nuevos derechos sociales, en el marco del Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia, y de las nuevas Leyes que afecten a los Servicios Sociales.

La realización de este trabajo surgió para poder dar respuesta a algunos de los problemas enumerados, fundamentalmente aquellos que tenían que ver con los costos, coordinación y seguimiento, y planteaba como un objetivo no explícito el desarrollo de estrategias que favorecieran la continuidad de cuidados en pacientes con baja puntuación en el índice de Barthel y siempre, abogando por el desarrollo de la figura enfermera gestora de casos o enfermera de enlace, en pacientes con gran necesidad de cuidados.

Tal y como se recoge en el documento de trabajo 162/2010, de Hernández Yáñez ⁽¹¹⁶⁾, las enfermeras deberían aspirar a ser la bisagra sobre la que se articulan todos los demás servicios y profesiones en los procesos asistenciales. Es por este motivo, que se está sugiriendo como uno de los ejes centrales, sobre los cuales podría articularse el decisivo papel de la enfermería dentro de los servicios de salud, el rol de “mediador”⁽¹¹⁷⁾, “agente de conectividad”⁽¹¹⁸⁾, “facilitador de cuidados”⁽¹¹⁹⁾, “gestor de casos”⁽¹²⁰⁻¹²¹⁾ o “enfermera de enlace”⁽¹²²⁻¹²³⁻¹²⁴⁻¹²⁵⁾, todo ello preciso en la nueva realidad socio-sanitaria, a la que se ha de dotar de herramientas, que como ésta aquí presentada, faciliten la labor y contribuyan de forma rentable al mantenimiento del Estado de Bienestar.

Con la ya mencionada modificación de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema

DISCUSIÓN

para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril RD. 174/2011⁽⁶⁴⁾, se aprecia la importancia que el Índice de Barthel tiene en esta ley, y entre sus recomendaciones se indica la necesidad de que ésta sea realizada por profesionales con conocimientos sanitarios, capaces de comprender los procesos.

Literalmente, en recomendaciones para la aplicación del Baremo Valoración de la Dependencia (BVD), se recoge en la página 60931 (BOE-A-2011-3174): "Antes de realizar el estudio de la (BVD) se deben comprender y aprender los criterios generales de aplicación y estudiar las tareas necesarias de cada actividad. Pero además, se deben tener conocimientos generales sobre las deficiencias permanentes secundarias a distintos procesos de salud y las características generales del funcionamiento en las actividades de la vida diaria de las personas con limitaciones, especialmente en el caso de menores de edad y en personas que presentan problemas en las funciones mentales. En estos casos, es probable que la aplicación del baremo pueda requerir más tiempo y consideración por la necesidad de verificación de que la persona comprenda lo que se está haciendo y realice las acciones de manera coherente". (Resolución de 29 de junio de 2010)⁽³⁹⁾. Evidentemente, esto ratifica el hecho de que, para valorar a una persona, no basta con hacer un curso como el que en nuestra comunidad se denominó "valorador de la dependencia" y que fue abierto a cualquier universitario de cualquier área de formación.

Esta modificación clarificó que es necesario ser un profesional sanitario con conocimientos en salud. También resulta necesario generar unas guías de actuación para estos profesionales que les permitan no olvidar ninguno de los aspectos que pueden condicionar la respuesta, afirmativa o no, de un ítem de las escalas de valoración para contemplar todos los condicionantes que permitan la realización de una valoración exhaustiva y ajustada a cada realidad de la persona valorada, presentadas en el anexo para las tablas de valoración, guías confeccionadas e incluidas dentro de nuestro trabajo.

Una vez generadas las guías de control, podríamos acceder al programa de valoración y realización de planes de cuidados.

El programa y las instrucciones que de él se generan, favorecen la autonomía, y ayudan a que el cuidador informal o familiar interprete tanto los mecanismos del cuidado, como las recomendaciones que la enfermera realice. Esto resulta tan

DISCUSIÓN

importante que genera una diferenciación en los registros o en los informes que se emiten, organizándolos siempre con un lenguaje claro, y entendible dado que están dirigidos a usuarios o personas a las que afecta, que pueden tener un nivel cultural bajo. Por ello, debemos tener en cuenta los niveles de estudios en este país, representados anteriormente en el gráfico 8. Nivel de Estudios mayores receptores de ayuda ⁽²⁶⁾.

En todo este proceso de planificación no hay que olvidarse del cuidador principal o cuidador informal, ya que interviene y participa en muchas ocasiones junto al usuario en la realización de los cuidados. Esto obliga a incluirlo en el proceso asistencial, proporcionándole acciones de asesoramiento e información para el apoyo y la ejecución de estos cuidados que el paciente precisará en su domicilio. En definitiva, los cuidadores informales precisan de un apoyo, asesoramiento y atención especial, con el fin de facilitarles sus tareas.⁽¹²⁶⁾

Los usuarios, y con ellos su cuidador, deben cambiar de papel en el transcurso del mantenimiento de la salud y la autonomía. Hay que empezar a verles y hacerles partícipes junto a los profesionales como colaboradores en su propio cuidado; para ello, hay que asesorarles, informarles y formarles con el fin de facilitarles este nuevo rol.

Es en este punto cuando este conjunto de datos nos permite extraer las siguientes consideraciones sobre la implantación de la herramienta: en primer lugar se puede apreciar perfectamente una diferencia muy importante en términos operativos; la utilización de la valoración y producción de un plan individual de atención de forma manual es mucho más costosa que la realización de este proceso de manera mecanizada. Son patentes las trascendentes discrepancias existentes entre una forma de actuación y otra; al tiempo, es necesario destacar los resultados obtenidos mediante la aplicación del t-test, que aportan una importante significación estadística a favor de la aplicación automatizada.

Además de medias y proporciones, muchas veces es interesante conocer también la variabilidad de las poblaciones. En el caso que nos ocupa, el análisis de varianza vino a reafirmar las conclusiones a las que se había llegado mediante una simple comparación de las medias. De un lado, la aplicación y análisis de los resultados del índice de Barthel nos informa de que estamos actuando en un grupo que tiene características similares, pacientes con problemas en circunscripciones de funcionalidad. Las diferencias entre grupos nos vienen dadas por la forma en

DISCUSIÓN

la que realizamos la aplicación del índice de Barthel; manual en el primer caso, automatizada en el segundo. El empleo de la aplicación informática para valorar el nivel de dependencia supone un cambio de comportamiento significativo entre los sujetos de ambos grupos, que va en la dirección de la disminución del tiempo empleado tanto en la valoración, como en el inexcusable plan de cuidados destinado al fomento de la autonomía personal; unos cuidados encaminados al retraso en los procesos de incapacidad funcional para el desarrollo de las actividades más cotidianas, con independencia de los grupos de población que han sido empleados en la presente investigación.

Por otra parte, es necesario que los valores obtenidos sean evaluados en términos operativos y de aplicabilidad. La planificación y organización de la atención a nivel social y sanitario se vería claramente beneficiada mediante la utilización de la herramienta informática objeto de este estudio. Una herramienta informática de la que se podrían obtener, también, otros beneficios entre los que se podrían anticipar que la aplicación de este instrumento conduciría a una reducción de la variabilidad en la práctica en dos sentidos; inicialmente, reduciría el tiempo que el personal sanitario utilizaría, tanto en la valoración como en la producción de los planes individuales de cuidados, optimizando la atención socio-sanitaria en su conjunto. Otro aspecto importante es la reducción de los tiempos en términos de planificación, ya que tendría un trascendente impacto en la manera en la que se organizarían los servicios sociosanitarios, añadiendo un plus al valor del dinero invertido en dicha atención. No deberíamos olvidarnos de los aspectos relacionados con la imagen proporcionada a los usuarios, que redundaría en mayores niveles de aceptación y afiliación a los servicios; todo ello en función de una imagen basada en la operatividad y en la eficiencia. Los usuarios y sus familiares verían reducidos los tiempos de espera para la realización de las valoraciones, y por supuesto, la recepción de las acciones de cuidado y mantenimiento de su autonomía.

El sistema informático permite la aplicación de soluciones rápidas, restando con ello al usuario la ansiedad que la demora actual genera. Es una herramienta que permite hacer modificaciones en los planes de cuidados, haciendo que aunque estén estandarizados, los profesionales pueden hacer puntuales modificaciones, según su criterio profesional, individualizando la atención que reciben los usuarios dependientes y sus familiares o cuidadores. Las modificaciones que se pudieran producir en la situación de los usuarios, serían reflejadas rápidamente a través de las sucesivas valoraciones que se pudieran ir realizando, y entregarían con la mínima pérdida de tiempo los oportunos cambios en el plan individualizado de cui-

DISCUSIÓN

datos. Todo ello, con los correspondientes ahorros temporales y una reducción de la incertidumbre, tanto para los usuarios como para sus cuidadores inmediatos. El usuario y/o cuidador obtendría una rápida respuesta a las posibles preguntas que se estuvieran planteando, pudiendo emprender de manera inmediata las acciones recomendadas. Esto redundaría en la optimización y mejora del rendimiento de sus acciones de cuidado, sabiendo en cada momento lo que debe y cómo lo debe hacer, para que la atención sea de una excelente calidad.

El hecho de que un usuario dependiente conozca con prontitud los resultados de su evaluación de salud, aumenta su percepción de control y sus expectativas de autoeficacia, lo que está significativamente correlacionado con unas actitudes y conductas de salud más adaptativas (127).

Otra de las cualidades de la aplicación es que permitiría una comunicación directa entre los profesionales, dado que permite la acumulación de datos y su evaluación y, por tanto, el acceso de cada uno de ellos a las incorporaciones realizadas en los archivos de cada paciente por los distintos profesionales.

Asimismo, la herramienta permite consensuar la información que debe contener el informe de continuidad de cuidados, con el fin de que sea útil para los profesionales de otros roles y niveles asistenciales, ya que en la toma de decisiones sobre las estrategias a seguir, se debe contar con los profesionales de los distintos ámbitos.

La herramienta puede facilitar la formación conjunta, el intercambio de conocimientos y la puesta en común sobre necesidades y aportaciones para favorecer la continuidad de cuidados, fomentando en todo momento la posibilidad de satisfacer las necesidades de educación para la salud y la promoción del autocuidado, haciendo, como se ha comentado, partícipe tanto al usuario como al cuidador principal.

La herramienta puede permitir la normalización y homogeneización de los informes de enfermería, así como la incorporación de protocolos y guías de prácticas clínicas, contribuyendo, de manera decidida a unificar los criterios de actuación y proporcionando en el caso del informe de enfermería, información que sea de utilidad tanto para otros profesionales, como para el paciente y su cuidador.

La herramienta puede influir de manera importante en la mejora de la continui-

DISCUSIÓN

dad de cuidados, así como facilitar canales que permitan consensuar las estrategias que se van a llevar a cabo.

Un aspecto a resaltar es que la enfermera tiene una función clave en el seguimiento de usuarios con patologías crónicas, algo de lo que una parte importante de los mayores con problemas de autonomía adolecen y que en sus valoraciones no queda totalmente integrado dentro del plan de cuidados, al ser intervenciones sanitarias puntuales capaces de generar desviaciones en una atención holística. Estos problemas, tales como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, anticoagulación, etc., suponen un número elevado en el porcentaje de ancianos que viven en sus domicilios, y que sin duda originan un substancial incremento del gasto sanitario, si son tratados por profesionales sin coordinación con la atención domiciliaria.

Por todo ello es por lo que hay que seguir investigando para buscar alternativas, con el fin de conseguir óptimos resultados de eficiencia en la continuidad del tratamiento y seguimiento de las personas afectadas.⁽¹²⁸⁾

Los profesionales de enfermería, tradicionalmente, han procedido al seguimiento de pacientes crónicos, pero dentro de este escenario holístico, se deben incluir todo tipo de variables con el propósito de intervenir sobre riesgos y estados prodrómicos, que con un correcto asesoramiento, pueden minimizar los riesgos y las consecuencias de todo tipo que afecten a la salud. Por lo tanto, la continuidad de cuidados es necesaria, y asumir como idea primaria el que las personas no hagan nada hoy que pueda comprometer su mañana. Con ello intentamos potenciar la calidad y la economía que se deriva de la promoción de la salud.

Conclusiones

CONCLUSIONES

VII.-Conclusiones

1. Se ha conseguido el objetivo de diseñar una herramienta informática sencilla, que permite la valoración automática del nivel de Dependencia, y que genera de forma instantánea e individualizada un Plan de cuidados para el mantenimiento de la autonomía personal, del que se delegan y ordenan tareas y actividades para ser realizadas por usuarios y profesionales del equipo sociosanitario o cuidadores.

2. Se ha producido un instrumento que, a través de los datos obtenidos en la evaluación de su aplicación, aporta racionalidad a la actividad, evitando la variabilidad, tanto en la valoración como en la realización, de planes individualizados de cuidados.

3. Se generan planes de atención individualizada que facilitan el seguimiento, tanto de profesionales como de cuidadores, garantizando una atención adecuada a los usuarios.

El algoritmo de valoración y el programa de cuidados informatizado unifican y estandarizan la valoración de la dependencia y la elaboración de los planes de cuidados, reduciendo significativamente el tiempo que el profesional emplea en estas actividades.

A partir de los resultados obtenidos, se va a proceder a diseñar diferentes estudios que tengan que ver con la aplicabilidad de la herramienta informática y sus ventajas a nivel social y económico.

Bibliografía

Bibliografía

1. Durán A, Chávez E. Una sociedad que envejece. Retos y perspectiva. Biblioteca virtual CLACSO [en línea]. 1998. [citado 06/10/2010]. Disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar-111819CD024.pdf>>
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2009-2019. Madrid: INE, noviembre 2009. [citado 09/11/2010]. Disponible en: <<http://www.ine.es/prensa/np576.pdf>>
3. España. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. Fecha disposición: 14/12/2006. Boletín Oficial del Estado, 2006. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, nº 299, p. 44142.
4. Pinazo S, Sánchez-Martínez M (Eds). Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Madrid: Prentice-Hall (Pearson Educación), 2005. 591 p.
5. Palacios E, Abellán A, Esparza C. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 56, 2008, versión 11. [citado 16/10/2010]. Disponible en: <[http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/a bellan -estimaciones-11.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/a%20bellan%20-%20estimaciones-11.pdf)>
6. Gala-Fernández B, López-Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index Enferm [en línea]. [citado 06/10/2010]. 2006; 54. Disponible en: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/0709.php>>
7. Arriaga E, Martínez J R. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Retos y oportunidades. Index Enferm [en línea]. [citado 09/11/2010]; 2006 Nov 15(54): 35-38. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200007&lng=es>. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200007>.
8. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable Bogotá: Pan American Health Org; 2001. 298 p.
9. Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO. Libro blanco sobre “Aten-

BIBLIOGRAFÍA

- ción a las personas en situación de dependencia en España". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Madrid: IMSERSO - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. [citado 09/01/2011]. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>>
10. Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. 2008. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) - Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) 2011. Madrid: Informes Portal Mayores nº 108. [citado 08/04/2011]. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>>
11. Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO - Colección Documentos Serie Documentos Estadísticos, 2008. [citado 09/01/2011]. Disponible en: <http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm_2008/index.htm>
12. Ricoy MC, Pino MR. Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008; 43(6): 362-65.
13. Eurostat/UNECE Work session on demographic projections. United Nations Economic Commission for Europe: Bucharest, 2007. [citado 09/01/2011]. Disponible en: <<http://www.unece.org/stats/documents/2007.10.projections.html>>
14. Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Madrid: IMSERSO - Colección Manuales y Guías - Serie Personas Mayores, 2009. [citado 09/01/2011]. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-nuevasmiradas-01.pdf>>
15. Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Retos y apuntes para una reflexión del Estado. *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*. 2007; 28. [citado 09/01/2011]. Disponible en: <<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm28.pdf>>
16. Fernández-Cordón JA. Proyecciones de la Población Española. FEDEA, Docu-

BIBLIOGRAFÍA

- mentos de Trabajo, 98-111. Instituto de Economía y Geografía. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1998.
17. Albarrán I, Alonso P. La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. *Revista Estudios de Economía*, 2009; 36(2): 127-163.
18. Eurostat. Gagel S. Population and social conditions. *Statistics in focus*. Bruselas. Eurostat, 2008: 45/2008.
19. Diario Oficial de la Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo del 9/9/2011 sobre los cuidados a largo plazo para personas de edad avanzada. (2011/C 308 E/13). C 308E/79. Fecha Publicación: 20/10/2011. Disponible en: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:308E:0079:0081:ES:PDF>>
20. Puyol R, Abellán A. (Coord.) *Envejecimiento y dependencia: Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance, 2009. 234 p.
21. Camacho J A, Rodríguez M, Hernández M. El sistema de atención a la dependencia en España: evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos Geográficos de la Universidad de Granada*, 2008; 42: 37-52.
22. Cervera M. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. En: *Actas del I Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida*, Valencia, 28 de febrero al 2 marzo. Valencia. Fundación Edad y Vida; 2007.
23. Kodner D L. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2002; 14(4): 307-313.
24. Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Atención Primaria* 1992; 10: 888-891.
25. Pérez-Peñaranda L, García-Ortiz L, Rodríguez-Sánchez E, Campos, M. Ballesteros C. Cuidados de familiares con dependencia, análisis de calidad de vida, salud mental y apoyo social en cuidadores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*

BIBLIOGRAFÍA

- (Especial Congreso), 2007; 42: 11.
26. Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO - GFK. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios Serie Dependencia, 2005. 256 p.
27. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Informe de seguimiento del SAAD. Valencia: Observatorio Estatal de la Dependencia, 2010.
28. Fundación Alternativas. Informe 2010. La Responsabilidad Corporativa en España. [citado 04/05/2011]. Disponible en: <<http://www.falternativas.org/laboratory/libros-e-informes/rsc/informe-2010-la-responsabilidad-corporativa-en-espana>>
29. Baltés MM, Werner-Wahl H. Dependencia en los ancianos. En: Carnstensen LL, Edelstein BA (eds). Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez Roca, pp. 40-57. Barcelona, 1999.
30. Gil Gregorio P, Orduña MJ, Hernando AI. Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica; 1993. Rev Esp Geriatr Gerontol, monográfico, 2 (28-NM2): 3-13.
31. Tirado JJ. Coordinación de recursos comunitarios. Liderazgo del cuidado. (Cap. 16.4). En: Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Ediciones DAE, Serie Cuidados Avanzados, 2006.
32. Conselleria de Sanitat. Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004 - 2007. Nº 14 de Sèrie PE. Valencia: Consejería de Sanidad - Generalitat Valenciana, 2004. 231 p.
33. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública (Madrid). 1997; 71 (2): 127-137.
34. Perlado F, Alastuey C, Espinosa C, Clerencia M, Ochoa P, Domingo D. Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala de Plutchik. Med Clin (Barcelona); 1996. 107: 45-49.

BIBLIOGRAFÍA

35. Tabloski P A. Enfermería Gerontológica. Madrid: Pearson, 2010. 936 p.
36. Baztán J J, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* (Madrid). 1993; 28: 32-40.
37. McDowell I, Newel C A. The Barthel Index. En: I. McDowell y C. A. Newel, *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires* (pp. 56-63) (2º ed.). Oxford University Press, Inc; 1996.
38. Buzzini M, Secundini R, Gazzotti A, et al. Validación del Índice de Barthel. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP (Buenos Aires)*. 2002; 6(1): 9.
39. España. Resolución de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 12 julio de 2010, nº 168, p. 60877.
40. NANDA - Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Editorial Elsevier, 2005.
41. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España, 2009.
42. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: GM Bulechek Elsevier España, 2009.
43. Madruga F, Castellote F J, Serrano F, Pizarro A, Luengo C, Jiménez, E F. Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol (Madrid)*. 1992; 27(8): 130.
44. Mahoney F I, Barthel, D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal (Maryland)*. 1965; 14: 56-61.
45. Navalpotro P, González M E, Martín S, Vicente M J, Comet P, Vidal C. Oferta de servicios socio-sanitarios en atención primaria para la atención a mayores

BIBLIOGRAFÍA

- de 65 años. Gerokomos, (Madrid). 2006; 17(4): 189-196.
46. Unanue S, Badia H, Rodríguez-Requejo S, Sánchez-Pérez I, Coderch J. Factores asociados al estado nutricional de pacientes geriátricos insitucionalizados Rev Esp Geriatr Gerontol. (Madrid). 2009; 44(1): 38-41.
47. Segrist K A. Support groups for older women: Impact on affect, social support and sense of control. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. (UK) (1998); 59(6-A), 2213.
48. Duarte G. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora atención domiciliaria. Index de Enferm 2001; 32-33: 87-9.
49. Maestro González M. et al. Repercusión de la implantación de la Ley de Dependencia sobre los profesionales de enfermería. Metas de enfermería (Valencia). 2010;13(5): 62-67.
50. García-Abad MP. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad del cuidados. Reduca. Serie trabajos fin de master. Universidad Complutense. Madrid 2010; 2(1):871-889.
51. Casado D. A vueltas con lo sociosanitario. Economía y Salud. Boletín informativo (Madrid). 2003: 48, 16.
52. España. Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Art. 47. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, 04 de julio de 1997, nº 3028.
53. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 22 de noviembre de 2003, nº 280, p. 41442.
54. Kahale D T. La Cobertura de la situación de dependencia. Madrid: Fundación Alternativas, 2009.
55. Monreal P, Del Valle A. Las evidencias de la necesidad de la coordinación y/ o la gestión de casos desde la perspectiva de las personas mayores. En Demetrio Casado (Dir.): Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales. Hacer editorial. Barcelona, 2008; pp: 55-73. ISBN: 978-84-

BIBLIOGRAFÍA

- 96913-20-2.
56. García-López M V, Rodríguez-Ponce C, Toronjo A. Enfermería del anciano (Enfermería S21). Madrid: Ediciones DAE, 2001.
57. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro N M, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3): 137-142.
58. Reig J. La inteligencia ambiental. *MinusVal. Dossier Domótica y Accesibilidad.* Madrid: nº 158, Agosto 2006.
59. Hernández D M, Belmonte L J, Roca J. Sistema de información web para agilizar la gestión y mejorar los servicios especiales de atención a las personas dependientes. *Revista de Calidad Asistencial,* 2009; 24, 256-62.
60. Poveda R. Disad - Desarrollo de soluciones innovadoras para la mejora de los servicios de atención domiciliaria para personas con dependencia, mediante análisis de coste beneficio. Madrid: Dirección General de la Tesorería General de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008.
61. López-Camps J, Gadea A. Servir al Ciudadano. Gestión de la calidad en la Administración Pública. Valencia: IVAP Ediciones Gestión S. A. 2000.
62. Tirado JJ. La profesión Enfermera y la Ley de Dependencia. *Enfermería Integral.* 2008; 81: 22.
63. Tirado JJ. Hacia un futuro mejor. La enfermería al cuidado de las personas. Guía de atención gerontológica en atención domiciliaria. Alicante: Ediciones CECOVA. 2010; p. 43-65.
64. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado,* 18 de febrero de 2011, nº 42, p. 18567.
65. Wagner E H. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998. 1(1): 2-4.

BIBLIOGRAFÍA

66. Ceada M J, Rojas MJ, Rodríguez JB. Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera. *Gerokomos - Rev Soc Esp Enferm Geriatr Gerontol.* 2008; 19(4): 177-183.
67. Olmedo MC, Sanchidrián C, Plá R, Puente MD, Rodríguez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010; 25 (5): 268-74.
68. Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J (eds.): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia.* Barcelona: J.R. Prous Editores, 1994; 137-164.
69. Barthel índice (IB). Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol* 2005;4 (1-2): 81-85.
70. Buzzini M, Secundini R, Gazzotti A, Giradles RL, Castro RAA, Druetta S, et al. Validación del Índice de Barthel. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP* 2002;6(1):9-12
71. Kane R A, Kane R L. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores; 1993.
72. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo - Dirección General de Planificación Sanitaria, 5ª ed., 1989.
73. Mayans J M. Enfermería en cuidados socio-sanitarios. Madrid: Ediciones DAE, 2005.
74. Covadonga A, Granado, R, García-Jáñez E, Del Cano C, Fernández M I. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. *Enferm Clin.* 2009; 19(5): 249-57.
75. Pérez A, García L, Rodríguez E, Losada A, Porras N, Gómez MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria.* 2009; 41: 621-628.

BIBLIOGRAFÍA

76. Martínez JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados: necesidad vs dificultad. *Cultura de los Cuidados*. 2000 (7-8): 166-71.
77. Morilla Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M. Diagnósticos enfermeros de uso esperado en las valoraciones de condiciones de salud para pacientes en dependencia y ejemplo de registro en Diraya. Versión 04 de Noviembre de 2007. Distrito Sanitario Málaga; 2007.
78. Rodríguez P, Valdivieso C. Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. 2ª ed. Madrid: Colección Gerontología Social, Editorial Médica Panamericana, 2009.
79. Bulechek, G, Johnson M, Maas M, McCloskey J. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. *Interrelaciones Nanda, Nic y Noc*. Barcelona: Harcourt-Mosby, 2002.
80. Carnevali, D. L. y Patrick, M. *Enfermería geriátrica*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1999.
81. Doenges M E, Moorhouse M F, Murr A C. *Planes de cuidados de enfermería (7ª edición)*. México: McGraw-Hill, 2008.
82. Martín I, Feal, B; Margusino, L; Cuña, B. Valoración de la interacción medicamento-alimento por el personal médico y de enfermería. *Cont Calid Asist* | 1992 | 7(3):38-41. CDID 172841_1
83. Aspectos de saúde em adultos acima de 80 anos que vivem de maneira independente na comunidade: uma perspectiva australiana Orb, Angélica. *Rev Latino-am Enfermagem -Bra-* | 2004 jul-ago | 12(4):589-596 url: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692004000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
84. Ledo J, Rigat L, Bosch M, Canals R. La medicalización de la vejez. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2010, 6(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7270.php>> Consultado el 28/5/2012
85. Santos M, Almeida A. (1) Faculdade de Medicina da Universidade de Coim-

BIBLIOGRAFÍA

- bra (Coimbra, Portugal)/ (2) Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, Portugal) Título:Polimedicação no idoso [La polifarmacia geriátrica].Revista:Referência Fecha de publicación:2010 Año/vol/pgs:III(2):149-162
86. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic.Madrid. Elsevier, 2º ed.,2007
87. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin (Barc). 2005; 21(124): 742-8.
88. Jiménez M, et al.; Valores antropométricos en una población institucionalizada muy anciana. Nutr. Hosp. XVII (5) 244-250, 2002.
89. Guigoz Y, Vellas B; El Mini Nutritional Assessment (MNA) para evaluar el estado nutricional de los pacientes de edad avanzada: presentación del MNA, historia y validación. En: B. Vellas, P.J. Garry, Y. Guigoz; Mini Nutritional Assessment (MNA): investigación y práctica en las personas de edad avanzada. Nestlé Nutrition; 1998.
90. Moreiras O, Carbajal A, Perea I, Varela-Moreira G, Ruiz Roso B. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-Seneca. Estudio en España. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28:197-242.
91. Salva Casanovas, A. Valoración del estado nutricional en ancianos. Manual de práctica clínica de nutrición en geriatría. Editorial You & Us, Madrid. 2003.
92. Minaker KL. Common clinical sequelae of aging. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;2007:chap 23.
93. Girona C. Los mayores de 65 años asumen las enfermedades de los pies como un proceso más del envejecimiento. Entorno Social (Revista electrónica) (2007) s.a. Disponible en: <http://www.entornosocial.es/sociosanitaria/so511301.html>
94. Burgos, R. Sarcopenia en ancianos. Endocrinología y Nutrición, Volume 53, Issue 5, Pages 335-344. Elsevier 2009

BIBLIOGRAFÍA

95. Carrillo JM, Collado-Vazquez S; Caídas en los ancianos. Rev. Jano. (2006); N°1. 605. Disponible en <http://doyma.es/jano>
96. Pérez MJ, Castillo R, Rodríguez J, Martos E, Morales A. Adecuación del tratamiento farmacológico en la población anciana polimedicada. Medicina de Familia (And). 2002; 1:23-8.
97. Lopez Pina J A. Análisis psicométrico de la escala de marcha y equilibrio de Tinetti con el modelo de Rasch. Fisioterapia, 2009; 31 (5): 192-202.
98. Jiménez, A. Guía práctica de autonomía personal del anciano en su domicilio. Revista Terapia Ocupacional | 2011 | 54:11-17. url: <http://www.apeto.com>
99. Riera M, Martín J, Fernández F, Aguilar M C, Domínguez J, Aguilar J. Educación para la salud (EPS). Una experiencia de intervención en el ámbito comunitario destinado a mayores. Centro de Salud 1996; 4 (10): 665 - 668.
100. León, M. "Bioquímica Bases para la Actividad Física", Editorial "Deportes", C. de la Habana, 2004.
101. Arroyo C, Montes, N; Pinto, T; Cobos, F; López, El anciano en casa. Los cuidados y los cuidadores Index Enferm (Gran) | 1994 primavera-verano | III(8-9):18-19 url: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/8-9/1833.php>. CDID 181451_1
102. Fraile A, Kortajarena M, Iturburu M, Laskibar I, Irazusta A, Hoyos I. El ejercicio físico y la nutrición como promotores de salud en la vejez. Rev Paraninfo Digital. 2011/pgs:12
103. González N, Segovia M. Capacidad funcional de adultos mayores en hospital de seguridad social. Desarrollo Científ Enferm -Méx- | 2010 ene-feb | 18(1):5-10 url: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-5.pdf>
104. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana. 1993.

BIBLIOGRAFÍA

105. Barbosa D, Rejane M, Araújo N, Vilani M, Araújo M, Silva Richardson A, Alchieri C. Aspectos relacionados à capacidade funcional de idosos institucionalizados. Rev Enferm UFPE On Line | 2011 | 5(3):692-697 url:http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1504/pdf_481
106. Henderson V., Nite G. Enfermería teórica y práctica. Cuidados básicos de enfermería Volumen 2. México: D.F. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A. 1988.
107. Barrett, JA. Alteraciones colorrectales en los ancianos. BMJ | 1993 nov | 8(10):43-46 CDID 152561_1
108. Barrigüete M, González C. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. Hygia de Enfermería | 2009 | XVI(72):50-54 url: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/>
109. Bixquert , M. Manejo dietético del estreñimiento crónico funcional. Especial referencia al beneficio de las bífidobacterias. ANS | 2008 abr-jun | 15(2):31-38 url: <http://www.grupoaran.com>
110. Raya J. M^a. Déficit de hierro sin pérdidas hemorrágicas evidentes: ¿un "reto" para la práctica clínica?. An. Med. Interna (Madrid) [revista Internet]. 2003 Mayo [citado 2012 Jun 09] ; 20(5): 07-08. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992003000500001>.
111. Tavares D, Bolina A, Flavia S, Freitas N. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. REE -Bra- | 2011 | 13(4):695-702 url: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a14.pdf>
112. Gómez M, Zapata M, Gómez E, Aguilar M. La incontinencia del anciano en el hogar Hygia de Enfermería | 2011 | XVII(76):14-22 url: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia76.pdf>
113. Honório M, Santos S. A Rede de Apoio ao Paciente Incontinente: a busca por suporte e tratamentos R Enferm UERJ | 2010 | 18(3):383-388 url: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a08.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

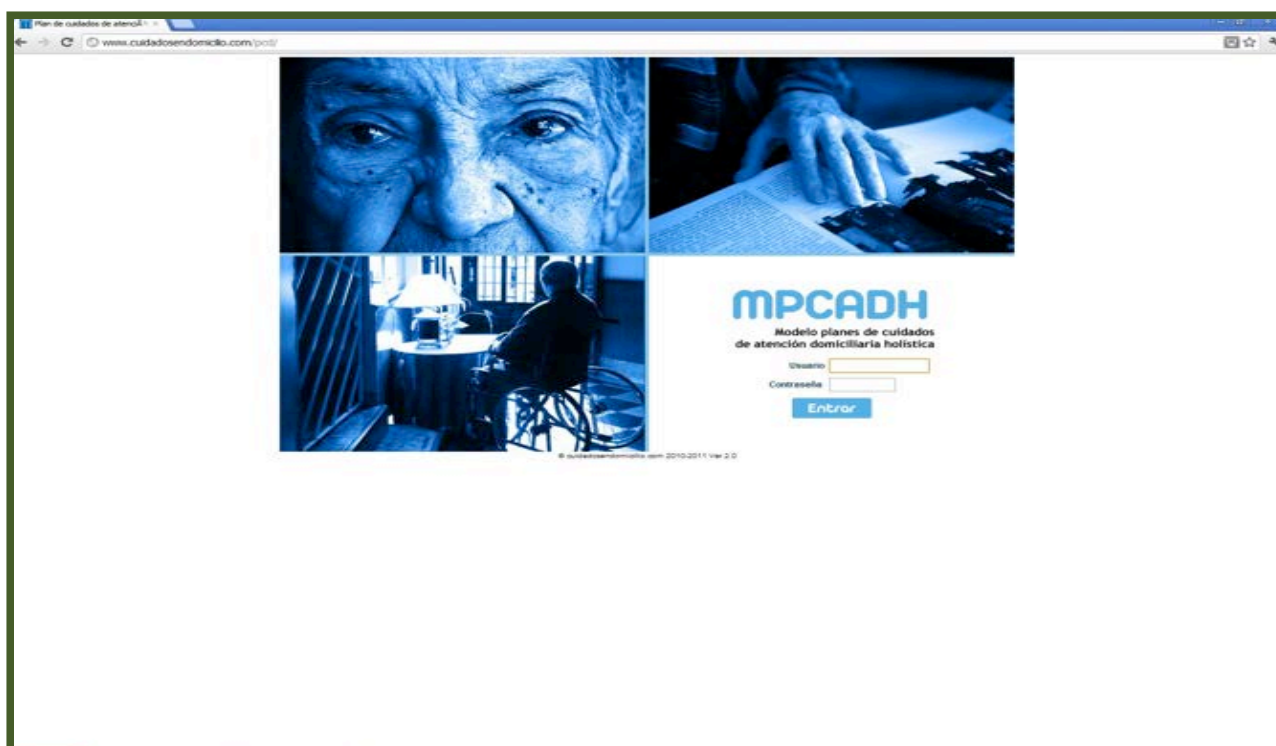
114. García, G. El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2012)
115. Rodríguez, A, Jiménez, A. La atención a la dependencia y el empleo. Madrid: Laboratorio de Alternativas, Fundación Alternativas (2010)
116. Hernández Yáñez J F. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Documento de trabajo 162/2010. Madrid: Fundación Alternativas, 2010.
117. Allen D. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 2004; 11(4): 271-83.
118. Pearce P. Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore. *Int J Nurs Pract*, 2010; 16(1): 51-56.
119. Ham C. Working together for health: Achievements and challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme. HSMC Policy Paper 6, University of Birmingham; 2010. [citado 06/10/2010]. Disponible en: <http://www.hsmc.bham.ac.uk/publications/policypapers/Kaiser_policy_paper_Jan_2010.pdf>
120. Bergen A. Case management in community care: concepts, practices and implications for nursing. *J Adv Nurs* 1992; 17(9): 1106-13.
121. Zander K. Nursing case management in the 21st Century: Intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q*. 2002 Fall; 26(5):58-67.
122. Contel J C, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: Organización y práctica. Barcelona: Masson, 1999.
123. Contel J.C. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo. *Revista Jano Medicina y Humanidades*; 2005; 1578: 81 -83.
124. Contel JC. Case management in Andalusia. *Health Policy Monitor*, 11/11/2008. [citado 06/10/2010]. Disponible en: <<http://www.hpm.org/survey/es/a12/1>>

BIBLIOGRAFÍA

125. Batres JP, Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit* 2009; 7(2): 313-22.
126. García-Abad M^aP. Coordinación e implantación de estrategias en la continuidad de cuidados.[Tesis Doctoral]Universidad Complutense Madrid.
127. Fernández-Abascal EG, Jiménez MP, Martín MD. Emoción y Motivación. La adaptación humana (Vol. II). Madrid.
128. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Anexos utilización del programa MPCADH

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 1.

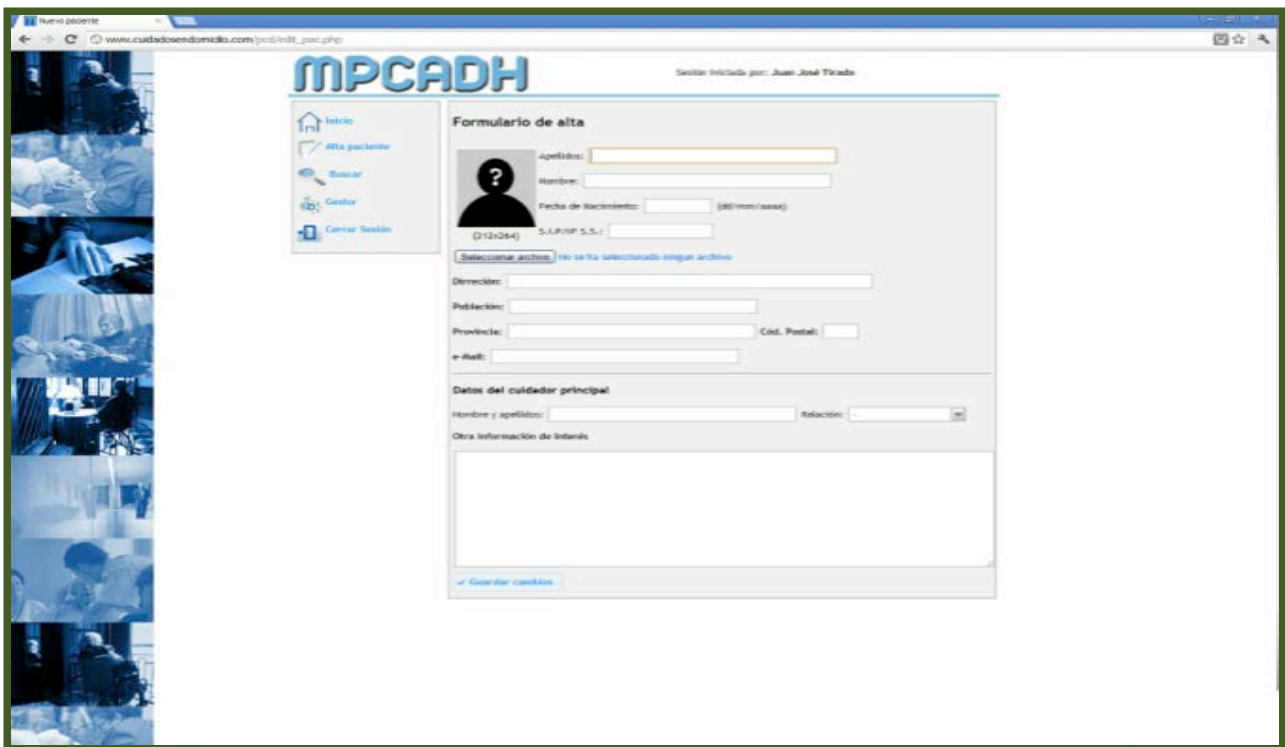
Acceso al programa MPCADH, donde se introduce la identificación del usuario.



Pantalla 2.

Se abre la pantalla, dando acceso a la agenda de citas, para valoraciones programadas.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



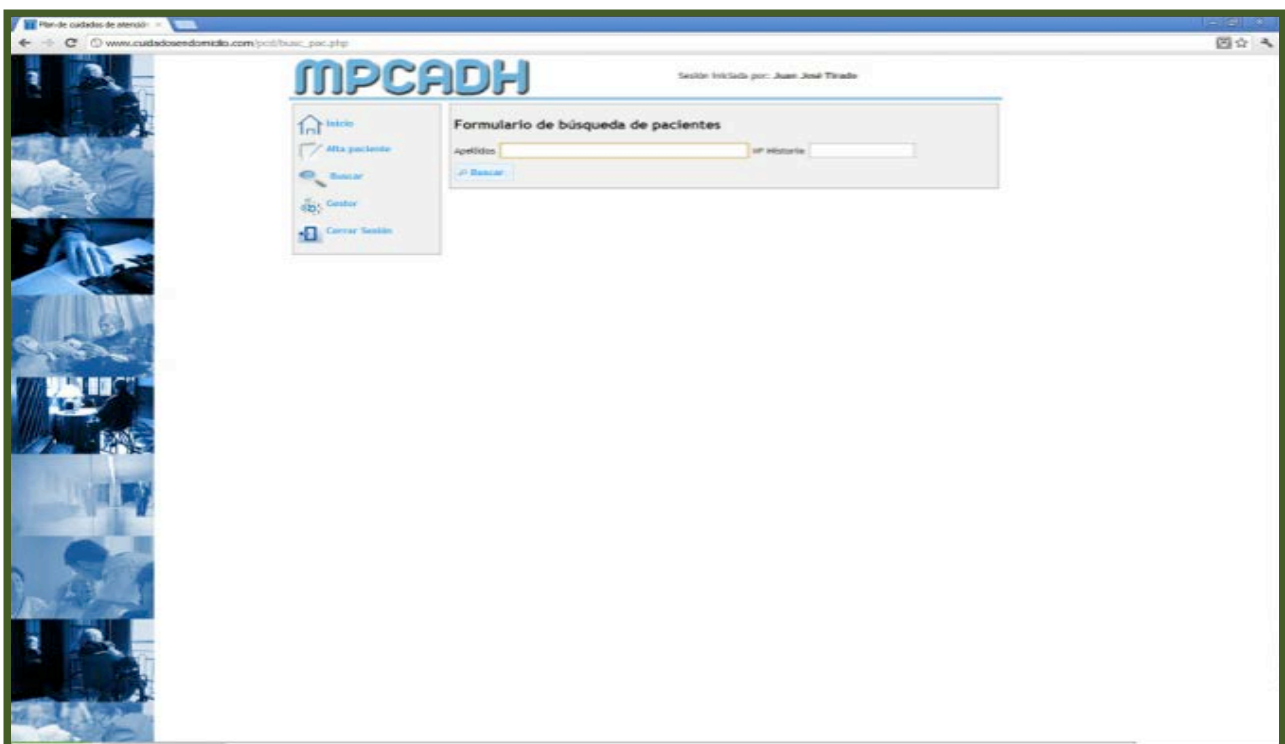
The screenshot shows the MPCADH web application interface. On the left is a vertical navigation menu with icons for 'Inicio', 'Alta paciente', 'Buscar', 'Cuidar', and 'Cerrar Sesión'. The main content area is titled 'Formulario de alta' and contains the following fields:

- Apellidos:
- Nombre:
- Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)
- Sexo: (M/F)
- Dirección:
- Población:
- Provincia: Cód. Postal:
- e-Mail:
- Datos del cuidador principal: Nombre y apellidos: Relación:
- Otra información de interés:

At the bottom of the form is a 'Guardar cambios' button. The browser address bar shows 'www.ciudadobandera.com/pcad/alt_pac.php'.

Pantalla 3.

Dar de alta a un usuario, permite introducir los datos necesarios de un nuevo paciente.



The screenshot shows the MPCADH web application interface. On the left is a vertical navigation menu with icons for 'Inicio', 'Alta paciente', 'Buscar', 'Cuidar', and 'Cerrar Sesión'. The main content area is titled 'Formulario de búsqueda de pacientes' and contains the following fields:

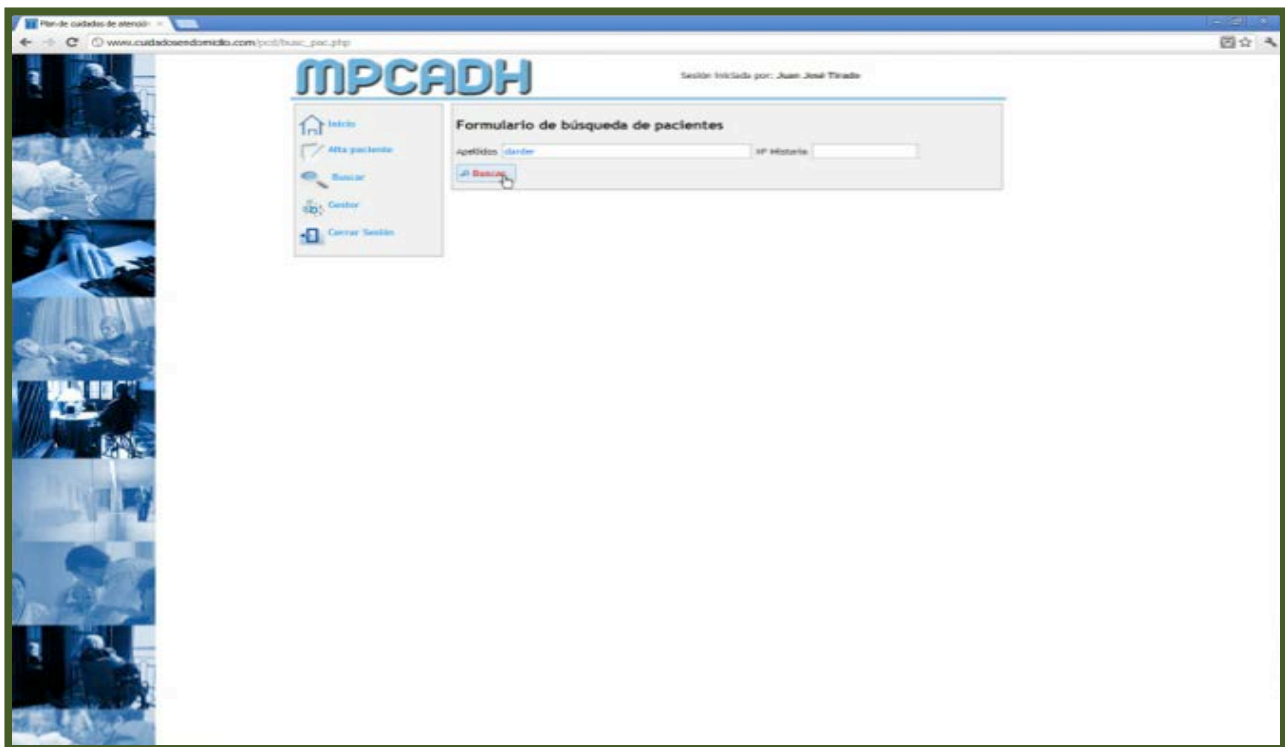
- Apellidos:
- Historia:

Below the search fields is a 'Buscar' button. The browser address bar shows 'www.ciudadobandera.com/pcad/busc_pac.php'.

Pantalla 4.

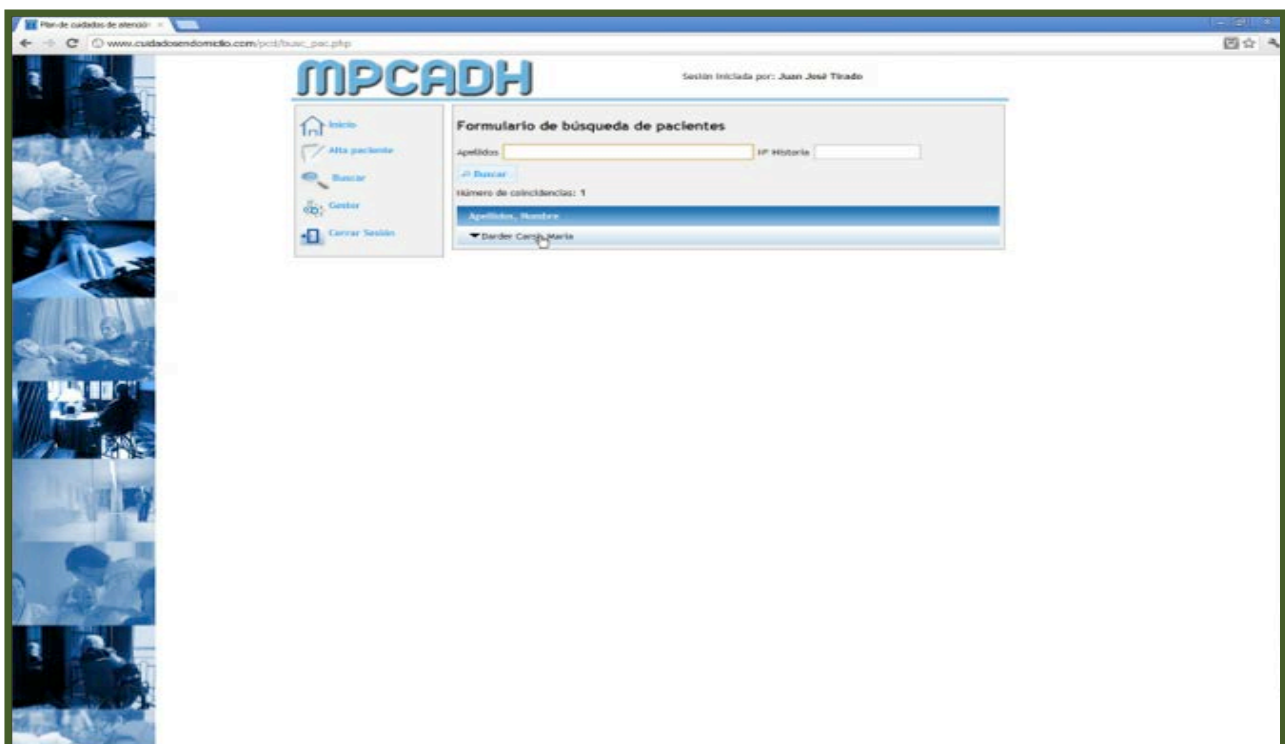
Búsqueda de usuarios registrados, permite el acceso a historiales ya registrados en el programa.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 5.

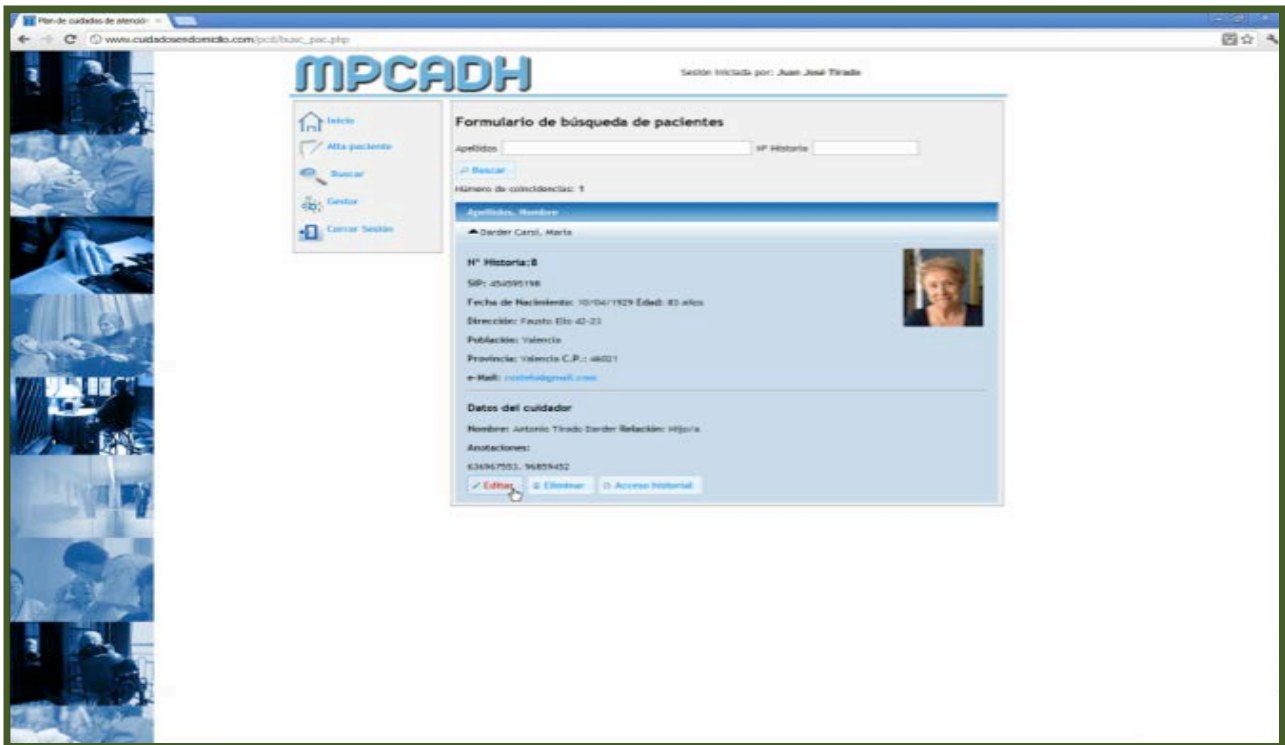
Permite la búsqueda por defecto de los usuarios introduciendo uno de los datos registrados.



Pantalla 6.

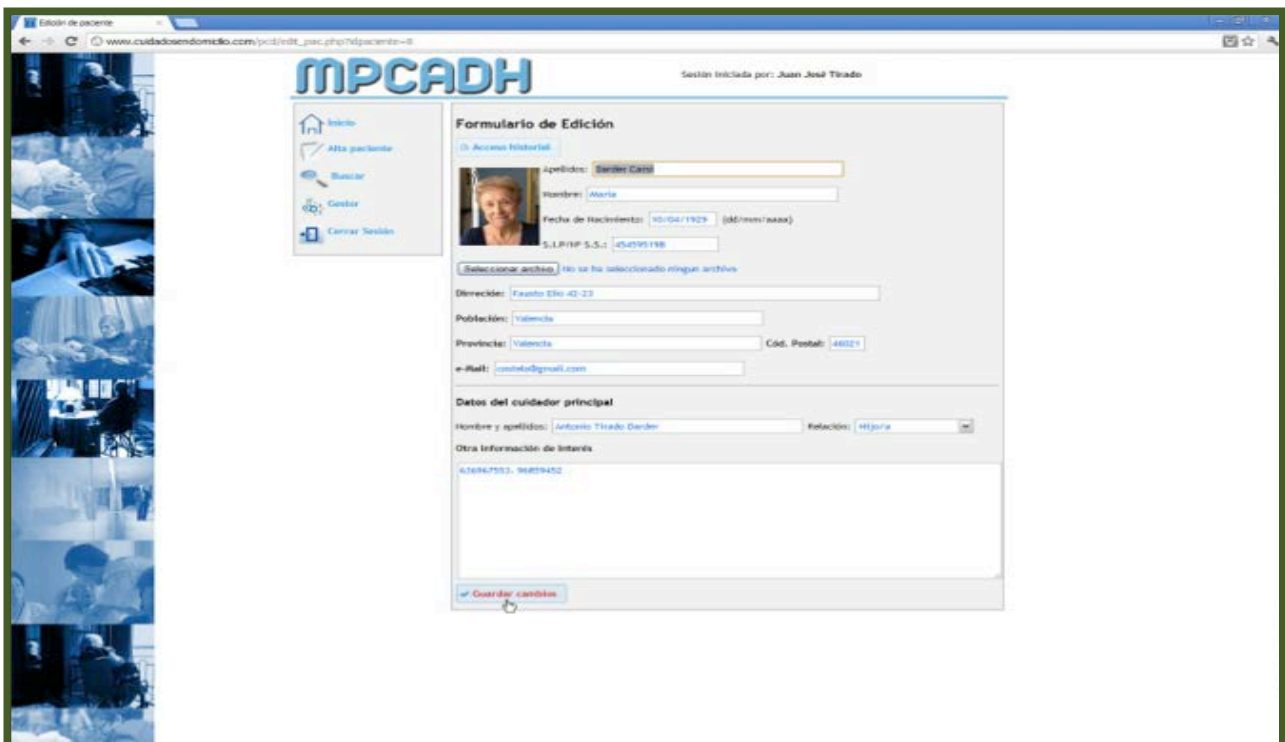
Aparece el usuario por defecto, dando acceso al historial del mismo.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 7.

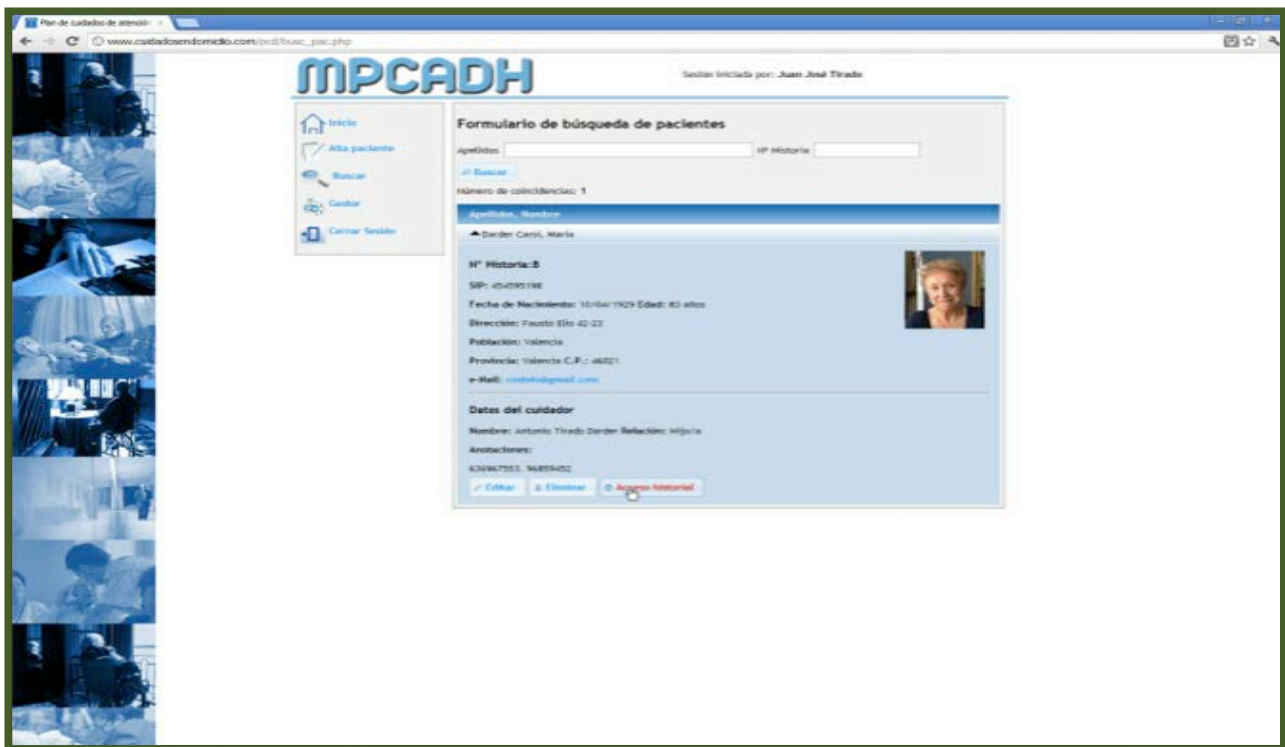
Abre el historial del usuario, pudiendo editar la ficha.



Pantalla 8.

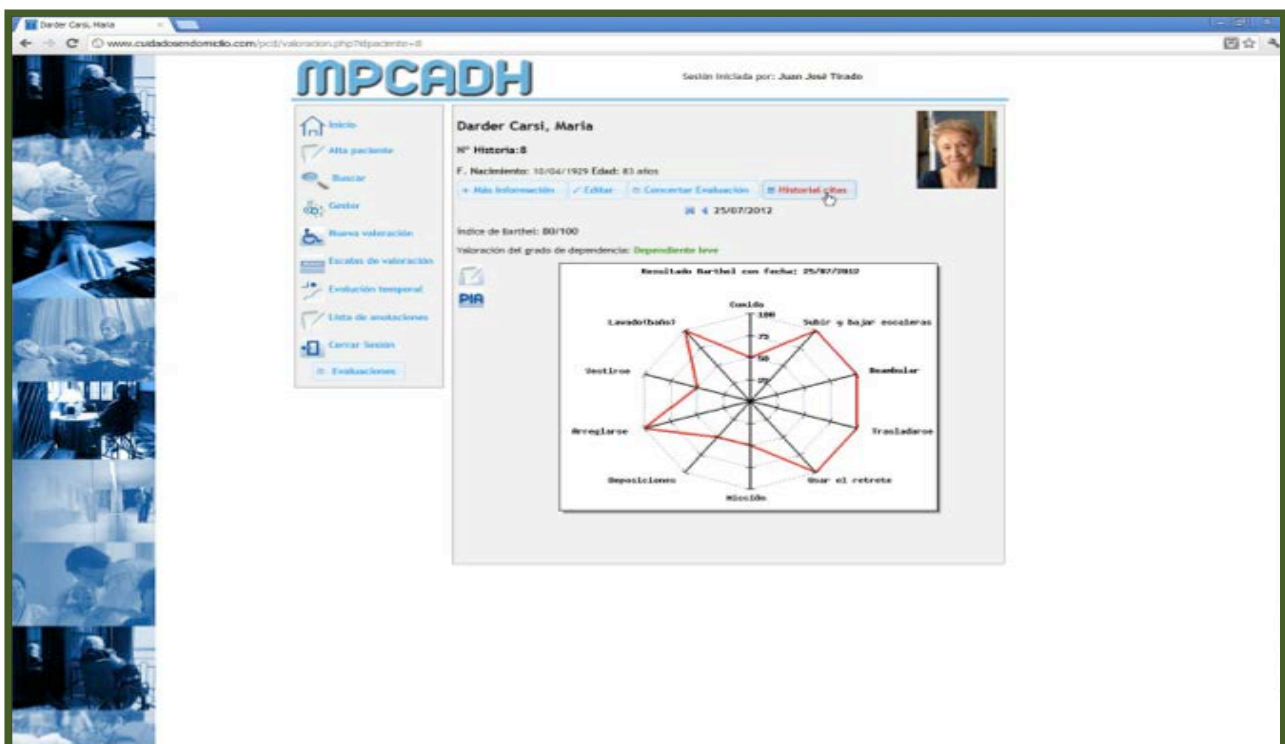
Una vez editados, los cambios se guardan.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 9.

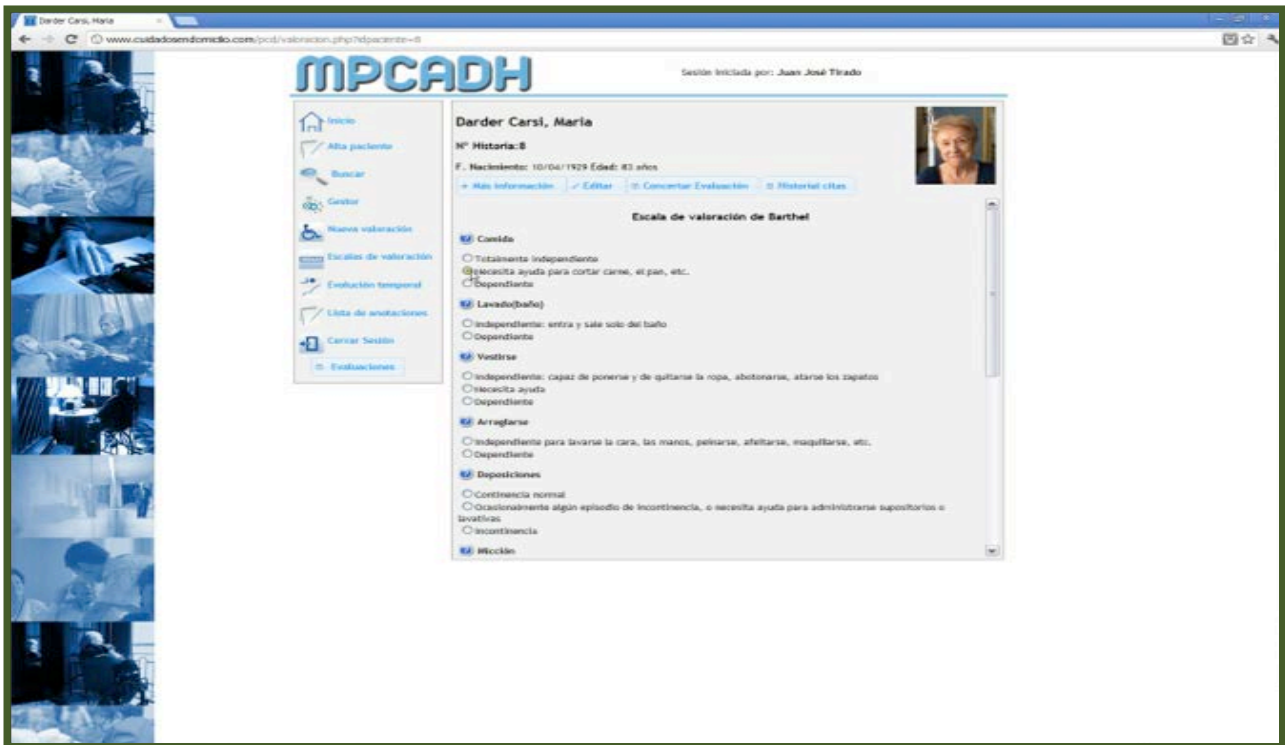
Una vez guardados los cambios, la pestaña da acceso al historial del usuario.



Pantalla 10.

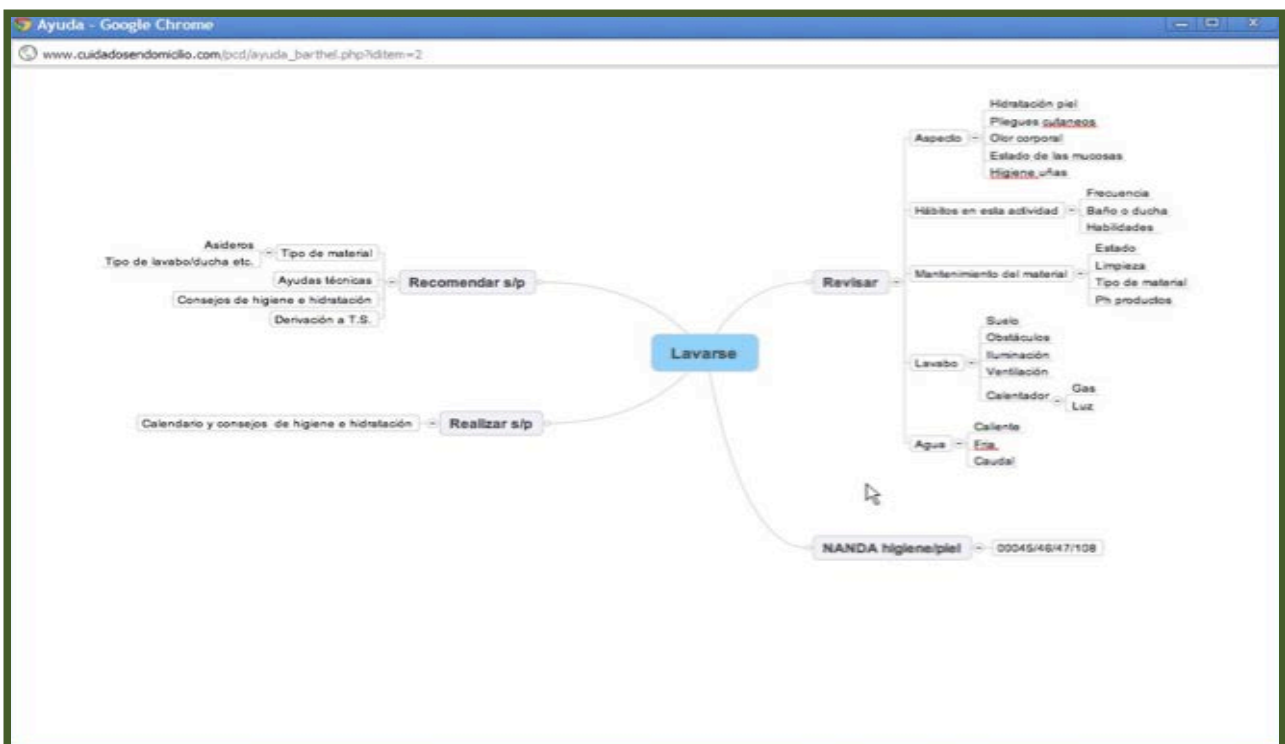
Al acceder a la pantalla del usuario se abre la última valoración Barthel realizada, representada en el gráfico modificado de Nancy Roper.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 11.

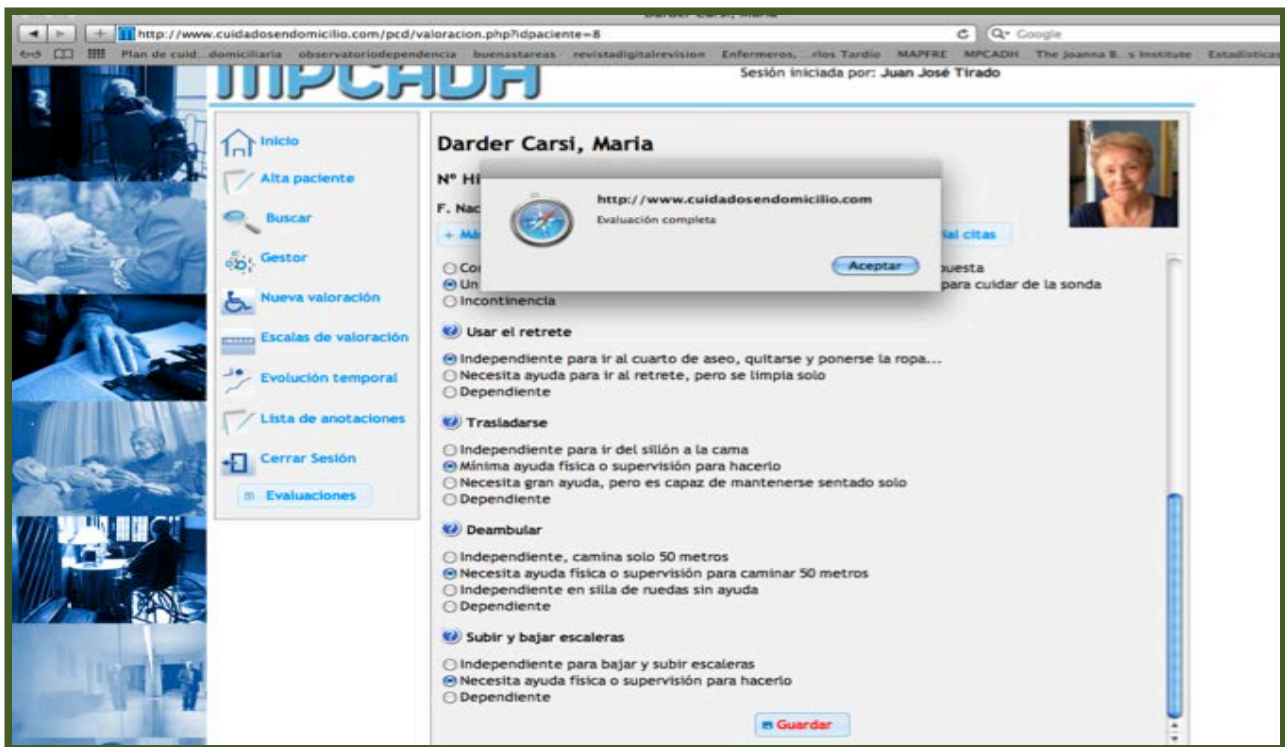
Accedemos a una nueva valoración abriendo el Barthel que, de forma mecanizada, permite complementar los ítems.



Pantalla 12.

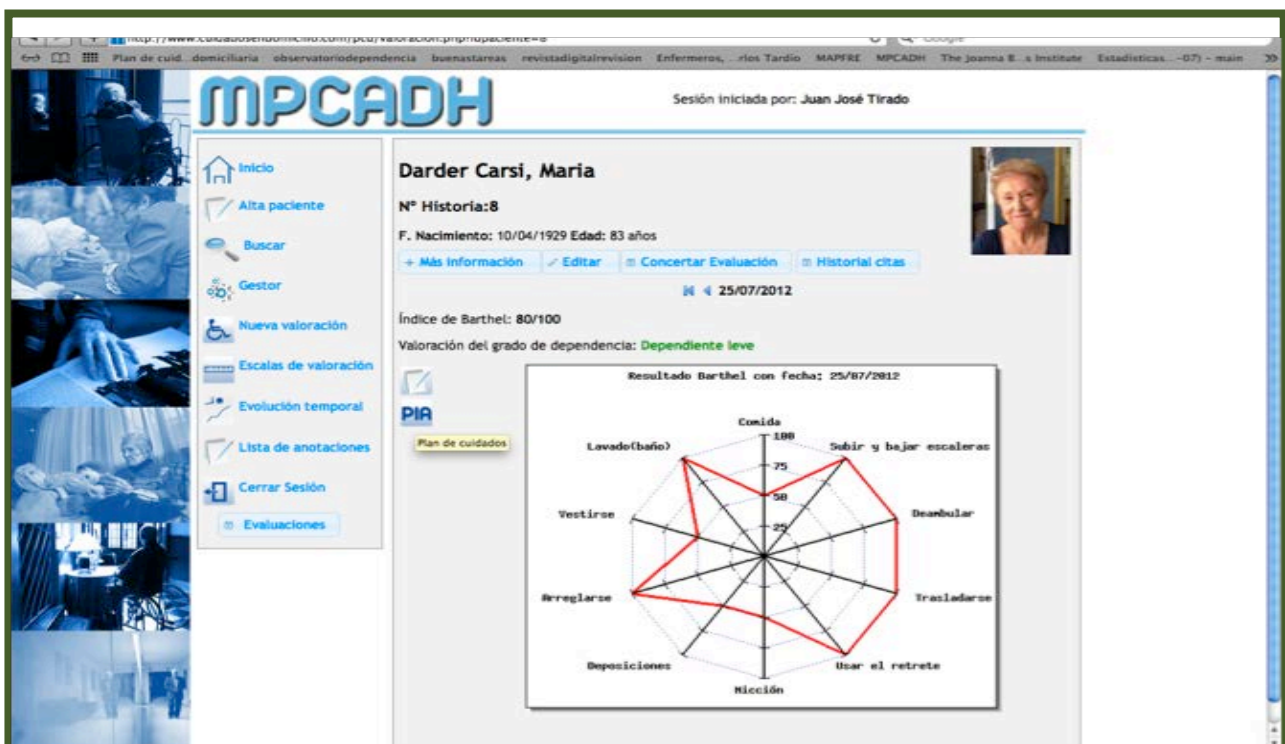
Cada ítem del Barthel permite acceder a un mapa mental que facilita y protocoliza cada uno de los aspectos a valorar.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 13.

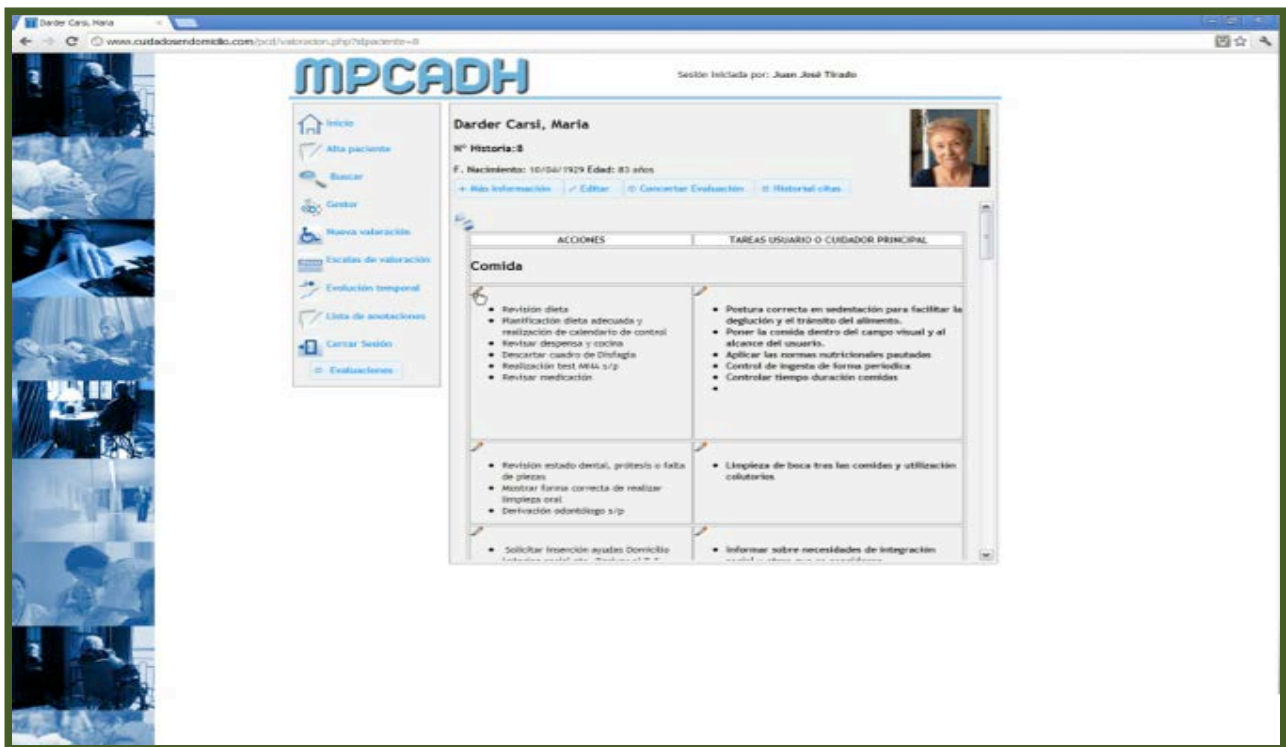
La realización completa del Barthel permite enviar los datos al sistema.



Pantalla 14.

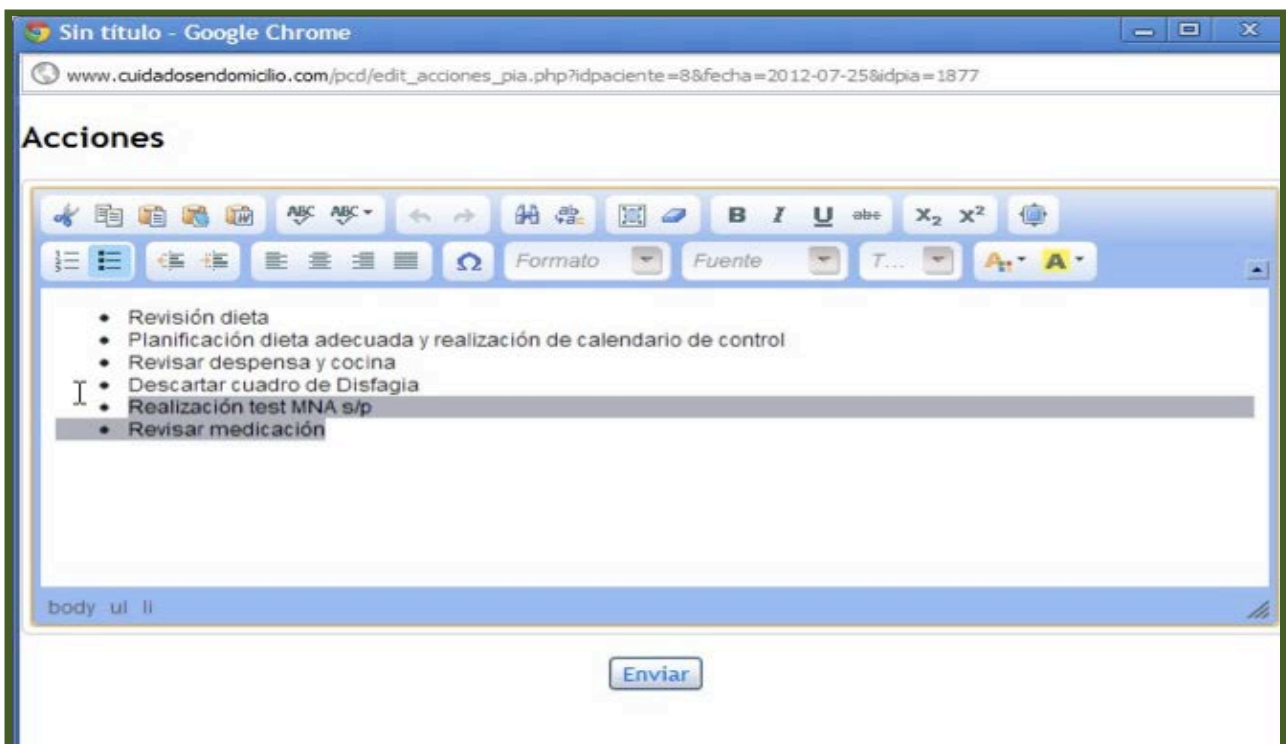
Tras la valoración realizada se accede, pulsando la pestaña "PIA", a un plan de cuidados estandar.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 15.

Este plan de cuidados estandarizados permite a la enfermera su modificación.



Pantalla 16.

Personalizar el plan de cuidados según criterio del profesional.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 17.

Desde la pantalla se accede a imagen de la impresora, dando acceso a la impresión del plan de cuidados.



Pantalla 18.

La ventana emergente permite la impresión de las acciones como recordatorio para la enfermera o, únicamente, las tareas para entregar al usuario o cuidador.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

8, Darder Carsi | Fecha de evaluación: 30/07/2012
Fecha de impresión: 30-07-2012
Enfermero/a responsable: Juan José Tirado

Tareas a realizar por paciente o cuidador

Comida

- Postura correcta en sedestación para facilitar la deglución y el tránsito del alimento.
- Poner la comida dentro del campo visual y al alcance del usuario.
- Aplicar las normas nutricionales pautadas
- Control de ingesta de forma periódica
- Controlar tiempo duración comidas
- Controlar atragantamientos u otros síntomas
- Control del peso y apariencia

• Limpieza de boca tras las comidas y utilización colutorios

• Informar sobre necesidades de integración social u otras que se consideren

• Aprender utilización y uso de ayudas técnicas (ver catalogo)

• Ingerir los complementos nutricionales según la tabla elaborada por la enfermera

• Calendario de rehabilitación y seguimiento de su cumplimiento

• Seguir la indicación de cumplimiento de fechas pautadas por la enfermera

Lavado(baño)

- Cumplir calendario baño
- Retirar utensilios del baño que no se utilicen
- Utilización maquinillas electricas para evitar cortes con las de cuchilla.
- Utilizar material baño, jabones neutros
- Secado minucioso sin frotar.
- Hidratar la piel tras el baño (no macerar)
- Utilizar dos esponjas para higiene íntima y resto.
- Respetar su intimidad

Vestirse

Pantalla 19.

La impresión de las tareas para el cuidador o el usuario van acompañadas de un dibujo clarificador que identifica gráficamente cada ítem.

MPCADH
Sesión iniciada por: Juan José Tirado

Darder Carsi, Maria
Nº Historia: 8
F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años

+ Más Información | Editar | Concertar Evaluación | Historial citas

Escala de valoración complementarias

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012				
14/07/2012	21.5	20	22	3

Pantalla 20.

Desde la pantalla anterior también se tiene acceso a tablas que puedan completar la valoración del usuario si así se estima.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Mini Nutricional Assesment - MNA

I. INDICES ANTROPOMÉTRICOS

1. Índice de masa corporal

[Cálculo IMC](#)

IMC < 19

IMC 19 a < 21

IMC 21 a < 23

IMC > 23

2. Circunferencia braquial (cm)

< 21

≥ 21 ≤ 22

> 22

4. Circunferencia de la pierna (cm)

< 31

≥ 31

4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

Pérdida de peso > a 3 Kg

No lo sabe

Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg

No ha habido pérdida de peso

II. EVALUACION GLOBAL

5. El paciente vive solo en su domicilio

No

Si

6. Toma más de 3 medicamentos por día

No

Si

7. Ha habido una enfermedad aguda o situación de stress psicológico en los últimos 3 meses

No

Si

Tirado

Test de Pfeiffer

3

Pantalla 21.

Acceso a tabla MNA, valoración del estado nutricional.

3 comidas

12. El paciente consume:

Productos lácteos 1 vez al día

Huevos o legumbres 2 o más porciones por semana

Carne, Pescado, Pollo, todos los días

13. Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día

No

Si

14. Ha disminuido su apetito los últimos 3 meses por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de deglución o masticación.

Pérdida de apetito

Pérdida moderada del apetito

Sin pérdida de apetito

15. Cuantos vasos de agua u otros líquidos toma al día (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...)

Menos de 3 vasos

De 3 a 5 vasos

Más de 5 vasos

16. Forma de alimentarse

Necesita ayuda

Se alimenta solo con dificultad

Se alimenta solo sin dificultad

IV. VALORACIÓN SUBJETIVA

17. El paciente se considera, así mismo, bien nutrido (problemas nutricionales)

Malnutrición severa

No lo sabe o malnutrición moderada

Sin problemas de nutrición

18. En comparación con las personas de su edad: ¿Cómo encuentra su estado

No lo sabe

Mejor

Resultado: 12 Mal estado nutricional. [Capturar](#)

Tirado

Test de Pfeiffer

3

Pantalla 22.

Concluida la valoración se envía al programa.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

http://www.cuidadosendomicilio.com/pcd/valoracion.php?idpaciente=8

Sesión iniciada por: Juan José Tirado

MPCADH

Darder Carsi, Maria

Nº Historia: 8

F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años

+ Más información / Editar / Concertar Evaluación / Historial citas

Escalas de valoración complementarias

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012	12			
14/07/2012	21.5	20	22	3

Pantalla 23.

Esta valoración del MNA queda registrada en la historia del usuario.

http://www.cuidadosendomicilio.com/pcd/valoracion.php?idpaciente=8

Sesión iniciada por: Juan José Tirado

MPCADH

Darder Carsi, Maria

Nº Historia: 8

F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años

+ Más información / Editar / Concertar Evaluación / Historial citas

Escalas de valoración complementarias

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012	12			
14/07/2012	21.5	20	22	3

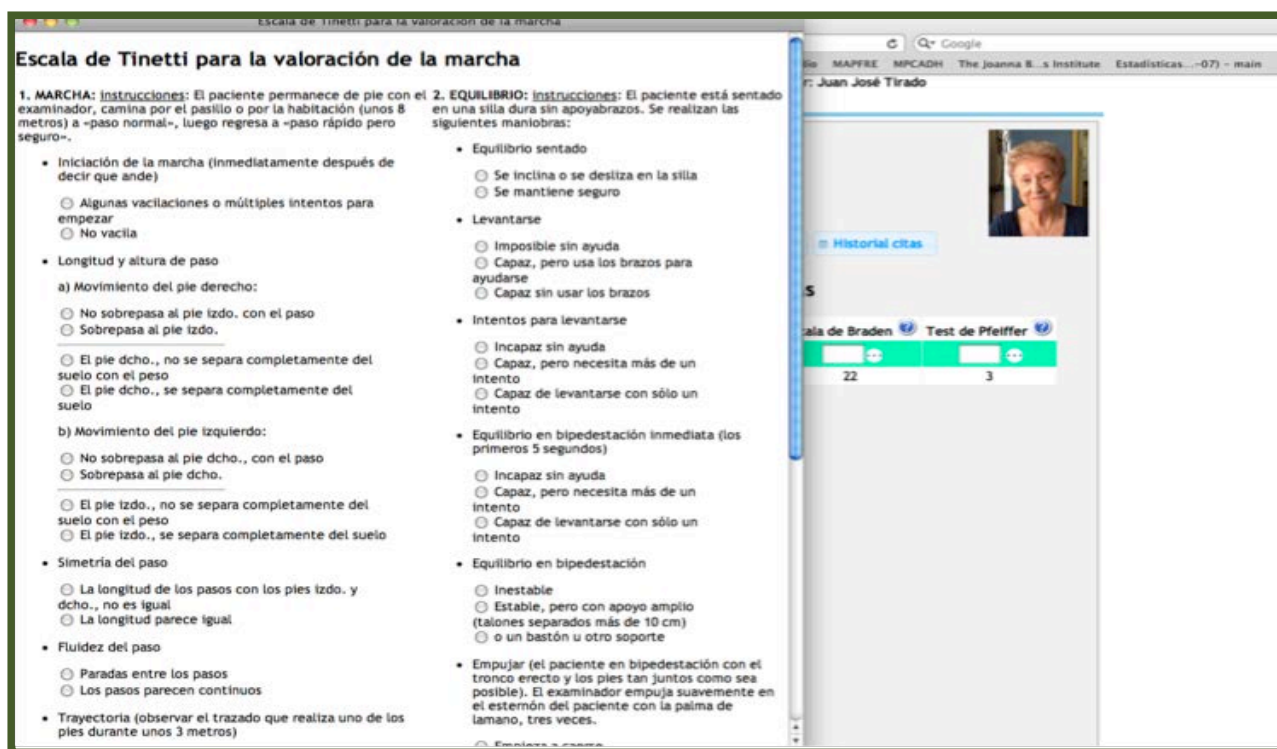
MNA - Mini Nutritional Assessment

- De 24 a 30 puntos - Estado nutricional normal
- De 17 a 23.5 puntos - Riesgo de malnutrición
- Menos de 17 puntos - Malnutrición

Pantalla 24.

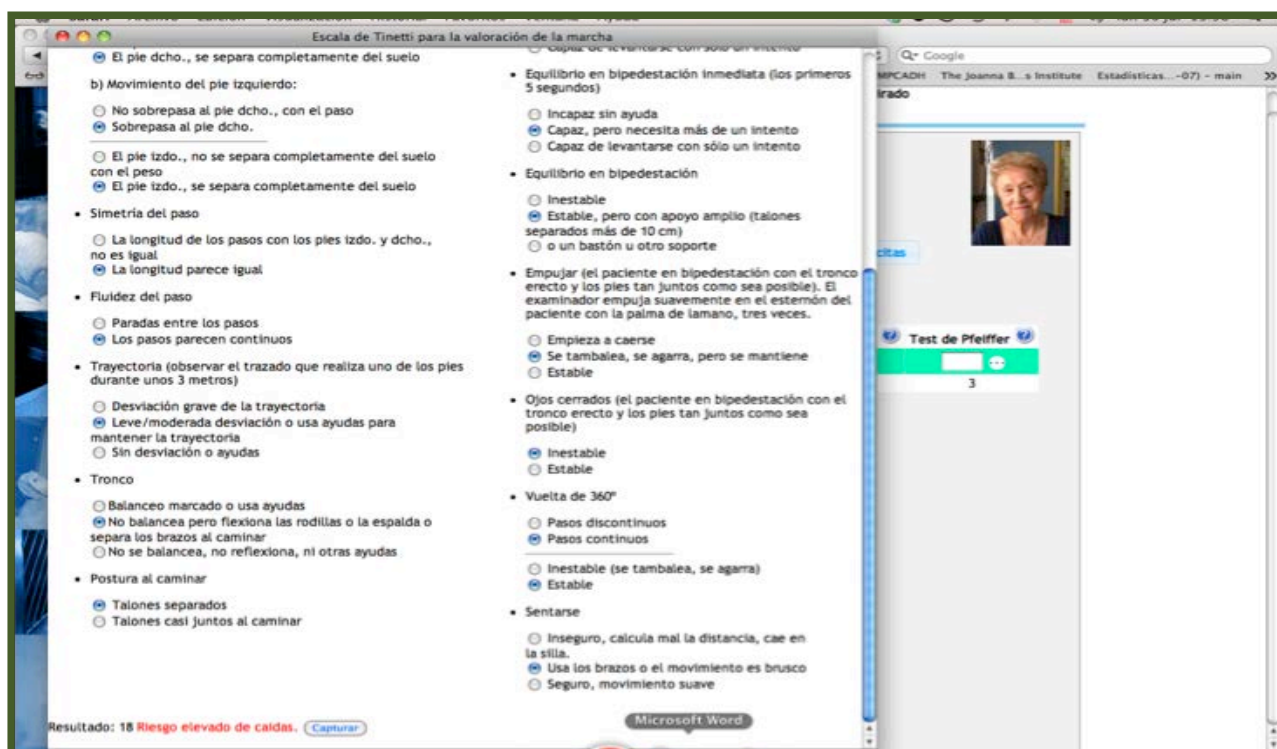
Permite conocer los parámetros de normalidad en nutrición del usuario, al pulsar sobre el interrogante del "Test MNA".

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 25.

Permite la realización de la escala de Tinetti, evaluando el riesgo de caídas, si la enfermera lo estima necesario.



Pantalla 26.

Terminada la valoración del riesgo de caídas se envía al programa, que lo almacena en el historial del usuario.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012	12	18		
14/07/2012	21.5	20	22	3

Pantalla 27.

Al quedar almacenado este dato, pulsando en la ventana se abre la escala de normalidad en esta tabla para consulta, si se precisa.

Resultado: 20 Riesgo bajo [Capturar](#)

Pantalla 28.

Realización de la escala de Braden, al igual que en las anteriores tablas, puede prevenir el riesgo de aparición de escaras.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

Darder Carsi, María

Nº Historia: 8

F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años

+ Más información | Editar | Concertar Evaluación | Historial citas

Escalas de valoración complementarias

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012	12	18	20	
14/07/2012	21.5	20	22	3

ESCALA BRADEN-BERGSTROM (Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión)

- Más de 14 – Bajo riesgo
- De 13 a 14 – Riesgo moderado
- Menos de 13 – Alto riesgo

Pantalla 29.

Permite, pulsando el interrogante de “Escala de Braden”, conocer o recordar los valores de esta tabla y el riesgo del usuario.

4. Indique el día de la semana en que trabaja

Acierto
 Error

3. Indique el sitio/lugar donde nos encontramos

Acierto
 Error

4. ¿Cuál es su número de teléfono o dirección?

Acierto
 Error

5. Indique que edad tiene

Acierto
 Error

6. Indique su fecha de nacimiento

Acierto
 Error

7. Indique el nombre del Rey o presidente del gobierno que tenemos ahora

Acierto
 Error

8. ¿Quién mandaba antes del rey o presidente actual?

Acierto
 Error

9. Indique el nombre de su madre

Acierto
 Error

10. Si a 20 le quitamos 3 quedan.... y si le quitamos 3 quedan... y si le quitamos 3 quedan...

Acierto
 Error

Resultado: 2 **Funcionamiento intelectual normal** [Capturar](#)

Pantalla 30.

Acceso al “Test de Pfeiffer”, para valoración del estado mental.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA

The screenshot shows the MPCADH web application interface. The browser address bar displays the URL: <http://www.cuidadosendomicilio.com/pcd/valoracion.php?idpaciente=8>. The page title is "Darder Carsi, Maria". The user is logged in as "Juan José Tirado".

The main content area displays the patient's name "Darder Carsi, Maria" and "Nº Historia: 8". Below this, it shows "F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años". There are links for "Más Información", "Editar", "Concertar Evaluación", and "Historial citas".

The section "Escala de valoración complementarias" contains a table with the following data:

Fecha	Test MNA	Escala de Tinetti	Escala de Braden	Test de Pfeiffer
30/07/2012	12	18	20	2
14/07/2012	21.5	20	22	3

Below the table is a pop-up window titled "Test de Pfeiffer (Test de valoración del deterioro cognitivo.)" with the following content:

- 2 puntos o menos – Funcionamiento intelectual normal
- De 3 a 7 puntos – Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.
- 8 punto o más – Deficit intelectual severo.

* En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más.
** En los de nivel de estudios superior un error menos.

Pantalla 31.

Permite, pulsando el interrogante, conocer o recordar los valores de este test de Pfeiffer.

The screenshot shows the MPCADH web application interface. The browser address bar displays the URL: www.cuidadosendomicilio.com/pcd/valoracion.php?idpaciente=8. The page title is "Darder Carsi, Maria". The user is logged in as "Juan José Tirado".

The main content area displays the patient's name "Darder Carsi, Maria" and "Nº Historia: 8". Below this, it shows "F. Nacimiento: 10/04/1929 Edad: 83 años". There are links for "Más Información", "Editar", "Concertar Evaluación", and "Historial citas".

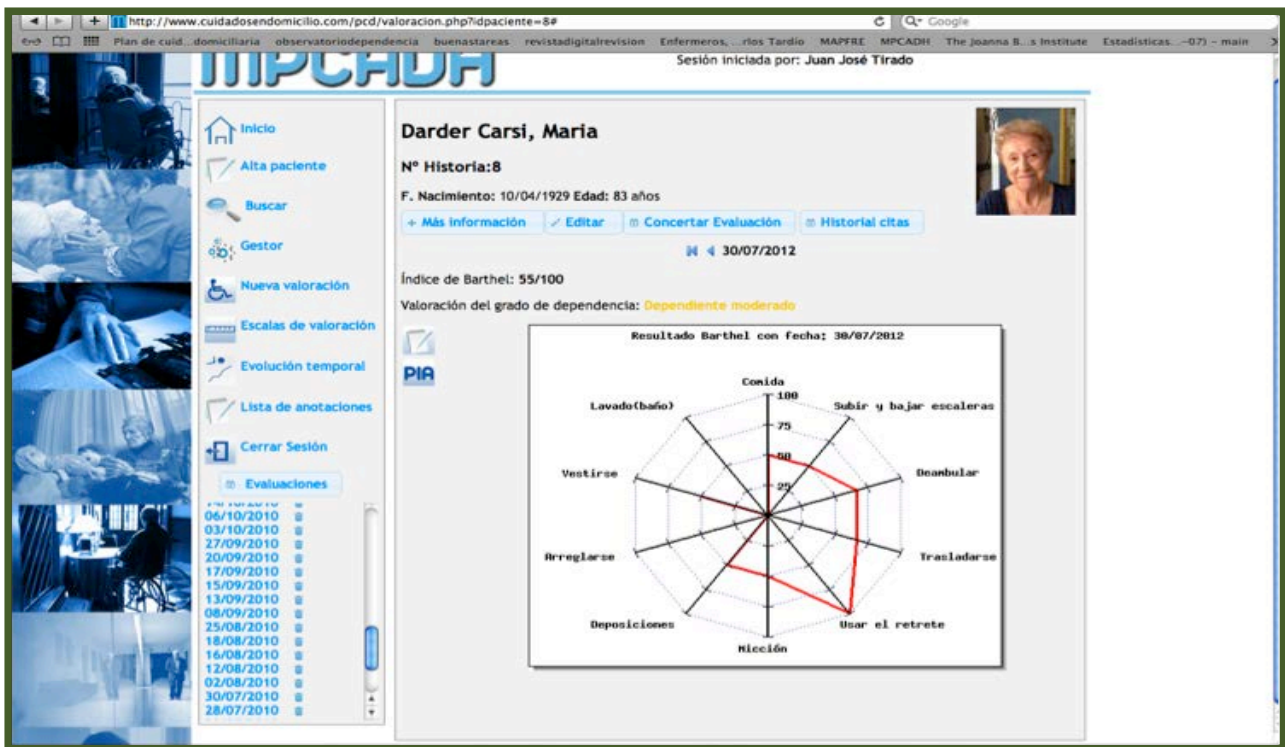
The section "Historial de citación" contains a table with the following data:

Día	Hora de inicio	Hora de fin	Acciones
27/07/2012	8:10:00	9:50:00	
14/07/2012	9:00:00	20:00:00	
04/07/2012	11:00:00	13:00:00	

Pantalla 32.

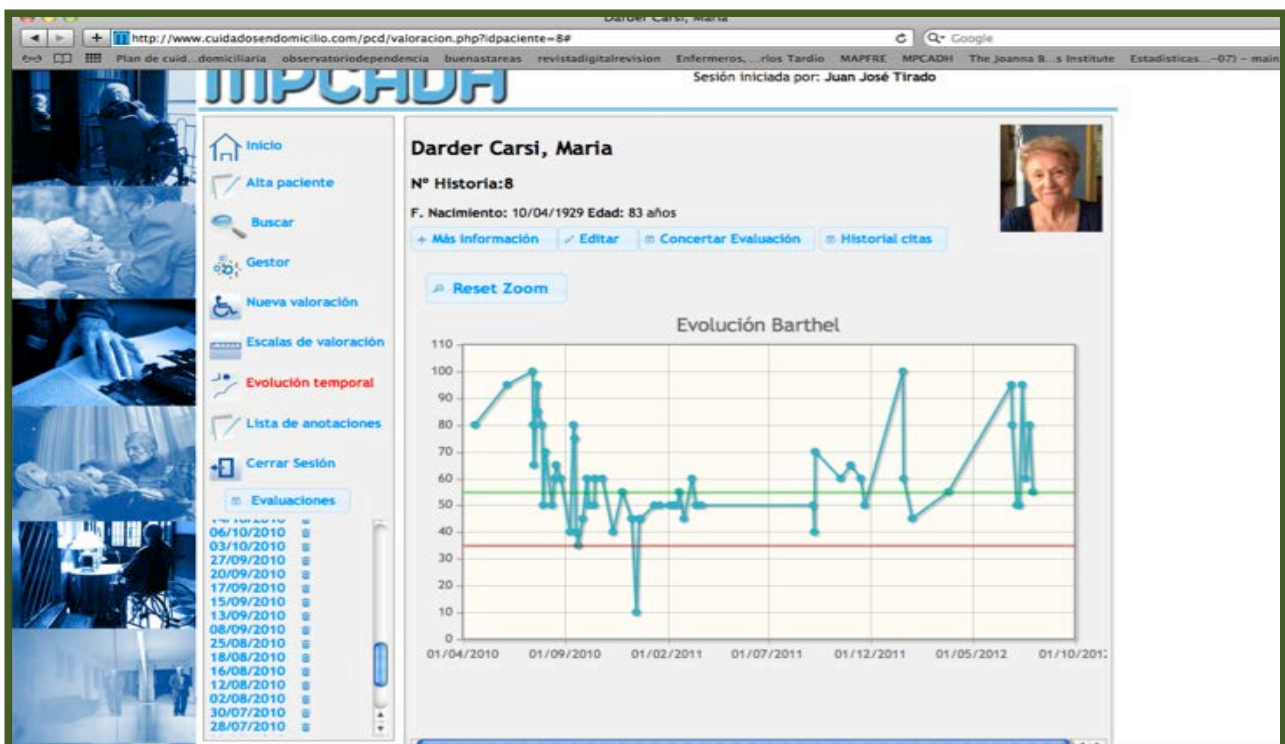
En las distintas pestañas, puede accederse al historial de citas.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 33.

La pestaña "Evaluaciones" permite acceder a todas las realizadas con anterioridad.



Pantalla 34.

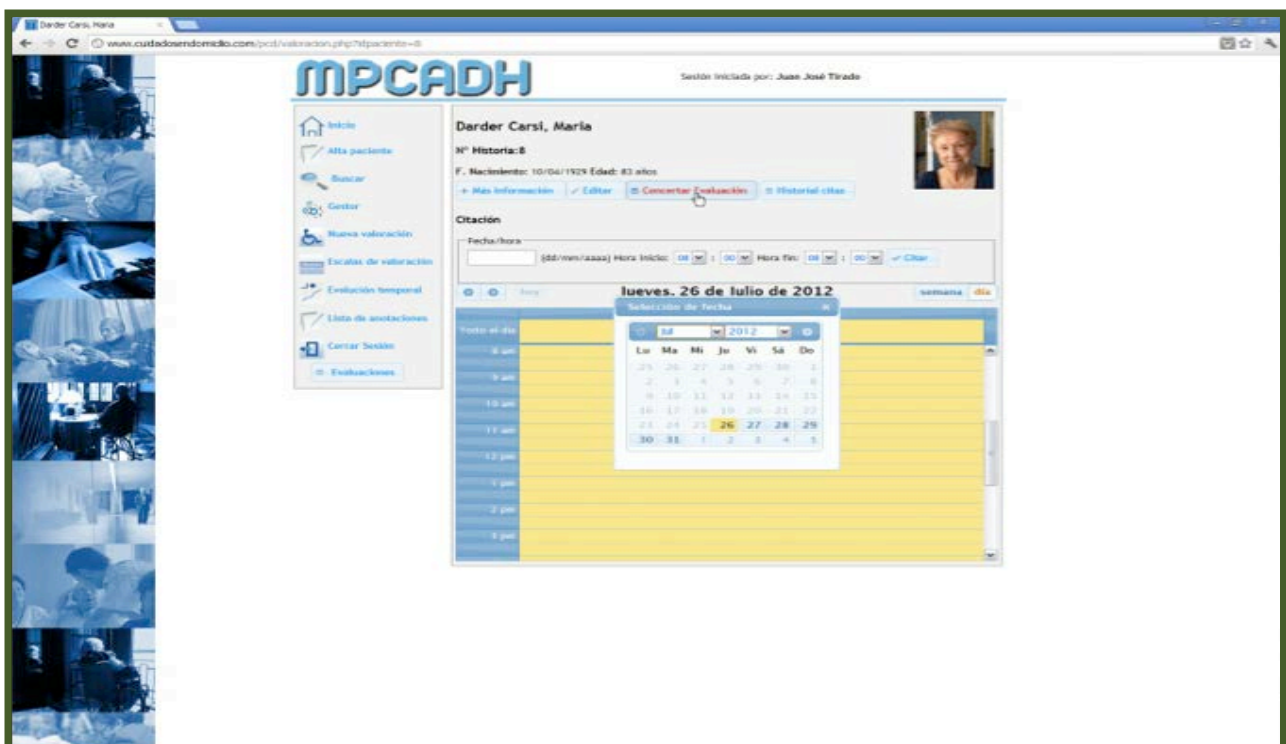
La pestaña "Evolución temporal" da acceso a un gráfico que indica la evolución de los cuidados en relación a la puntuación del Barthel.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 35.

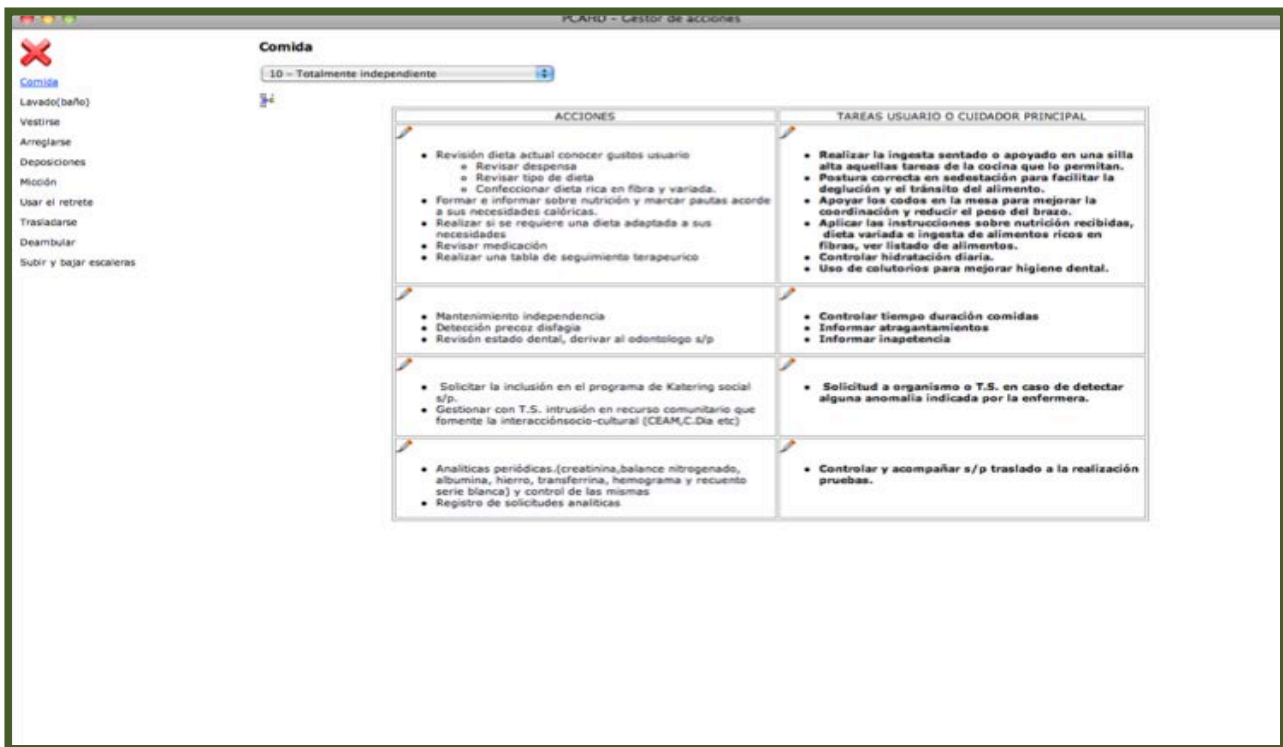
La pestaña "Lista de anotaciones" da acceso a todas las notas reseñadas por la enfermera los días de evaluación.



Pantalla 36.

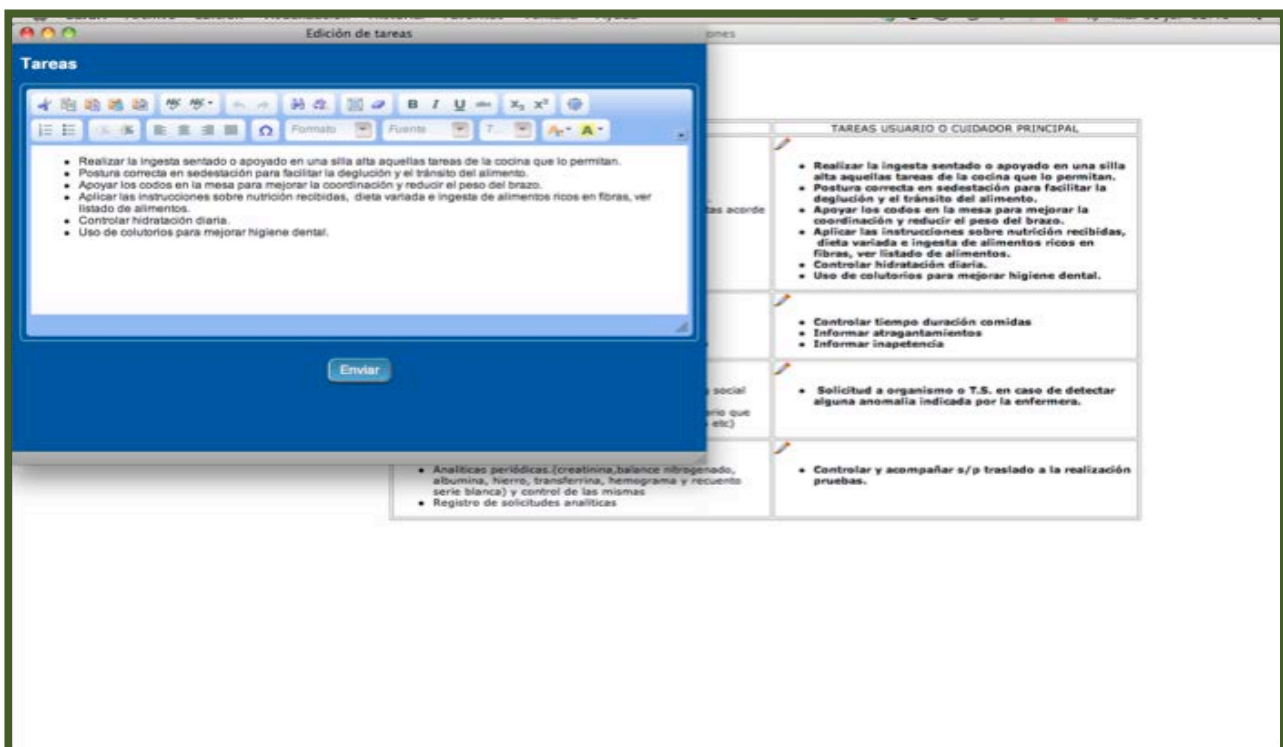
Pestaña "Concertar evaluación" permite el citar al usuario para una nueva valoración.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 37.

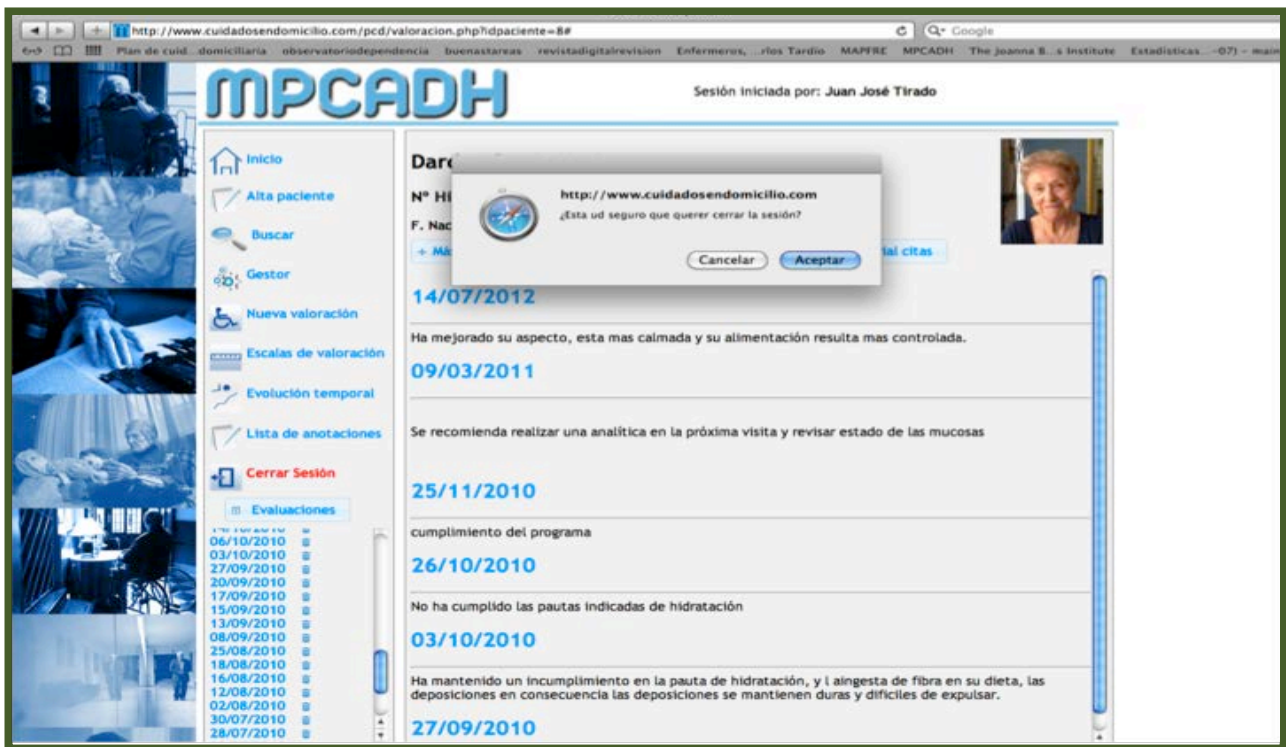
La pestaña "Gestor" da acceso a las Acciones y Tareas estandarizadas, que la enfermera puede modificar para cada uno de los niveles de dependencia detectados.



Pantalla 38.

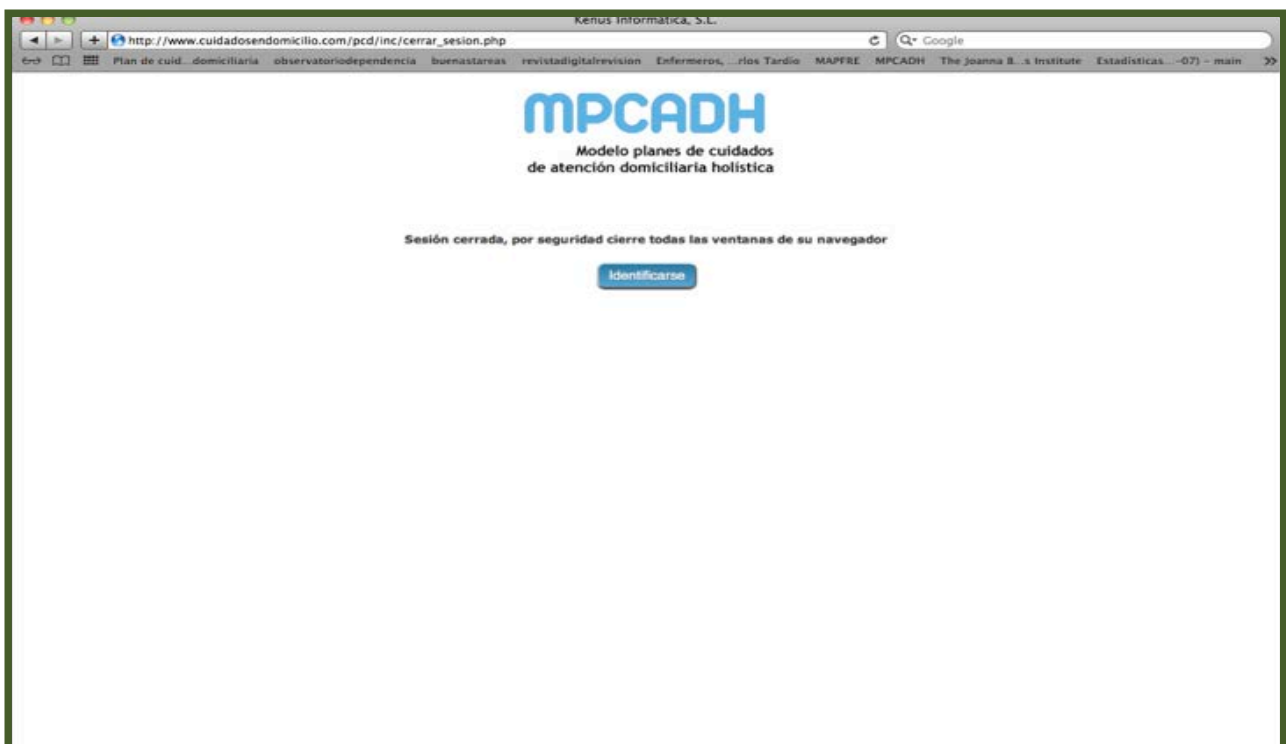
Al pulsar sobre el lápiz se abre la ventana "Tareas", donde se pueden consultar las acciones a realizar.

ANEXOS UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA



Pantalla 39.

Pestaña "Cerrar sesión", permite salir de la aplicación.



Pantalla 40.

Imagen de sesión cerrada

VALORACIÓN MANUAL BARTHEL Y PLAN CUIDADOS

BARTHEL	D.ENTREVISTA MINUTOS	P.A.E. MINUTOS	PRESENCIA CUIDADOR
60	65	250	NO
70	45	240	NO
50	20	155	NO
30	45	95	SI
90	60	170	SI
100	190	240	SI
75	60	80	SI
100	85	160	NO
55	90	230	NO
100	15	30	NO
100	39	240	NO
95	90	210	NO
85	23	226	NO
85	45	250	NO
75	30	150	SI
95	60	92	NO
100	80	232	SI
75	41	120	NO
95	75	225	SI
85	15	105	NO
75	62	80	NO
45	16	204	SI
80	62	120	SI
75	81	220	SI
30	31	93	SI
95	32	240	NO
75	62	65	NO
95	32	93	NO
90	33	175	NO

100	35	140	NO
70	26	155	SI
90	45	175	NO
50	45	180	NO
55	45	220	SI
100	40	226	NO
60	61	240	SI
80	190	220	NO
75	31	225	SI
90	95	120	NO
70	190	214	SI
50	150	215	SI
50	150	232	SI
65	60	240	SI
85	50	165	SI
45	91	90	SI
70	105	210	NO
75	40	210	SI
50	45	45	NO
65	105	120	NO
55	120	250	SI
80	120	225	NO
80	40	210	NO
20	45	220	SI
15	95	215	SI
90	25	180	SI
100	120	120	NO
20	30	120	SI
95	135	225	NO
75	130	145	SI
65	25	160	SI
65	30	150	SI
90	45	230	NO
85	45	153	SI
60	75	50	SI

50	30	165	SI
35	35	60	NO
95	91	195	NO
65	110	212	NO
70	135	217	SI
50	25	205	SI
70	120	192	SI
65	150	200	SI
75	30	175	NO
50	180	165	SI
85	160	120	SI
60	190	120	NO
65	31	105	NO
65	35	100	SI
35	178	120	NO
40	65	150	SI
100	31	120	SI
75	45	95	NO
100	62	120	NO
55	32	60	NO
55	45	28	SI
75	45	25	SI
100	92	93	NO
60	151	210	SI
65	150	115	SI
100	34	105	SI
100	165	110	NO
40	42	90	NO
40	61	90	NO
60	42	110	NO
80	105	210	SI
100	41	150	NO
60	125	135	SI
20	75	120	SI
90	168	190	SI

100	44	175	NO
60	130	250	NO
50	48	45	NO
65	109	125	NO
50	125	120	SI
65	62	140	SI
92	61	160	SI
45	92	85	SI
70	98	200	NO
75	63	215	SI
50	45	55	NO
65	95	125	NO
55	125	120	SI
80	130	115	NO
80	42	200	NO
20	45	225	SI
15	65	250	SI
90	25	210	SI
100	120	125	NO
20	35	135	SI
35	45	145	NO

VALORACIÓN MECANIZADA BARTHEL Y PLAN CUIDADOS

BARTHEL	D.ENTREVISTA MINUTOS	P.A.E. MINUTOS	PRESENCIA CUIDADOR
90	65	20	NO
65	45	15	NO
65	45	20	NO
70	20	15	SI
50	45	25	NO
80	60	30	SI
90	50	25	SI
65	60	20	SI
85	85	15	NO
60	90	20	NO
90	15	30	NO
40	39	25	NO
65	40	30	SI
70	23	20	SI
75	45	25	SI
80	30	35	SI
90	60	25	NO
80	80	20	SI
75	40	30	NO
80	75	35	NO
90	15	20	SI
80	60	25	NO
50	16	30	NO
40	60	25	SI
80	80	30	SI
30	30	15	SI
80	30	15	NO
80	60	25	SI
100	30	20	NO
80	30	25	NO
80	30	30	NO

75	26	15	SI
100	45	15	NO
60	45	15	NO
50	45	20	SI
50	40	25	NO
70	60	30	SI
80	55	25	NO
85	30	20	SI
95	95	30	NO
60	60	25	SI
70	55	25	SI
60	60	25	SI
55	60	30	SI
85	50	20	SI
50	60	15	SI
60	50	15	NO
80	40	15	SI
40	45	15	NO
70	45	20	NO
60	55	20	SI
65	60	25	NO
40	40	35	NO
40	45	20	SI
20	70	15	SI
80	50	15	SI
80	55	15	NO
30	45	20	SI
100	60	30	NO
80	75	35	SI
50	45	25	SI
55	55	20	SI
80	50	35	NO
85	50	20	NO
90	65	25	NO
30	70	25	NO

40	45	30	SI
80	80	25	SI
70	65	30	SI
60	75	25	SI
50	30	25	NO
60	65	15	NO
90	65	30	NO
80	80	25	NO
100	80	25	NO
65	80	25	NO
70	65	30	NO
50	30	30	SI
75	25	15	NO
50	50	15	SI
55	65	25	NO
90	85	20	SI
80	55	20	NO
85	65	20	NO
100	35	30	SI
60	85	25	SI
80	85	25	SI
80	80	25	SI
50	85	25	SI
55	65	20	SI
80	65	15	SI
80	85	15	NO
50	65	15	NO
40	60	20	NO
70	40	35	NO
85	65	20	SI
80	50	20	NO
70	60	15	SI
30	60	15	SI
80	60	20	SI
80	50	25	NO

70	50	20	NO
60	65	15	NO
65	80	20	NO
55	80	15	SI
70	60	20	SI
65	50	15	SI
50	80	20	SI
65	50	25	NO
80	60	20	SI
60	55	20	NO
60	65	15	NO
60	85	20	SI
85	60	15	NO
90	55	15	NO
50	65	20	SI
30	80	20	SI
80	50	15	SI
90	45	20	NO
30	80	25	SI

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que la participación es voluntaria.

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada y he podido efectuar preguntas sobre el proyecto de investigación.

También he sido informado/a de forma clara, precisa y suficiente respecto a que los datos serán tratados y custodiados respetando criterios de confidencialidad y la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

Fecha:

Firma:

Nombre del investigador / a:

Fecha:

Firma: