



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015–2016)

Trabajo Fin de Grado

**Estimulación cognitiva del lenguaje en
un paciente institucionalizado.**

(Plan de Cuidados)

Alumna: Nuria Barón Salvador.

Tutora: D^a. M^a José Mata Peñate.

Junio, 2016

Índice.

1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	4
3. Introducción.....	5
Justificación.....	9
4. Objetivos.....	10
5. Metodología.....	11
Descripción del Caso Clínico.....	12
Proceso de Atención de Enfermería.....	12
Valoración.....	12
Valoración por dominios.....	13
Diagnósticos.....	14
Guía de intervención semanal.....	20
6. Resultados.....	24
7. Discusión.....	30
Conclusiones.....	33
8. Bibliografía.....	34
9. Anexos.....	38

1. Resumen.

Introducción. El envejecimiento progresivo de la población supone un problema mundial emergente; debido a este hecho se producen unos cambios en el funcionamiento cognitivo, de ahí la importancia de la realización de actividades de estimulación en ancianos institucionalizados, centrándonos en las funciones más superiores, en este caso el lenguaje.

Objetivos. Conseguir que una anciana con dificultades especiales para mantener un intercambio comunicativo, interaccione socialmente con su entorno, desarrollando habilidades comunicativas y pautas para mejorar la comunicación; estableciendo, a su vez, una conexión con los sentimientos e intereses de la paciente y minimizando, en lo posible, las barreras presentes en la comunicación verbal.

Metodología. El diseño empleado es el de un caso clínico elaborado durante el *Prácticum I*, en la Residencia de Mayores de San Telmo de Palencia. Dirigido a una anciana con problemas para sociabilizar con su entorno. Se ha elaborado un plan de cuidados que ayude a mejorar la condición social, junto con una valoración por dominios NANDA, apoyada en las diferentes escalas recomendadas en la valoración del paciente geriátrico, usando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Resultados. Después de haber realizado tres meses de intervenciones con la paciente, se ha logrado el 55% de los objetivos propuestos. Por otro lado, el 45% de los objetivos fijados no ha conseguido alcanzar el nivel final, quedando por debajo del propuesto. En su mayoría han sido beneficiosos para mejorar la condición social de la paciente y su calidad de vida, tanto los objetivos logrados como los no logrados.

Discusión y conclusiones. Los resultados de este Caso Clínico reflejan que la función del personal de enfermería es insustituible y, junto con el interés y disposición que ha mostrado la paciente, ha sido clave para poder realizarlo.

Palabras Clave. Estimulación, anciano institucionalizado, comunicación.

2. Abstract.

Introduction. The progressive ageing of the population represents an emerging global problem which can in part be attributed to changes in cognitive function that may accompany old age. For this reason, the conduction of mental stimulation activities with the institutionalised elderly, focusing on higher functions such as language skills in this case, may have an important role to play.

Objectives. To achieve an improvement in and maintain a social interaction with a communicative exchange in an elderly woman with special difficulties in this area. In addition to improving communication with this individual, to develop general guidelines for others, with the aim of minimising possible barriers in verbal communication, while at the same time ensuring that the feelings and interests of the patient are not compromised.

Methodology. The format used is of a case report prepared during the *Practicum I*, that took place at the San Telmo nursing home, Palencia. The subject was an old woman who had problems socialising in her environment. The study has developed a plan of care aimed at helping the individual improve social standing, along with an assessment using NANDA criteria, based on the different levels recommended in the assessment of the geriatric patient using the NANDA-NOC-NIC taxonomy.

Results. After a three month period of interaction with the patient, the study managed to achieve 55% of the proposed objectives. With 45% of targets not being met, the final outcome was lower than that which had been set to achieve. Despite this, most of the interventions were found to have been beneficial in improving the social conditions of the patient and their quality of life. This applied where both the objective was achieved and in cases where it was unattained.

Discussion and conclusions. The results of this clinical case, show that the role of the nurse can be invaluable and irreplaceable together with the interest and willingness shown by the patient. The key to success is recognising that both of these elements have a part to play.

Keywords. Stimulation, institutionalised elderly, communication.

3. Introducción.

La *Gerontología*, etimológicamente proviene de los vocablos griegos “*geras*” (vejez) y “*logos*” (ciencia), es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento dentro de criterios biológicos de normalidad, también incluye el concepto de investigación del envejecimiento fisiológico y, por lo tanto, de los modos de envejecer patológicos. Existiendo diferentes ramas dentro de ésta como: Gerontología experimental, Gerocultura, Citogerontología, Gerontología clínica, Gerontología social. Michel Elie Metchnikoff propone la Gerontología como una ciencia para el estudio del envejecimiento.¹

La *Geriatría* es una rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos, siendo sus objetivos: valoración adecuada de todas las personas mayores; movilización de los recursos existentes, de tal manera que las personas mayores puedan permanecer más tiempo en sus domicilios, satisfaciendo sus necesidades tanto en estado de salud como de enfermedad; asistencia a patologías crónicas o invalidantes; docencia e investigación en todas las áreas referentes a personas mayores. Ignatiusl Nacher acuña el término de Geriatría en su obra presentada en 1907 en la Academia de las Ciencias de Nueva York, titulada “*Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento*”.²

La *Gerocultura* engloba a un colectivo encargado de asistir al anciano, pudiendo ser en las residencias, centros de día o en su domicilio, para que pueda llevar a cabo satisfactoriamente cualquier actividad inherente a su vida cotidiana, especialmente aquélla que no pueda realizar por sí mismo o que, por alguna situación actual, le resulte compleja, es decir, el Gerocultor supervisa todas las actividades que realiza el adulto mayor.

En España, en la primera mitad del siglo XX, podemos destacar a Amalio Gimeno, Gregorio Marañón y Manuel Beltrán. Fueron éstos los que servirían de referente al Catedrático en Higiene Alberto Palanca (1946), para la creación de dispensarios de Geriatria y Gerocultura dentro del marco administrativo de las Jefaturas Provinciales de Sanidad; dependiendo éstas del Ministerio de Gobernación, al frente del cual estaba el Dr. Gonzalo Piédrola Gil, concededor de las novedades europeas asistenciales y docentes de una entonces naciente Geriatria.³

En mayo de 1948 se funda la Sociedad Española de Gerontología (S.E.G), para mejorar la asistencia del anciano, basándose en una medicina y enfermería Geriátrica adecuada. Actualmente, a dicha sociedad se la conoce como Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (S.E.G.G).

El hospital de La Cruz Roja de Madrid (1971) funda el servicio de Geriatria bajo los auspicios de los doctores Blanco Soler, Salgado Alba y Guillén Llera, quienes sirven de estímulo para que se creen unidades similares en diferentes hospitales de toda España. En 1987 se funda la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, cuyo órgano de expresión es la revista *Gerokomos*.

El Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) en 1993, edita un Plan Gerontológico Nacional. En éste, se dan unas directrices para dar una buena asistencia a las personas mayores abordando el envejecimiento de la población española y las nuevas necesidades de servicios. En este Plan se establecían objetivos orientados a la provisión de servicios sanitarios y sociales, para promover un envejecimiento saludable y prestar la atención necesaria a aquellos mayores con discapacidades que requieren servicios de larga duración. El Plan Gerontológico Nacional sirvió de inspiración para la elaboración de diversos planes en las Comunidades Autónomas. Actualmente, nos encontramos con un desigual desarrollo de servicios en el territorio nacional. Sólo en algunas Comunidades Autónomas, los planes gerontológicos se han visto acompañados de los recursos necesarios para su ejecución.

Hoy en día, *Gerontología* se define como ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales, pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma de cómo el ser humano asume su proceso de envejecimiento.¹ Por tanto, la *Geriatría* es una rama de la *Gerontología* que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral de estas personas.² La enfermería *Gerontológica* es una rama de la Enfermería que se ocupa de valorar, planificar y ejecutar la asistencia sanitaria, cubriendo así las necesidades de los ancianos.

Es muy importante comprender el auge de la *Geriatría*, debido al creciente número de personas mayores en España. Gracias a los avances tecnológicos, médicos, farmacológicos, la esperanza de vida va aumentando. La esperanza de vida se define como un índice que se toma en cuenta para determinar cuánto se espera que viva una persona en un contexto socialmente determinado. Mientras que la esperanza de vida saludable la podemos definir como el tiempo que se puede esperar que vivan las personas sin discapacidad.⁴

Las instituciones de atención a personas mayores han sufrido muchos cambios a lo largo de la historia, una gran transformación y evolución. Han pasado de ser centros en los que se recluían, custodiaban o daban cobijo a los ancianos, a ser los centros que conocemos hoy en día, donde priman los cuidados sociosanitarios integrales, promocionando su autonomía, dignidad y desarrollo personal.⁵ Gracias a la evolución que han sufrido en los últimos años, se puede observar la adaptación que han llevado a cabo las residencias, incorporando más profesionales y de perfil más variado a sus equipos, dando lugar así a equipos multidisciplinares, favoreciendo una atención integral al paciente anciano y en conexión con el resto de niveles asistenciales. No obstante, los recursos disponibles comparados a los necesarios no son suficientes, requiriendo cada vez más profesionales, mayor tiempo de dedicación y mayor número de recursos materiales.⁶

Las residencias según el Imsero; *“son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no puedan ser atendidos en sus propios domicilios, necesitando de estos servicios.”*⁷

Durante el envejecimiento es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad; pérdida de seres queridos, enfermedades que son capaces de producir una alteración en una o varias funciones mentales, dando lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término “deterioro cognitivo”. Éste puede ser definido como una alteración de las funciones cognitivas superiores, es decir, de la memoria, de la orientación, de la percepción, de la comprensión, del pensamiento, del juicio, del cálculo, de la comunicación y de la resolución de problemas, producido por un trastorno orgánico o funcional.⁸

El envejecimiento cognitivo está caracterizado como un proceso normal que tiene lugar a lo largo de los años y que produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de las operaciones mentales, mientras que se mantienen los contenidos o conocimientos. Es lo que tradicionalmente se ha conocido como pérdida en la inteligencia fluida y mantenimiento en la inteligencia cristalizada. La pérdida de eficacia en el procesamiento afecta especialmente a varias dimensiones de la atención, a la memoria operativa y al control inhibitorio, y tiene consecuencias sobre el funcionamiento de la comunicación y del lenguaje. El desarrollo del lenguaje durante los primeros años de vida se caracteriza por un incremento de las capacidades comunicativas y lingüísticas, al contrario de lo que sucede en el proceso del envejecimiento. Se puede decir que en la vejez hay un desarrollo de la comunicación y del lenguaje, ya que se amplían los conocimientos generales del mundo, disponiendo de más contenidos y experiencias para comunicar. Ante la aparición de ciertos problemas en el envejecimiento normal, pueden surgir dificultades de acceso al léxico, dificultades de procesamiento sintáctico y de organización del discurso. Estos conflictos parecen tener su origen en una pérdida de eficacia en el procesamiento: se hace difícil o incluso imposible encontrar un nombre en el momento en que se necesita, aparecen dificultades en la comprensión de frases

complejas, o se pierde con mayor facilidad el hilo de una conversación. En algunas personas, cuyo proceso de envejecimiento es excepcional, ya que se ve alterado por cambios neurológicos, se produce también un deterioro en la comunicación y el lenguaje. Por eso, el lenguaje es uno de los procesos psicológicos más importantes para los ancianos, siendo la clave para mantener la red de relaciones sociales que han ido elaborando a lo largo de la vida. Es también un medio para resolver problemas cotidianos, un medio de expresión personal y de creación. No obstante, el paso del tiempo ocasiona un deterioro normal de esta herramienta.⁹

Justificación:

Durante el desarrollo del *Prácticum I* se establece el reto de, a través de técnicas de estimulación, de conseguir que un residente de la Residencia de Mayores de San Telmo, incapaz de comunicarse verbalmente, lograra establecer algún tipo de comunicación verbal, lo que motivó, posteriormente, el desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado.

4. Objetivos.

Objetivo General: Conseguir que un anciano con dificultades especiales para mantener un intercambio comunicativo, interaccione socialmente con su entorno, mediante la emisión de mensajes orales como palabras, gestos y emociones.

Objetivos específicos:

- Desarrollo de habilidades comunicativas: refuerzo positivo, escucha activa, estilo asertivo.
- Desarrollo de pautas para mejorar la comunicación: claridad, sencillez, atención y empatía.
- Establecer una conexión con los sentimientos e intereses del paciente.
- Minimizar en lo posible las barreras presentes en la comunicación oral.

Para lo cual se desarrollará un plan de cuidados donde la estimulación cognitiva será el eje de la intervención enfermera.

5. Metodología.

El diseño empleado es el de un caso clínico elaborado durante el *Prácticum I*, en la Residencia de Mayores de San Telmo de Palencia.

Para poder desarrollar el Caso Clínico lo primero que se realizó fue una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos (BVS, Scielo, Cuiden), Revistas de Geriátrica Españolas, para recopilar información sobre el tema, usando palabras clave, Descriptores en ciencias de la salud (DeCS): “*estimulación*”, “*anciano institucionalizado*”, “*comunicación*” y Medical Subject Headings (MeSH): “*stimulation*”, “*institutionalised elderly*”, “*communication*”; combinándolas con los operadores booleanos *and* y *or*.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos gratuitos, en español o inglés, tiempo no superior a 10 años desde el año actual (2016). A excepción de los siguientes artículos citados en la bibliografía con la siguiente numeración; 1, 3, 4, 16, 17, 19, 25, que son de un tiempo superior al enunciado anteriormente. Los criterios de exclusión fueron: artículos de pago y otros idiomas no referidos.

En el portal regional de la BVS se encontraron 55 artículos con el primer descriptor, 44 artículos con el segundo descriptor y 8 artículos con el tercer descriptor. Se usó un artículo con el descriptor anciano institucionalizado.

En la base de datos de SciELO se encontraron; 4 artículos con el primer descriptor, 13 artículos con el segundo descriptor y 9 artículos con el tercer descriptor. Se usó un artículo con el descriptor estimulación y dos artículos con el descriptor anciano institucionalizado.

En la base de datos Cuiden se encontraron; 13 artículos con el primer descriptor, 63 artículos con el segundo descriptor y 35 artículos con el tercer descriptor. Se usó un artículo con el descriptor estimulación, dos artículos con el descriptor anciano institucionalizado y un artículo con el descriptor comunicación.

Tras conseguir los permisos oportunos para la realización del Caso Clínico en la Residencia de Mayores de San Telmo, se solicitó al paciente y a la Residencia la firma del consentimiento de confidencialidad (Anexo I), informando siempre de la finalidad del trabajo, así como de la intimidad en el trato con el paciente.

Para la elaboración del Caso Clínico se hizo uso de las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración mediante los dominios NANDA¹⁰⁻¹⁴, diagnósticos enfermeros NANDA¹¹⁻¹⁴, Criterios de Resultados NOC¹²⁻¹⁴, Intervención de Enfermería NIC¹³⁻¹⁴ y las recomendaciones de M^a Teresa Luis Rodrigo¹⁵ para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura.

Asimismo, se utilizan las siguientes escalas: Índice de Barthel¹⁶, para la Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Anexo III); Escala de Norton¹⁷, Valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión (Anexo IV); Mini-Examen cognoscitivo¹⁸, Valoración del Deterioro Cognitivo (Anexo V); Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión reducida¹⁹, Valoración de la depresión en el anciano (Anexo VI).

-Descripción del caso clínico.

Mujer de 93 años de edad, soltera, con estudios básicos primarios. Ingresó en la residencia en el año 1991; inicialmente como residente válida, pasando, en la actualidad, a asistidos tipo dos.

Antecedentes clínicos.

Alergias no conocidas, distimia depresiva, esquizofrenia residual, colelitiasis, artrosis, hipertensión, gastritis crónica antral con actividad leve, diverticulosis de colon, colles de muñeca derecha.

Antecedentes familiares.

Padre: no consta.

Madre: no consta.

Hermano: éxitus a los 70 años de edad.

-Proceso de atención de enfermería.

Valoración.

Para la correcta realización de este punto en el caso clínico se ha procedido a la valoración del paciente según los dominios NANDA (Anexo II).

Se realiza junto al paciente los correspondientes formularios, acorde con los 13 puntos de valoración según los dominios NANDA, junto con diversas escalas (Índice de Barthel, Escala de Norton, MiniExamen Cognoscitivo de Lobo, Escala de la depresión de Yesavage) (Anexos 3-6).

Valoración por dominios.

1 Promoción de la salud. La paciente presenta enfermedades crónicas, siendo algunas de éstas invalidantes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Precisa ayuda para la administración de su tratamiento farmacológico habitual.

2 Nutrición. Paciente con normopeso, no requiere ayuda para una correcta alimentación. Establecida una dieta basal normal.

3 Eliminación. Presenta incontinencia urinaria, precisando el uso de medidas auxiliares, como pañal. Su ritmo intestinal es fluctuante entre periodos de estreñimiento y diarreas.

4 Actividad Reposo. Inmovilidad parcial, deambula con ayuda de personas en distancias cortas. Requiere ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Presenta un patrón de sueño de unas 8-9 horas diarias, y tiene problemas para la conciliación del sueño, por lo que precisa medicación.

5 Percepción Cognición. La paciente mantiene un nivel de consciencia correcto, orientada en espacio y tiempo, no existen indicios de demencia senil. Su independencia se encuentra limitada, derivado de su enfermedad psiquiátrica. Se evalúa el Mini-Examen cognoscitivo de Lobo, obteniendo una puntuación de 25 puntos, mostrando un estado cognoscitivo normal. Asimismo, se realiza la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión reducida, obteniendo una puntuación de 11 puntos, indicando la existencia de una depresión establecida.

6 Autopercepción. Presenta dificultades para expresar sus sentimientos, mostrándose indiferente.

7 Rol-Relaciones. Tiene capacidad para relacionarse con los demás residentes, aunque muestra una total indiferencia; el medio en el que se encuentra no es el adecuado para desarrollar estas aptitudes.

Recibe visitas de sus familiares, presentando una buena relación social.

8 Sexualidad. Dominio sin datos relevantes.

9 Afrontamiento-tolerancia al estrés. La paciente es consciente de su situación actual.

10 Principios vitales. Es creyente y practicante, le gusta acudir a misa.

11 Seguridad-protección. Precisa ayuda total para realizar la higiene diaria, se le asea en silla geriátrica, se hidrata la piel con crema y ácidos grasos hiperoxigenados. No presenta alteración tisular; se ponen protecciones en los pies por fragilidad de la piel en esa dicha zona.

Como medidas de seguridad se precisan barras laterales en la cama, así como sujeción abdominal en silla de ruedas.

Se realizan diversos índices y escalas como la Escala de Norton, con un resultado de 12 puntos, indicándonos que presenta riesgo de úlceras por presión. Con el Índice de Barthel se obtiene una puntuación de 20, mostrándonos una dependencia total para las actividades de la vida diaria.

12 Confort. La paciente habitualmente no presenta dolor. Tiene pautado analgesia si precisa.

13 Crecimiento-desarrollo. Dominio sin datos relevantes.

Diagnósticos.

Realizada la valoración integral de enfermería, se procede a la enumeración sólo de aquellos diagnósticos enfermeros que son determinantes en el objetivo de este trabajo, priorizándolos.

[00051] Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con ausencia de estímulos positivos.

NOC

NOC. Dominio 2. Salud fisiológica.

Clase J: Neurocognitiva.

(0900) Cognición.

[90003] Atiende.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en dos semanas.

[90014] Comunicación clara según la edad.

Pasará de un nivel 1 (gravemente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.

NOC. Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase J: Neurocognitiva.

(0903): comunicación: expresiva.

[90301] Utiliza el lenguaje escrito.

Pasará de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un mes.

[90302] Utiliza el lenguaje hablado: vocal.

Pasará de un nivel 1 (gravemente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.

[90304] Utiliza la conversación con claridad.

Pasará de un nivel 1 (gravemente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.

[90305] Utiliza dibujos e ilustraciones.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un mes.

NIC

NIC. Campo 3. Conductual.

Clase Q: Potenciación de la comunicación.

[4976] Mejorar la comunicación déficit de habla.

-Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p.ej., visión, audición y lenguaje) en el caso de la paciente.

-Proporcionar métodos alternativos de escritura o lectura, según corresponda.

-Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (por ejemplo; situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente).

-Repetir lo que dice la paciente para asegurar la precisión.

-Proporcionar refuerzo positivo, según corresponda.

[00052] Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de estímulos positivos.

NOC

NOC. Dominio 3: Salud psicosocial.

Clase M: Bienestar psicológico.

(1216) Nivel de ansiedad social.

[121601] Evita situaciones sociales.

Pasará de un nivel 4 (levemente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en tres meses.

[121602] Evita personas desconocidas.

Pasará de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.

[121613] Discomfort con el cambio de rutina.

Pasará de un nivel 4 (levemente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en tres meses.

NIC

NIC. Campo 3: Conductual.

Clase Q: Potenciación de la comunicación.

[5100] Potenciación de la socialización.

-Fomentar la implicación en relaciones ya establecidas.

-Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

-Proporcionar refuerzos positivos cuando el paciente establezca contacto con los demás.

[00053] Aislamiento social relacionado con recursos personales inadecuados

NOC

NOC. Dominio 5: Salud percibida.

Clase EE: Satisfacción con los cuidados.

(3002) Satisfacción del paciente/usuario: comunicación.

[300202] Uso del nombre preferido del paciente/usuario.

Pasará de un nivel 4 (muy satisfecho) a un nivel 5 (completamente satisfecho) en un mes.

[300203] El personal habla claramente.

Pasará de un nivel 4 (muy satisfecho) a un nivel 5 (completamente satisfecho) en un mes.

[300205] El personal fomenta las preguntas.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente satisfecho) a un nivel 5 (completamente satisfecho) en un mes.

[300206] El personal repite la información tan a menudo como sea necesario.

Pasará de un nivel 4 (muy satisfecho) a un nivel 5 (completamente satisfecho) en un mes.

[300207] El personal se toma tiempo para comunicarse.

Pasará de un nivel 2 (algo satisfecho) a un nivel 4 (muy satisfecho) en un mes.

NIC

NIC. Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

[5270] Apoyo emocional.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

[00157] Disposición para mejorar la comunicación, relacionado con una postura activa de la paciente.

NOC

NOC. Dominio 1: Salud funcional.

Clase B: Crecimiento y desarrollo.

(0121) Desarrollo: adulto mayor.

[12101] Mantiene la función cognitiva.

Pasará de un nivel 4 (frecuentemente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un mes.

[12102] Mantiene las habilidades del lenguaje.

Pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un mes.

[12109] Mantiene intereses por la vida.

Pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un mes.

[12110] Muestra sentido del orgullo.

Pasará de un nivel 3 (a veces demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un mes.

[12121] Acepta ayuda de otros.

Pasará de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un mes.

NIC

NIC. Campo 3: Conductual.

Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

[5230] Mejorar el afrontamiento.

-Ayudar a la paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

-Ayudar a la paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

-Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

-Proporcionar un ambiente de aceptación.

[00231] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano, relacionado con un ambiente desfavorable.

NOC

NOC. Dominio 3: Salud psicosocial.

Clase M: Bienestar psicológico.

(1208) Nivel de depresión.

[120801] Estado de ánimo deprimido.

Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un mes.

[120802] Pérdida de interés por actividades.

Pasará de un nivel 1(gravemente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un mes.

[120807] Expresión de sentimientos de indiferencia.

Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un mes.

NIC

NIC. Campo 3: Conductual.

Clase O: Terapia ocupacional.

[4310] Terapia de actividad.

-Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.

-Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda.

-Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.

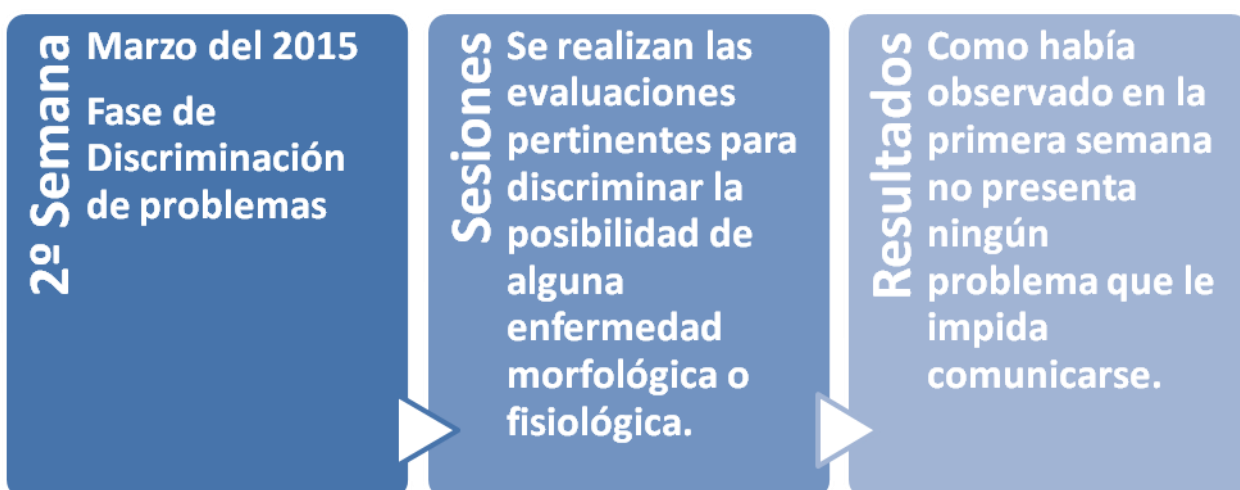
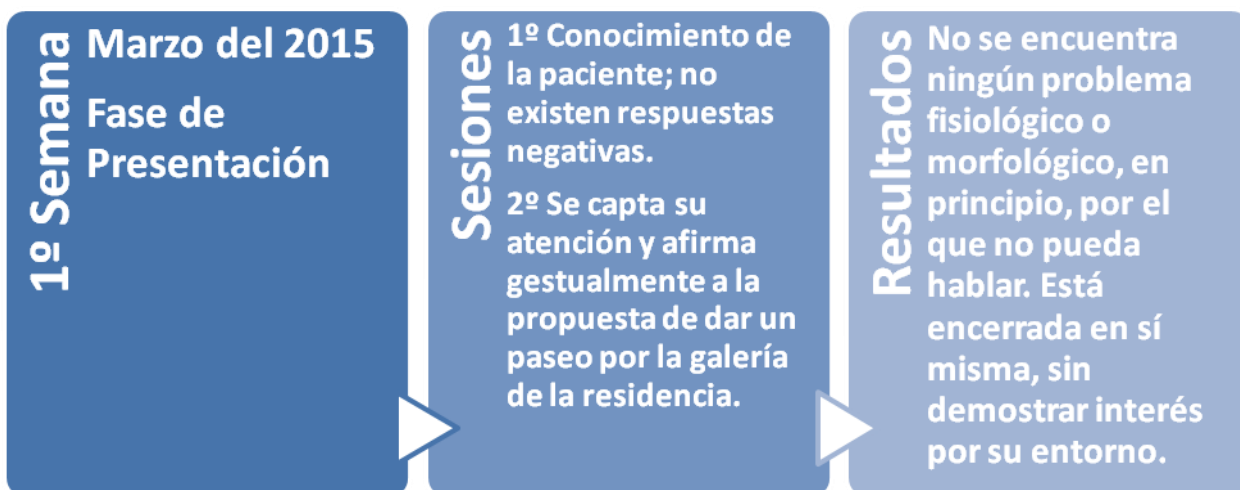
-Ayudar al paciente a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

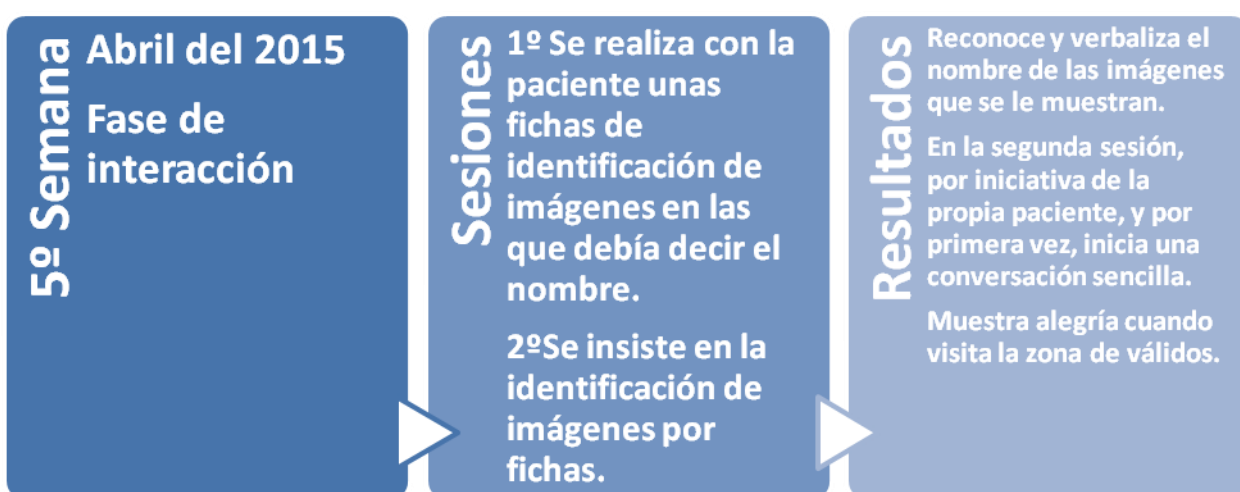
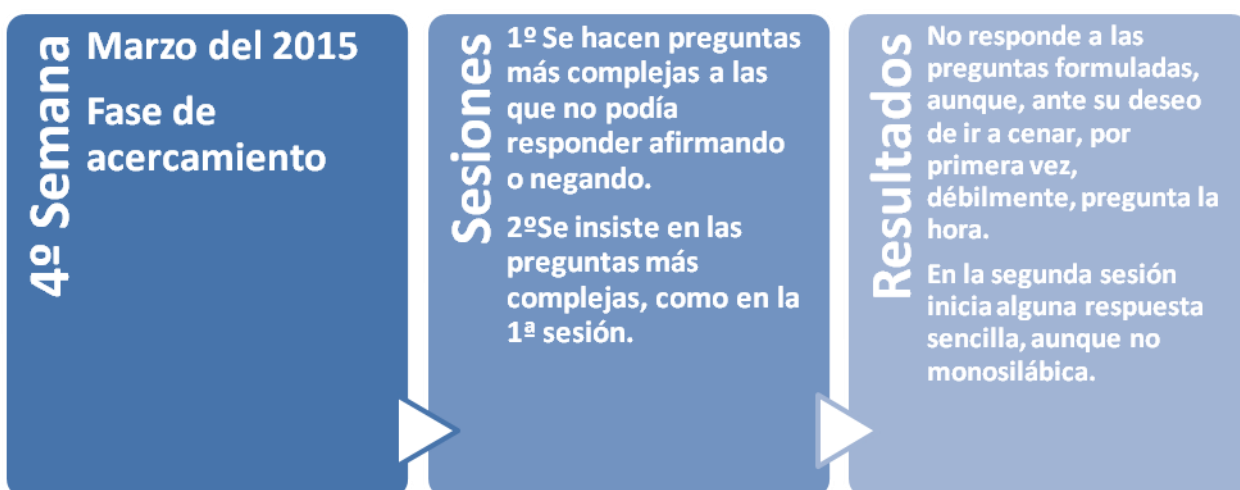
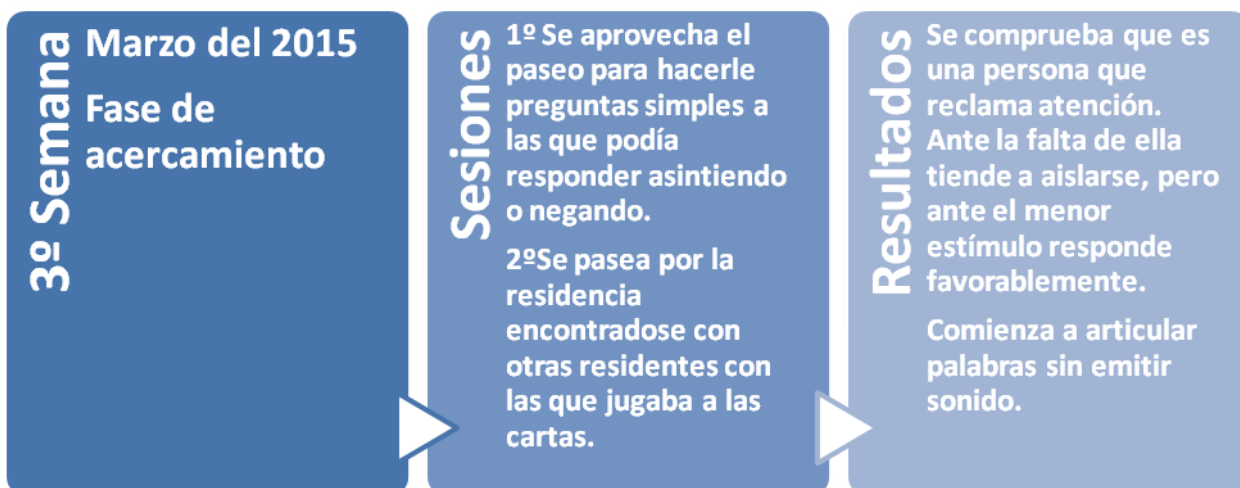
-Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, más que en los déficits.

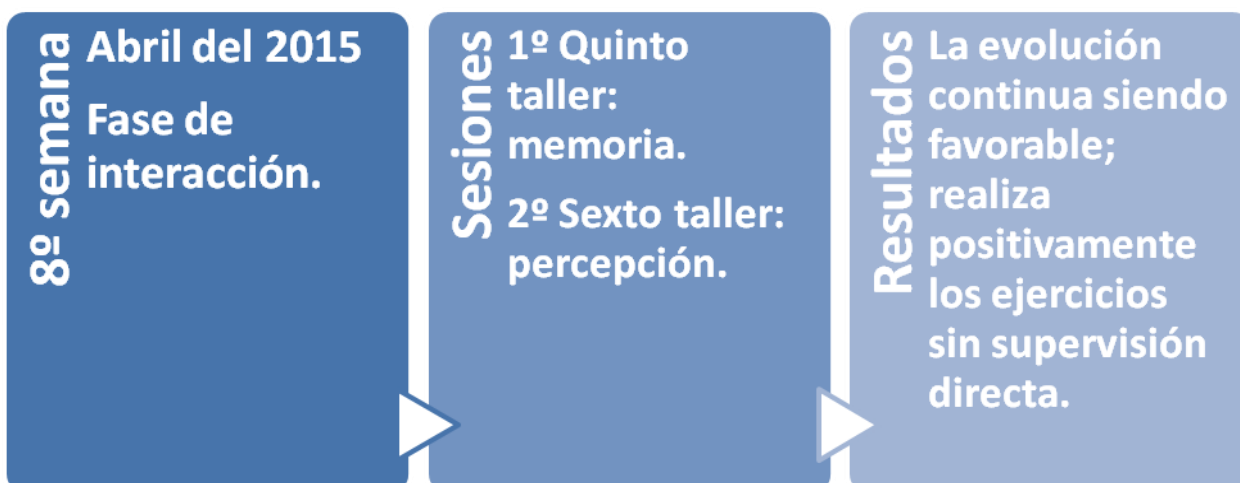
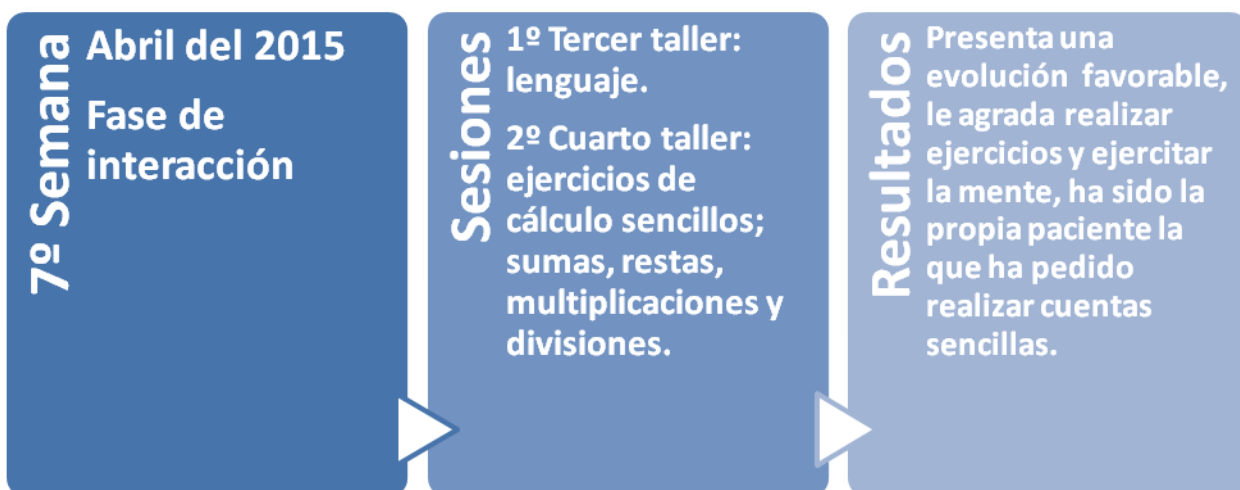
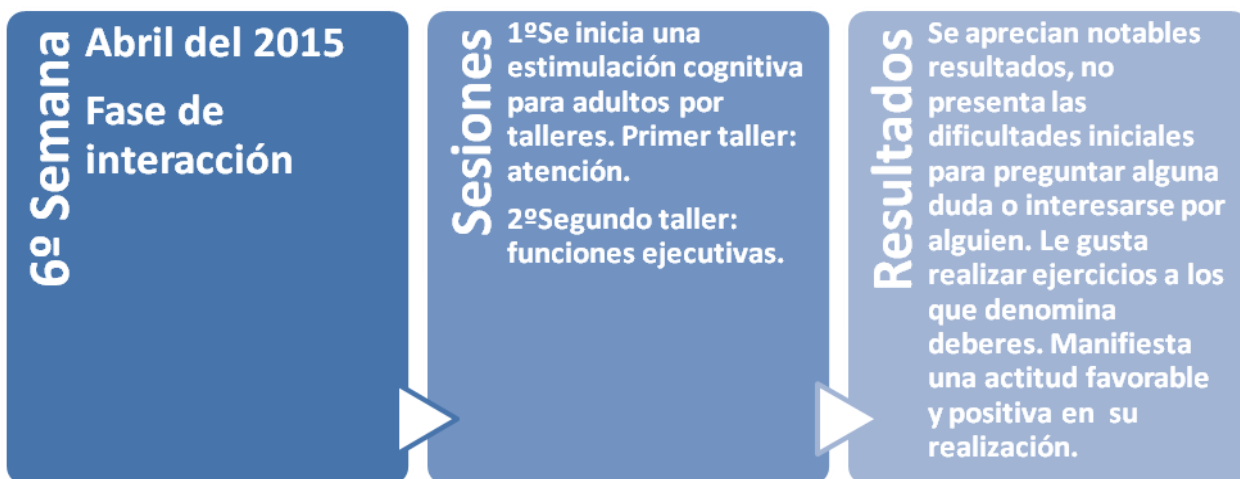
Guía de intervenciones semanales con la paciente.

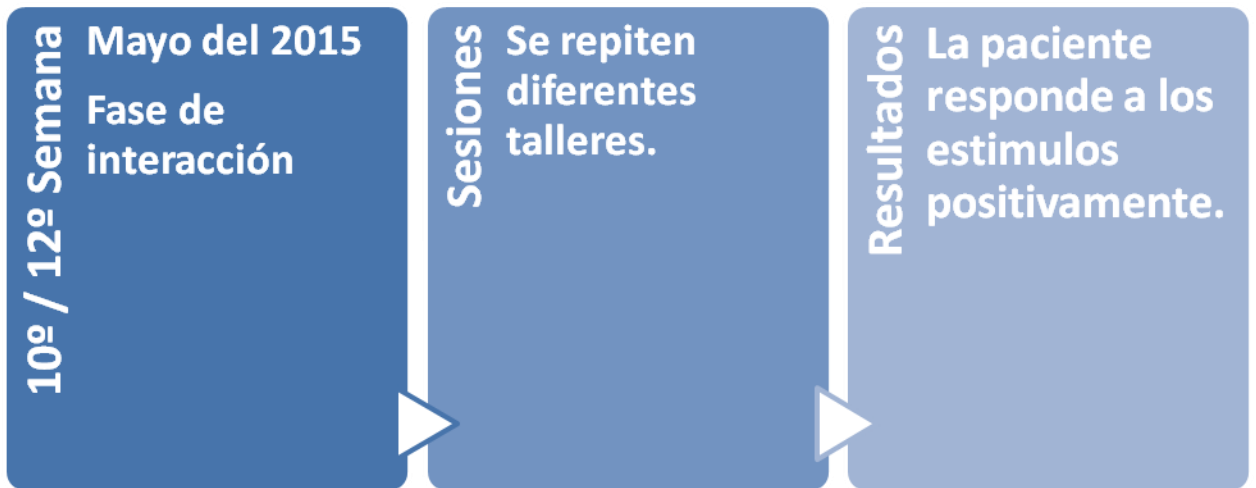
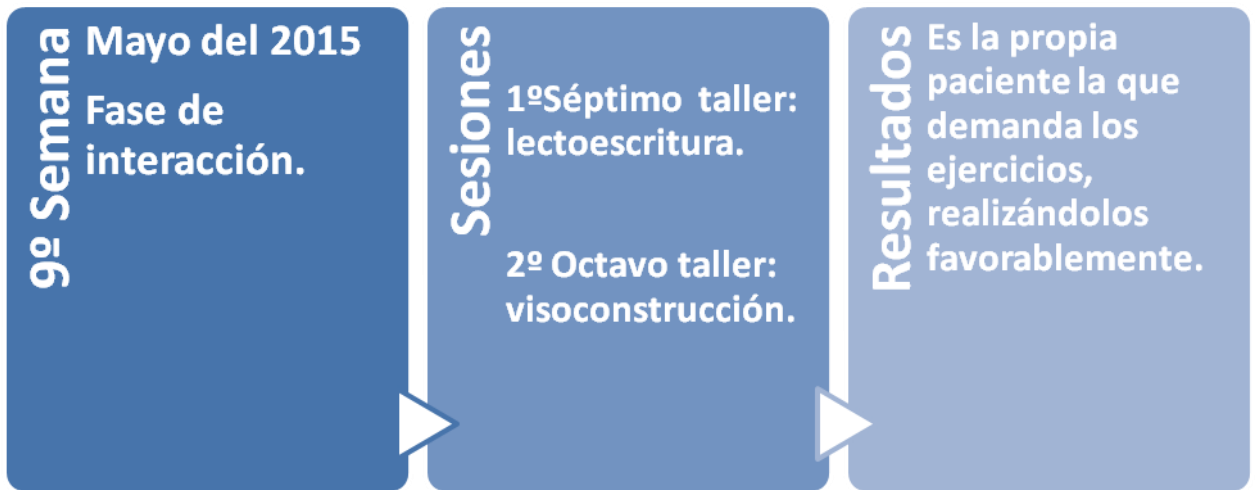
Se establecen una serie de sesiones semanales, encaminadas a la estimulación, seguimiento y evolución de la paciente. Con unas fichas especiales para dicho proceso.²⁰

A continuación se muestra las sesiones realizadas con el siguiente proceso detallado:





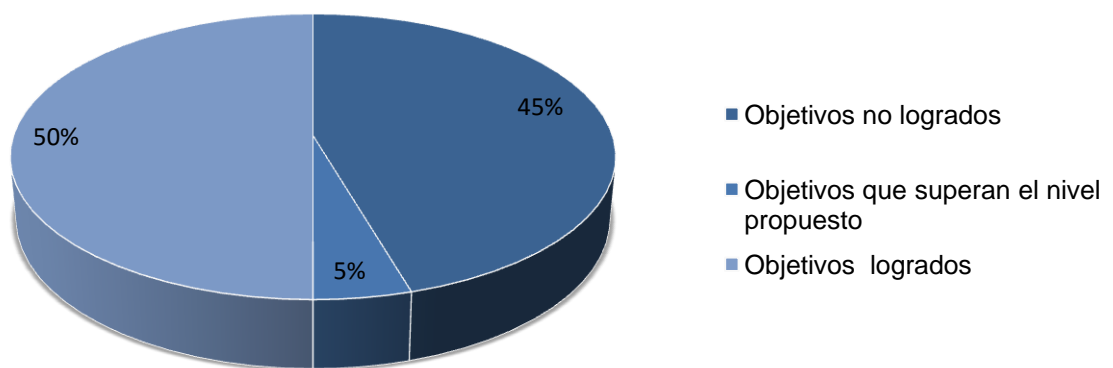




6. Resultados.

Para proceder a la evaluación de los objetivos y poder comprobar si se han logrado de forma total, parcial o nula, se acudió al Centro de Mayores de San Telmo, tras los tres meses de sesiones, intentando evitar algún posible sesgo. De los veintidós objetivos propuestos para la consecución del Caso Clínico, once se han alcanzado plenamente (50%), uno de ellos no sólo se ha logrado, sino que ha superado el nivel marcado inicialmente (5%), y diez objetivos propuestos no se lograron (45%), quedando un nivel por debajo de lo esperado.

Figura 1: resultados a nivel general.



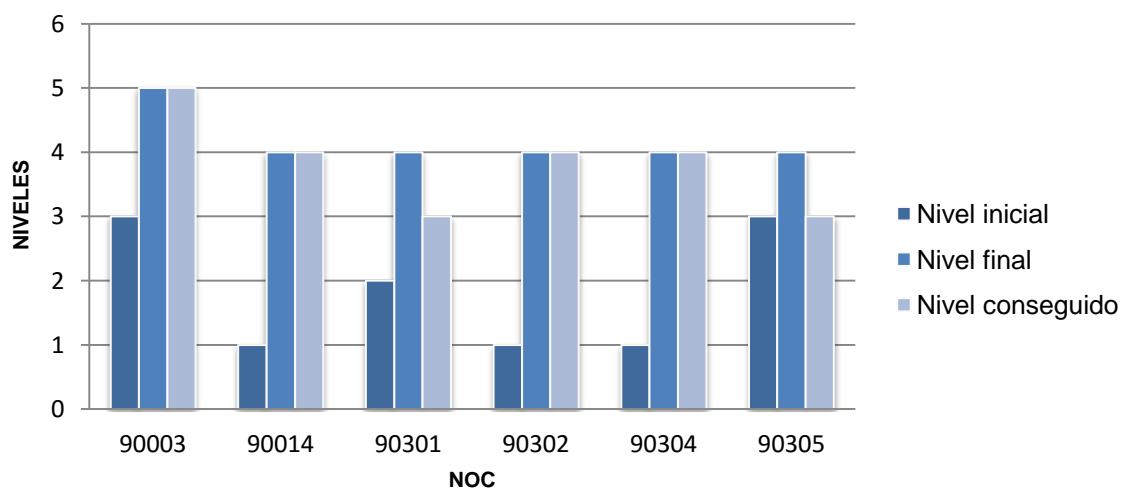
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

A continuación se muestran gráficamente los resultados obtenidos por diagnóstico:

[00051] Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con ausencia de estímulos positivos.

Tabla 1: Resultados primer diagnóstico.			
NOC	Nivel inicial	Nivel final	Nivel conseguido
90003 Atiende	Nivel 3	Nivel 5	Nivel 5
90014 Comunicación clara según la edad	Nivel 1	Nivel 4	Nivel 4
90301 Utiliza el lenguaje escrito	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 3
90302 Utiliza el lenguaje hablado: vocal	Nivel 1	Nivel 4	Nivel 4
90304 Utiliza la conversación con claridad	Nivel 1	Nivel 4	Nivel 4
90305 Utiliza dibujos e ilustraciones	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3

Figura 2: Resultados del diagnóstico Deterioro de la comunicación verbal.

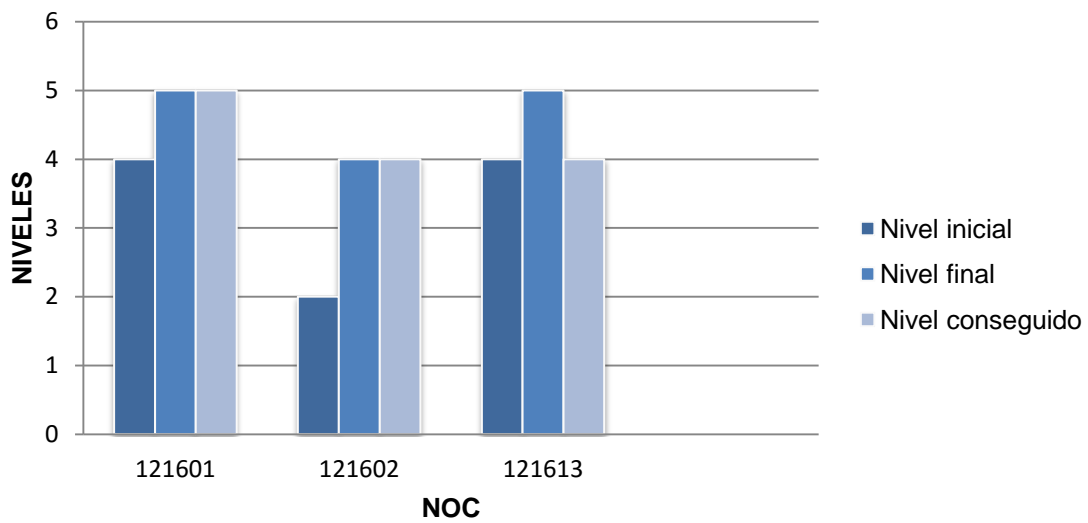


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

[00052] Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de estímulos positivos.

Tabla 2: Resultados segundo diagnóstico.				
NOC		Nivel inicial	Nivel final	Nivel conseguido
121601	Evita situaciones sociales	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 5
121602	Evita personas desconocidas	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 4
121613	Disconfort en el cambio de rutina	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 4

Figura 3: Resultados del diagnóstico Deterioro de la interacción social

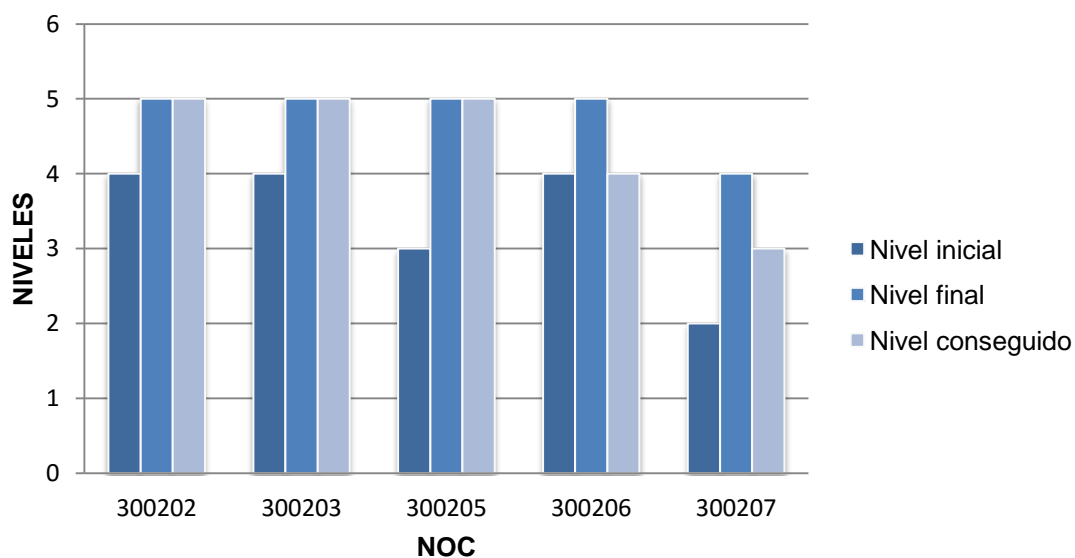


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

[00053] Aislamiento social relacionado con recursos personales inadecuados

Tabla 3: Resultados tercer diagnóstico.			
NOC	Nivel inicial	Nivel final	Nivel conseguido
300202 Uso del nombre preferido del paciente/usuario	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 5
300203 El personal habla claramente	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 5
300205 El personal fomenta las preguntas	Nivel 3	Nivel 5	Nivel 5
300206 El personal repite la información tan a menudo como sea necesario	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 4
300207 El personal se toma tiempo para comunicarse	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 3

Figura 4: Resultados del diagnóstico Aislamiento social

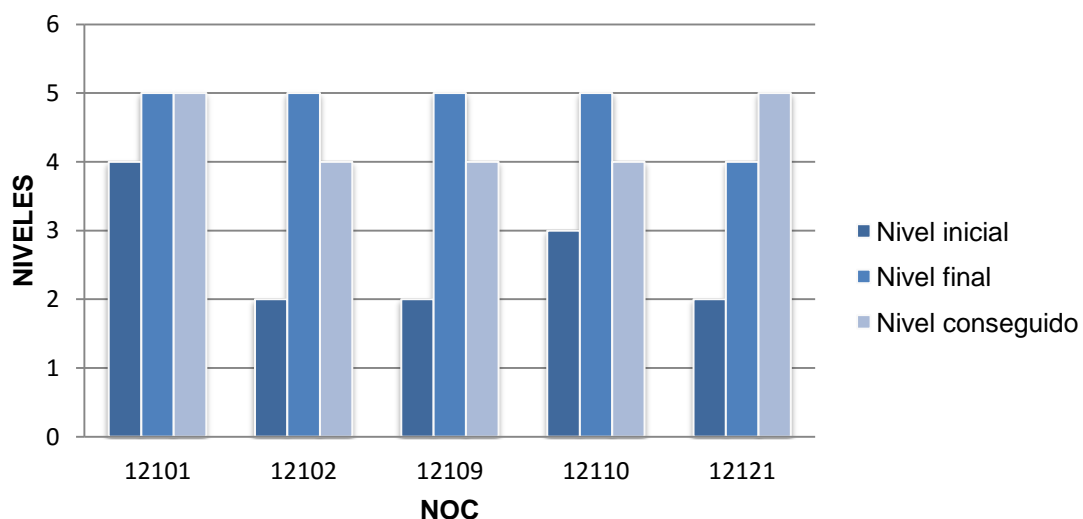


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

[00157] Disposición para mejorar la comunicación, relacionado con una postura activa de la paciente.

Tabla 4: Resultados cuarto diagnóstico.			
NOC	Nivel inicial	Nivel final	Nivel conseguido
12101 Mantiene la función cognitiva	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 5
12102 Mantiene las habilidades del lenguaje	Nivel 2	Nivel 5	Nivel 4
12109 Mantiene intereses por la vida	Nivel 2	Nivel 5	Nivel 4
12110 Muestra sentido del orgullo	Nivel 3	Nivel 5	Nivel 4
12121 Acepta ayuda de otros	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 5

Figura 5: Resultados del diagnóstico Disposición para mejorar la comunicación

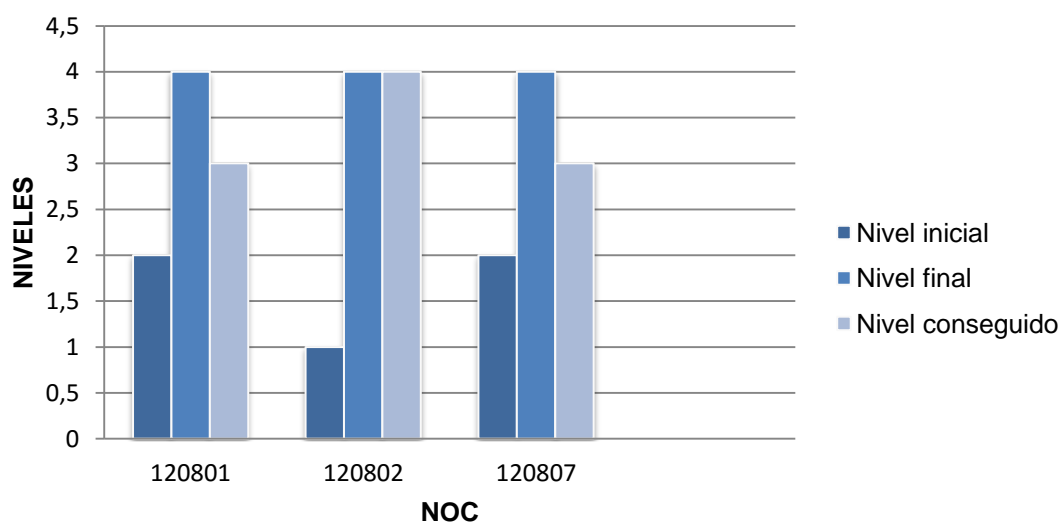


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

[00231] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano, relacionado con un ambiente desfavorable.

Tabla 5: Resultados quinto diagnóstico.			
NOC	Nivel inicial	Nivel final	Nivel conseguido
120801 Estado de ánimo deprimido	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 3
120802 Pérdida de interés por actividades	Nivel 1	Nivel 4	Nivel 4
120807 Expresión de sentimientos de indiferencia	Nivel 2	Nivel 4	Nivel 3

Figura 6: Resultado del diagnóstico Riesgo del síndrome del anciano frágil



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

7. Discusión.

A lo largo de la evaluación del presente caso clínico se han realizados diversas intervenciones con la paciente para lograr la consecución de unos objetivos definidos. Habiéndose logrado un 55% de éstos y, por consiguiente, un 45% no se logra. A continuación se detallan los objetivos no logrados.

93301-Utiliza el lenguaje escrito. Este objetivo no fue alcanzado por la paciente, quedándose en un nivel inferior al propuesto inicialmente. La causa principal de no lograr una correcta consecución del mismo fue la falta de recursos materiales y de tiempo. La paciente no disponía del material necesario para utilizar el lenguaje escrito y el personal del centro el tiempo preciso para lograr una correcta comunicación a través de este método.

90305-Utiliza dibujos e ilustraciones. Este objetivo no fue logrado, quedándose en el nivel en el que se encontraba. La causa principal fue la falta de recursos materiales. La paciente no disponía del material necesario para comunicarse a través de este método, por el contrario, sí utilizaba objetos reales para poder comunicarse.

121613-Disconfort en el cambio de rutina. Objetivo no logrado en su totalidad, en parte motivado por la imposibilidad de cambiar horarios y ciertas normas establecidas según protocolos del Centro.

300206-El personal repite la información tan a menudo como sea necesario. Este objetivo no se ha cumplido quedándose en el nivel inicial, tanto por falta de tiempo, como por falta de iniciativa del personal no se ha podido lograr al 100%.

300207-El personal se toma tiempo para comunicarse. Este objetivo se ha logrado parcialmente; no se toma el tiempo necesario para establecer una comunicación efectiva, ya que en muchas ocasiones no se dispone de él. Por el contrario, se ha conseguido alcanzar un nivel inferior al esperado, mejorando así las técnicas comunicativas del personal con la paciente.

12102-Mantiene habilidades del lenguaje. Este objetivo no fue logrado en su totalidad, aun así, se consiguió llegar a un nivel inferior del fijado inicialmente. Se ha logrado que la paciente hable e interactúe con el medio que le rodea. No se consiguió el objetivo fijado plenamente debido a la falta de tiempo del que disponen los trabajadores, aunque existe un compromiso de los mismos de continuar con el plan establecido.

12109-Mantiene interés por la vida. Este objetivo fue logrado parcialmente, no se alcanzó el nivel final deseado, pero se consiguió llegar a un nivel inferior del propuesto inicialmente. La paciente ha mejorado, mostrando buena disposición a estímulos externos, pero debido, en ocasiones, al cansancio o inapetencia de la misma no se ha podido lograr plenamente el objetivo.

12110-Muestra sentido del orgullo. Este objetivo se ha logrado parcialmente, quedando un nivel por debajo del nivel que se quería haber alcanzado, debido a la falta de tiempo y técnicas materiales. No obstante, el cambio que se puede apreciar en la paciente es significativo, ya que se muestra orgullosa de los logros que ha conseguido.

120801-Estado de ánimo deprimido. Este objetivo se ha conseguido parcialmente, no se ha llegado al nivel deseado, quedando un nivel por debajo de éste, debido a la patología psiquiátrica que presentaba la paciente y a la falta de tiempo.

120807-Expresión de sentimientos de indiferencia. Este objetivo se ha logrado parcialmente, quedando un nivel por debajo del fijado inicialmente. No se ha logrado principalmente por la falta de tiempo, aunque se han apreciado notables cambios en la paciente.

Partiendo de la base que, según el estudio observacional descriptivo transversal de Vallejo Sánchez JM y Rodríguez Palma M.²¹, sobre Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados, el proceso de envejecimiento a nivel cognitivo, afecta a todos los seres humanos, por lo que sería adecuado pensar que, en parte, la no consecución de los objetivos planteados en el Plan de Cuidados que afectan a este área, entre otros condicionamientos, también podría deberse a este natural deterioro.

En el estudio descriptivo transversal de Muñoz Cruz R.²² sobre Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados, se hace mención que los ancianos institucionalizados tienen características más negativas que los que no lo están, lo que nos llevaría a pensar que esta autopercepción podría influir en el ánimo para el logro de los objetivos propuestos, ya que, según el mismo estudio estos ancianos se ven más pasivos.

El estudio descriptivo, transversal y cuantitativo sobre la Integración social del anciano institucionalizado, de Osta Samanes R, García Tejedor A, Muro C.²³, expone; *“el 81,3% presenta capacidad de mantener relaciones duraderas”*, de lo que se deduce que, con unas estrategias adecuadas, el anciano institucionalizado no debería tener grandes dificultades para alcanzar los criterios de resultados concernientes a la sociabilización, por lo que, en el Proceso Enfermero de este caso clínico, los resultados sobre la sociabilización de la paciente, que no se alcanzan en su totalidad, merecerían un estudio más profundo sobre los recursos materiales y humanos de los que dispone el Centro.

El artículo de Ruiz-Sánchez de León, JM.²⁴, sobre Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias, estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica, considera que existe una gran masificación de los servicios públicos y privados, lo que conlleva a *“optar por intervenciones grupales, reduciendo así la efectividad de las mismas”*, disminuyendo la eficacia en las intervenciones individuales que, o bien no se realizan o son llevadas a cabo por familiares y/o cuidadores y no, como sería deseable, por expertos; lo que, en el caso que nos ocupa, se observa que la falta de disponibilidad y de tiempo de los profesionales, disminuye considerablemente el desarrollo de las metas propuestas.

El estudio longitudinal sobre los cambios en el estado funcional, los riesgos de una residencia de ancianos y la muerte posteriormente, de Wolinsky F.D, Callahan C.M, Fitzgerald J.F, Johnson R.J²⁵, manifiesta los riesgos que podrían sufrir los ancianos en la realización de las actividades básicas de la vida diaria al ingresar en una residencia. Gracias a la realización del estudio en dos etapas, pudieron introducir medidas de cambio en el estado de salud funcional, determinando si dicho cambio tuvo efectos netos significativos, obteniendo una mejora sustancial. La importancia de introducir cambios que mejoren la vida de las personas institucionalizadas es necesaria, no quedándose en un modelo de residencia de ancianos obsoleto.

Conclusiones.

El envejecimiento es inherente a todo ser humano, nada se puede hacer para detener el reloj que avanza implacable en el tiempo. Se debe aceptar que es una etapa más en la vida. De ahí el desarrollo de este caso clínico, en el que se ha intentado mostrar la importancia de la estimulación al habla concretamente.

Es preciso el uso de técnicas de estimulación en ancianos, dependiendo de sus necesidades, para favorecer un envejecimiento saludable en el ámbito social. Evitando así el enfrascamiento en uno mismo y las depresiones derivadas de este hecho.

Es necesaria la aplicación, en las instituciones geriátricas, de técnicas individualizadas que eviten el deterioro cognitivo del anciano por causas como el aislamiento social.

Sería deseable que los ancianos institucionalizados contaran con un equipo multidisciplinar que pudiera atender todas las áreas de los mismos, sin los problemas que genera la masificación.

8. Bibliografía.

1. Prieto Ramos O. Breve resumen histórico. RESUMED [Internet]. 1999 Dic [acceso 2015 Noviembre 07]; 12(2): 51-4: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf
2. Alberca Woolcoot A. Reseña Histórica de la Geriátria y la Gerontología. SlideShare [Sitio Web]. 2012 Dic - [acceso 2015 Noviembre 07]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/antonimendezgarcia/resea-histrica-geriatria>
3. Jiménez Herrero F. Evolución e impulsos a la Geriátria Española aportados por Alberto Salgado Alba. Cuiden [Revista Española de Geriátria y Gerontología]. 2001 Dic [acceso 2015 Noviembre 07]; 36 (5): 6-12: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evolucion-e-impulsos-geriatria-espanola-13023385>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Imsero [Revista Española Geriátria y Gerontología]. 2002 [acceso 2016 Enero 19]; 37(S2): 74-105: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/docintenvjecimiento.pdf>
5. López Mongil R, López Trigo J.A. La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora. Cuiden [Revista Española de Geriátria y Gerontología]. 2007 Sep [acceso 2015 Noviembre 07]; 42 (1): 2-4: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/ct-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-reorientacion-asistencia-residencias-ancianos-13110110>
6. Gómez Busto F. Residencias de ancianos: de «casas de misericordia» a centros gerontológicos. Cuiden [Revista Española de Geriátria y Gerontología]. 2007 Sep [acceso 2015 Noviembre 09]; 42 (1): 1: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-residencias-ancianos-casas-misericordia-centros-13110109>

7. Gascó Alberich F, Gomez Sainz M.R, Fraguas Sanz M.A. Guía de prestaciones, para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Gobierno de España (Ministerio de Sanidad y Política social) [Imserso]. 2009 [acceso 2015 Enero 28]; 33012: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/33012_gprestaciones.pdf
8. Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona: Masson-Elsevier; 2007.
9. Juncos Rabadán O, Pereiro Arturo X, Facal D. Comunicación y lenguaje en la vejez. Informes Portal Mayores, Madrid [Imserso]. 2006 Nov [acceso 2016 Febrero 03]; nº 67. Lecciones de Gerontología. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf>
10. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
11. NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2014 [Internet]. NANDA International; c2016 [acceso 2016 Enero 16]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
12. Moorhead S, Johnson M, Meridean L, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
13. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
14. Jonson M, Bulechek G. Butcher H, MCCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007.

15. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
16. Mahoney F.I, Barthel D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
17. Norton D, McLaren R, & Exton-smith A.N. An investigation of geriatric nursing problems in Hospital. Edinburg: Churchill Livingstone; 1962.p.193-224.
18. López Miquel J, Martí Agustí G. Medicina Forense Práctica, Mini-Examen Cognoscitivo. Cuiden [Revista Española de Geriátria y Gerontología]. 2011 Feb [acceso 2015 Noviembre 11]; 37 (3): 122-127: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90028303&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=52&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v37n03a90028303pdf001.pdf
19. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M.C, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. [Medifam]. 2002 [acceso 2015 Diciembre 19]; 12: 620-30: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1131-57682002001000003&script=sci_arttext
20. Sardinero, Peña A. Estimulación Cognitiva para adultos. Grupo gesfomedia; Madrid 2010. [acceso 2015 Febrero 06]. 107p. Disponible en: <http://tallerescognitiva.com/talleres-estimulacion-cognitiva/funciones-ejecutivas/>
21. Vallejo Sánchez J.M, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. SciELO [Base de datos Bibliográfica]. 2010 Dic [acceso 2016 Febrero 05]; 21(4): [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lang=es

22. Muño Cruz R. Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. SciELO [Base de datos Bibliográfica] 2015 Jun [acceso 2016 Febrero 06]; 26(2): 45-47: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200002&lang=es

23. Osta Samanes R, García Tejedor A, Muro C. Integración social del anciano institucionalizado. SciELO [Base de datos Bibliográfica] 2012 Dic [acceso 2016 Febrero 07]; 23(4): 172-176: [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400006&lang=es

24. Ruiz Sánchez de León J.M. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias, estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. Cuiden [Revista Española de Geriátría y Gerontología]. 2012 Abr [acceso 2016 Febrero 09]; 32 (2): 57-66: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-estimulacion-cognitiva-el-envejecimiento-sano-90139545#bib61>

25. Wolinsky F.D, Callahan C.M, Fitzgerald J.F, Johnson R.J. Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. PubMed [indexed for MEDLINE]. 1993 May [cited 2016 March 10]; 48(3): S94-101: [about 1p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8482831>

Anexos

Anexo I. Compromiso de Confidencialidad.



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a, de años de edad y con D.N.I.:
....., manifiesta que ha sido informado/a por D/D^a
....., con D.N.I.: y alumno/a de la
Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, sobre el estudio que va a realizar, para el desarrollo
de un Trabajo de la asignatura:....., titulado:
.....

- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera y sin dar explicaciones.
- He sido informado/a, también, de que mis datos personales serán tratados de manera anónima y confidencial. (no serán utilizados mis datos personales)
- Recibo una copia de este formulario.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para la participación en dicho estudio.

Palencia, a de de 2014

Firma del participante o representante

Firma del alumno

Anexo II. Valoración según dominios NANDA.

1 Promoción de la salud. La paciente presenta enfermedades crónicas, siendo algunas de estas invalidantes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

EL tratamiento actual es administrado por las enfermeras del centro, que consta de:

- Risperidona 1mg → ½ en la cena.
- Ibersartan 150 → en el desayuno.
- Paracetamol 1gr si precisa, a demanda.
- Vacuna antigripal.

2 Nutrición. Su peso es de 68kg y su talla es de 165cm, correspondiendo el índice de masa corporal a un 24.98, lo que equivale a normopeso.

Tiene una dieta basal normal; Desayuno: Leche con galletas o pan, zumo de naranja una pieza de fruta entera. Comida: Un primero un segundo pan y postre. Merienda: normalmente un café con leche y unas galletas o zumo y Cena: consta de un primero, un segundo y postre. Agua en cada ingesta a demanda. Realiza buenas ingestas, acompañadas de un correcto aporte hídrico.

No presenta prótesis dentales.

Es autosuficiente para realizar las ingestas.

3 Eliminación. Urinaria: Presenta alteración urinaria, incontinencia urinaria de urgencia y esfuerzo. Precisa de medidas auxiliares, pañales día y noche.

Intestinal: Continente, alterna episodios de diarrea con episodios de estreñimiento, se controlan con dieta y laxantes.

4 Actividad Reposo. Presenta un grado de inmovilidad parcial, uso de silla de ruedas que no maneja. Deambula con ayuda distancias cortas.

Diariamente va sentada en la silla de ruedas, dos días a la semana realiza ejercicios con la fisioterapeuta de la residencia. Se muestra colaboradora a la hora de realizar los traslados de la cama a la silla o viceversa.

Requiere ayuda para vestirse y arreglarse, necesita ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Presenta un patrón de sueño regular de unas 8-9 horas diarias, no duerme siesta. Presenta dificultades para la conciliación del sueño, por lo que precisa del uso de medicación.

5 Percepción Cognición. Mantiene un nivel de consciencia correcto, orientada en espacio y tiempo, no hay indicios de demencia senil. Limitada su independencia derivada de su enfermedad psiquiátrica.

Presenta una alteración en la refracción asociado a la edad en la vista y el oído. Su idioma es el castellano, comprende preguntas y ordenes sencillas y complejas. Presenta alterada la comunicación, negándose voluntariamente a comunicarse. No presenta ningún problema morfológico que se lo impida. Posee un nivel de cultura medio, no presenta problemas con el aprendizaje.

Se realiza el Mini-Examen cognoscitivo de Lobo, para la Valoración del Deterioro Cognitivo, obteniendo una puntuación de 25, mostrando un estado cognoscitivo normal. Ya que las puntuaciones inferiores a 23 muestran un deterioro cognoscitivo.

Se realiza también la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión reducida, valoración de la depresión en el anciano, obteniendo un resultado de 11, lo que indica una depresión establecida.

6 Autopercepción. Presenta dificultades para expresar sus sentimientos, mostrándose indiferente.

7 Rol-Relaciones. Tiene capacidad para relacionarse con los demás residentes, aunque muestra una total indiferencia, ya que el medio no es el más adecuado, el resto de los residentes de su planta son asistidos como la paciente del caso clínico pero presentan demencias en diversos estadios.

Recibe visitas de sus familiares y presenta buena respuesta a la relación social.

8 Sexualidad. Dominio sin datos relevantes.

9 Afrontamiento-tolerancia al estrés. La paciente es consciente de su situación actual, los familiares también son conscientes.

10 Principios vitales. La paciente es creyente y practicante, le gusta acudir a misa en la residencia siempre que la llevan.

11 Seguridad-protección. Precisa ayuda total para realizar la higiene diaria, se la asea en silla geriátrica, se hidrata la piel con crema y ácidos grasos hiperoxigenados. No presenta alteración tisular, se ponen protecciones en los pies por fragilidad de la piel en esa dicha zona.

Como medidas de seguridad, se precisan barras laterales en la cama para evitar posibles caídas, en la silla de ruedas es necesario usar una sujeción abdominal. Se realizan diversos índices y escalas como la Escala de Norton, con un resultado de 12 puntos, indicándonos que presenta riesgo de úlceras por presión. Por otro lado el Índice de Barthel obteniendo una puntuación de 20 puntos, indicándonos que presenta una dependencia total para las actividades de la vida diaria.

12 Confort. La paciente habitualmente no presenta dolor. En caso de presentarlo tiene pautado paracetamol a demanda.

13 Crecimiento-desarrollo. Dominio sin datos relevantes.

Anexo III. Índice de Barthel.

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Minima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitárselo sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuación Total					

Anexo IV. Escala de Norton.

Escala de Norton. Modificada por el grupo de trabajo del Insalud de Madrid

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

FECHA				
PUNTUACIÓN				

Anexo.V Mini-Examen Cognoscitivo.

¿Tiene algún problema con su memoria?

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

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

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

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

3. FIJACIÓN

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

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

4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

<p>Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare</p> <p>30 menos 3... (27) ... menos 3... (24) ... menos 3... (21) ... menos 3... (18) ... menos 3... (15)</p>		<p>0 1 0 1 0 1 0 1 0 1</p>
---	--	--

5. MEMORIA

<p>¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (no facilitar pistas)</p> <p>PELOTA CABALLO MANZANA</p>		<p>0 1 0 1 0 1</p>
--	--	----------------------------

6. NOMINACIÓN

Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej.: gafas, sillas, llaves, etc.); anótelos si es así

<p>¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo) Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)</p>		<p>0 1 0 1</p>
---	--	--------------------

7. REPETICIÓN

<p>Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado?</p> <p>EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS</p> <p>¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)</p>		<p>0 1</p>
--	--	------------

8. COMPRESIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

<p>Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones ¿Preparado? (facilitar la hoja de papel)</p> <p>Coja este papel con la mano derecha... ... dóblelo por la mitad... ... déjelo en el suelo/mesa...</p>		<p>0 1 0 1 0 1</p>
---	--	----------------------------

9. LECTURA

<p>Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estímulo)</p> <p>CIERRE LOS OJOS</p>		<p>0 1</p>
---	--	------------

10. ESCRITURA

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

<p>Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo)</p> <p>Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy</p>		<p>0 1</p>
--	--	------------

8. COMPRENSIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

<p>Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones ¿Preparado? (facilitar la hoja de papel)</p> <p style="text-align: center;">Coja este papel con la mano derecha... ... dóblelo por la mitad... ... déjelo en el suelo/mesa...</p>	<p>0 1 0 1 0 1</p>
--	----------------------------

9. LECTURA

<p>Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estímulo)</p> <p style="text-align: center;">CIERRE LOS OJOS</p>	<p>0 1</p>
--	------------

10. ESCRITURA

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

<p>Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo)</p> <p>Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy</p>	<p>0 1</p>
---	------------

11. DIBUJO

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

<p>Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>0 1</p>
--	------------

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

Figura 1 Contenido de la adaptación española del MEC (Lobo et al, 1979, 1999, 2002).

Anexo VI. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		