

Titulo del proyecto:

Asistencia personalizada en un entorno de flexibilidad

Autora: García Chacón, Fuensanta

Dni: 75966688B

Título del curso: Experto Universitario en Intervención en Calidad de Vida de las Personas Mayores.

Dirección postal completa: Avda. Príncipe de Asturias nº 41 4ºB

La Línea de la Concepción (Cádiz) C.P. 11300.

Correo electrónico: fuensantagch@gmail.com

Teléfono fijo y móvil: 956760327/ 649016127

Curso académico: Enero-Septiembre 2014

DO NOT ASK ME TO REMEMBER

*Do not ask me to remember,
Don't try to make me understand,
Let me rest and know you're with me,
Kiss my cheek and hold my hand.*

*I'm confused beyond your concept,
I am sad and sick and lost.
All I know is that I need you
To be with me at all cost.*

*Do not lose your patience with me,
Do not scold or curse or cry.
I can't help the way I'm acting,
Can't be different through I try.*

*Just remember that I need you,
That the best of me is gone,
Please don't fail to stand beside me,
Love me 'til my life is done.*

Author Unknown

ÍNDICE:

1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.....	5
1.2. ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.....	6
1.2.1. ¿Qué es el Alzheimer?.....	6
1.2.2. Fases del Alzheimer.....	7
1.3. TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER.....	9
1.4. ¿QUIÉN CUIDA AL ENFERMO DE ALZHEIMER?.....	10
1.5. CENTROS DE CUIDADOS CONTINUADOS (NURSING HOME).....	14
2. DIAGNÓSTICO SOCIAL.....	15
2.1. DETECTAR NECESIDADES.....	15
2.2. ESTABLECER PRIORIDADES.....	16
2.3. FUNDAMENTAR EL PROYECTO.....	17
2.4. UBICAR EL PROYECTO.....	18
2.5. PREVER LA POBLACIÓN.....	19
2.6. PREVER LOS RECURSOS.....	19
3. PLANIFICACIÓN.....	20
3.1. OBJETIVOS.....	20
3.1.1. Objetivos generales.....	20
3.1.2. Objetivos específicos para el residente.....	20

2.1.3. Objetivos específicos para la familia y/o cuidador principal.....	21
3.2. METODOLOGÍA.....	21
3.2.1. Actividades.....	21
3.2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación.....	23
3.2.3. Definir la población.....	24
3.3. TEMPORALIZACION.....	24
3.4. RECURSOS.....	27
3.4.1. Recursos humanos.....	27
3.4.2. Recursos materiales.....	29
3.4.3. Recursos financieros.....	31
4. EJECUCIÓN.....	32
5. EVALUACIÓN.....	36
6. CONCLUSIÓN.....	37
7. ANEXOS.....	38
7.1. ANEXO I: PLANO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO RESIDENCIAL “BELLE HIGEA”.....	38
7.2. ANEXO II: HISTORIA CLÍNICA.....	43
7.3. ANEXO III: CUESTIONARIO DE CALIDAD.....	51
8. BIBLIOGRAFÍA.....	54

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En la actualidad, debido a una serie de factores que inciden positiva y directamente en la población como son: la mejora en la sanidad, los adelantos médicos, los hábitos de vida saludable, la calidad de los trabajos, la demografía y la economía, entre otros, hacen que la calidad de vida sea mucho mejor dando lugar a una longevidad mayor haciendo así que nuestra población mundial este en constante envejecimiento.

Hoy día se dice que España es un país envejecido. Las personas mayores en España representan más del 17% de la población actual (IMSERSO, 2009). Nuestra sociedad no está acostumbrada a tener una población envejecida tan amplia, esto trae como consecuencia la adaptación de los sistemas de salud y los cuidados especialmente para los ancianos así como poner en marcha políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de este colectivo. Se puede decir que “no solo es importante añadir años a la vida, sino también añadir vida a los años”.

¿Que entendemos por envejecimiento? Existen diferentes opiniones a la hora de definir el envejecimiento. José Manuel Ribera Casado lo define como “un proceso dinámico que se inicia en el mismo momento en que nacemos y que se desarrolla a todo lo largo de nuestra vida” (Ribera, 1995). Pero según Langarica Salazar (1985):”el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible, que se presenta antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano”, por lo cual, podemos llegar a la conclusión de que el envejecimiento se muestra a lo largo de nuestra vida, incluso a partir del momento en el que nacemos aunque no se muestre físicamente y la edad cronológica no se adecue a ello.

Debido a estos cambios en la sociedad a finales del siglo XX, la OMS adopta el término de envejecimiento activo como “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. De acuerdo con esto se define envejecimiento normal como aquello que se produce sin que se den patologías mentales o biológicas y por el contrario el

envejecimiento patológico es el que está marcado por patologías médicas y distintos síndromes de enfermedades físicas y mentales (Baltes y Baltes, 1990).

Un ejemplo claro de envejecimiento patológico es la enfermedad del Alzheimer. En general, se puede estimar que un tercio de la población mayor de 65 años padece algún tipo de trastorno cognitivo (Rodríguez Ponce, Moreno Guitierrez & Bonil de las Nieves, 2009). La demencia tipo Alzheimer es la más frecuente dentro de este tipo de trastornos, teniendo una incidencia de un 60-70% en la población mayor de 65 años. (OMS, 2012).

1.2. ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.

1.2.1. ¿Qué es el Alzheimer?

La demencia degenerativa tipo Alzheimer pertenece al grupo de las demencias, donde también podemos incluir la demencia vascular, el infarto múltiple y el parkinsonismo, entre otras. En 1906, en un Congreso sobre la Demencia, fue descrita por primera vez esta enfermedad por el Doctor Alois Alzheimer a través de hallazgos histológicos y manifestaciones clínicas en personas que padecían un cuadro diferente. Él la describió de esta manera al referirse a una de sus pacientes:

<< Se llama Augusta y es la única palabra a la que responde. No puede recordar el nombre de su familia. Cuando se pone en su mano un lápiz, solo escribe la palabra <frau> (<señora>en alemán). Se trata de una enferma triste, de mirada extraviada, que a veces grita y pierde peso diariamente. Su enfermedad no se parece a ninguna enfermedad conocida>>.

La enfermedad del Alzheimer comprende la demencia senil y presenil, es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las células nerviosas de los lóbulos frontales y temporales del cerebro. Consiste en un deterioro intelectual irreversible y que trae como consecuencia limitaciones progresivas para el desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana, sufriendo un empeoramiento progresivo que puede causar hasta la muerte.

Es también una enfermedad de difícil diagnóstico, ya que las pruebas que se realizan para su detección son muy invasivas y poco eficaces, impidiendo poder efectuar así un diagnóstico

concreto de la enfermedad. Normalmente, dicho diagnóstico, se suele hacer por exclusión descartando una a una el resto de demencias posibles.

1.2.2. Fases del Alzheimer.

A pesar de que su presentación clínica es muy variable, hay características típicas previas al diagnóstico como son la torpeza, los errores de repetición, el aturdimiento, los cambios de carácter y de humor, la baja autoestima, la angustia, el temor y el miedo, entre otros. Podemos distinguir tres fases diferentes dentro de la enfermedad:

-Fase I: Inicial o leve (Supervisión).

Podemos enumerar las siguientes características de esta fase:

1.- Leves pérdidas de memoria como olvidar algunas cosas, perderse, olvidar sus citas o nombres de personas e incluso números de teléfonos (ligera desorientación espacio-temporal).

2.-Dificultad para incorporar nueva información (memoria de fijación) así como para adaptarse a nuevos entornos.

3.-Dificultad para nombrar objetos conocidos (afasia) o reconocerlos (agnosia) e incluso dificultad para encontrar la palabra precisa para acabar la frase utilizando palabras como “el chisme” o “la cosa”.

4.-Alteraciones en el estado de ánimo y comportamiento que dificultan el trato.

5.-Necesidad de supervisión para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

Duración de esta fase entre 1-3 años.

-Fase II: Fase intermedia o moderada (Ayuda).

1.-Deterioro de la memoria reciente y remota (amnesia para periodos de su propia vida).

2.-Desorientación espacio-temporal frecuente como: dificultad para reconocer lugares muy habituales (se pierden en su propia casa), confusión entre el día y la noche (riesgos de salidas nocturnas) y percepción errónea de las distancias (riesgo de caídas y accidentes).

3.-Alteraciones gnósicas: ausencia de reconocimiento de personas, de caras, de objetos familiares y de lugares e incluso llegan a no reconocer su propia imagen ante un espejo.

4.-Dificultad seria para realizar movimientos complejos (apraxia), lo que dificulta la realización de actividades básicas de la vida diaria (AVD) [aseo, vestimenta, comida] por lo que necesitan ayuda para ello.

5.-Deterioro del cálculo, la escritura, la lectura y el lenguaje (repite frases, no las acaba y le cuesta relacionar).

6.-Problemas de comportamiento; desde la agitación, las fobias o las agresiones físicas y verbales hasta los trastornos del sueño.

7.-Aparición de incontinencias.

Duración de esta fase de 2-8 años.

En esta fase de la enfermedad, todas estas características aparecen en un 90 % de los enfermos y son un motivo de estrés y frustración por parte de sus familiares y/o cuidadores.

-Fase III: Fase tardía o severa (Dependencia total).

1.-Pérdida total de memoria (excepto la afectiva).

2.-Desorientación espacio temporal total (no siendo capaz de reconocer el propio cuerpo).

3.-Problemas de movimiento o inmovilización total. Presentan incontinencia de esfínteres y disfagia. Incapacidad total de realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

4.-Pueden presentar mutismo, así como un lenguaje incoherente o incomprensible por lo que son incapaces de expresar cualquier síntoma.

5.-Grave alteración de los patrones de sueño y descanso.

6.-Desconexión total del mundo que les rodea, no obstante, sí que reconocen a las personas que les atienden y les cuidan. Les agradan las caricias.

Duración de esta fase entre 2-4 años.

Podemos remarcar que de todos los síntomas que acompañan a la enfermedad en todas sus fases, el primero en aparecer es la pérdida de memoria (Morris y Kopelman, 1986; Nebes, 1989; Soinnler, 1999) y uno de los últimos gestos en desaparecer es la **SONRISA**.

1.3. TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER.

Actualmente podemos decir que no existe ningún tratamiento que cure esta enfermedad tan compleja, pero si existen fármacos que ayudan a retrasar los efectos de la misma, dándole al paciente más dignidad y autonomía en su día a día y poder ayudar asimismo, a las personas encargadas de sus cuidados. Hasta hace muy poco tiempo, el único tratamiento de esta enfermedad era el farmacológico, hoy en día, a esto se le han añadido actividades de rehabilitación de la memoria.

-Tratamiento farmacológico:

Hay 4 medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos para los enfermos de Alzheimer (U.S. Food and Drugs Administration), que son: como inhibidores de la acetilcolinesterasa (en fases leves a moderadas) el Donepezilo (Aricept®), la Rivastigmina (Exelon®) y la Galantamina (Reminyl®) y como antagonistas del receptor del glutamato, (de fases moderadas a graves) la Memantina (Ebixa®).

Aparte de estos fármacos para ralentizar la enfermedad, el tratamiento farmacológico de un enfermo de Alzheimer debe basarse en tres pilares muy importantes que son: el tratamiento de estabilización (vitaminas, antiinflamatorios), el tratamiento sintomático cognitivo (el anterior nombrado) y el tratamiento sintomático de los trastornos psicológicos y del comportamiento (ansiolíticos, neurolépticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes).

-Tratamiento no farmacológico o terapias cognitivas:

El tratamiento no farmacológico de esta enfermedad engloba una serie de técnicas de rehabilitación de la cognición llamadas actualmente terapias cognitivas. Son unas técnicas de rehabilitación basadas en el conocimiento anímico, conductual, físico y funcional del enfermo y cuyos objetivos son el mantenimiento de las capacidades ya adquiridas más que la restauración de las mismas.

Las técnicas de terapias cognitivas utilizadas para los enfermos de Alzheimer son: la terapia de orientación a la realidad (el libro de la memoria); las reminiscencias (revisión de la vida); las técnicas de estimulación y las compensatorias de la memoria (visualización, asociación, categorización, etc.); la estimulación sensorial y la musicoterapia (visual, auditiva y táctil); la psicoexpresión (arteterapia, psicomotricidad y laborterapia); la estimulación del lenguaje (la lectura, la escritura y el cálculo), la estimulación física y la estimulación grupal (grupos pequeños y homogéneos). Actualmente, existen diversos estudios donde se demuestran la eficacia de estas terapias y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con demencia tratados con estas técnicas, en comparación con aquellos otros que tan sólo reciben tratamiento farmacológico (Pardo Palenzuela, Lopez García, García Lopez, Valero Cervantes & Gavilan Sabiote, 2012).

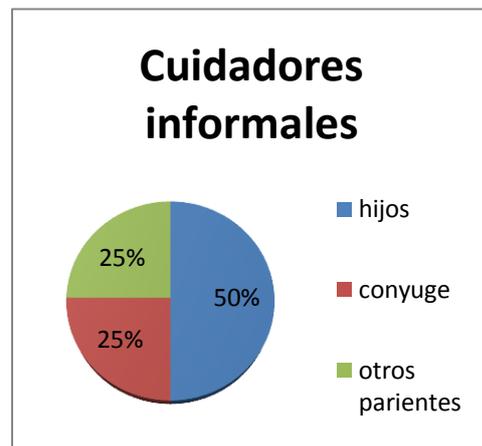
Está demostrado que “El enfoque terapéutico que incluye la intervención farmacológica y psicológica se utiliza cada vez más para optimizar la cognición y el funcionamiento global de la enfermedad del Alzheimer” (De Vreese et al., 2001). Con esto podemos llegar a decir que la utilización de ambas intervenciones posibilita una mejor calidad de vida de los pacientes, siendo cada vez más utilizada por los especialistas.

1.4. ¿QUIEN CUIDA AL ENFERMO DE ALZHEIMER?

¿Qué entendemos por cuidar? En la palabra cuidar, podemos englobar muchos aspectos, aunque podríamos definirlo como dar a una persona el apoyo necesario para que pueda llevar a cabo sus necesidades básicas diarias, contribuyendo de esta manera a que de la forma más independiente posible, pueda conseguir con éxito la realización de las actividades de la vida cotidiana.

Hay dos perfiles de cuidador: el cuidador formal, que es el que profesionalmente se forma para ello y el cuidador informal, aquel que por determinadas circunstancias tiene que hacerse cargo de otra persona debido a que ella ya no se vale por sí misma.

Nosotros nos vamos a centrar en el segundo, el cuidador informal, ya que es el que desde el primer momento se hace cargo del enfermo de Alzheimer. Normalmente, suelen ser familiares los que asumen esta carga, sin remuneración económica alguna por parte del familiar (el 85%). Y por concretar aún más, el 83 % de ellos, son mujeres las encargadas de estos cuidados. Un 50% de los cuidadores informales son hijos y un 25% son cónyuges (el marido sólo adopta el papel de cuidador única y exclusivamente en la ausencia de una mujer). Es decir, un total del 75% de los enfermos son cuidados por parientes directos.



Como dijo Friel McGowin (1994) “convivir con una persona demenciada es una tarea, en gran medida, que recae sobre los familiares (o sobre un familiar en concreto) más directos del enfermo; es una tarea extremadamente dura –moral, física y psíquicamente para la cual nadie está lo suficientemente preparado”. De acuerdo con Frie, es difícil cuidar de un enfermo de Alzheimer, ya que es una persona que necesita cuidados y vigilancia las 24 horas del día (cuidado continuo). Además el rol del cuidador-enfermo cambia progresivamente con la enfermedad, en ésta se invierten los papeles tal y como describe Emilia Fernández en 2009:

“Quizás lo más doloroso era sentir como nuestra relación se iba transformando y tenía lugar un autentico cambio de roles en el que yo pasaba a ser su madre y ella mi hija”.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero (OMS, 2008). Junto a la dependencia que sufren estos enfermos, hay que sumarle que en esta enfermedad, tanto el estado anímico como el comportamiento del enfermo cambien muy bruscamente de un momento a otro,

provocando así situaciones de estrés y nerviosismo en el seno familiar, al cual ningún cuidador se acostumbra de un día para otro, ni tampoco a largo plazo. Esta es la causa por la que muchos cuidadores sufren sobrecarga por el cuidado.

Los problemas típicos de sobrecarga pueden englobarse en tres clases, dependiendo del ámbito al que afecten: aquellos que afectan al ámbito físico como son la cefalea, la astenia, la fatiga crónica y la alteración del sueño; aquellos otros que lo hacen al ámbito psíquico como son la depresión, la ansiedad y el insomnio y los que lo hacen en el ámbito sociofamiliar como son las dificultades económicas, la disminución del tiempo dedicado al ocio y el aumento del absentismo en el trabajo.

En España, el instrumento más utilizado para valorar la sobrecarga del cuidador es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Consiste en un cuestionario de 22 ítems para valorar el distrés psíquico que sufren los cuidadores de los enfermos con demencia. En un estudio realizado en el año 2000, se demostró que existe una gran sobrecarga entre los cuidadores y que ésta aumenta conjuntamente con la edad del cuidador (Alonso Babarro, A. et al, 2004). La carga del cuidador es un medidor bastante previsible para actuar e intervenir, contribuyendo a una institucionalización del enfermo (Stuckey JC, 1996).

Este cuestionario siempre se puede completar con una escucha abierta al cuidador, ya que cuanto más confianza tenga el cuidador en el profesional sanitario, con más sinceridad expresará sus sensaciones, sentimientos y sus dudas sobre el cuidado. El cuidador con sobrecarga necesitará la misma o más ayuda psicológica que el propio enfermo. Por lo tanto, es muy importante la frase que dijo Sanjurjo Castelao: “*Cuidarse a sí mismo para poder cuidar a los demás*”.



Existen muchos tipos de ayudas y apoyos al desarrollo intradomiciliario para que así el enfermo de Alzheimer permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio, tales como son: el servicio de ayuda a domicilio (auxiliar de apoyo), la adaptación del entorno y la vivienda, el voluntariado y los servicios complementarios. En este último grupo se incluye el CEAPAT (centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas) del IMSERSO que consta de un catálogo con productos especializados para mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Podemos mencionar también los llamados programas de intervención con familias, incluyendo los programas <cuidar al cuidador>, las asociaciones de familiares afectados (que dan información, apoyo moral y técnicas de relajación) y las ayudas económicas. Como ejemplo de ayuda económica podemos hablar de la Ley sobre la Dependencia (Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia, año 2007) que durante estos últimos años ha dado la oportunidad a que muchos cuidadores de personas dependientes en general, no sólo a los de enfermos de Alzheimer, tuvieran un soporte económico para que éstos se dedicaran 100% a su cuidado. Cabe resaltar, que en los últimos tiempos, ha existido un gran desarrollo comunitario como son los centros de mayores, los centros de día, las zonas de respiro familiar y los centros de noche, en los que se les da la oportunidad a los familiares de un descanso psicológico y físico para recuperar energía por un periodo de tiempo determinado.

Las manifestaciones de dependencia más comunes son: la inmovilidad/hipoactividad, la incontinencia, la confusión, el insomnio y el aislamiento. Podemos decir, que otras manifestaciones de dependencia tales como la imposibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, peinarse, comer) y las instrumentadas (llamar por teléfono, manejar dinero, tomarse la medicación, etc) están calificadas como elementos básicos para evaluar el ingreso en un centro de cuidados continuados (Macias Nuñez, J. et al., 2008). A esta valoración le podemos sumar el hecho de tomar medicaciones importantes de pauta estricta (como los anticoagulantes o la insulina), el vivir solo y la sobrecarga del cuidador, como elementos importantes para determinar el ingreso en un centro de cuidados continuados. Dependiendo del modo de presentación de la enfermedad y de otros posibles problemas del enfermo, se decidirá el centro más

adecuado a sus necesidades. Siempre a tener en mente lo recogido en el Plan Gerontológico del IMSERSO: “envejecer en casa”, manteniendo así el mayor tiempo posible al enfermo en un ambiente familiar y conocido.

1.5. CENTRO DE CUIDADOS CONTINUADOS (NURSING HOME)

Se denominan Nursing Homes a los centros de cuidados continuados (CCC) con orientación no médica. Son definidos como lugares destinados a personas que no necesitan estar en un hospital pero no pueden ser cuidados en su propia casa (National Institute on Aging, 2009).

Existe una modalidad especial de Nursing Home, el llamado “special care unit” (unidad de cuidado especial) para personas con problemas de memoria, como es este caso, el de la enfermedad del Alzheimer. Estas unidades especiales existen para identificar mejor los cuidados de los enfermos de Alzheimer y proteger así a los residentes que tienen otras patologías.

Este tipo de centros están formados por un equipo de enfermería y auxiliares de geriatría, junto a un equipo de actividades. También tienen una serie de particularidades que lo hacen muy diferente al resto. Como ejemplo, podemos comentar que el médico sólo pasa consulta una o dos veces en semana, y que sólo se le avisa en caso de urgencia; que constan de lavandería y cocina, además de tener un área común de descanso; las habitaciones suelen ser individuales o de dos camas y además se aceptan matrimonios. Estos centros tienen la ventaja de que son mucho más familiares que las típicas residencias, más acogedoras y agradables para el tipo de enfermos que allí van a residir, los enfermos de ALZHEIMER.

2. DIAGNÓSTICO SOCIAL.

Tras seis meses de experiencia como cuidadora a domicilio y varios meses como enfermera en una residencia de ancianos, he podido llegar a la conclusión que los enfermos de Alzheimer que viven en residencias de ancianos, en términos generales, la gran mayoría no viven en las mejores condiciones que necesitan para su enfermedad, debido a la falta de especificidad de dichos centros. Concluyendo que estos enfermos, necesitan un lugar bien adaptado para sus necesidades específicas, que éste sea lo más acogedor posible y que sean atendidos por un equipo sanitario especializado para que la enfermedad sea lo más llevadera posible y no avance a pasos agigantados.

2.1. DETECTAR NECESIDADES.

Haciendo un análisis de la situación de los enfermos de Alzheimer, se refleja la alta necesidad que existe en la creación de centros específicos para el cuidado de estos enfermos.

La carencia de lugares específicos donde este tipo de enfermos puedan sentirse como en su propio hogar, da lugar a reflexionar sobre los tipos de cuidados que deben ser necesarios para ellos. Después de un estudio pormenorizado acerca de los cuidados especializados que éstos necesitan, se ha llegado a la conclusión de que los problemas más acrecentados que poseen los enfermos de Alzheimer son la base de la creación de los Nursing Homes. Siendo estos problemas los siguientes:

- Aumento de la sobrecarga de los cuidadores informales.
- Alteración del sueño que no permite descansar al cuidador ni al resto de los habitantes de la casa.
- Peligrosidad con objetos varios de la casa.
- Posibles salidas de estos enfermos a la calle sin vigilancia.
- Necesidad de ayuda 24 horas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

-Necesidad de espacio cómodo, íntimo y familiar para el enfermo, y para su uso y disfrute con sus familiares.

-Controlar la medicación de estos enfermos.

2.2. ESTABLECER PRIORIDADES.

La sobrecarga tanto física como psicológica que sufren los cuidadores de los enfermos de Alzheimer es tan grande, que éstos se ven obligados a la búsqueda de alternativas para el cuidado de esos padres, madres, parejas o familiares. Siempre se piensa que cualquier residencia está adaptada para este tipo de paciente, pero la realidad es otra. Nos encontramos ante una enfermedad degenerativa que frente a cambios grandes y bruscos progresa más de lo que nos esperamos, por eso es de suma importancia que se respete la intimidad, la comodidad y el ambiente familiar del paciente.

Ante esta reflexión, podemos decir que nuestras prioridades van a estar centradas, fundamentalmente, en las necesidades básicas que este tipo de pacientes necesitan dentro de un área específica de cuidados, siendo los Nursing Homes los centros específicos para los enfermos de Alzheimer. Estas prioridades se resumen en:

-Dar un respiro físico y psicológico a los cuidadores informales de los enfermos, sea cual sea su patología.

-Crear un hogar individualizado para que cada paciente se encuentre cómodo y que no pierdan su identidad.

-Respetar ante todo la intimidad, las aficiones y las actividades del paciente en lo mayor posible.

-No perder el contacto cercano con sus familiares, ya que esto es una fuente de vida para estos enfermos.

-Máxima participación posible de estos enfermos para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

-Contar con un equipo multidisciplinar especializado que aporte los cuidados necesarios a este tipo de enfermos.

2.3. FUNDAMENTAR EL PROYECTO.

El origen de este proyecto es la necesidad de ofrecer una mejor calidad de vida a los enfermos de Alzheimer gracias a la construcción de un centro de cuidados continuados especializados en este tipo de enfermos, ya que cualquier tipo de centro no es válido.

“Se puede afirmar que cualquier conjunto residencial bien resuelto para los afectados de alzhéimer es válido para los mayores en general, ya que solucionan sus problemas de falta de vigor y otras capacidades. Por el contrario, no cualquier residencia de mayores sirve para personas con alzhéimer, a pesar de lo cual y ante la magnitud del problema, gran parte de las residencias de mayores asistidas en España admiten a personas con enfermedad de alzhéimer realizando pequeñas adaptaciones en sus instalaciones” (Manuel del Río, 2011).

Basándonos en lo anteriormente mencionado y lo suscrito por Nieves Peinado, arquitecta del CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) refiriéndose a que el espacio debe tener capacidad de adaptación para la persona a la que va destinada, podemos decir que se pueden diferenciar tres niveles de intervención en los lugares destinados a vivir personas con la enfermedad del Alzheimer: **seguridad, accesibilidad y personalización.**

Implantando estos tres niveles de actuación y lo anteriormente dicho, la construcción de nuestro centro se basará en lo recogido en la guía de implantación: el espacio y el tiempo en la enfermedad del Alzheimer de 2013, la cual se basa en la siguiente frase: “El diseño ambiental mejora el bienestar de las personas con este tipo de demencias”.

Tras la observación de la realidad como trabajadora sanitaria con ancianos, muchos de estos enfermos de Alzheimer, y siguiendo la clasificación de Perez Juste (1992) de las carencias objetivas, puedo decir que el origen de este proyecto se basa en la falta de las necesidades básicas detectadas, debido a la identificación de la ausencia de servicios, de

apoyo y de programas considerados útiles para los enfermos de Alzheimer y siempre, comparándolos con el modo y los niveles deseables de vida para estos enfermos.

2.4. UBICAR EL PROYECTO.

El centro de cuidados continuados para enfermos de Alzheimer tendrá el nombre de **“Belle Higea”** en honor a la diosa griega de la salud. Éste se ubicará en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la provincia de Cádiz y concretamente, en la Ciudad de Algeciras. La concreta ubicación de este centro en esta ciudad, está determinado por la gran cantidad de población concentrada en la zona denominada Campo de Gibraltar, donde la Ciudad de Algeciras es el lugar más céntrico, con mayor población y con mayor cantidad de servicios del Campo de Gibraltar.

La ubicación comenzará con la compra de un terreno en esta ciudad. El terreno constará de unos 1000 m² y estaría situado en el barrio de San García, comprendido entre las calles Clipper y del Delfín. Este barrio, aunque no se encuentra en el centro de la Ciudad, es uno de los sitios más característicos de la misma, ya que se encuentra situado cerca del mar y con una serie de prestaciones que lo hacen ser el lugar más ideal para la ubicación de nuestro centro de cuidados continuos. Entre ellos podemos destacar, la cercanía al Hospital Punta Europa de Algeciras y una buena comunicación de transportes públicos.

La zona delimitada en el mapa con línea amarilla será el lugar concreto de ubicación de nuestro centro.



2.5. PREVER LA POBLACIÓN.

La población a la que va dirigida este centro específico es a las personas que sufren la enfermedad del Alzheimer, que se encuentren en la fase inicial o intermedia de la misma y que necesiten ayuda para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, siendo necesario a su vez, que los familiares ya no se puedan hacer cargo de ellos, ya sea la causa la falta de tiempo o la sobrecarga del cuidador principal.

2.6. PREVER LOS RECURSOS.

El equipo multidisciplinar que formará la plantilla del Nursing Home estará compuesto por enfermeras, auxiliares de geriatría, psicólogos, fisioterapeutas y personal de cocina, lavandería y limpieza.

Todos ellos trabajaran en total coordinación para poder alcanzar con éxito el objetivo de este centro de cuidados específicos para enfermos de Alzheimer.

Recursos materiales

Se necesitaran diferentes tipos de materiales dependiendo del área de trabajo a la que va ir dedicada tales como material de enfermería; materiales para las actividades, juegos y manualidades; mobiliario para las habitaciones y demás estancias del centro; material de limpieza y de cocina.

Recursos económicos

Este proyecto se hará posible gracias a la financiación privada, casi en su totalidad. La residencia constará de un total de 12 plazas. La gran mayoría de ellas, un total de 10, serán totalmente privadas, y el resto, es decir, 2 serán concertadas.

Cada residente tendrá que abonar una cuota mensual fija. Las plazas que sean cubiertas de manera concertada, dicha cuota será compartida entre el Gobierno y el residente, dependiendo proporcionalmente de los ingresos de éste. El pago de dicha cuota será para cubrir todos aquellos gastos relacionados con la alimentación, los artículos de aseo personal, las actividades lúdicas y la medicación. La ropa del residente se hará por cuenta de la familia.

3. PLANIFICACIÓN

3.1. OBJETIVOS

La creación de un centro específico para enfermos de Alzheimer, tiene la finalidad de potenciar la calidad de vida de dichos enfermos con el fin de conseguir que la residencia sea el lugar más apropiado para ellos, adaptándose a sus necesidades individuales.

Se plantearan los siguientes objetivos:

3.1.1. Objetivos generales

- ✓ Diseñar una residencia lo más humanizada posible.
- ✓ Formar un equipo multidisciplinar de trabajo (médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos y fisioterapeutas) cuyo fin sea trabajar por el bien del residente.
- ✓ Fomentar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer.

3.1.2. Objetivos específicos para el residente

- ✓ Identificar las necesidades individualizadas de los residentes.
- ✓ Diseñar un plan de cuidado centrado en el residente y orientado siempre hacia una posible adaptación de sus necesidades en continua evaluación.
- ✓ Prestar cuidados sociosanitarios y de rehabilitación cognitiva mediante una atención integral personalizada, manteniendo de esta manera su intimidad y ofreciendo un trato digno, respetando en todo momento la voluntad de los residentes.
- ✓ Garantizar los apoyos y cuidados necesarios para la realización de las actividades básicas de la vida diaria siempre intentando mantener el máximo grado de autonomía del residente.
- ✓ Facilitar y fomentar la continuidad de antiguos hobbies y hábitos de vida, siempre que sea posible.

- ✓ Elaborar un menú diario procurando que sea lo más variado posible, bajo en sal, que contemple platos tradicionales y con buena presentación ya que éste será el primer estímulo del apetito.

3.1.3. Objetivos específicos para la familia y/o cuidador principal

- ✓ Facilitar las relaciones con los familiares, diseñando así un espacio íntimo para uso y disfrute con el enfermo y fomentando de esa manera su participación en las actividades básicas de la vida diaria del residente.
- ✓ Ayudar a reanudar la vida laboral y social de los familiares que cuidan a los enfermos en su hogar.
- ✓ Realizar con los familiares técnicas de afrontamiento y de adaptación de las diferentes fases de la enfermedad.

3.2. METODOLOGÍA

La metodología no es independiente a los objetivos anteriormente expuestos, siempre orientadas hacia los enfermos de Alzheimer y a la mejora de su calidad de vida.

3.2.1. Actividades

Como ya hemos mencionado anteriormente, nuestro fin es mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer, por eso todas nuestras actividades van a estar centradas en ese aspecto. Se enumeran a continuación todas aquellas actividades que se podrían llevar a cabo:

-Actividades destinadas a la rehabilitación cognitiva:

- Se podrán realizar a nivel grupal o individual.
- En estadios iniciales sería conveniente trabajar en sesiones grupales para fomentar la relación con otras personas, además de alcanzar los objetivos a nivel cognitivo.

- Ejemplos serían, la terapia de orientación a la realidad (el libro de la memoria); las reminiscencias (revisión de la vida); las técnicas de estimulación y las compensatorias de la memoria (visualización, asociación, categorización, etc.); la estimulación sensorial y la musicoterapia (visual, auditiva y táctil); la psicoexpresión (arteterapia, psicomotricidad y laborterapia); la estimulación del lenguaje (la lectura, la escritura y el cálculo), la estimulación física y la estimulación grupal (grupos pequeños y homogéneos).

-Actividades destinadas a la activación y estimulación física:

- Como ejemplo, podemos citar el equilibrio, la marcha y todo tipo de ejercicios relacionados con el movimiento tanto del cuello como de los ojos, de los hombros, de los brazos y muñecas. (García Hernández, Torres Egea & Ballesteros Pérez, 2003).

- Actividades destinadas a la estimulación sensorial:

- Dedicadas a la estimulación de los sentidos (visuales, auditivos y táctiles) como son la musicoterapia, la risoterapia y juegos de destreza manual como laberintos, encajar piezas grandes.

-Actividades destinadas al ocio:

- En esta se realizan actividades de ocio sobretodo del tipo manipulativa para tratar los síntomas y las limitaciones que la demencia produce en el enfermo de Alzheimer.
- Ejemplos de este tipo son los juegos como el bingo o el dominó, así como actividades relacionadas con la cocina, la pintura, la costura, la peluquería y la manicura.

-Actividades destinadas al entrenamiento de AVD:

- Esto se puede realizar cada vez que el residente vaya a hacer algunas de estas actividades. Como se trata de un cuidado individualizado, habrá más tiempo para que el residente lo realice por sí mismo bien siguiendo instrucciones verbales, la imitación, e incluso con la supervisión, todo dependiendo del estadio de la enfermedad en la que se encuentre.

- Ejemplos son las actividades de aseo personal: lavarse las manos, la cara y peinarse; las actividades de nutrición e hidratación: preparar un vaso de leche, hacer un bocadillo, cortar un filete o comer con la cuchara; las actividades de destreza: abrochar botones, atar cordones, volver las prendas del derecho, abrochar cremalleras; las actividades de orientación espacial en el hogar: identificación a través de imágenes en pantalla o de láminas las partes de la casa y del barrio; y las actividades de orientación y el contacto social: salidas y visitas por el barrio, al parque o al supermercado.

Además de la estimulación física y cognitiva del enfermo a través de estas actividades intentamos por todo lo alto fomentar el ocio y el contacto con otras personas así como mejorar su estado de ánimo.

3.2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación.

Las técnicas y métodos que vamos a implantar una vez que se inicie el proyecto, serán las necesarias para la identificación de las necesidades individuales. Siendo estas las siguientes:

-Realización de su historia clínica: recogida de la información básica de los usuarios, de los teléfonos de contacto y sus antecedentes médicos, para poder realizar cualquier tipo de consulta posterior.

-Escala de medición: la realización de estos test tienen como finalidad valorar las necesidades que requiere cada residente previo al ingreso. Estos se podrán dividir en:

- Escalas de valoración funcional:
 - a) Escala de la incapacidad física de Cruz Roja (Hospital central cruz roja Madrid, 1972): Valora de manera rápida y sencilla la capacidad de autocuidado.
 - b) Índice de Barthel: Mide las actividades básicas de la vida diaria. Los resultados oscilan desde 0 (mayor dependencia) hasta 100 (situación óptima de independencia).

- c) Índice de Katz de independencia en las ABVD: Mide la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria.
 - d) Índice de Lawton y Brody: Mide la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria y permite detectar indicios de deterioro de la persona.
 - e) Escala el gerente (Lyon): Indicador parecido a los anteriores, mediante el cual en una representación grafica se representa la silueta de una persona parcelada en 28 casillas que pueden adoptar 3 tonalidades distintas según el grado de severidad (blanco, gris y negro).
- Escalas de valoración mental:
 - a) Miniexamen cognitivo de Lobo: Cuestionario para la valoración mental.
 - b) Escala de deterioro global de Reisberg: Es una escala que divide la enfermedad de Alzheimer en 7 estadios, en el cual cada uno de ellos significa un deterioro cognitivo concreto y con ellos, unas limitaciones a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

-Libro de actividades individual: con el fin de conocer las actividades a las que acude el residente. Ubicado dentro de la ficha de seguimiento.

3.2.3. Definir la población

Este centro va a estar dirigido principalmente a enfermos de Alzheimer que se encuentren en su fase inicial e intermedia, y que además, su cuidador principal sufra estrés y síndrome de sobrecarga del cuidador, dando lugar a situaciones que superen los límites.

3.3. TEMPORALIZACIÓN

La elaboración del proyecto comienza en el mes de Enero y está prevista su finalización para el mes de Septiembre de este mismo año. Una vez llevado a cabo el

ASISTENCIA PERSONALIZADA EN UN ENTORNO DE FLEXIBILIDAD

diagnóstico de la situación, se planifican todos los procesos del proyecto y se plasman en el cronograma de Grantt, tal y como lo podemos ver en la siguiente figura.

TEMPORALIZACIÓN	Enero-Marzo			Abril-Mayo	Mayo-Julio			Agosto-Sep	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril-Mayo	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep
Etapa I. Análisis de la situación. -Diagnostico de la situación -Entender la importancia de un centro específico de cuidados -Recogida de información									
Etapa II. Elaboración del proyecto. -Diseño de la residencia									
Etapa III. Desarrollo del proyecto. -Búsqueda de la zona donde situarlo. -Valorar los recursos. -Buscar financiación privada									
Etapa IV. Evaluación del proyecto. -Viabilidad de la residencia -Evaluación final del proyecto									

También se incluye en dicha planificación, un calendario de actividades que podrán realizar los residentes, tal y como se plasma en la siguiente figura.

<i>HORARIO DE ACTIVIDADES</i>						
	<i>LUNES</i>	<i>MARTES</i>	<i>MIERCOLES</i>	<i>JUEVES</i>	<i>VIERNES</i>	<i>SABADO y DOMINGO</i>
8-9	<i>LEVANTARSE Y ASEO PERSONAL</i>					
9-10	<i>DESAYUNO</i>					
11-13	Terapias cognitivas individuales	Fisioterapia grupal	Terapias cognitivas grupales	Fisioterapia grupal	Terapia cognitiva individuales	Actividad en común
	Fisioterapia				Fisioterapia	
13-14	<i>ALMUERZO</i>					
15	<i>TÉ</i>					
16-18	Bingo	Actividad en común	Actividad con movimiento	Bingo	Actividad con movimiento	Actividad en común (Película y/o juegos)
19-20	<i>CENA</i>					

3.4. RECURSOS

3.4.1. Recursos humanos

Para poder llevar a cabo este proyecto, se consideran imprescindibles la presencia de las siguientes figuras en dicha residencia:

-Departamento de dirección: dirigir y coordinar el funcionamiento del centro.

-Un equipo de enfermeras:

- Turnos durante las 24 horas. Jornadas de 12 horas.
- Realizar plan de cuidados.
- Recogida de constantes: temperatura, tensión arterial, glucemias, peso, etc.
- Recogida de signos de alarma (dolor, diarreas, fiebre, quejas, dificultad para caminar, cansancio, decaimiento, alteraciones conductuales) bien recogido por otro trabajador o mediante la observación y transcribirlo a la historia clínica del paciente.
- Responsable del cuidado y vigilancia de los aparatos médicos (tensiómetro, glucómetro, báscula, termómetro) y repartición de los medicamentos.
- Pedir material de aseo necesario para los residentes.

-Un equipo de auxiliares:

- Turnos durante las 24 horas. Jornadas de 12 horas.
- Se requiere experiencia previa con ancianos.
- Cooperan con el animador en la realización de actividades.
- Acompañamiento y vigilancia a los residentes durante el paseo y salidas al exterior.

- Ayuda en los desplazamientos, en la comunicación y los requisitos de los enfermos para proporcionarles bienestar.
- Ayuda y en algunos casos supervisión de las actividades básicas de la vida diaria de aseo y funcionales (aseo, reeducación vesical, eliminación, cambios de pañal, ingesta de líquidos).
- Colaboración con las actividades que el psicólogo y el fisioterapeuta realizan con los residentes.

-Un psicólogo:

- Jornada completa.
- Elaborar un informe psicológico individual para conocer el diagnóstico emocional y conductual del enfermo.
- Marcar objetivos terapéuticos de trabajo y evaluar programas de psicoestimulación individual y grupal, en colaboración con el grupo de trabajo.
- Realizar el seguimiento de intervención con el residente.
- Mantener actualizado en lo mayor posible la evolución de la enfermedad, en cuando a capacidades cognitivas, estado funcional, emocional y conductual del residente.
- Realización de otras actividades concretas de animación.
- Control y petición de material necesario para las tareas cognitivas.
- Programar actividades conjunta para familiares y residentes en las que se fomente la aceptación de la enfermedad.

-Un fisioterapeuta:

- Trabajo a media jornada.
- Evaluación, valoración y seguimientos del estado funcional y físico de cada uno de los residentes.

- Planificar y ejecutar los programas rehabilitadores para el desarrollo de la fisioterapia grupal o individual.
- Participar en las reuniones interdisciplinarias propuestas por el equipo de trabajo del centro para establecer pautas de actuación globales.

-Personal de limpieza, lavandería y cocina.

- Elaborar un menú diario procurando que sea lo más variado posible, bajo en sal, que contemple platos tradicionales y con buena presentación ya que éste será el primer estímulo del apetito.
- Mantener los alimentos en correcto estado de conservación.
- Mantener el centro en estado óptimo de limpieza e higiene.
- Lavado de toallas, sábanas y servicio de mantelería una vez a la semana.

-Sería recomendable la participación en el proyecto de un grupo de voluntariado.

3.4.2. Recursos materiales

Para poder desarrollar el proyecto del Centro de cuidados continuados, nos hemos basado en la “Guía de implantación: el espacio y el tiempo en la enfermedad del Alzheimer”, 2013 en el cual se definen las necesidades estructurales de las personas con Alzheimer tanto dentro del dormitorio como en el resto de la residencia. Cumpliendo con lo dicho en esta guía se necesitan una serie de materiales, infraestructuras y otro tipo de recursos que hay que tener presentes, los cuales los podemos dividir en los siguientes:

-Infraestructuras: Es necesaria la construcción del edificio. Este edificio tendrá dos plantas.

- Primera planta: Esta constará de 12 habitaciones individuales, un control de enfermería, una sala de estar de enfermería, un cuarto de limpieza, un comedor/ sala de actividades y un salón.

Cada habitación estará formada por un dormitorio, un baño y un salón individual. El dormitorio y el salón ambos comunicados al cuarto de baño por dos puertas diferentes. Cuartos de baño adaptados a los más dependientes y plato de ducha con silla para sentarse. El dormitorio tiene una cama individual, sillón y armario. El salón-comedor consta de un sofá y un sillón para disfrutar de intimidad junto a la familia. Este también tendrá una pequeña cocina con un fregadero y una pequeña encimera.

No hay hornilla, ya que la comida viene directamente de la cocina común situada en la planta baja. Existiendo, no obstante, una mesita para realizar las comidas si al residente le apetece comer de forma privada en su habitación.

- Planta baja: Esta planta constara de una lavandería, un vestíbulo, una cocina y también de aparcamientos para los trabajadores y los familiares. Además de un jardín, para el uso y disfrute de los residentes y de sus familiares.

Ver ANEXO I. Plano de la infraestructura del centro residencial “Belle Higea”.

-Materiales: Se necesitaran materiales de diferentes tipos, según las diferentes situaciones en las que se vayan a utilizar. Siendo éstos los siguientes:

-Material médico y sanitario: Instrumental y material reutilizable y/desechable (tensiómetro, medidor de glucosa, báscula, termómetro, botella de oxígeno, maletín RCP, material de succión, tijeras, torundas, pinzas, algodón, apósitos, botellas monodosis de suero y betadine, alcohol, vendas de varios tamaños, gasas, medicinas y carrito de medicinas entre otros).

-Material de oficina: material necesario para escribir los planes de cuidados, fotocopiar, escanear como grapadora, archivador, carpetas, clips, folios, bolígrafos, gomas,

tinta de impresora, siendo en muchos casos utilizado también para las actividades de los residentes. También necesario un ordenador, impresora y fotocopidora.

-Material de fisioterapia: Instrumental y material utilizado en las distintas actividades según el tipo de actividad propuesto.

-Material de manualidades: Se utilizará material de dibujar, colorear y modular tales como temperas, ceras, cartulinas, pinceles, rotuladores, papel charol, papel celofán, papel de seda, pegamento, cola, telas y tijeras.

-Material de psicología: Diferente material para poder llevar a cabo las terapias cognitivas. Como por ejemplo: el libro de la memoria, técnica de asociación de objetos, etc.

-Material de limpieza y lavandería: Productos de limpieza, detergentes, lejías, carros de limpieza y lavadoras industriales.

-Material de cocina: Fogones, ollas, lavavajilla, microondas, cubertería, entre otros y además todo lo relacionado con la alimentación del residente.

-Mobiliario: Serán necesarios todo tipo de objetos para amueblar todos los lugares habitables de dicho centro. Ejemplo de alguno de ellos son: las camas articuladas, las mesas, las sillas, los sillones individuales, los sofás, las televisiones, las camas y los cuadros.

3.4.3. Recursos financieros

Este centro necesita para su desarrollo completo disponer de unos recursos financieros que hagan posible cubrir económicamente todos los gastos ocasionados. Siendo el pilar fundamental de todos ellos las cuotas abonadas por el personal residente, ya que la participación privada es el recurso económico principal. Además de ello, se podría contar con apoyo financiero extra, a través de subvenciones y actos benéficos, que ayudarían a paliar también dicho gasto económico.

4. EJECUCIÓN:

Este proyecto consiste en dar una asistencia personalizada en un entorno de flexibilidad a enfermos de Alzheimer, es decir, dar cuidados tanto básicos como específicos a unos enfermos que en este caso concreto, sufren de Alzheimer, ya que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El objetivo de esta fase es el desarrollo y puesta en práctica del plan diseñado anteriormente, sin embargo, se trata de un proyecto para un centro teórico-hipotético. Por lo tanto, la ejecución se va a basar en describir el desarrollo del funcionamiento de este centro específico: “Belle Higea”.

Para la hipotética aplicación de nuestro proyecto a la realidad se necesitarán unos requisitos específicos que serán los siguientes:

-Cualidades del residente para el centro específico:

- Toda persona que sufra la enfermedad de Alzheimer en sus fases iniciales e intermedias.
- Tendrán preferencia los enfermos, en el cual el cuidador principal (informal) sufra estrés junto con el síndrome de sobrecarga del cuidador y la situación del cuidado del enfermo exceda sus límites.
- Preferentemente los residentes en el campo de Gibraltar, en caso de plazas libres, la ocupación será por orden de llegada.
- Poder hacer frente a la cuota mensual del centro, siempre se ofreceran facilidades de pago.

-Documentos necesarios para poder residir en la residencia:

- D.N.I. / Pasaporte.
- Cartilla de la Seguridad Social
- Certificado de empadronamiento
- Cumplimentación de la solicitud de admisión

- Autorización del familiar en el caso de que se lleven a cabo actividades extra residenciales
- 2 fotos tamaño carnet (si las tuviera actualizada)
- Firma del contrato que autoriza la estancia en la residencia
- Historial médico actualizado, incluyendo un informe diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

Una vez cumplidos todos los requisitos previos para poder residir en el centro, el proceso de aptitud para el ingreso que se llevará a cabo, será el siguiente:

-Valoración previa al ingreso

Antes de la institucionalización del enfermo, es necesario llevar a cabo una valoración general del estado tanto médico como físico y psicológico en el que se encuentra el paciente. Entendiendo ésta como: “un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado, de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud que el mayor está viviendo, así como su respuesta humana a ella” (Rodríguez Ponce & Bonil de las Nieves, 2009).

Esta valoración estará basada en las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo conceptual de Virginia Henderson, que son las siguientes:

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Dentro de esta valoración también se realizará una entrevista con el cuidador principal, para conocer datos sociales, sanitarios, gustos y preferencias del propio enfermo. Esta misma entrevista se aprovechará para informar a los familiares sobre las diferentes actividades, servicios, horarios y visitas del centro.

-Cumplimentación de un plan de cuidados.

Este plan de cuidados se realizará basándonos en la valoración previa. En la valoración completa se evaluarán diferentes niveles como: el nivel físico, el cognitivo-conductual y funcional, y se realizará con apoyo de las escalas de valoración, anteriormente señaladas, para poder establecer prioridades personalizadas previas al ingreso.

Este será llevado a cabo por el equipo multidisciplinar y se designaran los cuidados necesarios, de forma individualizada, para cada residente.

Después del ingreso, esa valoración volverá a ser revisada de nuevo por si se han producido cambios desde su realización hasta el posterior ingreso del residente, la cual siempre estará en continua evaluación.

Cada residente tendrá una carpeta individual donde diariamente la enfermera se encargará de plasmar todo lo relativo a la vida diaria del paciente dentro de la residencia. Esto será la ficha de seguimiento del residente, la cual estará incluida dentro de la historia clínica de cada paciente. En ella cada especialista tendrá un apartado diferente donde poder plasmar su información. Todo el equipo multidisciplinar estará autorizado a ver dicha información. Esto se guardará en el control de enfermería.

Ver anexo II. Historia clínica.

-Adaptación al centro

Previo al ingreso, se harán unas jornadas de adaptación cumplimentadas con diferentes actividades, contando con la participación de los familiares, dando al residente un periodo de adaptación progresivo sin cambios muy bruscos, conociendo poco a poco todas las instalaciones del centro, para favorecer una correcta integración en el nuevo espacio donde va a desarrollar su nueva vida.

¿Cuánto tiene que durar el periodo de adaptación? El periodo de adaptación será diferente para cada persona, variable según sus necesidades. Los aspectos observables para evaluar el nivel de integración serán: las relaciones que mantiene con sus compañeros, la participación en las actividades y en las salidas que se organizan, la colaboración en las tareas del centro, el estado de ánimo que presenta habitualmente, etc.; todos estos son indicadores del nivel de adaptación del enfermo desde su ingreso (Díaz Rodríguez, 2012).

-El enfermo una vez institucionalizado

Una vez que el enfermo pase a vivir en la residencia, se pondrá en marcha todo lo expuesto anteriormente en la planificación y en la ejecución. Se realizará de nuevo una valoración y exploración completa del usuario sin olvidar que, junto a la de demencia, existen otras patologías comunes a esta edad, también a tener en cuenta en dicha valoración.

Las fichas de seguimiento estarán siempre en continua modificación por los profesionales del centro. Se cumplirán los horarios y actividades establecidos por el centro con exactitud, para tener así una rutina de vida dentro de la residencia, todo ello sin dejar de mencionar los cambios puntuales que pudieran hacerse debido a las necesidades específicas de algunos residentes.

5. EVALUACIÓN

El objetivo general del proyecto surge ante la necesidad de ofrecer una atención más especializada a los enfermos de Alzheimer. Inspirados en dicho objetivo, proponemos la construcción de una residencia centrada exclusivamente en este tipo de enfermos.

Consideramos que todo lo relacionado con este proyecto es susceptible de ser evaluado, desde el diseño del mismo hasta las actividades que se realizan en el interior.

Dicha evaluación deberá ser realizada a medio-largo plazo para que resulte eficaz. Sugerimos un plazo mínimo de seis meses.

Los instrumentos de evaluación son los siguientes:

- 1º La observación/seguimiento de los residentes.
- 2º Los cuestionarios de calidad. **VER ANEXO III.**

Será llevada a cabo por el equipo multidisciplinar mediante la observación de los residentes y por el feedback de los familiares, a través de las encuestas de calidad, no siendo factible encuestar a los residentes a causa de su deterioro mental.

Por tanto, si el objetivo fundamental de este proyecto es **MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER** alcanzar este objetivo conlleva un proceso continuo de trabajo que deberá estar siempre en continua evaluación y adaptación de mejoras.

6. CONCLUSION.

¿Por qué elegir la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer? Desde mi experiencia como enfermera en una residencia de ancianos, puedo valorar la creación de una residencia de cuidados específicos para enfermos de Alzheimer por dos razones principales. Una de ellas, y la más importante, es la mejora de su calidad de vida, pues debido a padecer dicha enfermedad carecen de autonomía suficiente; y la segunda, dar un descanso físico y psicológico a los familiares que los cuidan y que sufren de sobrecarga.

Ante el aumento de enfermedades degenerativas como el Alzheimer, es necesaria la creación de centros específicos para personas con estas enfermedades. Considero preciso que se cuente con personal especializado para que una vez instalados los enfermos en la residencia, se sientan cómodos e identificados con el lugar que va a ser su nueva casa, con el único fin de que ellos no pierdan su identidad y pertenencia a un lugar. De este modo, mejorar así su calidad de vida.

Seguir manteniendo un vínculo familia-enfermo es importantísimo para éste, no sólo en la adaptación al centro (nueva vivienda, rutinas, compañeros, trabajadores) sino a que su día a día sea más llevadero, intentando reducir la confusión y los cambios bruscos, que son los causantes de una aceleración en la evolución de la enfermedad.

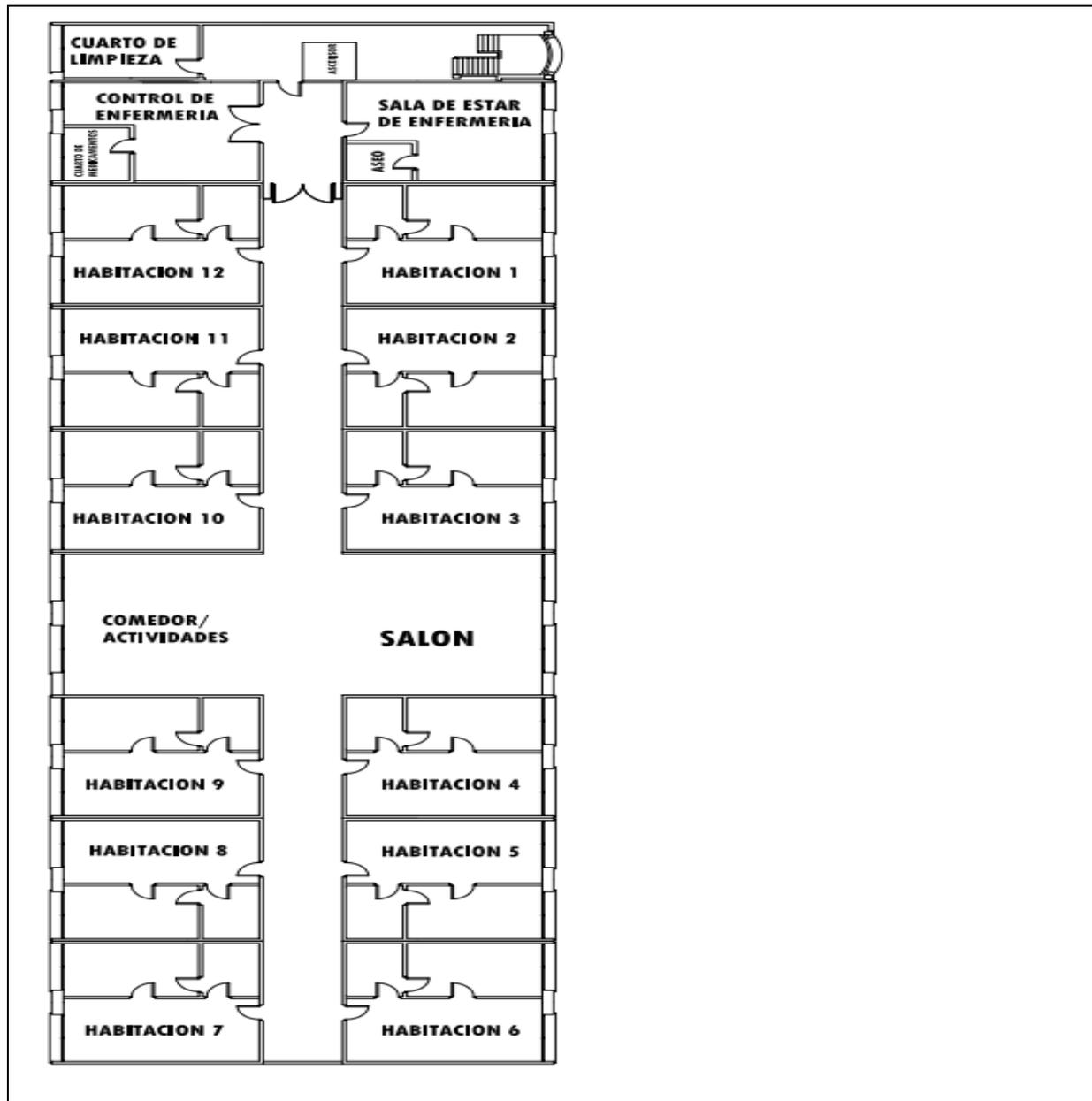
Con este proyecto se pretende dar un giro a lo que la población en general entiende por una residencia de ancianos, un sitio triste y oscuro, al que las personas van a pasar los últimos años de su vida y nadie les visita, y transformarlo en un sitio alegre, con claridad, con las paredes pintadas de colores cálidos, en el que se realicen actividades diarias, con jardín y, sobretodo, que sea lo más acogedor y familiar posible para la comodidad del enfermo, respetando siempre su dignidad, privacidad y posesión de objetos personales.

Como conclusión, decir que los familiares siempre deben reflexionar y pensar:

“El Alzheimer podrá hacer que él se olvide de quién soy yo, pero yo sabré siempre quien es él”.

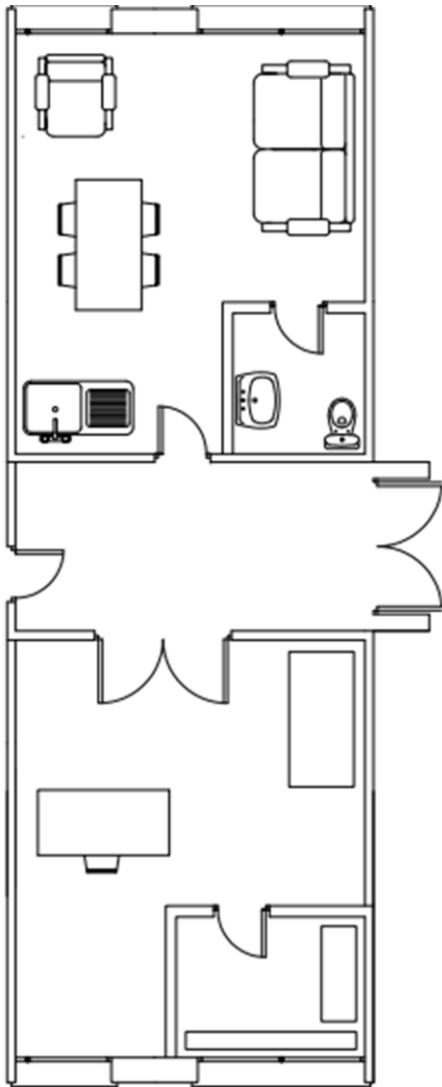
7. ANEXOS.

7.1. ANEXO I. PLANO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO RESIDENCIAL “BELLE HIGEA”.

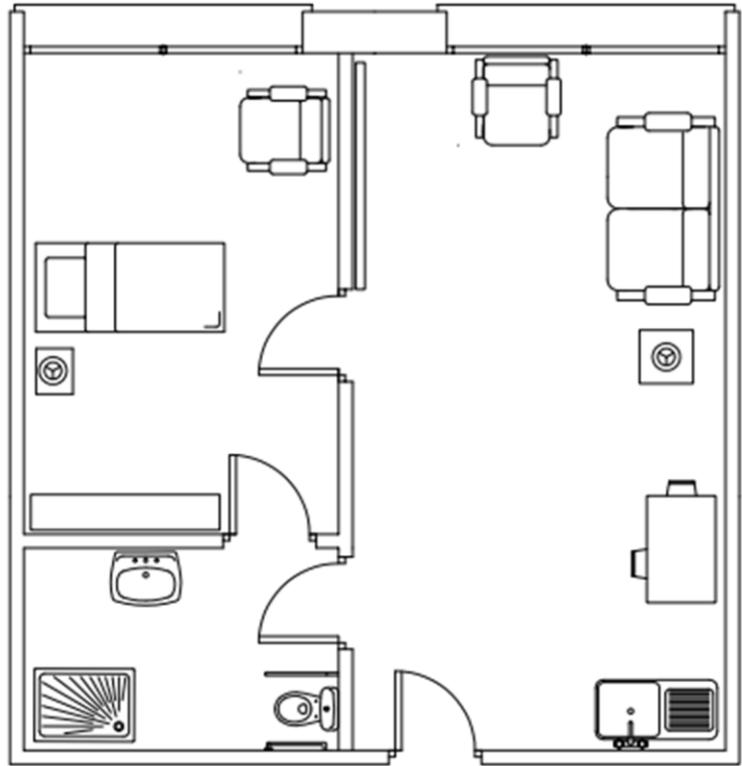


E/S	FUENSANTA GARCÍA HACÓN	UNED
	PLANO Nº3 / PLANT 1ª	01/07/2014

ASISTENCIA PERSONALIZADA EN UN ENTORNO DE FLEXIBILIDAD



DISTRIBUCION SALA DE ESTAR
Y EL CONTROL DE ENFERMERIA



DISTRIBUCION DE LAS HABITACIONES

E/S

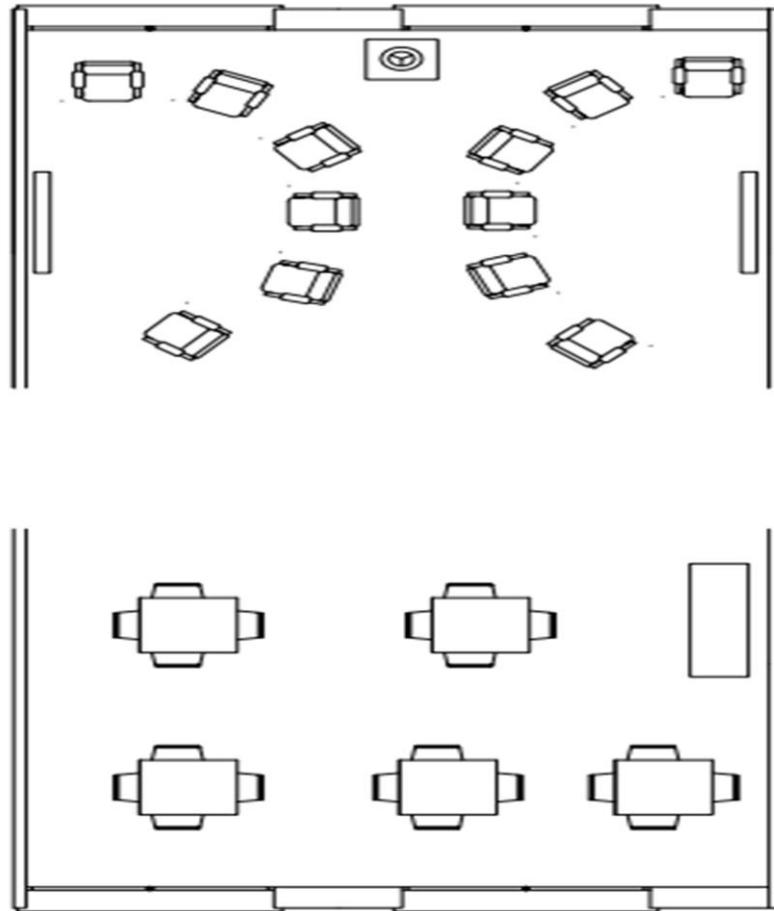
FUENSANTA GARCÍA CHACÓN

UNED

PLANO Nº2/ PLANTA 1ª

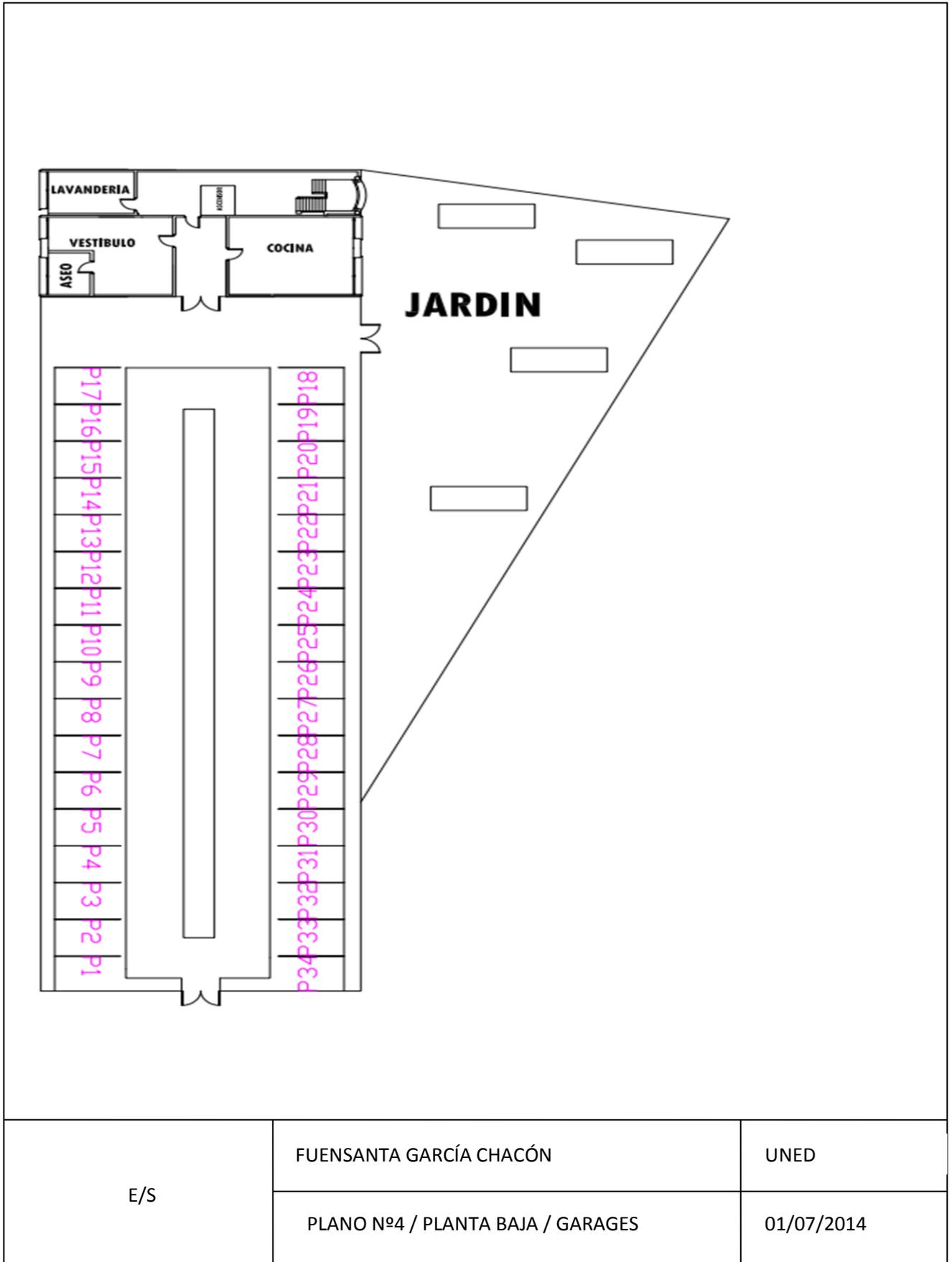
01/07/2014

ASISTENCIA PERSONALIZADA EN UN ENTORNO DE FLEXIBILIDAD

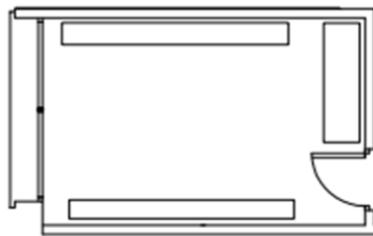
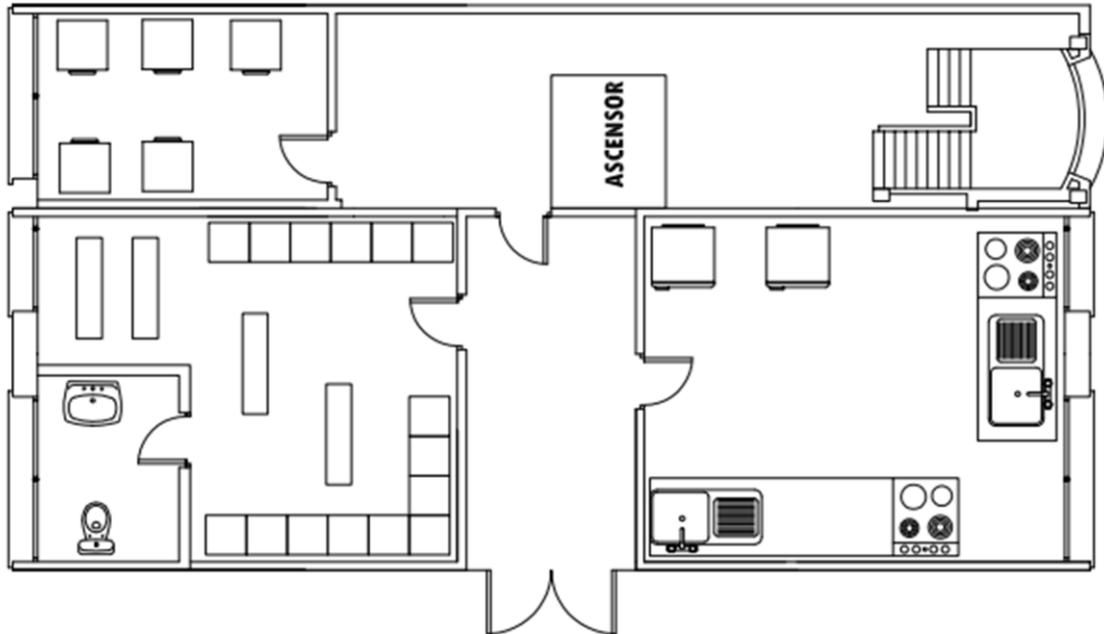


DISTRIBUCION DEL SALON (PARTE SUPERIOR) Y DISTRIBUCION DEL COMEDOR/AREA DE ACTIVIDADES (PARTE INFERIOR).

E/S	FUENSANTA GARCÍA CHACÓN	UNED
	PLANO Nº3 / PLANT 1ª	01/07/2014



DISTRIBUCION DE LA LAVANDERIA, VESTIBULO Y CCOCINA



DISTRIBUCION DEL CUARTO DE LIMPIEZA (1ª PLANTA)

E/S	FUENSANTA GARCÍA CHACÓN	UNED
	PLANO Nº5	01/07/2014

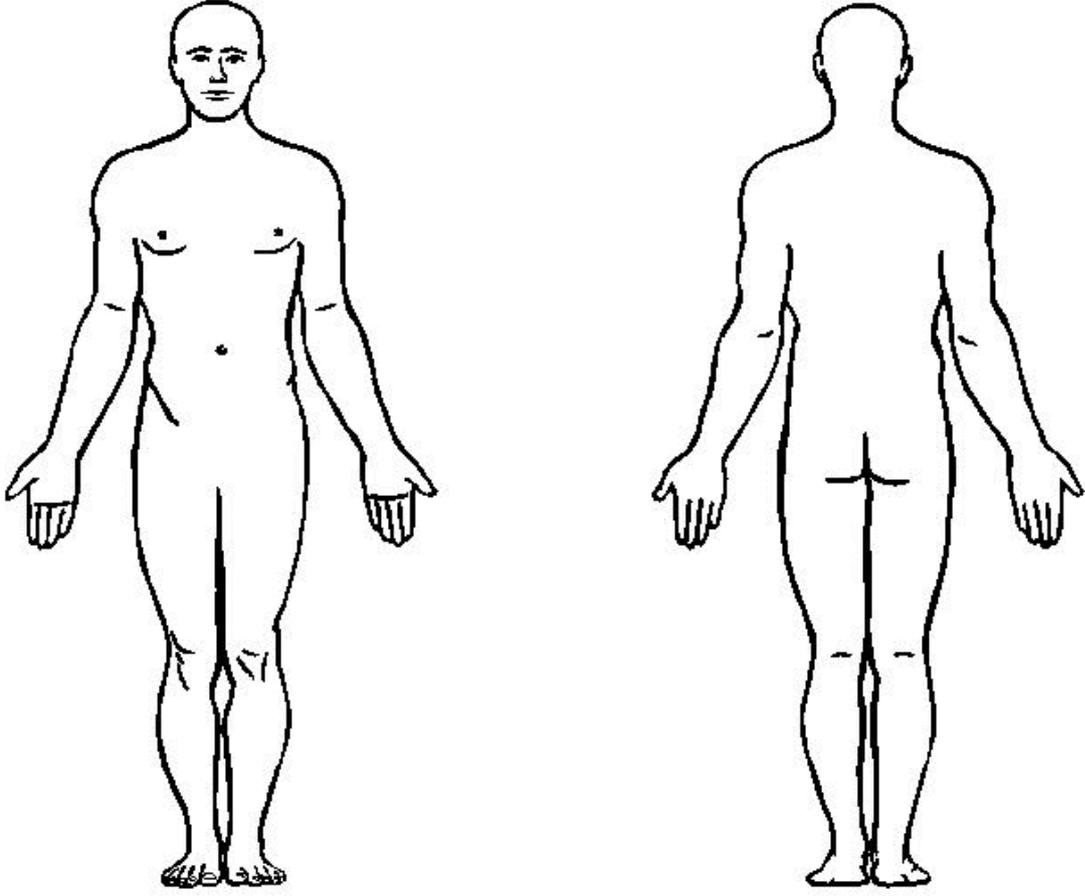
7.2. ANEXO II. HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE SEGUIMIENTO DEL RESIDENTE								
DATOS PERSONALES		FOTO						
APELLIDOS:								
NOMBRE:								
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:						
LUGAR DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:						
DOMICILIO (residencia habitual antes del ingreso):								
-Dirección:								
-Localidad:								
-Provincia:								
INFORMACION DE CONTACTO FAMILIAR:								
1º contacto								
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: • Dirección: • Parentesco: • Teléfono de contacto: 								
2º contacto								
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: • Dirección: • Parentesco: • Teléfono de contacto: 								
FECHA DEL INGRESO :	__ / __ / 20__							
HISTORIA MEDICA: (enfermedades)	Estado de la demencia							
MEDICACION AL INGRESO:								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">-</td> <td style="width: 50%; border: none;">-</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;">-</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;">-</td> </tr> </table>			-	-	-	-	-	-
-	-							
-	-							
-	-							
CONSTANTES VITALES:								
Tensión:	Tª:	Peso:						
Pulso:	Saturación:	Azúcar:						
OTRAS OBSERVACIONES:								

A) VALORACION (patrones)

PATRONES ENFERMEROS		
1. Respiración y circulación	2. Nutrición e hidratación	3. Eliminación de los productos de desecho del organismo
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	5. Sueño y descanso	6. Vestirse y desvestirse.
7. Termorregulación	8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.	9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicación	11. Creencias y valores personales.	12. Trabajar y sentirse realizado.

C) HOJA DE CURAS

HOJA DE CURAS	
Señale el lugar de la herida:	
	
¿Cuándo se abrió la herida?	
¿En qué zona está la herida?	
Tamaño de la herida	
Tratamiento	

D) CONTINUACIÓN DE CURAS

CURA N° 1	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 2	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 3	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 4	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 5	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 6	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

CURA N° 7	
LUGAR DE LA HERIDA	
FECHA DE LA CURA	
TRATAMIENTO	

E) ESCALAS A REALIZAR

- Escalas de valoración funcional:
 - f) Escala de la incapacidad física de Cruz Roja
 - g) Índice de Barthel
 - h) Índice de Katz de independencia en las ABVD
 - i) Índice de Lawton y Brody
 - j) Escala el gerente (Lyon).

- Escalas de valoración mental:
 - c) Miniexamen cognitivo de Lobo.
 - d) Escala de deterioro global de Reisberg.

F) OBJETOS PERSONALES QUE TRAE A LA RESIDENCIA.

G) REGISTRO DE INCIDENCIAS

REGISTRO DE INCIDENCIAS		
CAIDAS	Fecha: Lugar: Daños:	
	Fecha: Lugar: Daños:	
	Fecha: Lugar: Daños:	
COMPORTAMIENTO	Fecha: ¿Qué ha ocurrido? ¿Es la primera vez que ocurre?	
	Fecha: ¿Qué ha ocurrido? ¿Es la primera vez que ocurre?	
	Fecha: ¿Qué ha ocurrido? ¿Es la primera vez que ocurre?	

7.3. ANEXO III. CUESTIONARIO DE CALIDAD.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE FAMILIARES SOBRE LA ATENCION EN EL CENTRO.

ELABORADO POR LOS PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA DE ATENCION PERSONALIZADA “BELLE HIGEA”.

Fecha de cumplimentación del cuestionario: ____/____/ 20__

A continuación va a leer una serie de afirmaciones sobre distintas cuestiones relacionadas con la atención ofrecida en nuestra residencia. Conteste, según su opinión, rodeando con un círculo.

1	2	3	4
Nada/Nunca	Poco/Pocas veces	Bastante/Frecuentemente	Mucho/ Siempre

TRATO/ ATENCIÓN	Dentro de la residencia ¿Considera que tratan a cada persona usuaria de forma personalizada, procurando respetar su forma de vida y adaptándose a lo que cada cual necesita o prefiere?	1	2	3	4
	¿Cree que a su familiar le tratan de forma amable y respetuosa en la residencia?	1	2	3	4
	¿Considera que en esta residencia el personal respeta adecuadamente la intimidad de su familiar (por ejemplo en el aseo o el cuidado íntimo)?	1	2	3	4
	¿Considera que esta bien atendido tanto de noche como de día?	1	2	3	4
	¿Cómo encuentra el trato de las enfermeras hacia su familiar?	1	2	3	4
	¿Cómo encuentra el trato de las auxiliares hacia su familiar?	1	2	3	4
	¿A su familiar le consultan con qué compañeros prefiere estar (en la mesa del comedor, en las actividades)?	1	2	3	4
	¿El personal tiene en cuenta las preferencias de su familiar en lo que se refiere a su aseo, su vestido o a cómo le gusta que le ayuden?	1	2	3	4
	¿Cree que el personal de la residencia dedica el tiempo adecuado para el cuidado y la atención de su familiar?	1	2	3	4
	Cuándo su familiar está enfermo, ¿le atienden de forma rápida?	1	2	3	4
	¿Confía en el médico que pasa consulta en la residencia?	1	2	3	4
	A parte de la atención medica, ¿cree que es buena la atención asistencial?	1	2	3	4
¿Y el trato del resto del personal (cocina, limpieza, mantenimiento, etc.?)	1	2	3	4	

ASISTENCIA PERSONALIZADA EN UN ENTORNO DE FLEXIBILIDAD

HORARIOS	En la residencia hay unos horarios estipulados para levantarse, almorzar, cenar, acostarse, etc, para mantener una rutina diaria ¿Qué le parecen bien estos horarios?	1	2	3	4
ACTIVIDADES/ PARTICIPACIÓN	¿Le gusta el tipo de actividades que se llevan a cabo dentro de la residencia?	1	2	3	4
	¿Participa su familiar en esas actividades con frecuencia?	1	2	3	4
	¿Le parece que su familiar se aburre en la residencia?¿	1	2	3	4
	¿Considera usted que los familiares tienen suficientes oportunidades para participar y colaborar en la vida de la residencia (por ejemplo en actividades, salidas, dar de comer, etc.?)	1	2	3	4
INSTALACIONES	¿Su familiar comparte habitación con otro familiar (cónyuge, hermano/a)?	1	2	3	4
	¿Considera que su habitación/aseo/salón es adecuada para su familiar?	1	2	3	4
	¿Es cómoda?	1	2	3	4
	Cuando su familiar está fuera de su habitación en la sala de estar o áreas comunes ¿Cree que está cómodo/a?	1	2	3	4
	¿Si quiere estar a solas con su familiar puede hacerlo?	1	2	3	4
	¿Tienen suficiente intimidad en su habitación?	1	2	3	4
COMIDA/ LIMPIEZA	¿Cree que la calidad de la comida es buena?	1	2	3	4
	¿Tiene la ropa limpia y lista cuando lo necesita?	1	2	3	4
COMUNICACION	¿La relación y la comunicación que tiene con los profesionales de la residencia es fluida y personalizada?	1	2	3	4
	La información que recibe de los profesionales de la residencia (enfermeros, auxiliares, psicólogo, fisioterapeuta) ¿es la que necesita, es adecuada para usted?	1	2	3	4
	Cuando tiene dudas o necesita alguna consulta con el director o responsable de enfermería, ¿tiene problemas para hablar con ellos?	1	2	3	4
	¿Puede contactar con su familiar siempre que quiere?	1	2	3	4
OTROS	¿Tiene miedo a que le sustraigan objetos personales, joyas, dinero?	1	2	3	4
	¿Su familiar se encuentra a gusto con el resto de los residentes?	1	2	3	4
	Para finalizar, indíquenos cuál es su grado de satisfacción respecto a la residencia	1	2	3	4

ASISTENCIA PERSONALIZADA EN UN ENTORNO DE FLEXIBILIDAD

Ahora nos interesa conocer lo que usted considera un buen modelo de residencia. Conteste, según su opinión, rodeando con un círculo.

1	2	3	4
Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

En mi opinión...	1	2	3	4
En una residencia es imprescindible que el personal trate del mismo modo a todas las personas para evitar así diferencias.	1	2	3	4
Es fundamental que los profesionales escuchen e informen a las personas mayores siempre que preguntan o quieran saber algo.	1	2	3	4
Es más importante atender los deseos de cada persona y que se sienta bien, que respetar siempre las normas.	1	2	3	4
En las residencias es mejor que sean los profesionales quienes tomen las decisiones para así garantizar el bienestar y la seguridad de las personas mayores.	1	2	3	4
Los familiares son quienes mejor conocen y pueden decidir sobre los asuntos importantes para las personas mayores.	1	2	3	4
Es importante que los profesionales del centro no traten los asuntos privados de las personas usuarias en público (pasillos, salas comunes, delante de otros residentes...) y respeten su intimidad (Durante el aseo personal, en la habitación).	1	2	3	4

Comentarios. ¿Desea añadir algún comentario?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. BIBLIOGRAFÍA

-Babarro, A. et al.. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencias incluidos en el programa ALOIS. Elsevier. Aten Primaria. 2004;33:67-8. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13057255&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=37&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n02a13057255pdf001.pdf

-Balbás, V.M.. (2004, noviembre 24). El Profesional de Enfermería y el Alzheimer. Nure Investigación, 13, pp.1-4.

-Ballesteros Jimenez, S. (2002). Aprendizaje y memoria en la vejez. Madrid. Uned ediciones.

-Ballesteros,S. (2004). Gerontología.Un saber multidisciplinar. La Fortuna (Leganés): Universitas.

-Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2010). La enfermedad de Alzheimer. USA: Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento.

-Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2010). Guía para quienes cuidan a personas con Alzheimer. USA: Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento.

-Díaz, R. (2012). Intervención desde el área de trabajo social. En Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer(pp. 70-83). Madrid: Pwc.

-Fernández,E.. (2009). El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de alzheimer. DTS, 45, pp.13-26.

-García,M. & Torres,P.. (1999). Temas de enfermería gerontológica. Logroño (La Rioja): Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica.

- García,M.V.,Rodríguez,C. & Toronjo,A.M.. (2009). Enfermería del anciano. Barcelona: DAE.
- García,M.,Torres,M.P. & Ballesteros,E.. (2003). Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson.
- Gomez, G. et al. Modelo Básico de Atención en Residencias para personas mayores. Catilla La Mancha: Mayores.
- Guillén,F.,Pérez,J. & Petidier,R.. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Elsevier Masson.
- Macías,J.F.. (2008). Geriatria desde el principio. Barcelona: Glosa.
- Mompert,M.P.. (2003). Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson.
- National Institute on Aging. (Marzo 24, 2014). Nursing Homes: Making the Right Choice. Junio, 2014, de Age Page Sitio web: <http://www.nia.nih.gov/health/publication/nursing-homes>
- Pardo, N. et al. . (2012). Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad del Alzheimer. Alzheimer.Real Invest Demenc, 52, pp.28-34.
- Peña, J.. (2005). Activemos la mente. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Peña, J.. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Peña, J.. (1999). Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Peña, J.. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Fundación "La Caixa".

-Perea Quesada, R. (2011). Educación para la salud y calidad de vida. Editorial Díaz de Santos.

-Quintanilla, M.. (2008). Enfermería geriátrica. Cuidados integrales en el anciano tomo II. Barcelona: Monsa.

-Rodríguez, S. & Castellano, A.. (1995). Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Las Palmas: ICEPSS.

-Sanjurjo, G.. (Mayo 21, 2014). Actividades de la vida diaria en la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de http://www.terapia_ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo2.shtml

-Serrano González, M. I. (2002). La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Editorial Díaz de Santos.

-Timón, A. (2013). El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Imsero & Ministerio de sanidad, Servicios sociales e Igualdad.