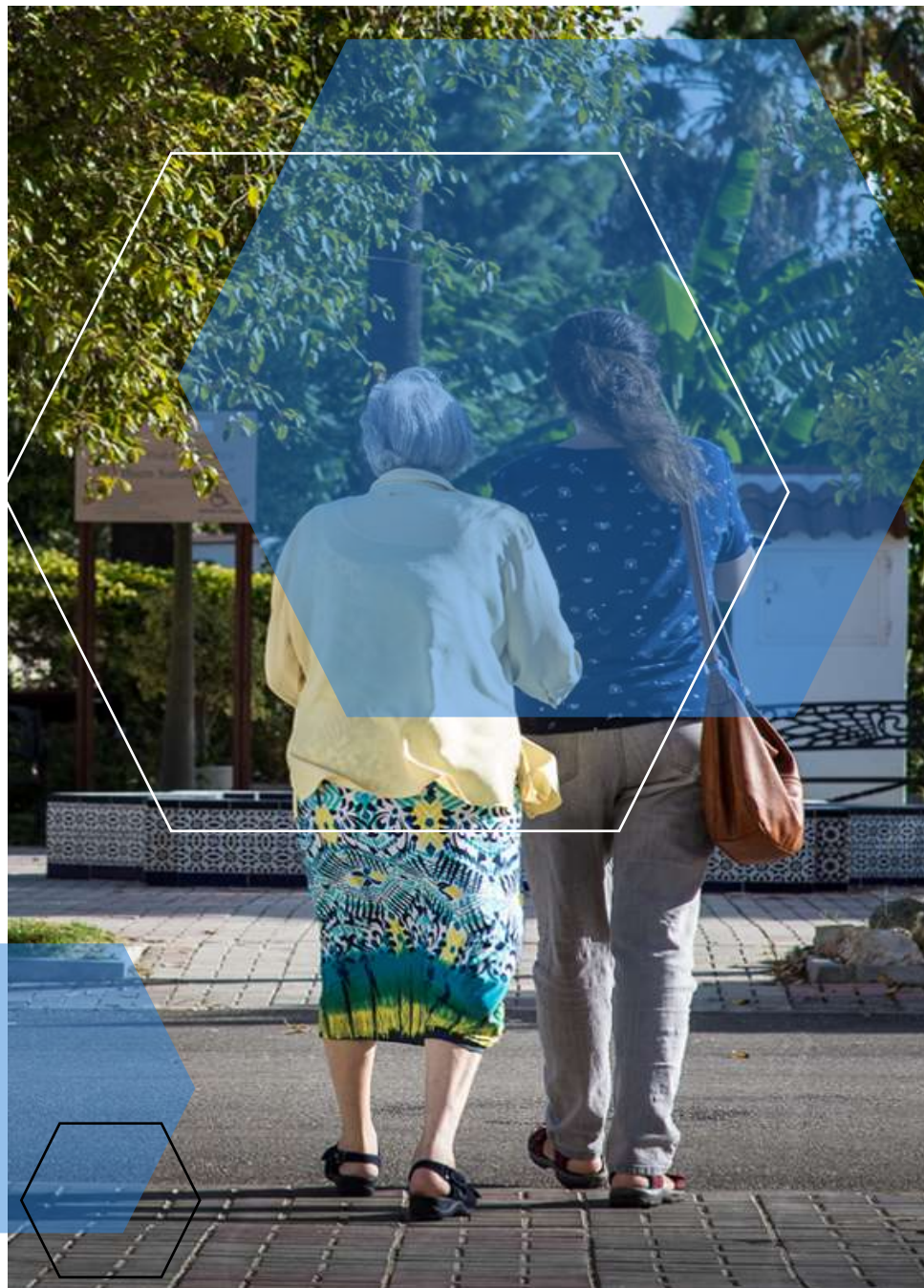


PROTOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA PESONA MAYOR



Junta de Andalucía
Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad



PÁG. 2

Personal que interviene.
Población diana.

PÁG. 3

Descripción del proceso.

PÁG. 4

Actuaciones.

PÁG. 13

Recomendaciones clave.

Autoría

Sandra Pinzón Pulido.
Abel Catela Huertas.
Carmen Navarro Ibañez.

OBJETIVOS

El protocolo de valoración integral de la persona mayor busca:

- Efectuar la valoración integral de sus características y necesidades de atención en el periodo inicial de su incorporación al centro, así como de las modificaciones que se produzcan a lo largo de su estancia en el mismo.
- Promover el respeto a la dignidad de las personas mayores que viven en el centro, el mantenimiento de sus capacidades, su autonomía, su salud y su bienestar.
- Identificar sus preferencias de atención durante su estancia.

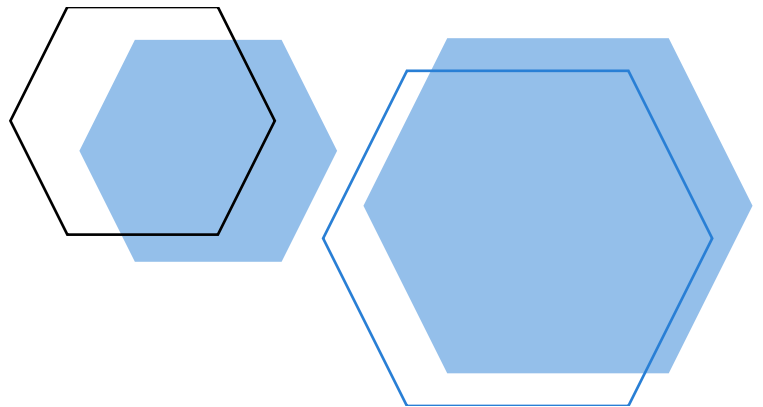


PERSONAL QUE INTERVIENE

- Profesionales de medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social que realizan la valoración:
 - Clínica.
 - Funcional.
 - Cognitiva.
 - Psicológica.
 - Social.

- Profesional de Referencia que acompaña a la persona en el proceso de acogida e identifica las necesidades y preferencias en su vida cotidiana.

La persona Profesional de Referencia debería ser parte del equipo de auxiliares de atención directa. Si la organización no contempla aún esta figura, las funciones serán asumidas por personal Técnico de Referencia.



POBLACIÓN DIANA

Todas las personas mayores desde el ingreso en el centro y al menos 1 vez al año.

LÍMITES

EL PROTOCOLO SE PONE EN MARCHA...

- Cuando una persona mayor ingresa en el centro residencial.
- Cuando se cumple el plazo de revisión del Programa de Atención Individual y máximo 1 vez al año.

EL PROTOCOLO TERMINA ...

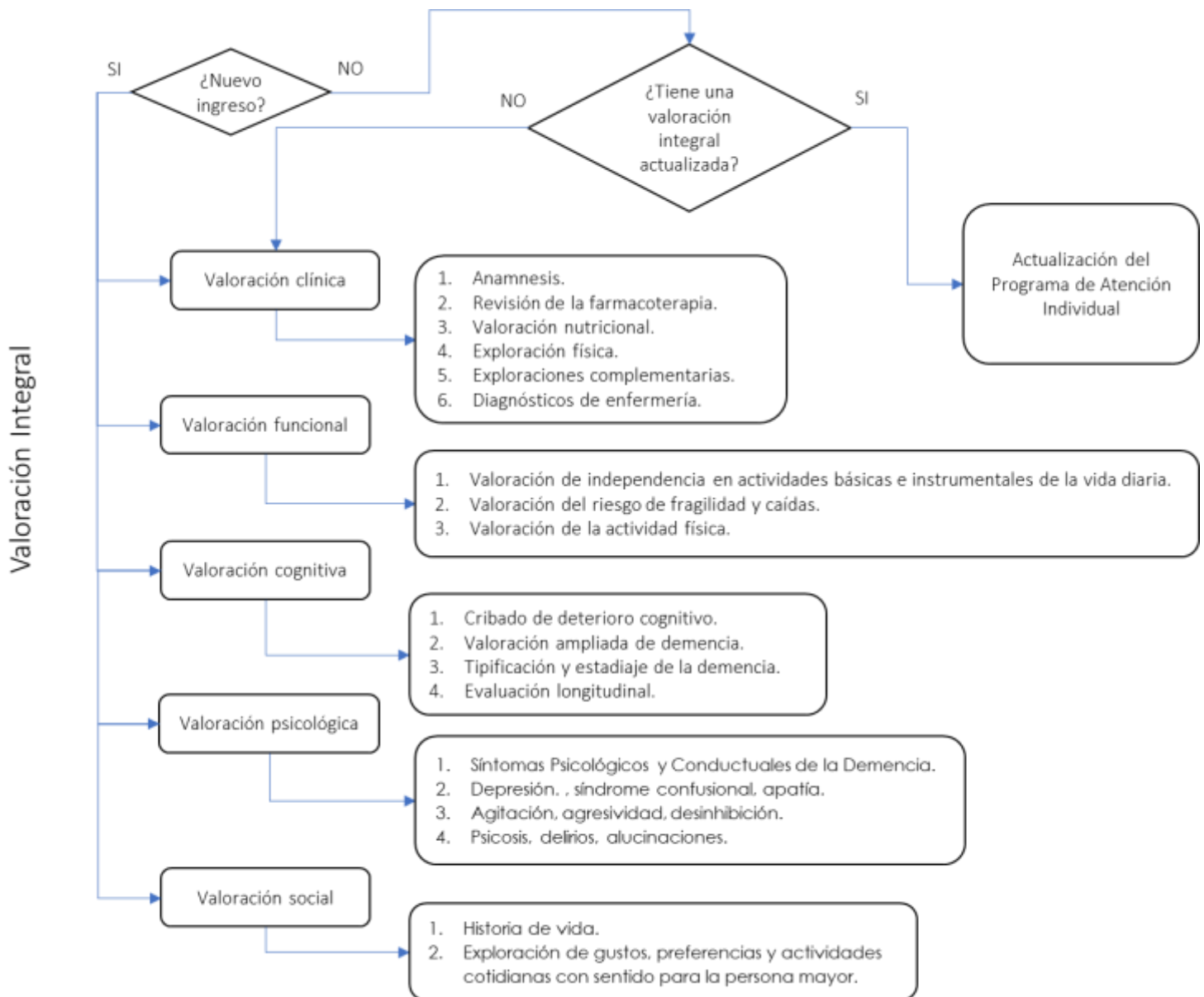
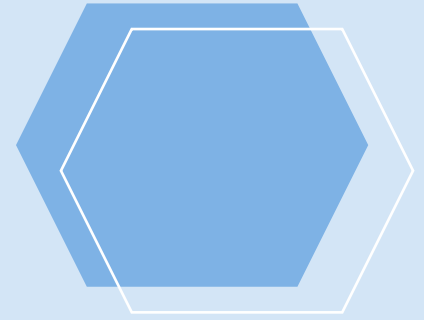
Cuando la persona mayor residente tiene una valoración integral y una propuesta de atención en los ámbitos clínico, funcional, cognitivo, psicológico y social para el Programa de Atención Individual.

EL PROTOCOLO NO INCLUYE...

- La elaboración del plan de atención.
 - Las intervenciones sanitarias y sociales derivadas de la valoración integral.
-

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

1. Valoración clínica
2. Valoración funcional
3. Valoración cognitiva
4. Valoración psicológica
5. Valoración social.



En este protocolo se describen las actuaciones e instrumentos que se deben utilizar para la valoración en los ámbitos clínico, funcional, cognitivo, psicológico y social.

Los instrumentos y escalas utilizadas para la valoración integral están disponibles en la plataforma web Comunidad Virtual de Aprendizaje de Residencias de Personas Mayores y otros Centros Sociosanitarios – CoVir <https://www.coviformacion.es/>

1. VALORACIÓN CLÍNICA

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

La valoración clínica incluye:

- Anamnesis.
- Revisión de la farmacoterapia.
- Valoración nutricional.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.
- Valoración del dolor.



Cuando la persona tiene deterioro cognitivo o demencia, hay que hacer la entrevista clínica con ella y con la persona cuidadora que la conozca mejor (Anexo 1).

ANAMNESIS

La anamnesis debe incluir:

- Antecedentes personales para determinar su repercusión sobre la capacidad funcional y cognitiva:
 - Diagnósticos pasados y presentes.
 - Ingresos hospitalarios.
 - Intervenciones quirúrgicas.
- Revisión por aparatos y síntomas, que facilite la detección de los grandes síndromes geriátricos: deterioro cognitivo o demencia, depresión, ansiedad, psicosis, fragilidad, inestabilidad, caídas, sarcopenia, incontinencia, estreñimiento, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, disminución auditiva o de agudeza visual, pérdida del olfato o el gusto y problemas dermatológicos.

REVISIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

La historia farmacológica recoge básicamente:

- Tratamientos recibidos en el último año.
- Tratamientos y dosis en el momento del ingreso en el centro residencial.
- Frecuencia de administración de cada fármaco.

Se trata de determinar:

- Polimedicación (>5 fármacos).
- Prescripción potencialmente inadecuada.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Interacciones farmacológicas.

Además de establecer la necesidad de:

- Deprescripción, especialmente en personas con demencia avanzada en las que la medicación usada en los primeros estadios, en fases GDS-FAST 6 o 7 no tiene eficacia.
- Adecuación terapéutica.
- Conciliación terapéutica.

Para saber más sobre adecuación de la prescripción farmacéutica consulta el **protocolo de prevención de la polimedicación** basado en los criterios STOP- START y STOP- Frail.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Para el cribado nutricional se utilizará el **Mini Nutritional Assessment (MNA)**

y para el cribado de disfagia, el **Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)**.

La historia nutricional debe incluir:

- Dieta habitual.
- Número de comidas al día.
- Número y tipo de alimentos por comida.
- Dietas prescritas.
- Problemas funcionales que limitan la independencia para comer.
- Necesidades de apoyo.
- Signos de disfagia.

Para saber más sobre el cribado y la valoración nutricional consulta el **protocolo de dieta e ingesta**.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física incluye:

- Constantes vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Cabeza: evaluar arterias temporales, pares craneales, ojos, oídos y boca (estado dentario, prótesis dentales, micosis oral, tumoraciones).
- Cuello: explorar bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.
- Tórax: realizar una auscultación cardiaca y pulmonar, explorar existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y palpar las mamas.
- Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Tacto rectal: para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
- Brazos y piernas: valorar la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones o deformidades articulares.
- Neurológico: estudiar la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad, presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.
- Piel: buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.

VALORACIÓN DEL DOLOR

Para la valoración del dolor se utilizan escalas de valoración numérica como la escala EVA con una puntuación de 0-10 o una escala Likert de 4 categorías (Nada, Poco, Bastante, Mucho).

Sin embargo, estas escalas no son útiles en personas con demencia.

La demencia dificulta la comunicación y la comprensión, por tanto, dificulta la evaluación del dolor. Por ello, en personas con demencia se debe utilizar la escala PAIN-AD.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Además, se deben registrar los diagnósticos de enfermería según las definiciones de la North American Nursing Diagnosis Association (**NANDA**) para la elección de intervenciones (**NIC**) y los objetivos de enfermería (**NOC**).

OTRAS PRUEBAS Y ANALÍTICAS

Si es necesario, se ordenarán pruebas y analíticas: hemograma, ionograma, bioquímica, sedimento de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax o radiografía de abdomen.

2. VALORACIÓN FUNCIONAL

PROFESIONALES DE MEDICINA, ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



La valoración funcional busca conocer la capacidad de la persona para hacer sus actividades cotidianas de forma independiente. Con esta valoración se busca detectar y revertir la fragilidad para mantener la independencia en las actividades cotidianas el mayor tiempo posible (Anexo 2).

VALORACIÓN DE LA INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD) y actividades instrumentales (AIVD).

La valoración funcional determina la dependencia o independencia a la hora de comer, vestirse, realizar el aseo personal; la necesidad de pañales, sondas o colectores por incontinencia; la necesidad de apoyo para la movilidad (bastones, muletas, andadores, silla de ruedas); la habilidad para las transferencias (cama-sillón-baño) y los antecedentes de caídas.

Para evaluar las ABVD se utilizará el **Índice de Barthel** que puntúa de 0 a 100 puntos la capacidad de realizar 10 actividades básicas y establece 4 categorías: dependencia escasa, moderada, severa y total.

Para evaluar las AIVD se utilizará el **índice de Lawton y Brody** cuyo resultado es de 0 a 8, siendo 8 el máximo nivel de dependencia.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRAGILIDAD

Para la evaluación del riesgo de fragilidad se utilizarán:

- El **Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)**
- La escala **Short Physical Performance Battery (SPPB)**

El resultado total de la prueba SPPB es la suma de los 3 sub-tests.

Puede ser de entre 0 (peor) y 12. Los cambios en 1 punto importante.

Tener menos de 10 puntos indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad y de caídas.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Se utiliza el Cuestionario de Riesgo de Caídas con las siguientes preguntas:

- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
- ¿Ha sufrido dos o más caídas en el último año?
- ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (esta pregunta se considerará positiva si la prueba de ejecución utilizada para el cribado de fragilidad resulta alterada).

Tras la valoración del riesgo de caídas, la persona se clasifica como de bajo o alto riesgo de caídas.



VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Para la valoración de la actividad física se utilizan las siguientes escalas:

- Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)
- Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

3. VALORACIÓN COGNITIVA

PROFESIONALES DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

La valoración cognitiva busca detectar con tiempo el deterioro cognitivo, el diagnóstico temprano y la clasificación de la demencia para recomendar el mejor tratamiento que favorezca la autonomía de la persona durante la enfermedad (Anexo 3).

EXPLORACIÓN CLÍNICA

La exploración clínica incluye la valoración de:

- La orientación.
- La memoria.
- El lenguaje.
- El pensamiento.
- Las praxias.
- Las gnosias.
- El juicio.
- El andar.
- Los pares craneales.
- Los problemas neurológicos.



CRIBADO

De acuerdo con el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo, para el cribado de demencia se utilizarán las siguientes escalas:

- **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.**

Considera como puntos de corte:

- 23 o 24 puntos para personas de menos de 65 años.
- 27 o 28 puntos para personas mayores de 65 años.

- **Fototest** es para personas que no tienen los estudios primarios.

El test mide la capacidad de recordar 6 elementos que se muestran a la persona y se le pide que los nombre. En medio de la prueba se le pide que recuerde nombres de hombres y de mujeres.

VALORACIÓN AMPLIADA

Si se detecta deterioro cognitivo, se debe realizar una valoración ampliada en coordinación con medicina de atención primaria y derivación al servicio de neurología de referencia para la persona mayor. La valoración ampliada permitirá hacer una tipificación de la demencia y establecer el plan de tratamiento personalizado.

La valoración ampliada incluye:

- Exploración física: Índice de Masa Corporal o perímetro braquial, tensión arterial y auscultación cardíaca y de vasos del cuello.
- Exploración neurológica básica: pares craneales, incluido fondo de ojo, focalidad motora o sensitiva, movimientos anormales, valoración de la marcha, reflejos arcaicos, reflejos osteotendinosos y sensibilidad y signos de piramidalismo.
- Pruebas complementarias: hemograma y coagulación; bioquímica con ionograma (incluyendo calcio), perfil hepático y renal; función tiroidea; vitamina B12 y ácido fólico; serologías luética y VIH; sedimento de orina.
- Considerar realización de prueba básica de neuroimagen (TAC o RM de cráneo).
- Valoración de fragilidad, riesgo de caídas y de la autonomía personal.

CLASIFICACIÓN Y ESTADIAJE

Para la clasificación y estadiaje de la demencia se utilizarán la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg y la Escala de Evaluación Funcional (FAST).

Fase	GDS	FAST	Grado clínico
1	Sin pérdida alguna	Sin pérdida alguna	Normalidad
2	Alteración cognitiva subjetiva. Quejas de memoria o de otras funciones cognitivas.	Déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos	Deterioro cognitivo subjetivo
3	Déficits de memoria o cognitivas sutiles, observables por terceros	Déficits percibidos en contextos demandantes	Deterioro cognitivo ligero
4	Déficits claros en el examen clínico. Deterioro cognitivo moderado	Asistencia en tareas complejas como la gestión de finanzas o planificación de una celebración	Demencia leve
5	Deterioro cognitivo moderadamente grave. Dificultad en el recuerdo de detalles personas importantes	Asistencia en la elección apropiada de la ropa	Demencia moderada
6	Gran incapacidad para verbalizar episodios recientes de la vida. Puede olvidar el nombre de su cónyuge o hijos. Frecuentes alteraciones conductuales. Deterioro cognitivo severo.	FAST 6a. Asistencia para vestirse	Demencia moderadamente grave
		FAST 6b. Asistencia para ducharse	
		FAST 6c. Asistencia para el uso del WC	
		FAST 6d. Incontinencia urinaria	
		FAST 6e. Incontinencia fecal	
7	Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal. Deterioro cognitivo y motor muy grave	FAST 7a. Habla limitada a media docena de palabras.	Demencia grave
		FAST 7b: Habla inteligible limitada a una palabra	
		FAST 7c: Pérdida de la capacidad de andar	
		FAST 7d: Pérdida de la capacidad de mantenerse sentado	
		FAST 7e: Pérdida de la capacidad de sonreír	
		FAST 7f: Pérdida de la capacidad de sostener la cabeza	

EVALUACIÓN LONGITUDINAL

Para la evaluación longitudinal de la demencia se utilizarán las siguientes escalas:

- Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
- Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)
- Test de Velocidad de la Marcha y Cuestionario de Riesgo de Caídas.
- Mini-Mental-Status-Test (MMST) de Folstein.
- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

4. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

PROFESIONALES DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA



La valoración psicológica busca detectar la depresión, síntomas psicológicos o conductuales de la demencia, confusión aguda, insomnio o ansiedad, entre otros (Anexo 4).

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA (SPCD)

Los SPCD se clasifican en:

- Síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones y falsos reconocimientos.
- Síntomas afectivos: depresión, ansiedad y euforia.
- Trastornos vegetativos: trastorno del sueño y del apetito.
- Alteraciones de la conducta: apatía, irritabilidad, desinhibición, agresividad y actividad motora.

Para la valoración de los síntomas psicológicos y conductuales se utiliza el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings.

DEPRESIÓN

La depresión constituye una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en personas mayores y es la primera causa de suicidio a esta edad. Su recurrencia es frecuente y precede a enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer o Parkinson, entre otras.

El diagnóstico es esencialmente clínico y precisa de:

- Anamnesis.
- Exploración física y psicopatológica.
- Análisis (hemograma, bioquímica, TSH, cortisol, vitaminas).
- Pruebas de neuroimagen (TAC, RM) cuando se sospecha lesión cerebral.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

La depresión puede tener distintas formas clínicas:

- Depresión mayor.
Implica síntomas depresivos la mayor parte del tiempo durante al menos 2 semanas.
Estos síntomas afectan la capacidad de dormir, comer o realizar las actividades cotidianas.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
Incluye síntomas de depresión menos graves que duran mucho más tiempo, generalmente al menos 2 años.
- Depresión vascular.
Se relaciona con factores cerebrovasculares.
Suele presentarse junto con deterioro cognitivo, enlentecimiento psicomotor, menor ideación depresiva y menor conciencia del trastorno.
- Depresión con síntomas psicóticos.
Es una forma grave de depresión en la que una persona tiene creencias falsas fijas y perturbadoras (delirios), escucha o ve cosas que otros no pueden oír o ver (alucinaciones).

SÍNDROME CONFUSIONAL

Este síndrome empieza siendo grave o muy grave, tiene un desarrollo con altibajos y no se cura solo. La atención de la persona es dispersa, hiperalerta o con pérdida de respuestas y cambiante. La conducta es impredecible y los signos físicos son: taquicardia, temblor, sudoración, cambios de color y cambios de temperatura. Este síndrome necesita de tratamiento médico urgente.

APATÍA

La apatía se caracteriza por:

- Una reducción de la actividad habitual de la persona.
- Presenta cambios en 3 dimensiones durante al menos 4 semanas:
 - Dimensión conductual y cognitiva: pérdida de la motivación y falta de iniciativa.
 - Dimensión emocional: indiferencia emocional.
 - Interacción social: descenso de la sociabilidad.
- Puede tener un origen iatrogénico por consumo de psicofármacos.
- Puede desaparecer si se elimina lo que la causa.
- Su control mejora la calidad de vida de la persona afectada.



AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD

Es un síndrome que tiene causas y síntomas muy diferentes.

Consiste en un estado de exaltación motora (inquietud, gesticulación, deambulación, etc.) con movimientos automáticos e intencionales que no tienen un objetivo.

Se acompaña de una tensión interna, que puede manifestarse verbalmente o llegar a la agresión.

Estas conductas incluyen comportamientos muy diversos físicos o verbales.

Se producen hasta en el 67% de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, con una mayor frecuencia en estadios moderadamente avanzados (GDS 6) y en personas institucionalizadas.

La agitación se demuestra a través de cambios en la conducta que se clasifican en:

Conductas físicamente no agresivas <ul style="list-style-type: none">• Inquietud general• Gesticulación repentina• Caminar constante• Manejo inapropiado de objetos• Desvestirse en cualquier momento	Conductas verbalmente no agresivas <ul style="list-style-type: none">• Negativismo• Constantes peticiones de información• Jactancia verbal• Quejas o gemidos• Interrupciones• Frases reiterativas
Conductas físicamente agresivas <ul style="list-style-type: none">• Golpear• Empujar• Rascarse• Agarrar objetos o personas• Patear• Morder	Conductas verbalmente agresivas <ul style="list-style-type: none">• Chillidos• Lenguaje malsonante• Estallidos temperamentales• Emisión de ruidos extraños

Se debe hacer un diagnóstico diferencial para descartar el síndrome confusional agudo y las crisis parciales complejas. Es importante descartar otras causas que se pueden curar y han podido crear el estado de agitación.

Por ejemplo:

- Dolor, infecciones, retención urinaria, estreñimiento.
- Efectos secundarios de la farmacoterapia.
- Situaciones "problema": vestido, baño, comida, paseo.
- Estímulos visuales (luz) o auditivos (ruido).
- Uso de contenciones físicas.
- Cambios ambientales.



DESINHIBICIÓN

Comportamiento impulsivo e inapropiado producido por distraibilidad, inestabilidad emocional, escasa capacidad de juicio o desajuste en el comportamiento social.

Se asocia a otros síntomas psicológicos y conductuales tales como euforia, desinhibición sexual, agitación y agresión, impulsividad y conducta motora anómala.

PSICOSIS

Alteración del juicio de la realidad, con incapacidad de distinguir la realidad de la fantasía, lo que lleva a crear una realidad nueva. La psicosis engloba síntomas que pueden asociarse a enfermedades psiquiátricas, neurológicas o secundarias a problemas médicos o a fármacos. Presenta 3 síntomas claves: Ideas delirantes, Identificaciones erróneas delirantes y alucinaciones.

DELIRIOS

Son más habituales a medida que avanza la demencia.

Se diferencia de los delirios de otros trastornos psiquiátricos porque se manifiesta de forma más simple.

Suele tener una repercusión emocional y se mantiene en contra de toda prueba en contra.

Los delirios más frecuentes son los de robo o de ruina. Con menos frecuencia aparecen los delirios de referencia, en los que la persona cree que hablan de ella y de abandono.

Son poco habituales los delirios de grandeza, los delirios somáticos o los delirios de control.

Los delirios son predictores de agresividad física y suelen acompañarse de vociferación, conductas de vagabundeo e inquietud psicomotriz.

ALUCINACIONES

Las alucinaciones más comunes son las visuales y las auditivas.

Suelen aparecer cuando la demencia es moderada y su curso es fluctuante.

La alucinación más común es la aparición de personas que no están presentes, los defectos de percepción visual o del reconocimiento visual.

Las alucinaciones pueden ser agradables o terroríficas, es importante saberlo para elegir tratamiento. La frecuencia y tipo de alucinaciones es diferente según el tipo de demencia: son más habituales en la Demencia por Cuerpos de Lewy, la Demencia Vascular y la Enfermedad de Alzheimer.

Otros trastornos

- Trastornos del sueño: consiste en la desestructuración del ritmo vigilia-sueño, Hipersomnolencia o trastorno de la conducta del sueño -TCSREM
- Trastornos de la alimentación: como la hiperoralidad y la conducta alimentaria inadecuada.
- Conducta motora anómala: como la acatisia y la actividad motora frenética semipropositiva
- Manía y euforia
- Trastornos de la esfera sexual: como la hipersexualidad y la desinhibición.

5. VALORACIÓN SOCIAL

PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL Y PROFESIONAL DE REFERENCIA

La valoración social permite conocer la historia de vida, las preferencias de la persona, sus vínculos familiares y sociales, y sus relaciones con el entorno comunitario (Anexo 5).

HISTORIA DE VIDA

Conocer la historia de vida es muy importante para ofrecer una atención integral y centrada en la persona. Conocer los gustos y preferencias en la vida cotidiana y los vínculos familiares y sociales significativos para la persona, facilita la atención individualizada y el desarrollo de su proyecto de vida en el centro residencial.

La historia de vida es el relato que la persona mayor cuenta sobre su propia vida.

Cuando la persona no tiene capacidad suficiente para contarla,

La historia de vida podrá ser narrada por sus familiares o amigos,

siempre que así lo decida la persona o quien que le apoya en sus decisiones (tutor, curador).

Para saber más sobre los apoyos en la toma de decisiones consulta el **protocolo de promoción de medidas de apoyo en caso de discapacidad legal o de hecho**.

La historia de vida se recoge a través de entrevistas con la persona y su familia. Estas entrevistas las hace la persona Profesional de Referencia.

En la historia de vida se explica:

- Las personas con las que guarda especial relación.
- Sus lugares preferidos.
- Las anécdotas que le gusta recordar.
- Sus intereses actuales.
- Sus planes de futuro.



ACTIVIDADES COTIDIANAS CON SENTIDO

Para desarrollar el proyecto de vida en el centro, la persona debe poder hacer actividades cotidianas que tengan sentido para ella.

Se trata de conocer cuáles son las actividades cotidianas que la persona ha realizado a lo largo de su vida. Pueden ser actividades que se pueden mantener en el interior del centro tales como:

- Ordenar, cuidar plantas, barrer, doblar ropa, organizar objetos.
- Poner o quitar la mesa, servir, preparar y tomar el aperitivo o la merienda, fregar, ordenar.
- Elegir su ropa, ordenar el armario, hacer la cama, decorar el espacio personal.
- Actividades de autocuidado, peinado, aseo y arreglo personal, decorar, limpiar y ordenar.
- Jardinería y huerta.
- Barrer y ordenar terraza o jardín.
- Lectura o escucha de música al aire libre.

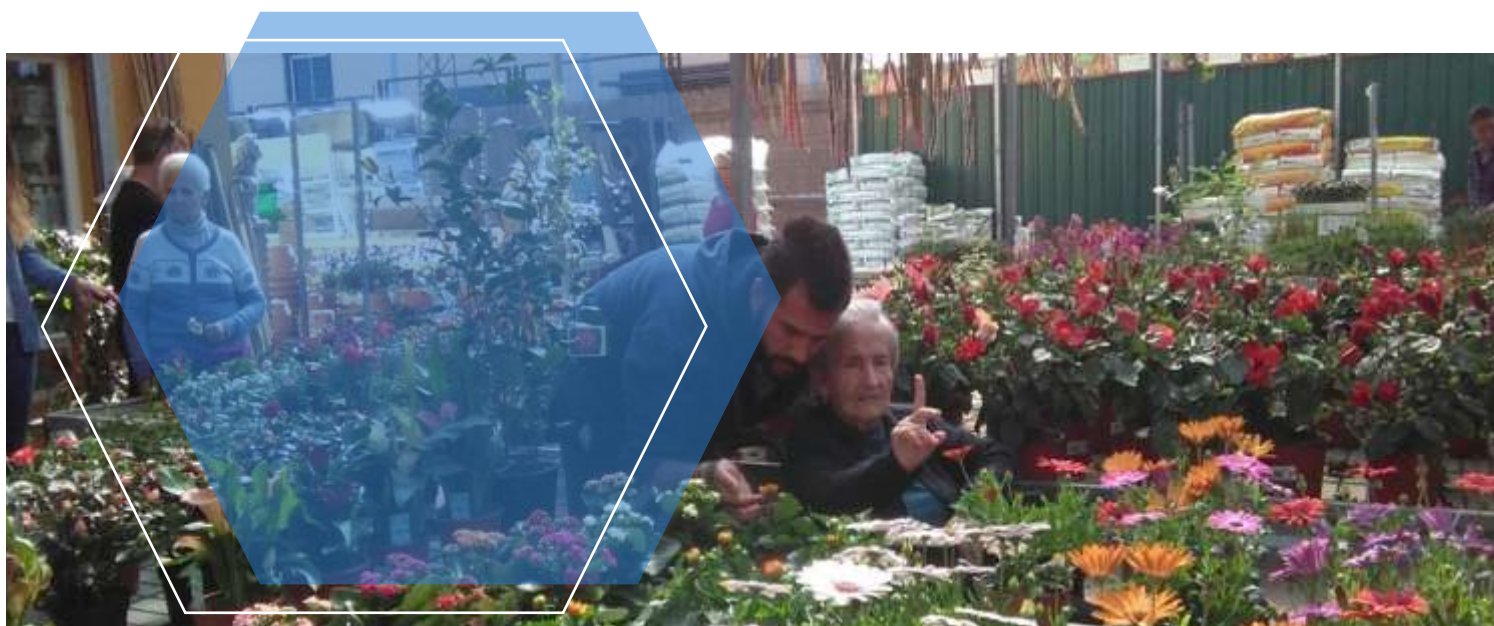
Es importante adaptar las actividades a las preferencias de cada persona y a sus diferentes capacidades. También hay que observar e identificar los gustos de la persona según su participación en actividades y respetar su decisión de no participar.



RECOMENDACIONES CLAVE

PARA LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- En la valoración integral se utilizarán los procedimientos y escalas que tengan evidencia científica reconocida y se aplicarán de forma homogénea en todos los centros residenciales.
- Se establecerán los mecanismos necesarios para que la persona mayor pueda participar en la valoración integral, sin importar su situación cognitiva o sus necesidades de apoyo.
- La valoración debe aportar información útil para elaborar un programa de atención individual con actividades que tengan sentido para la persona, especialmente si tiene demencia.
- Formarán parte de la valoración integral: la historia de vida, la exploración de los gustos y preferencias de la persona y la identificación de actividades cotidianas con sentido.
- Es bueno espaciar las valoraciones en el tiempo para no sobrecargar a la persona.
- Hay que evitar hacer varias veces pruebas o valoraciones que buscan conocer lo mismo.
- La valoración integral se repetirá al menos 1 vez al año y siempre que las condiciones de salud o sociales de la persona cambien.





ANEXOS

ANEXO 1. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA

- Criterios STOP- START y STOP- Frail
- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)
- Escala EVA de valoración del dolor.
- Escala PAIN-AD para personas con demencia.
- Diagnósticos enfermeros NANDA.
- Intervenciones de enfermería NIC.
- Resultados de enfermería NOC.

ANEXO 2. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL

- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton y Brody.
- Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ).
- Short Physical Performance Battery (SPPB).
- Cuestionario de Riesgo de Caídas.
- Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)
- Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

ANEXO 3. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN COGNITIVA

- Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.
- Fototest.
- Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg.
- Escala de Evaluación Funcional (FAST).

ANEXO 4. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA

- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

ANEXO 5. ESCALAS PARA LA VALORACIÓN SOCIAL

- Historia de vida
- Actividades cotidianas significativas.

Las escalas e instrumentos para la valoración integral están disponibles en la Comunidad Virtual de Aprendizaje de Residencias de Personas Mayores

<https://www.coviformacion.es/>



Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada

Entidades colaboradoras



FOTOGRAFÍA

Las fotografías utilizadas en este protocolo se han descargado bajo licencia de Freepik (<https://www.freepik.es/>) o han sido compartidas por el Centro Residencial de Personas Mayores El Buen Samaritano (Málaga) para este uso.