

UNIDAD DE
PSICOGERIATRÍA

PROGRAMA DE
ACTUACIÓN

**Documento elaborado por la
Residencia Asistida San Camilo**

Tres Cantos (Madrid)

CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

I. TRASTORNO DE CONDUCTA POR:

- 1) Agitación.
- 2) Delirio.
- 3) Agresividad física o verbal.
- 4) Fuga, vagabundeo.
- 5) Enfermedad psiquiátrica grave:
 1. Trastorno maniaco.
 2. Trastorno delirante.
 3. Trastorno esquizoide.

II. TRASTORNO DEL SUEÑO QUE ALTERE LA CONVIVENCIA.

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

Niveles de actuación

El departamento de Trabajo Social realiza sus competencias profesionales fundamentalmente en tres áreas, si bien la disponibilidad permite intervenir donde fuera necesario.

Estas tres áreas son: la individual, la grupal y la comunitaria, concretadas de esta manera:

- La persona mayor residente o del centro de día
- La familia de los residentes y de los usuarios del centro de día
- La Institución y entorno local

En las tres áreas, se trabaja en permanente coordinación con la Dirección, así como en relación con los otros departamentos.

Objetivo general

Promover y facilitar la socialización mediante las relaciones interpersonales como elemento humanizador en medio de la situación de dependencia de los residentes y usuarios del centro de día, y los grupos de pertenencia y de cuidados, priorizando el seguimiento personal e individualizado de los ancianos.

Objetivos específicos

- Acompañamiento a los ancianos en las necesidades que surgen con ocasión del internamiento, utilizando los recursos a nuestra disposición y aquellos a los que podemos derivar coordinando los agentes implicados en los cuidados.
- Atención a las familias en las necesidades relacionadas con la persona mayor, especialmente en los momentos críticos como el ingreso, los internamientos en centros hospitalarios como consecuencia de agudización de su situación de enfermedad, y la defunción, así como en otros momentos de seguimiento, apoyo, acompañamiento y en las gestiones derivadas.
- Mantenimiento de las relaciones institucionales que favorecen el buen funcionamiento del Centro, así como de las relaciones personales con referentes significativos de los programas y servicios relacionados con nuestro sector.
- Cuidado de cuantas cosas de la Casa promuevan la socialización de los mayores y el confort físico, intelectual, emotivo, relacional y espiritual.
- Tomar decisiones sustitutorias en relación a las personas con deterioro cognitivo grave promoviendo siempre el máximo de responsabilización de la persona y la máxima participación de la familia.

- Promover la integración en el Centro y evitar la desvinculación del residente con su lugar de pertenencia o entorno próximo, estimulando también la ilusión y la esperanza.
- Promover y participar en la dimensión lúdica de la vida del anciano, facilitando cuanto sea necesario para el buen desarrollo de las actividades recreativas organizadas en el Centro.

Actividades

A/ Con respecto al residente:

- Recepción de expedientes de admisión.
- Decidir quiénes y en qué momento han de ocupar las camas privadas
- Asignación de habitación teniendo en cuenta la opinión de enfermería y auxiliares.
- Coordinación de los actos lúdicos y deseos de los ancianos en lo referente a visitas, salidas, etc.
- Tramitación de las cuestiones de financiación de los diferentes actos recreativos y culturales que se programan en el Centro o fuera del mismo.
- Provisionamiento a los residentes de cualquier objeto personal del que tengan necesidad (objetos de higiene, de entretenimiento, de acceso a la información, de ropa,...) promoviendo el máximo de respeto a la identidad e individualidad de cada uno en su modo de presentarse en sociedad.
- Cuidado de los ambientes para que el residente y el anciano del Centro de Día disfrute del orden, la armonía, de la estética del confort y de la posibilidad de socializar.
- Atención al estado anímico de los residentes y ancianos del Centro de Día, contribuyendo a la estimulación en las intervenciones relacionadas con cuestiones sociales.
- Promover la comunicación y comunicar el afecto mediante el saludo diario a los residentes en sus plantas.
- Afrontamiento de los conflictos relacionales y personales mediante el diálogo individualizado.
- Apoyo en el manejo del dinero de bolsillo y en las gestiones bancarias a los residentes que lo soliciten, de acuerdo a con la familia, si la hubiere.
- Seguimiento de los ancianos ingresados en Centros hospitalarios y coordinación de los servicios prestados por la residencia.

- Acompañamiento en el final de la vida, prestando particular atención a las cuestiones sociales que se suscitan en estos momentos, así como contribuyendo al soporte emocional.
- Observación y especial atención a los residentes que no son capaces de identificar sus necesidades debido al deterioro cognitivo, así como estimulación para la máxima socialización posible.
- Promover el respeto de las decisiones que el anciano va tomando en relación a las cuestiones vinculadas al final de la vida.
- Realizar cuantas gestiones se deriven de las estancias temporales: petición de prórrogas, posibilidad de estancias permanentes,...
- Coordinación con los trabajadores sociales del Ayuntamiento o Centro de Salud para un conocimiento previo y posterior del mayor y su realidad.
- Información al familiar del seguimiento que creemos que ha de hacerle, una vez le hemos comunicado cómo el paciente ha hecho las AVD en la residencia.
- Contacto y coordinación con los profesionales de ayuda al paciente de los distintos Centros Hospitalarios a los que pueden ser derivados.
- Confrontación con los profesionales de la CAM con el fin de exigir concierto y legislación que ampare al anciano y a la Institución.

B/ Con respecto a la familia:

- Motivación para mantener relaciones sanas y frecuentes con el residente, potenciando las visitas.
- Mediación en el afrontamiento de los conflictos surgidos con ocasión de ingresos involuntarios, finalización de estancias temporales, defunciones, tramitaciones relativas a propiedades, etc.
- Información y asesoramiento a las familias de los residentes y de los usuarios del Centro de Día.
- Información a la familia de traslados a centros hospitalarios y coordinación de cuantas gestiones se derivan de esta situación.
- Ayuda a la familia en los trámites originados por la defunción del residente.

C/ Con respecto a la Institución:

- Representación a la Institución de acuerdo con la dirección en las gestiones con las Instituciones relacionadas con el Centro.

- Relación con la CAM en todo lo referente a ingresos y plazas residenciales
- Relación con el Ayuntamiento en relación al Centro de Día
- Relación fluida con las instituciones y organizaciones que prestan servicios relacionados con el departamento (entidades bancarias, suministradoras de material, centros de salud y hospitalarios, etc.)
- Participación en las sesiones interdisciplinares aportando lo específico de la historia social que pueda contribuir a un buen cuidado del paciente y a una buena relación con su familia.
- Entrega de cuanta información sea necesaria a los profesionales del Centro para fomentar la acogida, el conocimiento del anciano, su integración en el Centro y la mayor calidad de vida posible.
- Cuidar y promover el cuidado y la permanente mejora de los ambientes físicos que favorecen la socialización.

FORMACIÓN

El departamento de Trabajo Social participará en las actividades de formación organizadas por el Centro para los diferentes profesionales del mismo. Del mismo modo, estará atento a actividades de formación específica y participará en algún curso a lo largo del año.

Así mismo, contribuirá a la formación interna y externa, siguiendo a los alumnos en prácticas cuando estos sean de Trabajo Social y contribuyendo al buen funcionamiento de las actividades formativas de otros profesionales.

En caso de programarse alguna investigación el departamento de Trabajo Social evaluará la conveniencia de participar directamente y, en todo caso, facilitará el desarrollo de la misma en el Centro en lo relacionado con el departamento.

EVALUACIÓN Y MEMORIA

Al final del curso, el Departamento realizará una evaluación del trabajo realizado, valorando el cumplimiento de los objetivos y la oportunidad de las actividades y elaborará una memoria en vistas a una nueva programación en la que se pretenderá mejorar siempre la asistencia.

UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

PROGRAMA DE INTERVENCION MEDICA

La ubicación del paciente demenciado en módulos independientes dentro de la residencia o junto al resto de los residentes sin trastorno cognitivo es una cuestión difícil que se debe tomar de forma individualizada con cada uno de los pacientes con deterioro cognitivo.

El abordaje interdisciplinar, contemplando aspectos clínicos, sociales y organizativos dará la respuesta más adecuada en cada caso.

Conviene considerar algunas de las ventajas e inconvenientes de cada ubicación.

1. Unidad para pacientes demenciados:

•Ventajas:

1. Programación de actividades y tratamientos específicos
2. Atención por personal especializado en nº suficiente según la demanda de cuidados
3. Adaptación arquitectónica y medioambiental.
4. Prevención del impacto negativo que su deterioro pudiera tener sobre el normal funcionamiento del centro o sobre la situación anímica o cognitiva del resto de los residentes.

•Inconvenientes:

1. Disminución de la trama social del anciano y de su interacción con otros ancianos sin deterioro cognitivo.
2. Dificultad para establecer en qué estadio evolutivo el anciano debe ingresar en la unidad.
3. Coexistencia de diferentes fases evolutivas de la enfermedad.
4. Aumento de la necesidad de recursos para cada anciano.
5. Sobrecarga de los cuidadores.

2. Convivencia de anciano demente y no demente:

•Ventajas:

1. Integración del anciano demente en un marco “normalizado”, aumentando las aferencias sociales y potenciando el cuidado informal por parte del anciano no demente.
2. Reparto de la carga de trabajo del personal.
3. Ahorro de recursos en el diseño de espacios, actividades, personal especializado, etc.

•Inconvenientes:

1. Privar al anciano de espacios específicos con un diseño ambiental que le estimule y unas medidas de seguridad que minimicen el riesgo de accidentes.
2. Disconfort del anciano no demenciado y en ocasiones de su familia.
3. Imposibilidad o aumento de la dificultad para la aplicación de programas específicos
4. Disminución de la supervisión directa del anciano.
5. Aumento del riesgo de que los trastornos de conducta interfieren en la vida normal del centro y afecta al resto de los residentes.

A. PROTOCOLO DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA

➤Objetivos:

✦*Conocer el perfil de los pacientes actualmente ubicados en la Unidad de Psicogeriatría*

✦*Detectar posibles candidatos para el ingreso en la unidad en un futuro.*

1. Revisión de la **historia clínica** de los pacientes de la unidad de Psicogeriatría y de aquellos con deterioro cognitivo y/o alteraciones conductuales que están ubicados en el resto de la residencia.

2. Realización de **exploración física** general y neurológica de los mismos.

3. **Valoración psicométrica** del deterioro cognitivo:

- Test de Pfeiffer

- MEC de Lobo

- Test del reloj

-Test del informador

4. **Valoración psicoafectiva:**

- GDS de Yesavage

- Escala de Cornell

5. **Valoración funcional:**

- CRF

- I. Barthel

- I. Lawton

6. **Estudios complementarios:**

- Descartar causas 2ª de deterioro cognitivo.

7. **Establecer el diagnóstico de demencia:**

- DSM- IV

Diagnostico diferencial:

- Depresión con deterioro cognitivo 2º

- SCA

- Otros cuadros de deterioro de memoria

- Otras enfermedades neurológicas o psiquiátricas

8. **Filiar el tipo de demencia** que presenta:

- EA

- Demencia por cuerpos de Lewy

- Demencia vascular

- Otras demencias 2ª

9. **Evolución del grado de demencia:**

- Escala de deterioro global (GDS) de Reisberg (7 estadios)

- Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes (0-3)

10. **Valoración de la perturbación conductual:**

- ADAS

- DBD

B. UNIDAD DINÁMICA

1. Criterios de ingreso en la Unidad:

- **Deterioro cognitivo con alteraciones de conducta que precisen de una supervisión directa más estrecha o que pudieran tener un impacto negativo sobre el normal funcionamiento del centro o sobre la situación anímica o cognitiva del resto de los residentes.**

- **Enfermedades psiquiátricas.**

2. Criterios de salida de la Unidad:

- **Resolución de las alteraciones conductuales que motivaron el ingreso en la unidad.**

- **Que presenten criterios de terminalidad que hagan aconsejable el traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos para un mejor control de síntomas.**

C. TERAPIA FARMACOLÓGICA.

1. Tratamiento de las demencias secundarias:

- **Hipotiroidismo**

- **Déficit vitamínico**

- **Alcoholismo**

- **Hidrocefalia normotensiva**

- **Hematoma subdural**

- **Tumores cerebrales**

- **Pseudodemencia depresiva**

2. Tratamiento de la demencia de perfil vascular:

- **Controlar los factores de riesgo vascular: control cifras de glucemia, tensión arterial, colesterol, tabaco.**

- **Tratamiento de la cardiopatía de base con especial atención a las embolígenas mediante agregación o anticoagulación.**

3. Tratamiento de las demencias de perfil degenerativo:

- **Anticolinesterásicos: facilitar el enlentecimiento del defecto intelectual.**

4. Tratamiento sintomático del deterioro cognitivo:

El tratamiento de los trastornos del comportamiento y de otros síntomas es un factor indispensable en el manejo del anciano con demencia. Intentaremos controlar, fundamentalmente, las alteraciones de la conducta, la ansiedad, la depresión y el insomnio:

a. Tratamiento de las alteraciones de la conducta:

Uso de neurolépticos (haloperidol, tioridazina, clorpromacina, risperidona...), ateniéndonos a unas reglas básicas del uso de psicofármacos en los ancianos:

- **Conocer la situación orgánica**

básica del anciano (función renal, hepática, nutrición ...).

- **Comenzar por la mitad de dosis**

habitual y aumentar progresivamente.

- **Intentar alcanzar la dosis mínima**

eficaz, que varía mucho según cada anciano y el grado de evolución de la demencia.

- **Usar la vía parenteral en**

situaciones de agitación psicomotriz.

- **Revisar cada 15 días la necesidad**

de la medicación.

- **Reducir en lo posible la asociación**

de psicofármacos.

- Cambiar de medicamento cuando, tras un tiempo prudencial, no haya hecho efecto.

b. Tratamiento de la ansiedad:

- Benzodiacepinas de vida media corta o media (loracepam, oxacepam, alprazolam)

c. Tratamiento del insomnio:

- Benzodiacepinas a la dosis mínima eficaz y durante el tiempo imprescindible.

- Otros (clometiazol, trazodona ...).

d. Tratamiento de la depresión:

- ISRS

D. TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS

Las medidas terapéuticas no farmacológicas son las más importantes en una persona que padece demencia. Estas van a organizarse alrededor de un concepto básico: ESTIMULACION, atendiendo a los siguientes apartados:

1. Medidas generales:

- Estimular la independencia de forma permanente, potenciando las capacidades residuales.

- Modificaciones ambientales:

. Evitar accidentes (escaleras, ventanas, fuentes de calor, cubiertos...)

. Colocar elementos de orientación

2. Comunicación:

- Frases cortas, fácil comprensión, pocas opciones de respuesta.

- Contacto físico, comunicación no verbal (gestos, caricias ...)

3. Trastornos de conducta:

- Selección estricta y revisión periódica de los pacientes en los que se va a aplicar medidas de sujeción.

- Buscar causas desencadenantes y evitarlas.

- Retirar elementos que tengan riesgo potencial

- Hablarle con calma evitando el enfrentamiento e intentar cambiar de tema

4. Insomnio:

- Medidas higiénicas habituales antes de recurrir a fármacos: evitar dormir durante el día, no cenar demasiado, evitar ruidos y molestias durante la noche.

5. Terapias cognitivas:

- Técnicas de orientación a la realidad

- Técnicas de orientación de la memoria

- Terapias de reminiscencia

- Musicoterapia

6. Fisioterapia:

- Retrasar el deterioro funcional

- Evitar las complicaciones del inmovilismo: UPP, estreñimiento

7. Terapia ocupacional:

- Reentrenamiento en la realización de las ABVD

- Ayudas técnicas

8. Apoyo familiar:

- Informarles desde el principio de la evolución de la enfermedad.

- Asesorarles de cómo deben actuar ante determinadas situaciones cuando van a visitarle o deciden sacarle durante algunos días de la residencia.

- Involuntariedad de los problemas

- **Contacto telefónico estrecho comunicándoles cualquier incidencia o cambio en su estado basal.**

E. LABOR DOCENTE

1. Del personal de la residencia:

- **Sesiones de formación permanente**
- **Archivo con material bibliográfico referente a las demencias**

2. De alumnos en formación

F. INVESTIGACIÓN

➤ Realización de estudios de investigación:

- **Publicaciones en revistas.**
- **Comunicaciones a congresos**

PSICOLOGÍA INTERVENCIÓN PSICOGERIATRÍA.

I. OBJETIVOS.

1. Aumentar la calidad de los cuidados.
2. Cuidar al cuidador. El trabajador receptor de tensión y estrés
3. Mejorar la comunicación.
4. Eliminar riesgos en los cuidados.
5. Preservar niveles de autonomía funcional, cognitivo, afectivo.
6. Evitar aislamiento, desapego, desvinculación.
7. Evitar exclusión y marginación.
8. Proponer el aprendizaje de estrategias de estimulación en planta.
9. Adquirir habilidades para el manejo de situaciones difíciles en los cuidados.
10. Intervención cognitiva en enfermedades degenerativa.
11. Aumentar la calidad de vida.
12. Mejorar la relación con los familiares.

II. CONTENIDOS

1. Cómo estimular capacidades cognitivas en planta.
2. Alteraciones psicológicas y del comportamiento. Protocolos de actuación en:
 - Pérdida de memoria. Falta de conciencia de la enfermedad.
 - Delirios. Alucinaciones. Interpretaciones erróneas.
 - Comunicación.
 - Depresión. Labilidad emocional. Suicidio.
 - Ansiedad. Quejas e insultos contra el cuidador.
 - Agitación, violencia y agresión.
 - Deambulación. Inmovilismo, inactividad.
3. Cuidado del cuidador.
4. Estimulación y rehabilitación cognitiva. Técnicas, materiales.
5. La familia del anciano institucionalizado.

III. METODOLOGÍA.

1. Entrega de protocolos.
2. Curso de formación. Dinámica de grupos. Rol-playing.
3. Psicoterapia de grupo.
4. Grupos de psicoestimulación reducidos.

IV. CONCLUSIÓN.

La intervención del Servicio de psicología se diseña para:

1. Ofrecer habilidades para manejar con competencia una serie de actitudes y comportamientos que mejore la calidad de la atención al anciano.
2. Fomentar un clima de autenticidad y aceptación que nos permita trabajar en equipo.
3. Satisfacer las necesidades del anciano y la familia.
4. Crear un ambiente sano de trabajo. Reducir al máximo la ansiedad y el estrés de los cuidadores que trabajan con estas personas.

UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Programa de Enfermería.

Objetivo principal: Mantener y mejorar la atención integrada al residente

• Objetivos secundarios:

♣ *Prevención de riesgos-mantenimiento de un entorno seguro.*

Actividades:

- Administración de la medicación. La administración de medicación oral ha de ser realizada de manera personalizada por el personal de enfermería de la planta. La administración de medicación del desayuno se realizará personalmente por el enfermero de planta, siempre que sea posible. En aquellos casos en que no esté asegurada la correcta deglución de la medicación, ésta se administrará desmenuzada en polvos o soluciones. Bajo ningún concepto se dejará medicación sobre las mesas o al alcance de los residentes.
- Supervisión en sala. Todo el tiempo que permanezcan los residentes en el salón-comedor deberán estar bajo vigilancia del personal, esto incluye los momentos de desayuno y merienda del personal así como cualquier momento en que quede algún residente en la planta. Durante las reuniones o actividades formativas para el personal se quedarán en planta dos auxiliares para poder velar por la seguridad en la planta así como hacer frente a los imprevistos que pudieran surgir.
- Supervisión nocturna. Durante la noche habrá presencia física de personal de enfermería en planta.
- Material diverso. El material de uso sanitario así como el empleado para la administración de alimentación deberá ser supervisado por el personal. El uso de cuchillos está reservado al personal. Todos los vasos que se proporcionen a los residentes deberán ser de material irrompible. Los platos se colocarán en las mesas una vez servidos y serán controlados por el personal. Una vez que el residente haya terminado de comer se retirará lo antes posible el material empleado.
- Traslado a las actividades. El traslado a las actividades se realizará siempre en compañía del personal. Aquellas personas con riesgo de fuga o tendencia al vagabundeo bajarán a las actividades en último lugar siendo los primeros en regresar a la planta al finalizar la actividad. Los asistentes al centro de día serán acompañados por el personal hasta la entrada del centro.
- Estructura física. La planta deberá estar libre de obstáculos (carros, gruas, etc.) que puedan facilitar las caídas o golpes de los residentes. Las puertas que comuniquen con el exterior deberán permanecer en todo momento cerradas y clausuradas con cierres de seguridad.

♣ *Integración –mantenimiento en las actividades normales de la residencia*

Actividades

- Asistencia a actividades. Durante la mañana y la tarde todos los residentes acudirán a las actividades planificadas en el centro en función de los horarios y turnos establecidos. La no asistencia por motivos de empeoramiento o alteración inusual del comportamiento será valorada y evaluada a diario por el personal médico y de enfermería.
- Mantenimiento de hábitos. Se mantendrá en todo caso dentro de lo posible la realización de las actividades habituales del residente tales como salir con su familia, bajar a la cafetería (siempre y cuando no entrañe riesgo), visitar a antiguos compañeros de planta, etc.
- Integración en la residencia. Se mantendrá por parte de todo el personal de la residencia una actitud de apertura e integración de los residentes de la unidad de psicogeriatría y se promoverá al resto de los residentes la mejor aceptación e inclusión de aquellos en la vida diaria del centro.
- Actividades extraordinarias. Se promoverá la asistencia de los residentes a aquellas actividades extraordinarias tales como teatro, excursiones, etc. siempre que no entrañen riesgo para la persona y vayan acompañados del personal necesario.

♣ *Estimulación de centros de interés-animación*

Actividades

- Actividades en planta. Durante el tiempo que los residentes permanezcan en planta y que deberán estar acompañados por personal , se realizarán actividades de estimulación física y psíquica tales como paseo por la planta, musicoterapia, lectura de revistas y cuentos , actividades de orientación y estimulación de la memoria así como juegos sencillos.
- Mantenimiento de la independencia en las AVDs. Se potenciará en la medida de lo posible la mayor independencia en la realización de las AVDs por parte de los residentes especialmente en aquellas actividades relacionadas con la alimentación e higiene-arreglo personal proporcionando útiles cómodos y de sencillo manejo así como valorando de manera continuada las capacidades de la persona.

♣ *Mantenimiento y promoción de la salud*

Actividades

- Prevención de úlceras por presión. Se realizarán cambios posturales cada 3 horas en aquellos residentes que permanezcan encamados así como durante la noche. Se realizará un adecuado aseo diario e hidratación vigilando cuidadosamente los puntos de presión y comunicando inmediatamente cualquier signo de alarma al enfermero de planta. En aquellos casos en que exista un mayor riesgo, se colocarán dispositivos

de prevención tales como colchones de aire, módulos de agua en silla y cama, etc. Ante la presencia de UPP se aplicará el protocolo de curas existente en el centro para estos casos.

- Prevención del estreñimiento. Se realizará una vigilancia exhaustiva del patrón intestinal de los residentes reflejándolo en la gráfica de deposiciones anotando cantidad y frecuencia y avisando directamente al enfermero de planta ante cualquier característica anormal de las mismas. En aquellos casos de estreñimiento se aplicará el protocolo existente en el centro para estos casos.
- Estimulación de la ingesta hídrica y nutricional. Todo el personal deberá estar atento de la adecuada y suficiente ingesta de alimentos así como del aporte hídrico estimulando la ingesta y dejando constancia de aquellos casos en que esta no sea posible (por alteración del comportamiento u otras causas) . Cuando la ingesta sea insuficiente el personal médico y de enfermería valorará la conveniencia de añadir a la dieta algún tipo de suplemento nutricional.

♣ *Atención a las familias*

Actividades

- Comunicación de incidencias. El personal de enfermería se encargará de informar a los familiares responsables del residente sobre cualquier situación que suponga cambio relevante en su patrón de salud. También se informará en aquellos casos en que sea preciso administrar nutrición a través de sonda nasogástrica, asistencia a consultas externas, cambios de planta, etc.
- Promoción del acompañamiento al residente. Se estimulará a los familiares a visitar a los residentes dejando libertad, siempre que no entrañe riesgo, para salir de la planta y en su caso del centro. En estos casos deberá informarse siempre al enfermero de planta o en su ausencia a los auxiliares. Igualmente se animará a participar de las actividades familiares del centro.
- Grupos de auto-ayuda. Aquellos familiares que lo deseen tienen la posibilidad de asistir a grupos de auto-ayuda para familiares donde coordinados, por un psicólogo poder compartir su vivencia de la enfermedad de su familiar.

PROGRAMA DE ACTUACIÓN EN PSICOGERIATRIA

Debido al perfil que presentan los residentes de la 5ª planta, nos planteamos como *objetivo fundamental*, la máxima estimulación psicofísica atendiendo a las características específicas del colectivo ingresado en esta planta, con el fin de que el anciano pueda mantener sus capacidades residuales y prevenir secundariamente las secuelas de síndromes que pudieran aparecer, sobre todo, síndromes de inmovilismo, síndromes postcaídas, episodios de agitación, confusión y desorientación ..., teniendo en cuenta las limitaciones especiales por el deterioro cognitivo que la mayoría de ellos presentan.

Al igual que el resto de ancianos de la residencia, son derivados por el departamento médico y, valorados al ingreso para poder objetivar las áreas deficitarias susceptibles de tratamiento y las capacidades residuales sobre las que se va incidir en el servicio de rehabilitación. Esta valoración es complementada por el resto del equipo.

Con esta valoración pretendemos evaluar la situación funcional de cada anciano, observándose situación física, grado de deterioro cognitivo y capacidad para el desempeño de ABVD. Conjuntamente con el servicio de psicología y servicio de animación, se valoran las necesidades del anciano recién ingresado en el centro.

Haciendo hincapié en sus características especiales se procederá, en la medida de lo posible, a su integración en el programa de actividades, priorizando aquellos aspectos deficitarios importantes a tratar y, quedando reflejando en una tabla de actividades presente en cada una de las plantas con soporte informático. Esta tabla pretende que, de una forma gráfica refleje la actividad que cada residente y usuario de CD tiene programada en cada turno, facilitando de este modo, los desplazamientos que el personal de planta tiene que realizar.

Para conseguir nuestro objetivo de máxima estimulación, siempre y cuando no exista una patología aguda o contraindicación, utilizaremos diferentes tipos de estimulación:

- Física
- Sensorial.
- Cognitiva
- Personal.

Esto se conseguirá con dos métodos:

- Individual: sobre todo cuando las características específicas del sujeto no permitan adaptarse al grupo rompiendo su dinámica.
- Grupal: normalmente grupos reducidos en el propio departamento y en el que los residentes de distintas plantas se mezclan. Cada

planta tiene un horario establecido en la mañana, por lo que los ancianos de la 5ª planta interactúan en el gimnasio con los residentes de la 3ª. Durante la tarde los ancianos de la planta de psicogeriatría acuden con otros grupos de residentes de todas y cada una de las plantas de la residencia. En psicoterapia de grupo y animación están integrados residentes de todas y cada una de las plantas.

Para conseguir este objetivo de máxima estimulación, intentamos conseguir también la máxima participación, disminuyendo el tiempo que los ancianos permanecen en planta favoreciendo la integración y las relaciones interpersonales, y de este modo, disminuir los tiempos muertos que tan negativamente influyen en el avance del deterioro cognitivo. Para conseguir esto, y a diferencia de otras plantas, el número de desplazamientos se ha mantenido a pesar de la distancia y de que precisan muchos de ellos, de gran ayuda del personal auxiliar para realizar los traslados.

Los objetivos marcados se trabajan de forma integral utilizando diferentes técnicas terapéuticas tanto del campo de la terapia ocupacional como de la fisioterapia, psicoterapia y animación, técnicas utilizadas de forma similar con residentes de otras plantas. Pretendemos de este modo no establecer diferencias en el tratamiento con otros residentes, creando grupos aislados del resto, a pesar de que, en muchos casos, la dedicación exigida por este colectivo es mayor.

En la actualidad los residentes de la planta de psicogeriatría, están asistiendo a las actividades de la Residencia de la siguiente manera:

Mañanas:

- De 10.30 a 12.30, asisten de lunes a viernes a:
 - Rehabilitación
 - Animación
 - Terapia de grupo
- Sábados de 11.00 a 12.30:
 - Animación
 - Movilización en planta

Tardes:

- De 15.30 a 16.30 de lunes a viernes:
 - Ergoterapia
 - Rehabilitación
 - Animación

Nuestra propuesta es consolidar las tardes de 17.30 a 18.30, con actividades de sencilla realización, para lo cual habrá que adquirir material, con la finalidad de que pueda ser realizado por el personal de planta y voluntariado.

SERVICIO RELIGIOSO Y VOLUNTARIADO

Desde el departamento de pastoral, pensamos que nuestra labor es la de complementar el trabajo de otros servicios de la casa y el personal de planta realizan con los residentes de Psicogeriatría.

En la selección de voluntarios, intentando derivar a la planta a personas preparadas y con capacidad de trabajar bajo la supervisión del personal de planta. Nuestro objetivo es la estimulación afectiva de los residentes. Según lo considere el personal de planta, los voluntarios ayudarán a bajar o subir a personas en silla de ruedas, pasar ratos con ellos, paseos, ayudar a dar comidas. Durante este año, hemos intentado derivar a Psicogeriatría a voluntarios con las siguientes funciones:

- Ponerse a disposición del personal de planta, no hacer nada sin su aprobación
- Transmitir cercanía, tranquilidad y cariño (lenguaje no verbal)
- El que pueda, ayudar en las comidas
- Mantener el contacto del paciente con el exterior
- Salir con alguien de la planta por las tardes

Tanto el capellán como el agente de pastoral intentarán conocer y responder a las necesidades religiosas de los residentes.

Aspectos a coordinar con planta y otros departamentos:

- Quién baja a Misa y quién les acompaña (agente de pastoral y auxiliares)
- Valoración del funcionamiento del voluntariado (agente de pastoral con auxiliares y enfermería)
- Formación a los voluntarios (agente de pastoral y psicólogo)
- Sacramentos y atención religiosa a residentes (capellán y agente de pastoral)
- Atender las inquietudes religiosas de los familiares (agente de pastoral y capellán)
- Posibilidad de incorporar voluntarios a las actividades que se organicen desde el departamento de animación sociocultural (agente de pastoral y animación)

Tras el verano, intentaremos reforzar la presencia de voluntarios en planta por las mañanas.