

INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN INSTITUCIONES

Laura Barbero Miguel

IDEASPROPIAS
editorial

Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones

Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones

Respuesta asistencial a las necesidades
especiales de las personas dependientes

Autora

Laura Barbero Miguel (Salamanca, 1976) es diplomada universitaria en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca, diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad, especialista en Enfermería del Trabajo por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y experta universitaria en Enfermería en Accidente de Trabajo por la Universidad de Alcalá de Henares. Acredita una amplia formación complementaria en los sectores sociosanitario y educativo.

Posee experiencia laboral como enfermera en todos los niveles asistenciales de salud, desde la atención primaria hasta los servicios especiales de atención hospitalaria. También ha trabajado en los ámbitos de la sanidad privada y de la enfermería geriátrica. Tiene una extensa experiencia docente como formadora en las especialidades de auxiliar de ayuda a domicilio y auxiliar de geriatría, y como colaboradora en la Universidad de Alcalá.

Es coautora del libro *Cuidador familiar y dependencia: la otra cara del accidente de trabajo*, publicado por Mutua Asepeyo en el marco de la cátedra Asepeyo de la Universidad de Alcalá de Henares. También ha publicado en coautoría un estudio de investigación relacionado con la figura del cuidador familiar, titulado *Cuidador familiar por accidente laboral. Etapas y estrategias para el cuidado*.

Ficha de catalogación bibliográfica

Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones. Respuesta asistencial a las necesidades especiales de las personas dependientes

2.ª edición
Ideaspropias Editorial, Vigo, 2013

ISBN: 978-84-9839-440-5
Formato: 17 x 24 cm • Páginas: 214

INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN INSTITUCIONES.
RESPUESTA ASISTENCIAL A LAS NECESIDADES ESPECIALES DE LAS
PERSONAS DEPENDIENTES.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS 2013, respecto a la segunda edición en español, por

© Ideaspropias Editorial.

ISBN: 978-84-9839-440-5
Depósito legal: VG 774-2013
Autora: Laura Barbero Miguel
Impreso en España - Printed in Spain

Ideaspropias Editorial ha incorporado en la elaboración de este material didáctico citas y referencias de obras divulgadas y ha cumplido todos los requisitos establecidos por la Ley de Propiedad Intelectual. Por los posibles errores y omisiones, se excusa previamente y está dispuesta a introducir las correcciones pertinentes en próximas ediciones y reimpressiones.

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
1 Reconocimiento de las necesidades especiales de las personas dependientes	13
1.1. Necesidades especiales de los usuarios dependientes	14
1.2. Situaciones especiales: usuarios sin familia o familias desestructuradas	18
1.3. Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física	21
1.3.1. Aplicación de técnicas e instrumentos de observación en función del usuario y sus características	24
1.4. Tipos de ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana	31
CONCLUSIONES	35
AUTOEVALUACIÓN	37
SOLUCIONES	41
2 Participación en la atención sanitaria para personas dependientes en el ámbito sociosanitario	43
2.1. Anatomofisiología y patologías más frecuentes	44
2.1.1. Sistema cardiovascular	44
2.1.2. Sistema respiratorio	47
2.1.3. Sistema excretor	50
2.2. Participación en la toma de constantes vitales	52
2.3. Participación en la administración de medicación: vías oral, tópica y rectal	56
2.4. Medicación en el caso de personas con diabetes	58
2.5. Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia	60
2.6. Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos de frío-calor	63
2.7. Uso de materiales para la medicación	65
2.8. Riesgos de los medicamentos	67
2.9. Prevención de riesgos laborales en las tareas sanitarias	69
CONCLUSIONES	71
AUTOEVALUACIÓN	73
SOLUCIONES	77

3	Colaboración en la movilización, el traslado y la deambulaci3n de los usuarios	83
3.1.	Principios anatomofisiol3gicos de sost3n y movimiento del cuerpo humano	84
3.1.1.	Anatomofisiolog3a del aparato locomotor	84
3.1.2.	Patolog3as m3s frecuentes del aparato locomotor	90
3.2.	Principios anatomofisiol3gicos del sistema nervioso	94
3.3.	Posiciones anat3micas	98
3.4.	Principios de mec3nica corporal	101
3.5.	T3cnicas de movilizaci3n, traslado y deambulaci3n	103
3.5.1.	Preparaci3n para el traslado	104
3.5.2.	Movilizaci3n de personas dependientes	105
3.5.3.	Acompa1amiento en la deambulaci3n	115
3.5.4.	Prevenci3n de ca3das y accidentes del usuario	116
3.5.5.	Ayudas t3cnicas para la deambulaci3n, el traslado y la movilizaci3n de personas dependientes	117
3.6.	Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n	119
	CONCLUSIONES	121
	AUTOEVALUACI3N	123
	SOLUCIONES	127
4	Prestaci3n de primeros auxilios en situaciones de urgencia en instituciones	129
4.1.	Reconocimiento de las situaciones de riesgo: protocolos y normas sobre cu3ndo intervenir. Avisos a los profesionales responsables	130
4.2.	T3cnicas de actuaci3n urgente	136
4.2.1.	Intoxicaciones	136
4.2.2.	Atragantamiento por ingest3n de cuerpos extra1os	139
4.2.3.	Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones	141
4.2.4.	Reanimaci3n CardioPulmonar (RCP)	145
4.2.5.	Hemorragias externas	150
4.2.6.	Quemaduras	152
4.2.7.	Congelaciones	156
4.2.8.	Descargas el3ctricas	157
4.2.9.	Picaduras y mordeduras	159
4.3.	Mantenimiento de botiquines	161
	CONCLUSIONES	163
	AUTOEVALUACI3N	165
	SOLUCIONES	169

5 Cumplimiento de las normas de limpieza de materiales e instrumentos sanitarios	171
5.1. Principales materiales e instrumentos sanitarios	172
5.2. Aplicación de operaciones de limpieza de materiales sanitarios	175
5.3. Proceso de desinfección. Métodos y materiales	178
5.4. Proceso de esterilización. Métodos y materiales	181
5.5. Prevención de infecciones	185
5.6. Eliminación de residuos sanitarios	188
5.7. Prevención de riesgos laborales en las tareas de limpieza de material sanitario	190
CONCLUSIONES	193
AUTOEVALUACIÓN	195
SOLUCIONES	197
PREGUNTAS FRECUENTES	199
GLOSARIO	203
EXAMEN	205
BIBLIOGRAFÍA	211

PRÓLOGO

Siempre he pensado que, durante la vida, son muchas las situaciones en las que las personas necesitamos unas de otras, y que este camino difícilmente podemos recorrerlo en soledad. Me hice enfermera al darme cuenta de que, cuando en mi camino aparecían personas que me necesitaban, me sentía enormemente privilegiada. Y así es. Es un privilegio poder ayudar a un ser humano. Asumir esa responsabilidad y ejercer día tras día la encomiable tarea de cuidar es, sin ningún tipo de duda, la mejor elección que he hecho en mi vida.

La pérdida de independencia en el ser humano debida a razones de salud se manifiesta como un fenómeno de dimensiones dramáticas. Durante el día a día, las personas independientes, no reparamos en cada actividad que realizamos, ni le damos importancia a nuestra brillante capacidad para ejecutar los más diversos movimientos con nuestro cuerpo. El acto de coger un vaso de agua y llevarlo a nuestra boca cuando tenemos sed, la forma en que nos levantamos cada mañana de la cama y ponemos los pies en el suelo...

Un ser humano enfermo o incapacitado para realizar alguna actividad básica, la que sea, no debería despertar solo la mera compasión. La necesidad de otros despierta en mí la solidaridad más profunda, la imagen en sus rostros anónimos de «Podría ser mi madre» o «Podría ser yo». No se trata solo de saber ponerse en el lugar del otro y, por supuesto, saber volver a tu propio lugar; se trata de comprender el sufrimiento que representa para una persona el tener que depender de otra y, al mismo tiempo, ayudarle a que esa dependencia nunca sea sinónimo de pérdida, inutilidad, fracaso o final.

Para alcanzar este nivel de comprensión, me acerco a los pacientes no solo porque «Podría ser yo», sino porque «Si fuera yo» también me gustaría que me trataran así. Es sencillo. No interiorizo su dolor, ni su hambre, ni su sed, ni su dificultad respiratoria. No se trata de sufrir por ellos para que ellos no sufran. Se trata de comprender que están sufriendo, y querer y poder hacer lo que esté en mi mano para aliviar ese sufrimiento. Para ello, solo hay que aplicar unos cuantos conocimientos y una buena dosis de humanidad. Nada más.

Después de mi experiencia en distintas instituciones sanitarias, y superados aquellos temores iniciales del primer contacto con el usuario, el concepto «cuidar» ha ido adquiriendo en mi vida un significado que va más allá de su definición.

Cuidar de una persona dependiente es, sin ninguna duda, más que una tarea profesional o una obligación. Más que una cualidad o una capacidad técnica. Cuidar de otros es, al menos para mí, simplemente un honor, un auténtico privilegio.

Laura Barbero Miguel

Intervención en la atención socio sanitaria en instituciones

1 Reconocimiento de las necesidades especiales de las personas dependientes

Objetivos

- Reconocer las necesidades especiales de las personas dependientes en función de su capacidad para la consecución de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Identificar los factores característicos que influyen en la situación de los usuarios sin familia o con familias desestructuradas.
- Saber qué técnicas e instrumentos de observación son los más adecuados para obtener una fiable valoración funcional del usuario.
- Enumerar y describir los tipos de ayudas técnicas y tecnológicas más convenientes para las personas en función de su nivel de dependencia

Contenidos

1. Reconocimiento de las necesidades especiales de las personas dependientes
 - 1.1. Necesidades especiales de los usuarios dependientes
 - 1.2. Situaciones especiales: usuarios sin familia o familias desestructuradas
 - 1.3. Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física
 - 1.3.1. Aplicación de técnicas e instrumentos de observación en función del usuario y sus características
 - 1.4. Tipos de ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana

1.1. Necesidades especiales de los usuarios dependientes

Es necesario tener en cuenta que con las personas dependientes que se encuentran dentro de las instituciones sociosanitarias se debe mantener siempre el enfoque global del ser humano. Es decir, a medida que el personal sociosanitario ayuda al individuo a cubrir sus necesidades básicas, se tendrán en cuenta el resto de necesidades humanas y se mantendrá la perspectiva de que estas presentan un orden ascendente para su consecución.

El concepto **necesidad** debe ser concebido con un doble significado. En primer lugar, por necesidad se entiende la falta o carencia de algo imprescindible para la vida y, en segundo lugar, el requerimiento o impulso de conseguir algo que, aunque no sea imprescindible para vivir, se desea.

En consecuencia, según el primer significado se habla de **necesidad primaria o básica** mientras que, según el segundo significado, se habla de **necesidad secundaria o superior**.

El psicólogo americano Abraham Maslow observó que el ser humano posee una serie de necesidades que debe satisfacer por orden de importancia y estableció una jerarquía de estas necesidades mediante la **pirámide de Maslow**, donde situó las más importantes (básicas o primarias) en la base y las siguientes encima de forma ascendente. Así, se refleja que las necesidades fisiológicas son las que primero se deben cubrir de manera que, una vez satisfechas, la propia naturaleza humana conduce al individuo a ir cubriendo el resto.



El **primer escalón** de la pirámide se corresponde con las **necesidades fisiológicas**. Se trata de las necesidades básicas o primarias que cualquier individuo debe mantener cubiertas por una lógica vital. El motivo es sencillo si se considera que la primera necesidad fisiológica de los seres vivos es la de respirar, y que si la persona no es capaz de hacerlo por sí misma, sus posibilidades de supervivencia son prácticamente nulas. Sucederá lo mismo con las necesidades relacionadas con la alimentación, la hidratación, la eliminación de los desechos, etc.

En el **segundo y tercer escalón** de la pirámide se encuentran las **necesidades de seguridad** y las **necesidades de pertenencia**, respectivamente. A su vez, dentro de las necesidades de seguridad se incluyen los requerimientos relacionados con la protección física y económica del ser humano, es decir, aquellas situaciones que hacen que el individuo se sienta protegido y seguro como, por ejemplo, disfrutar de un buen estado de salud, de una vivienda adecuada, de un trabajo digno, etc. Las necesidades de pertenencia, en cambio, se refieren al modo en que las personas se relacionan entre sí, como las relaciones que se crean entre familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

El **cuarto escalón** de la pirámide señala las **necesidades de estima**. Además de formar parte de un grupo social, el individuo precisa sentir que tiene la valoración y el reconocimiento de los demás, lo que se conoce como la sensación de pertenencia al grupo. El individuo necesita confianza y autoconfianza; confianza en los demás y de los demás, y autoconfianza o, lo que es lo mismo, confianza en sí mismo.

En la cima de la pirámide está el **quinto escalón**. Se corresponde con las **necesidades de autorrealización**, que hacen referencia a la manera en la que la persona vive su propia vida con sus valores, sus principios, sus méritos y capacidades, y se siente realizada con todo ello. Está por encima de la propia estima y de la estima recibida de los demás, pues esta necesidad del ser humano significa que la persona se siente realizada, plena, satisfecha y conforme consigo misma cuando alcanza logros importantes por sí sola.

La pirámide de Maslow se presenta como un instrumento para comprender las necesidades de todos los seres humanos; ahora bien, en el caso de las personas dependientes, estas necesidades se convierten en necesidades especiales porque adquieren un carácter particular.

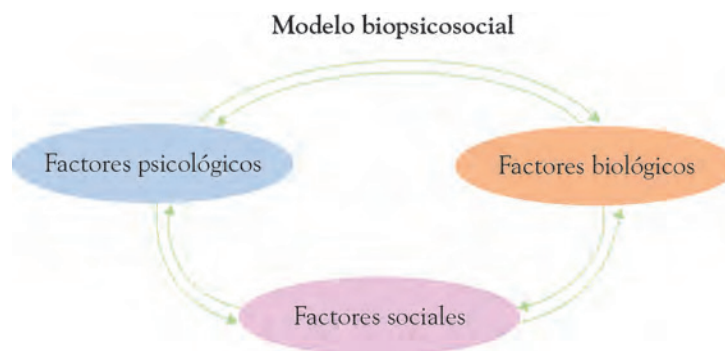
Por ejemplo, tanto para una persona no dependiente como para una persona dependiente, la necesidad básica de alimentarse se manifiesta mediante un mecanismo fisiológico conocido como hambre.

El individuo no dependiente realiza el acto de ingerir alimentos de un modo casi inconsciente. Adquiere los alimentos, los prepara, los cocina y después los ingiere. Durante todo este proceso, la persona no dependiente no habrá pensado en todos los pasos que ha seguido desde que se activa su mecanismo fisiológico del hambre hasta que satisface su necesidad de comer.

En el caso del individuo dependiente, al activarse en su organismo la necesidad de comer encontrará dificultades en aspectos tan básicos como conseguir los alimentos que necesita debido a posibles problemas de movilidad, accesibilidad, etc. Esto origina que su necesidad básica de comer, que comparte con el individuo no dependiente, se convierta automáticamente en una necesidad especial.

Además de la visión del ser humano por necesidades tal como apunta Maslow, y retomando el enfoque global del usuario dependiente en el ámbito institucional, se debe considerar la óptica de la persona como un ser formado por una esfera biológica, una psicológica y otra social. El ser humano es un ser biológico porque tiene vida, psicológico porque tiene mente (es consciente y capaz de pensar) y social porque interactúa con sus semejantes.

Para poder comprender y detectar las necesidades de una persona, sea o no dependiente, se deben contemplar todos los factores relacionados con las tres esferas del **modelo biopsicosocial** sin excluir ninguna de ellas.



Las necesidades humanas se determinan en función de la capacidad del ser humano para realizar por sí mismo las AVD.

La **alteración de los alimentos** se refiere a la aparición de cambios o modificaciones fácilmente apreciables por los órganos de los sentidos, que muestran en los alimentos una pérdida de sus características de calidad y frescura, y que cualquier persona mínimamente acostumbrada reconoce sin problemas.

Estas AVD pueden clasificarse en dos grupos: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Por un lado, las ABVD se refieren fundamentalmente a las actividades más elementales para la vida, es decir, las relativas al cuidado personal y a la movilidad dentro del hogar. Por otro lado, las AIVD son actividades más complejas que no son absolutamente necesarias para poder vivir y que engloban las tareas domésticas y la movilidad fuera del hogar.

ABVD	Cuidado personal	Aseo personal. Control de esfínteres. Comer y beber. Vestirse.
	Movilidad en el hogar	Cambiar y mantener diversas posturas corporales. Levantarse, acostarse y permanecer de pie. Desplazarse dentro del hogar.
AIVD	Tareas domésticas	Comprar y controlar los suministros y servicios. Elaborar comidas dentro de la dieta exigida. Cuidado de la ropa: lavado y planchado. Limpieza y mantenimiento de la casa. Bienestar de los demás miembros de la familia.
	Movilidad fuera del hogar	Deambular con normalidad sin medio de transporte.

Existen otras actividades de suma importancia para la vida diaria de las personas que complementan tanto a las ABVD como a las AIVD y que consisten en reconocer personas y objetos, y entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas.

El grado de dependencia de una persona se determina en función de la ayuda que necesita para poder realizar las AVD. Así, se entiende que una persona

que puede realizar todas y cada una de las AVD por sí misma sin ayuda de nadie es una persona independiente, en cambio, cuando sucede lo contrario, se convierte en una persona dependiente.

Tal como estableció el Consejo de Europa (1998), la dependencia es «el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria».

Esta definición encierra tres aspectos fundamentales o situaciones que se deben dar simultáneamente en la persona: existir una limitación física, psíquica o intelectual; presentar una incapacidad para realizar alguna AVD y aparecer la necesidad de ayuda o asistencia. Si no se cumplen estas tres situaciones conjuntamente no es posible hablar en términos de dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia¹, en su artículo 2 define la dependencia como:

«(...) el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.»

En definitiva, se puede afirmar que una persona presenta algún grado o nivel de dependencia cuando tiene insatisfecha alguna de sus necesidades básicas y necesita ayuda de otra persona para realizar las AVD. Esto provoca que sus necesidades adquieran un carácter particular convirtiéndolas en necesidades especiales.

1.2. Situaciones especiales: usuarios sin familia o familias desestructuradas

A pesar de que concretar una definición de familia es una tarea difícil debido a la evolución histórica y a la cantidad de factores que influyen en este término, lo que sí parece bastante próximo a la realidad es que la familia es la estructura básica de la sociedad. Por tanto, la **familia** es el núcleo social

¹ En adelante, Ley de dependencia.

compuesto por un conjunto de miembros unidos entre sí por lazos de afinidad o consanguinidad.

Hoy en día, existen numerosos tipos de familias como monoparentales o monogámicas, poligámicas, numerosas, etc.

La familia es una estructura o sistema en el que las relaciones de sus miembros son, o deberían ser, relaciones afectivas, solidarias, de empatía y apoyo emocional, y con roles bien definidos. Se trata del núcleo de afectividad donde la persona siente que pertenece a una unidad grupal.

Esta sensación de pertenencia, que se incluiría dentro de las necesidades de seguridad y pertenencia y que en la pirámide de Maslow ocupan el segundo y tercer escalón, es de suma relevancia para el individuo. Además, resulta fundamental para el individuo cubrir estas necesidades, ya que son las inmediatamente superiores a las necesidades fisiológicas primarias.

En el contexto familiar de las personas dependientes pueden existir situaciones complejas con carácter puntual o permanente que provoquen en el individuo un elevado riesgo de exclusión social así como un aumento de sus necesidades especiales. Dos de estas situaciones se producen cuando las personas dependientes no tienen familia o su núcleo natural de convivencia está desestructurado. En ambos casos, los usuarios demandan un gran apoyo profesional externo y, por ello, las instituciones sociosanitarias deben realizar un importante esfuerzo para poner a disposición de este tipo de dependientes los recursos humanos, materiales y económicos necesarios.

En este contexto, el máximo esfuerzo institucional se debe llevar a cabo a partir de un orden jerárquico de actuación en el que primarán todas aquellas actuaciones dirigidas a satisfacer las necesidades más básicas de la persona dependiente ante cualquier necesidad secundaria.

Es importante tener en cuenta que las situaciones de soledad en el ámbito familiar generan habitualmente alteraciones en el estado psicológico y en la conducta de las personas. Si a estas situaciones se le suman factores como la dependencia física, psíquica o sensorial, es muy probable que el impacto sobre dichas alteraciones sea mayor. Los **usuarios sin familia** presentan una forma de dependencia especial que puede denominarse «dependencia social».

Los factores característicos que influyen en la situación de los usuarios sin familia son, principalmente, el aumento de las demandas de atención sociosanitaria, la dilatación temporal de su permanencia en las instituciones, la dependencia emocional del cuidador externo y la intensificación de sus patologías.

Se considera que una persona dependiente se encuentra en una situación especial si su núcleo familiar está desestructurado. Se entiende que una familia está desestructurada cuando no dispone de las habilidades sociales necesarias para desarrollar las AVD. Esto puede suceder por múltiples motivos como, por ejemplo, violencia doméstica, alcoholismo o drogadicción, ausencia prolongada o abandono de alguno de sus miembros, problemas económicos, etc. También se considera que una familia está desestructurada cuando toda la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente recae sobre un único miembro de la familia sin que ningún otro asuma obligación alguna.

De igual manera que los usuarios sin familia, los **usuarios** dependientes que conviven en el entorno de **familias desestructuradas** están en situación de elevado riesgo social y sanitario. Normalmente estos usuarios muestran apatía, desinterés, desilusión, etc.; aunque al mismo tiempo suelen desarrollar una dependencia emocional del cuidador externo que sustituye a la dependencia de su propia familia. Cuando el usuario pertenece a un núcleo familiar desestructurado y se ha visto inmerso en situaciones difíciles, es habitual que presente multitud de alteraciones psicológicas.

Tanto los usuarios sin familia como los usuarios con su núcleo familiar desestructurado suelen demandar una asistencia de larga duración. Este tipo de intervención se presta institucionalizando a la persona dependiente sin límite temporal, ya que con ello se intenta conseguir que el dependiente se encuentre en el ambiente más adecuado fomentando su dignidad y autonomía.

Con este tipo de intervención, en el caso de usuarios sin familia, se evita que los dependientes permanezcan solos durante mucho tiempo, y en el caso de usuarios con familias desestructuradas se consigue que los usuarios se alejen de las situaciones difíciles que existen en su entorno.

En resumen, ante estas dos situaciones especiales de los dependientes, el personal de las instituciones sociosanitarias mostrará un trato correcto y asumirá un determinado papel asistencial en función de su responsabilidad profesional.

Actividad

Piense y explique los factores característicos que influyen en la situación de un usuario dependiente sin familia y en la de un usuario dependiente que forma parte de una familia desestructurada.

1.3. Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física

El cuerpo humano es un organismo multifuncional, es decir, cada parte, órgano o sistema tiene una función determinada. Por ejemplo, la función del riñón es filtrar los productos de desecho, la función de los ojos es ver, la función del aparato respiratorio es realizar el intercambio de oxígeno, etc.

Las principales funciones del corazón son contraerse y relajarse para impulsar la sangre por todo el cuerpo; sin embargo, la persona no es consciente de cada latido ni mueve el corazón según su voluntad. En contraposición, una de las funciones de las manos es permitir al individuo poder escribir, función en la que tanto el movimiento como la posición que debe adquirir la mano para sujetar el bolígrafo se realizan de un modo voluntario y consciente.



En consecuencia, la función referida al ser humano es la de poseer la capacidad para realizar correctamente acciones, actividades o tareas más o menos complejas tanto voluntaria como involuntariamente.

La pérdida o disminución de la funcionalidad de alguna o varias partes del cuerpo será lo que determine el nivel de incapacidad de la persona convirtiéndola, o no, en una persona dependiente de otra para poder cubrir dicha función. Por tanto, la **valoración funcional** de una persona consiste en la evaluación de su capacidad para realizar las AVD de una forma autónoma e independiente.

La **evolución funcional** se establece a partir de la comparación en el tiempo de al menos dos valoraciones funcionales puntuales. Generalmente, para observar o medir la evolución funcional de una persona, se parte de una valoración inicial y, mediante el desarrollo de una serie de actividades sobre la atención física de la persona, se alcanza una serie de cambios, a veces casi

imperceptibles, que permiten comparar los resultados de la valoración funcional inicial con los de la valoración funcional posterior. De este modo, se puede observar la evolución de las funciones alteradas y conocer si las actividades de atención física están siendo adecuadas y suficientes.

Es necesario puntualizar que las actividades de atención física hacen referencia a todas las tareas ejecutadas por los profesionales de una institución sociosanitaria para proporcionar la ayuda necesaria a los usuarios dependientes en las actividades que no pueden realizar por sí mismos. Las actividades de atención física consisten en ayudar a comer y a beber, a moverse y a mantener la postura corporal, en el aseo y en la higiene personal, a vestirse, a respirar, en la administración de medicamentos, etc.

Para registrar la evolución funcional de una persona dependiente será indispensable que el personal sociosanitario efectúe una adecuada **observación** y, para ello, debe reparar en todos los detalles que puedan aportar datos orientados a la valoración integral del usuario.

Inicialmente se deben observar en la persona dependiente detalles como la expresión de la cara, la posición del cuerpo, las afecciones manifestadas a simple vista, la ropa, el color del pelo y de la piel, así como los detalles relacionados con el entorno físico y social en el que se encuentra el dependiente. Estos datos serán relevantes para detectar las necesidades reales y potenciales del usuario, y así poder planificar la atención individual apropiada.

Es indispensable observar la capacidad del usuario dependiente realizando su valoración funcional. La finalidad de dicha valoración es recoger todos aquellos datos que ofrezcan información útil y precisa sobre la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las AVD. Existe una estrecha relación entre la función o funcionalidad y la dependencia, de tal modo que cuanto mayor es la pérdida de funciones mayor será la dependencia del usuario. Además, la valoración funcional también sirve para conocer el estado de salud de la persona.

De modo similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las finalidades de la valoración funcional son: identificar áreas de incapacidad que requieran de intervención médica, diagnóstica, terapéutica y rehabilitadora; establecer métodos rehabilitadores individualizados; valorar evolutivamente a la persona; establecer pronósticos; implantar bases científicas para las

intervenciones médicas; identificar a la población de mayor riesgo; indicar necesidades y tipos de cuidados, y planificar cuidados de salud.

Para medir y evaluar la funcionalidad del cuerpo y así determinar el grado de dependencia de cada usuario, existe una serie de escalas o pruebas. Actualmente, el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) concretado en el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley de dependencia, sirve para conocer el grado de dependencia de modo uniforme en el ámbito nacional. Se distinguen, en dicha legislación, tres grados:

- **Dependencia moderada o de grado I:** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Dependencia severa o de grado II:** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no requiere la presencia permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Gran dependencia o de grado III:** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, dada su pérdida total de autonomía intelectual, sensorial, mental o física, necesita la presencia indispensable y continuada de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Hay que tener en cuenta que, tal como se dicta en el anexo 1, del real decreto mencionado anteriormente, el BVD permite la identificación de dos niveles para cada grado de dependencia en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado. Este baremo se aplica en cualquier situación de dependencia y en cualquier edad siempre a partir de los tres años.

En los menores de tres años existe una Escala de Valoración Específica (EVE) que proporciona normas para valorar la situación de dependencia y determina su severidad. Esta escala también establece tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia), pero no se establecen niveles en cada grado.

En el ámbito de la institución sociosanitaria es primordial dejar constancia por escrito de los datos derivados de la observación del usuario. Para ello será

necesario recurrir a un documento que sirva de **registro** de toda la información pertinente.

A su vez, tanto la observación del usuario como el registro de los datos que derivan de dicha observación son tareas multidisciplinares en las que interviene todo el personal de la institución sociosanitaria.

Comparando los distintos registros de un mismo usuario es posible apreciar la evolución de su situación en el tiempo. El registro sirve, por tanto, de instrumento de medición a partir del cual sacar conclusiones y tomar decisiones. Para ello es fundamental que el registro sea correcto y que reúna una serie de características: debe ser claro y conciso, objetivo, legible y comprensible, fiable, actualizado y confidencial.

En definitiva, para poder evaluar la evolución funcional y el desarrollo de las actividades de atención física del usuario es fundamental realizar una adecuada observación y un correcto registro tanto de lo observado como de las actividades de atención física realizadas con la intención de comparar en el tiempo la situación de la persona dependiente.

Actividad

Reflexione sobre la importancia de la observación del usuario dependiente para realizar una correcta valoración funcional.

1.3.1. Aplicación de técnicas e instrumentos de observación en función del usuario y sus características

Para realizar la valoración funcional del usuario hay una serie de instrumentos o escalas que ya están diseñados y legitimados para recoger de forma sencilla la información necesaria. Existen más de cuarenta escalas de valoración funcional que, recordemos, miden fundamentalmente la capacidad de la persona para realizar las ABVD. Asimismo, existen otras escalas para determinar la capacidad de la persona para llevar a cabo las AIVD. A continuación se enumeran las más conocidas y utilizadas en el ámbito sociosanitario.

El **índice de Barthel** es una escala sencilla de aplicar, muy útil y fiable, y está validada, lo cual permite que su uso sea frecuente en el ámbito sociosanitario.

De hecho, constituye el instrumento de medición de la valoración funcional más utilizado en este tipo de instituciones.

Esta escala contempla 10 AVBD y, en función de la capacidad de la persona para realizar cada una de ellas, se le asigna una puntuación que puede ser de 0, 5, 10 o 15 puntos. La puntuación final oscila entre los 0 puntos para el individuo que presenta una dependencia total y los 100 puntos cuando se trata de una persona completamente independiente.

Este instrumento de valoración establece que una puntuación de 100 indica una independencia funcional mientras que una puntuación de 0 establece una total dependencia funcional. El índice de Barthel se ha utilizado en la práctica clínica como un sistema de clasificación de paciente; en este sentido una puntuación igual o mayor de 60 indicaría una dependencia leve; entre 40 y 55, moderada; entre 20 y 35, severa; e inferior a 20, total.

Índice de Barthel (basado en Moruno y Romero [2006])		
ABVD	Situación del residente	Puntuación
Comer	- Independiente (la comida está al alcance de la mano).	10
	- Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc., pero es capaz de comer solo.	5
	- Incapaz. Necesita ayuda para comer.	0
Transferencia sillón-cama	- Independiente.	15
	- Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o verbal).	10
	- Precisa de una ayuda importante (una persona entrenada o dos personas). Puede estar sentado.	5
	- Incapaz. No se mantiene sentado.	0
Aseo personal	- Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
	- Necesita ayuda para el aseo personal.	0
Uso del retrete	- Independiente (entrar y salir, y limpiarse y vestirse).	10
	- Precisa de alguna ayuda para ir al baño, pero puede hacer algo solo.	5
	- Dependiente.	0
Bañarse o ducharse	- Independiente para bañarse o ducharse.	5
	- Dependiente.	0

Desplazarse	- Independiente al menos 50 m con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	- Anda con una pequeña ayuda de una persona (ayuda física o verbal).	10
	- Independiente en silla de ruedas 50 m.	5
	- Inmóvil.	0
Subir y bajar escaleras	- Independiente para subir y bajar escaleras.	10
	- Necesita ayuda física o ayuda verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	- Incapaz.	0
Vestirse y desvestirse	- Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
	- Precisa de ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda.	5
	- Dependiente.	0
Deposición (control de heces)	- Continente.	10
	- Accidente excepcional.	5
	- Incontinente (o necesita que le suministren enemas).	0
Micción (control de orina)	- Continente, durante al menos siete días.	10
	- Accidente excepcional (máximo uno cada veinticuatro horas).	5
	- Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
Puntuación total		

El **índice de Katz**, también conocido como índice de independencia en las AVD, es otra escala de uso común para la medición de la capacidad funcional de la persona. En este caso, al grado de dependencia o independencia no se le asigna valoración numérica, sino que se le atribuye una letra en función de qué actividades pueda o no realizar el usuario.

Índice de Katz de independencia en las AVD (basado en Moruno y Romero [2006])
A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
G. Dependiente en las seis funciones.
H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

<p>Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas, puesto que se considera que un paciente que se niega a realizar una función no la hace, aunque se le considere capaz.</p>	
<p>Bañarse (con esponja, ducha o bañera)</p>	<p>Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como, por ejemplo, la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.</p> <p>Dependiente: precisa de ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar de la bañera, o no se lava solo.</p>
<p>Vestirse</p>	<p>Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se coloca adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye atarse los zapatos).</p> <p>Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.</p>
<p>Usar el retrete</p>	<p>Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).</p> <p>Dependiente: usa orinal o cuña, o precisa de ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.</p>
<p>Movilidad</p>	<p>Independiente: entra y sale de la cama, y se sienta y levanta de la silla solo (puede emplear o no soportes mecánicos).</p> <p>Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.</p>
<p>Continencia</p>	<p>Independiente: control completo de micción y defecación.</p> <p>Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.</p>
<p>Alimentación</p>	<p>Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluye cortar la carne y untar la mantequilla o similar).</p> <p>Dependiente: precisa de ayuda para alimentarse o necesita alimentación enteral o parenteral.</p>

La escala de incapacidad de la Cruz Roja, a diferencia de las anteriores, no solo valora el estado físico del usuario, sino también su estado cognitivo mediante la aplicación de dos subescalas: física y mental. Distingue varios niveles de dependencia, desde el 0, que indica normalidad, hasta el 5, que representa el máximo deterioro.

Al igual que las anteriores, es una escala sencilla de utilizar aunque presenta cierta dificultad para precisar valores intermedios de incapacidad. En esta escala, no se especifican cada una de la AVD, sino que la valoración se realiza de forma general.

Escala de incapacidad de la Cruz Roja (basada en Moruno y Romero [2006])		
Grados de incapacidad física	Grado 0	Se vale por sí mismo y anda con normalidad.
	Grado 1	Realiza suficientemente las AVD. Deambula con alguna dificultad. Continencia normal.
	Grado 2	Cierta dificultad en las AVD, que le obliga a precisar de ayuda. Deambula con bastón u otro medio de apoyo. Continencia normal o rara incontinencia.
	Grado 3	Grave dificultad en bastantes AVD. Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
	Grado 4	Necesita ayuda para casi cualquier AVD.
	Grado 5	Inmovilidad en cama o sillón. Precisa de cuidados de enfermería constantes. Incontinencia total.
Grados de incapacidad mental	Grado 0	Completamente normal.
	Grado 1	Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal.
	Grado 2	Ciertas alteraciones de la memoria y a veces de la orientación. La conversación razonada es posible pero imperfecta. Trastornos del carácter. Algunas dificultades en el autocuidado.
	Grado 3	Alteraciones graves de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación coherente. Trastornos evidentes del comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado.
	Grado 4	Desorientación completa. Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas como demencia. Incontinencia habitual.
	Grado 5	Demencia avanzada. Vida vegetativa con o sin signos de agitación. Incontinencia total.

El **índice de Lawton y Brody** valora la capacidad funcional para realizar las AIVD como, por ejemplo, la capacidad de usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, utilizar los medios de transporte, preparar y administrarse la medicación, y manejar el dinero. Por medio de este índice se obtienen puntuaciones que van de 0 a 8 puntos, siendo 8 puntos la máxima independencia y 0 la máxima dependencia.

Índice de Lawton y Brody de AIVD (basado en Moruno y Romero [2006])		
Competencias que se tienen que evaluar		Puntuación
Capacidad para usar el teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
	Puede contestar al teléfono pero no marcar.	1
	No es capaz de utilizar el teléfono.	0
Capacidad para hacer compras	Realiza todas las compras necesarias de forma independiente.	1
	Realiza independientemente pequeñas compras.	0
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
	Es totalmente incapaz de comprar.	0
Capacidad para preparar la comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo adecuadamente.	1
	Prepara de forma adecuada las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta apropiada.	0
	Precisa que le preparen y sirvan las comidas.	0
Capacidad para cuidar la casa	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
	Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas.	1
	Ejecuta tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1
	No participa en ninguna labor de la casa.	0
Capacidad para lavar la ropa	Lava por sí mismo toda su ropa.	1
	Lava por sí mismo pequeñas prendas.	1
	Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona.	0

Capacidad para utilizar los medios de transporte	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
	Viaja en transporte público acompañado de otra persona.	1
	Solo usa el taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
	No viaja.	0
Capacidad para preparar y administrarse su medicación	Es capaz de tomar su medicación a la hora y en la dosis correcta.	1
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente.	0
	No puede administrarse su medicación.	0
Capacidad para manejar el dinero	Se encarga de sus asuntos económicos por sí mismo.	1
	Realiza las compras diarias, pero precisa de ayuda para grandes compras, bancos, etc.	1
	Es incapaz de manejar el dinero.	0
Puntuación total		

Existen otras escalas para la valoración de la función mental y psicológica del usuario. Estas escalas permiten establecer la evolución funcional en el tiempo y establecer así si el deterioro cognitivo o afectivo del dependiente va en aumento o se estabiliza. Las escalas de este tipo más utilizadas en el ámbito sociosanitario son:

- **Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo²:** consta de preguntas para la valoración de las áreas de orientación, atención y cálculo, memoria inmediata, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. Este examen tiene la ventaja de ser un instrumento sencillo que se aplica en un tiempo breve. La puntuación máxima es de 30 puntos.
- **Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer:** es una escala muy rápida y fácil de utilizar. A cada respuesta equívoca del usuario se le asigna 1 punto y si cinco o más respuestas son erróneas se considera patológico.
- **Escala de depresión de Hamilton:** consiste en una batería de preguntas respecto al humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo e inutilidad),

² Versión adaptada del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein.