

# Plan de Atención Individual

## Servicio Foral Residencial



Edición: Bizkaiko Foru Aldundia. Diputación Foral de Bizkaia.  
Gizarte Ekintza Saila. Departamento de Acción Social.  
Ugasko 3, 2ª Planta.  
48014 BILBAO.

Imprenta: .

Diseño: Logorítmo. Diseño y Comunicación Visual.

ISBN:

Depósito Legal:



Mediante estas publicaciones queremos poner a vuestra disposición algunas de las reflexiones que hemos compartido con diversos agentes sociales y que han cristalizado en estos documentos que ahora os presentamos.

El Departamento de Acción Social de la Diputación Foral se marcó entre sus objetivos y acciones la profundización en la reflexión y divulgación de la actuación en servicios sociales y la potenciación de la producción científica y técnica.

Estas publicaciones son la concreción de aquellos objetivos.

Las publicaciones que os presentamos son a nuestro juicio, complementarias entre sí, y se enmarcan en lo que debemos entender como herramientas de mejora en la atención a nuestras personas mayores.

Somos conscientes de que nos movemos en un entorno en el que la prestación de servicios es compartida por el sector público, la iniciativa privada con ánimo de lucro y el tercer sector. La Diputación Foral de Bizkaia mediante la constitución de la red foral de residencias ha pretendido potenciar la responsabilidad pública para garantizar los derechos de las personas mayores. Es por ello que en un sistema de responsabilidad pública, pero de gestión compartida con la iniciativa privada y la iniciativa social, resulta necesario dotarse de instrumentos que doten de unidad al sistema y sirvan para mejorar la calidad de la prestación.

Por lo tanto, nuestro objetivo es homogeneizar la atención prestada a las personas mayores en nuestra red foral de residencias, prestando un servicio de calidad, individualizado, que tiene en cuenta la situación específica de la persona usuaria.

En la confianza de que estas publicaciones puedan resultaros de utilidad y siempre sujetos a la crítica que a las mismas se puedan realizar, recibid un cordial saludo.

**Juan María Aburto Rike**  
Diputado Foral de Acción Social





Componentes del grupo de trabajo	7
1. Introducción	9
2. Referencias normativas	9
3. Declaración de intenciones	12
4. Definición de PAI	13
5. Pasos para la elaboración del PAI	13
6. La valoración geriátrica integral	13
7. Áreas de valoración y actuación	14
8. El equipo multidisciplinar	15
9. La persona de referencia	15
10. Frecuencia de elaboración de PAI	15
11. ¿A quién se entrega el PAI?	15
12. Modelo de PAI	15
13. Atención Residencial Básica	16
14. El PAI en personas ingresadas en estancia temporal	22
15. A modo de conclusión	24
16. Plan de implantación	24
17. Documentación utilizada	24





## Componentes del grupo de trabajo

### *REPRESENTACIÓN DE ENTIDADES PRIVADAS MERCANTILES*

Gabriel Azaola  
Iratxe Landeta

### *REPRESENTACIÓN DE ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO*

Miren Niño  
Arantza Zumalde

### *REPRESENTACIÓN DE RESIDENCIAS MUNICIPALES*

Itxaso León

### *REPRESENTACIÓN DE RESIDENCIAS DE BIDEAK*

Jose Pérez Agote

### *REPRESENTACIÓN DEL IFAS*

Begoña Jiménez  
Manu Villalonga

### *REPRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE INSPECCIÓN Y CONTROL*

Ana Isabel Pérez

### *REPRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PERSONAS MAYORES*

Raquel Torre  
Lourdes Zurbanobeaskoetxea (Coordinadora del grupo).







## 1. Introducción

La residencia para personas mayores dependientes, es un lugar donde personas con diferentes grados de dependencia viven de forma permanente o temporal. El centro se convierte en la nueva casa de las personas usuarias.

Pero el objetivo de un centro residencial no debe ser solo prestar apoyo o ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) a personas dependientes, sino ser un lugar de vida donde sean respetados los derechos individuales de la persona, se potencien las capacidades y habilidades del individuo y donde la vida diaria del centro se base en la integración, la participación y la política de puertas abiertas.

Como lugar para vivir en el que interesa la persona, tanto el Plan General de Intervención como los programas y protocolos asistenciales deberán tender a ser facilitadores del proyecto vital de quienes se encuentren en la residencia.

La existencia de este proyecto vital propiciará el desarrollo y crecimiento personal y deberá constituir el eje central de los programas y actividades de la residencia.

El grado de personalización, la autonomía y la posibilidad amplia de elección, el minimizar los efectos de la ruptura o cambio de modo de vida de las personas usuarias, la confluencia de tantas relaciones personales y la multiplicidad convivencial, se convierten en elementos clave que deben sustentarse en la dignidad de trato a la persona y el respeto a la intimidad.

Prestar una atención integral debe ser el resultado de pensar en el ser humano como una totalidad compleja integrada, no fragmentada, lo mismo que lo son las necesidades las personas mayores dependientes. Para el abordaje integral de la

problemática, no es suficiente la multiplicación de especialidades profesionales sino que se precisan equipos que tengan un punto de encuentro interprofesional y compartido. Participar de la misma filosofía y principios éticos es imprescindible para mejorar la calidad asistencial.

El protagonismo lo deben tener las personas usuarias y sus familiares que, corresponsablemente con los equipos profesionales deben asumir los cuidados consensuadamente, con el más riguroso respeto a las voluntades y principios éticos de todos los intervinientes.

En este sentido, el Plan de atención individualizado como sistema de intervención, deberá estar formado por programas interrelacionados que deberán adaptarse al contexto residencial, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de las personas usuarias.

## 2. Referencias normativas

En el análisis de la normativa que tiene incidencia en la atención de las personas usuarias en centros residenciales, encontramos múltiples referencias de cómo debe ser esta atención y concretamente del carácter personalizado e individualizado de dicha atención, con referencias también a la obligatoriedad de la realización de una evaluación de las necesidades de la persona y la posterior elaboración de un plan de atención individualizado.

Parece conveniente por lo tanto no perder de vista estas referencias normativas a la hora del planteamiento de la atención de las personas.



**Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales para la tercera edad:**

a) Se establecen, de conformidad con lo establecido en la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, los principios generales que regirán la actuación de los servicios sociales residenciales para la tercera edad:

- **Principio de normalización.** El género de vida de las personas residentes se deberá ajustar a la conducta y pautas de comportamiento típicas de las personas de su edad.
- **Principio de autonomía.** Se deberá fomentar al máximo posible la autonomía de las personas residentes, no prestándose más asistencia tutelar que la estrictamente exigida por su grado de dependencia física o psíquica.
- **Principio de participación.** Se deberá potenciar al máximo posible la participación de las personas residentes en las actividades del centro.
- **Principio de integración.** Se tenderá al mantenimiento del entorno de las personas.
- **Principio de globalidad.** Se deberá tender a la consecución de un modelo de atención global de salud y bienestar, que deberá integrar los aspectos sanitarios, sociales, psicológicos, ambientales, convivenciales, culturales y otros análogos de la vida de las personas residentes.
- **Principio de profesionalización.** Tanto los responsables del centro como el resto del personal deberán tener la cualificación técnica correspondiente a su nivel profesional.
- **Principio de atención personalizada.** Se prestará atención personalizada adaptada a las necesidades de cada persona usuaria.

b) Las personas usuarias de los servicios sociales residenciales tendrán los siguientes derechos:

- Al acceso a los mismos sin ningún tipo de discriminación.
- A que se les atienda con respeto, corrección y comprensión, de forma individualizada y personalizada.
- A la confidencialidad.

- A mantener relaciones interpersonales.
- A recibir información y ser consultadas.
- A la intimidad.
- A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educacional, cultural y en general a todas las necesidades personales que sean imprescindibles.
- A realizar propuestas a la dirección.
- A cesar en la utilización de servicios.
- A ser informadas en lenguaje fácilmente comprensible.

c) Todas las residencias deberán contar con:

- Reuniones periódicas de personal.
- **Programas de atención directa individualizada** con asignación a cada residente de un/una trabajador/a clave o de referencia.

**Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la comunidad autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas:**

Los derechos de las personas usuarias que se recogen en esta carta de derechos y obligaciones tienen especial incidencia en el tema que abordamos:

- **Dignidad**, entendida como el reconocimiento del valor intrínseco de la persona con pleno respeto de su individualidad y de sus necesidades personales.
- **Privacidad y confidencialidad.**
- **Autonomía.** Su ejercicio efectivo implica para las personas usuarias la posibilidad de elegir su propio estilo de vida, acceder a información completa y comprensible y adaptada a sus necesidades especiales y poder rechazar la participación en actividades, servicios o tratamientos.
- **Acceso a la información:** derecho a disponer de cuanta información resulte necesaria del tipo de necesidades y de la variedad de servicios.
- **Evaluación de sus necesidades**, teniendo en cuenta la descripción de la propia persona usuaria y de las personas cuidadoras.
- **Plan individual de atención (PAI)** ajustado a las necesidades detectadas durante la



evaluación. Dicho plan deberá darse por escrito, en lenguaje comprensible; con copia a la persona usuaria y a sus familiares si así lo deseara la persona usuaria; deberá describir los servicios y prestaciones y las personas que van a intervenir; deberá designar a un/a profesional de referencia responsable de la coordinación de las intervenciones; indicar fecha y hora de revisión.

- **Calidad del servicio**, cumpliéndose los requisitos materiales, funcionales y de personal.
- **Derecho a participar en todas las decisiones** que le afecten como por ejemplo en la elaboración de sus necesidades y en el PAI.
- **Derecho a acceder a los cauces de información y participación**, como disponer por escrito del PAI y estar acompañadas si lo desean en las entrevistas para evaluar necesidades y elaborar el PAI.

### **Norma Foral 11/2005, de 16 de diciembre, por el que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes:**

En el art. 2.b) se recogen de nuevo los principios específicos de la atención a la persona usuaria ya mencionados anteriormente.

En el art. 12 entre los derechos de las personas usuarias del servicio foral residencial se recogen, entre otros, los derechos ya mencionados de respeto de la autonomía personal, evaluación de sus necesidades, elaboración de un plan de atención individualizado y el acceso a la información. Todos estos derechos se interpretan de acuerdo con lo establecido en la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencia y quejas, al que nos hemos referido anteriormente.

Por último, el art.17 recoge las condiciones y contenidos mínimos del servicio social residencial para personas mayores dependientes, las prestaciones mínimas a las que tienen derecho las personas usuarias del servicio foral residencial y que se deberán reflejar en el desarrollo del PAI:

- **Atención personal integral**, es decir, se deberá tender a la consecución de un modelo global de salud y bienestar, que deberá abarcar, debidamente coordinados entre sí, los aspectos sanitarios, sociales, psicológi-

cos, ambientales, convivenciales, culturales y otros análogos. Se prestará así mismo una atención personalizada adaptada a cada residente, mediante la elaboración de un plan de atención integral, personalizado en atención a la discapacidad de la persona usuaria.

- **Atención Sanitaria.** Se deberá garantizar que todas las personas usuarias reciban la atención sanitaria necesaria por medios propios o ajenos.
- **Higiene.** Se prestará servicio de higiene a todas las personas usuarias en función de sus necesidades y con el debido respeto a su intimidad.
- **Readaptación para las actividades de la vida diaria.** Incluirá aquellas actividades o programas que fomenten el desarrollo de las capacidades motoras, ocupacionales y relacionales en sus distintos niveles, grupal, familiar, social y con el entorno, con el objetivo de lograr si no la recuperación de sus facultades, sí el freno de la merma de las mismas dentro de la patología de cada caso.
- **Fisioterapia y rehabilitación.** Destinadas a la realización de ejercicios físicos de mantenimiento y recuperación.
- **Asistencia psicológica.** Se prestará a las personas que lo precisen.
- **Dinamización sociocultural.** Este programa tendrá unos contenidos de ocio activo y una metodología de participación que propicien la integración y el mantenimiento activo de las personas usuarias.
- **Asistencia Social.** Se prestará a las personas usuarias que lo precisen en función de sus necesidades.
- **Apoyo a familiares de personas usuarias.** Se procurará apoyo a las familias, trabajando especialmente la información y formación de la familia para logra una mejor relación con la persona usuaria.
- **Servicios de restauración y lavandería.** El servicio de restauración se realizará respetando el cumplimiento de una correcta nutrición, adaptándose en cantidad, calidad y variedad a las necesidades específicas de las personas usuarias. En caso necesario,



y bajo la supervisión de personal sanitario, se elaborarán dietas especiales para cada patología.

**Decreto Foral 209/2005, de 20 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente:**

En el art. 32 relativo al periodo de adaptación que abarca los tres meses inmediatamente posteriores al ingreso, se recoge que dicho periodo de adaptación deberá ser especialmente considerado dentro del plan de atención individualizado (PAI) elaborado por el centro para la persona usuaria de nuevo ingreso.

**Reglamento de régimen interior de los centros integrados en la red foral de residencias para personas mayores dependientes:**

En el art.7 que se refiere a admisión, período de adaptación, bajas y ausencias, se recoge lo siguiente:

En los supuestos de estancia permanente, al ingreso de cada persona usuaria se lleva a cabo un estudio y evaluación multidisciplinar de su estado, en función de los cuales se elabora un plan individualizado de atención (PAI), que debe ser remitido al Servicio de Personas Mayores del Departamento de Acción Social en el plazo de un mes desde su ingreso y que comprende todas aquellas actuaciones dirigidas a alcanzar y mantener un buen estado de salud, autonomía personal e integración social en el mayor grado posible. En él se fijan los objetivos particulares de cuidados susceptibles de evaluación.

Deberá existir un expediente de cada persona usuaria, en el que conste la información sobre sus características y necesidades de atención, así como la que pueda derivarse del plan que se haya elaborado, los informes técnicos correspondientes, diagnósticos, tratamientos prescritos, así como el seguimiento y evaluación del plan fijado y las incidencias producidas en el desarrollo del mismo.

Por otro lado se incide en lo ya recogido por el anteriormente citado Decreto Foral 209/2005, de 20 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, respecto al período de adaptación de tres meses y su consideración especial dentro del plan de atención individualizado.

### 3. Declaración de intenciones

Independientemente de los imperativos normativos que "obligan" a una evaluación de las necesidades de la persona usuaria y la realización de un Plan de Atención Individualizado (PAI) posterior, y si bien hace años la asistencia a las personas mayores estaba parcelada, hoy en día nadie concibe un buen sistema de cuidados sin una previa evaluación geriátrica integral, sin promoción de la autonomía, sin continuidad en los cuidados y así un largo etcétera.

La valoración integral y la elaboración de planes de atención constituyen la base de la atención geriátrica, y la atención personalizada integral debería ser el principio en el que se apoyara la filosofía de los servicios para las personas mayores.

El Plan de atención individualizado como sistema de intervención, deberá estar formado por programas interrelacionados que deberán adaptarse al contexto residencial, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de las personas usuarias.

Por ello se deben plantear objetivos en el sentido de:

- Mantener las capacidades funcionales.
- Mejorar en lo posible las capacidades alteradas.
- Prever la aparición o empeoramiento de trastornos o enfermedades evitando el incremento de la dependencia.
- Dar soporte, ayudar y/o sustituir a la persona en la realización de las funciones alteradas o perdidas.
- Favorecer e impulsar las relaciones sociales.

El modelo de PAI que aquí se presenta no pretende constituirse en un formato concreto, sino establecer una relación de mínimos que se estima es necesario valorar y trabajar, siempre dirigidos al logro de los objetivos que se han planteado anteriormente.

El establecimiento de estos mínimos permite dentro de lo posible homogeneizar los servicios que se le dan a la persona usuaria en los centros de la red foral de residencias. Sobre estos mínimos cada centro podrá profundizar todo lo que estime necesario, disponiéndose sin embargo al menos de una base común a todos los centros.



A la hora de elaborar un modelo de PAI para la red foral de residencias para personas mayores, no se puede obviar la diversidad tanto en cuanto a dimensión, titularidad, profesionales con que cuentan etc. de los centros que conforman dicha red foral.

Intentando en lo posible dar respuesta a todos ellos, y como un primer paso para luego seguir profundizando, se ha pretendido establecer unos procesos básicos, con los contenidos mínimos tanto de valoración como de objetivos y actividades que se estima pueden y deben cumplir todos los centros de la red foral de residencias.

En una primera fase, tampoco parece oportuno establecer los profesionales concretos que son responsables de cada acción. Se ha considerado más conveniente centrarse en las áreas concretas de valoración y actuación con independencia del profesional que la desarrolla, ya que algunas acciones pueden ser realizadas por distintos profesionales.

#### 4. Definición de PAI

Se trata de un proceso sistemático e interdisciplinar que desde la buena práctica profesional tiene por objeto garantizar de manera integral el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de cada persona usuaria.

#### 5. Pasos para la elaboración del PAI

A la hora de elaborar un Plan de Atención Individualizado, se identifican una serie de pasos que es necesario realizar:

- Valoración geriátrica integral (Áreas relevantes de atención).
- Detección de necesidades y potencialidades.
- Planteamiento de objetivos concretos den el ámbito preventivo, asistencial y educativo.
- Determinación de programas y actividades para conseguir los objetivos.
- Ejecución de dichas actividades.
- Evaluación periódica de cumplimiento de los objetivos definidos y plantear modificaciones y nuevos objetivos.

#### 6. La valoración geriátrica integral

La valoración geriátrica integral constituye la piedra angular de todo el proceso de elaboración del PAI.

Es fundamental tener en cuenta el carácter interdisciplinario de la valoración, siendo necesaria la participación de diferentes profesionales y disciplinas para lograr una visión integral.

Por lo tanto será básico realizar la valoración en las 3 áreas que hemos identificado como de influencia significativa en la valoración geriátrica integral.

Siendo conscientes de que existen multitud de escalas de valoración parece lógico pensar que cada centro debería utilizar las que estime oportunas en cada caso.

Sí parece conveniente, sin embargo, que existan algunos puntos de confluencia y por lo tanto sería deseable que alguna de las escalas más utilizadas fuera de obligado cumplimiento.

En este sentido se consideran:

- Escala de Barthel para medición de ABVD.
- Mini examen cognoscitivo (MEC de Lobo) o el test de Pfeiffer para la valoración mental.

#### RAI-NH

Por otro lado y teniendo en cuenta que en el Territorio Histórico de Bizkaia existe una apuesta clara por el sistema RAI parece conveniente hacer mención expresa a este instrumento de valoración.

El RAI-NH es un instrumento que ayuda al personal a adquirir informaciones precisas sobre las capacidades y necesidades de los residentes, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar los cuidados de una forma individualizada.

Se trata pues de una guía que proporciona una valoración estandarizada, completa y reproducible de cada residente. Valora su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria e identifica los problemas significativos de la habilidad funcional. Por ello, y aunque no debería ser el único instrumento utilizado en una valoración geriátrica integral, sí puede servir para una primera valoración en la que se detectarán las áreas que pueden requerir una posterior valoración más en profundidad.



El RAI-NH nos facilita:

- Una valoración y tipificación del usuario.
- La elaboración de planes de cuidados.
- La posibilidad de establecer indicadores de calidad.

A la hora de trabajar los ítems de la valoración se ha tenido en cuenta el Conjunto mínimo de datos del RAI-NH con vistas a que una posible posterior adaptación a este sistema no fuera demasiado complicada.

## 7. Áreas de valoración y actuación

Es fundamental la identificación y definición de las áreas que inciden especialmente en la atención asistencial directa de la persona.

El concepto de salud, tal como ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud, no se centra sólo en la ausencia de enfermedad, sino que incluye también la presencia de un bienestar físico, mental y social.

De acuerdo con esta definición, deberemos considerar a la persona mayor como un todo biopsicosocial integrado, por lo que cualquier aproximación a la misma que pretenda valorar alguna de sus partes, funciones o conjunto de comportamientos, nunca deberá perder de vista este nivel superior.

Por este motivo el proceso de valoración deberá ser siempre consensuado y dirigido a un objetivo centrado en la persona, y no sólo la evaluación de los déficits y enfermedades, sino también en las capacidades, funciones y relaciones positivas.

Así mismo se debe considerar la valoración de la persona mayor como un paso previo e imprescindible para la inclusión de ésta en cualquiera de los programas, tratamientos y servicios.

Las áreas de valoración y actuación que se identifican con claridad son por lo tanto tres:

- Área Social.
- Área Psicológica.
- Área Sanitaria.

Dichas áreas se han definido a los efectos de este trabajo como siguen:

### ÁREA PSICOLÓGICA

Comprende la promoción del bienestar afectivo del o de la residente a través del trabajo en sus capacidades cognitivas, conductuales, emotivas, relacionales y sociales.

### ÁREA SOCIAL

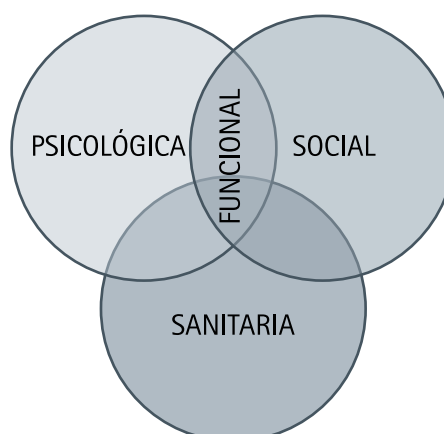
Abarca el mantenimiento y promoción de las relaciones sociofamiliares de la persona usuaria tanto en el ámbito residencial como en el comunitario.

### ÁREA SANITARIA

Abarca la promoción, prevención y mantenimiento de la salud tratando de aportar la mayor calidad de vida.

En todo momento nos estamos refiriendo a la persona como un ser biopsicosocial que por lo tanto no está dividida en compartimentos estancos. Las tres áreas están interrelacionadas, compartiendo muchos aspectos comunes.

Por otro lado, las tres áreas anteriores confluirían en un espacio de convergencia de programas y actividades encaminados al objetivo común de garantizar, mantener o promover las capacidades funcionales de la persona usuaria.



La mejora o mantenimiento de dicha capacidad funcional se convierte por tanto en el común denominador de todas las actuaciones que desde las distintas áreas se realizan con la persona.



El PAI de cada residente se elaborará mediante la aportación de las diferentes valoraciones de los y las diferentes profesionales, con la integración de las valoraciones social, sanitaria psicológica y por supuesto la funcional.

## 8. El equipo multidisciplinar

Con la finalidad de dar a la persona usuaria una atención integral, personalizada y de calidad, y a la hora de elaborar el PAI, es importante que los y las profesionales de las diferentes disciplinas del centro trabajen en común. La metodología de trabajo debe basarse en la comunicación, la aportación de informaciones y opiniones orientadas a un objetivo común, el de ofrecer una asistencia integral e individualizada, con actuaciones diferenciadas y priorizadas de acuerdo con las necesidades y potencialidades de la persona atendida.

La sistemática de trabajo debe basarse en reuniones periódicas para planificación y seguimiento de los planes individuales de atención.

La composición del equipo interdisciplinar debe garantizar que todos los y las profesionales de atención directa de los cuales disponga el centro participen y se involucren.

## 9. La persona de referencia

Sin menoscabo de todos los profesionales que intervienen en la planificación y ejecución del PAI, cada persona usuaria debe contar con una persona de referencia que conocerá los detalles de su PAI.

## 10. Frecuencia del PAI

La valoración de la persona usuaria, por parte de los y las profesionales es conveniente que se complete dentro de los 15 primeros días.

El PAI se completará al cumplirse el primer mes de ingreso efectivo.

La revisión del PAI se debe hacer como mínimo una vez al año, o siempre que requiera una modificación de los objetivos planteados ante una variación significativa de la situación de la persona usuaria.

## 11. ¿A quién se entregará el PAI?

El PAI por escrito se entregará a la persona usuaria y a sus familiares si así lo deseara dicha persona usuaria. Cuando se entregue, se explicará de forma clara el contenido del mismo.

Si la persona usuaria estuviera incapacitada se entregará al tutor.

En caso de que la persona usuaria no fuera competente pero no estuviera incapacitada, se entregará al familiar de referencia, y en caso de que no hubiera ningún familiar, se guardará en su historia.

También quedará el PAI guardado en la historia de la persona en el caso de que esta persona no quiera conocer el contenido del mismo.

Así mismo se enviará copia del PAI al Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral.

## 12. Modelo de PAI

Independientemente de lo que se está pretendiendo con el modelo de PAI que aquí se presenta es el establecer unas bases comunes para una forma concreta de trabajar (valoración geriátrica integral, equipo multidisciplinar, etc), sí es importante establecer claramente cuáles son esos mínimos de los que estamos hablando.

Para ello, a continuación se presentan unos modelos tanto para la recogida de datos de cada área de valoración identificada, como para el PAI, que serían los mínimos exigibles a la hora de una atención residencial básica.

## 13. Atención Residencial Básica

### 1. PAI – PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

*Proceso sistemático e interdisciplinar que desde la buena práctica profesional tiene por objeto garantizar de manera integral el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de cada persona usuaria.*

Entendemos que dicho proceso deberá ser dinámico, adaptándose a cada nueva situación y constará de las siguientes fases:

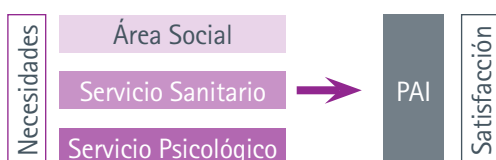
- Valoración geriátrica integral (RAI y otros instrumentos).
- Detección de necesidades.
- Planteamiento de objetivos.
- Determinación de programas y actividades.
- Ejecución de los mismos.
- Evaluación continua.

La interdisciplinariedad del proceso conlleva la coordinación y el trabajo en equipo no siendo suficiente la mera coexistencia de las distintas áreas profesionales.

La buena práctica profesional abarca tanto la capacitación técnica como la actitud empática de cercanía y ayuda.

Se entiende que se prestará una atención integral contemplando al individuo en su totalidad como un ser bio-psico-social.

*"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de daño y enfermedad." (OMS)*



### 2. ÁREA SOCIAL

*Desarrolla el mantenimiento y promoción de las relaciones sociofamiliares de la persona usuaria tanto en el ámbito residencial como en el comunitario.*

Todo proceso llevado a cabo deberá garantizar la realización de valoraciones para el conocimiento del las circunstancias personales de cada persona usuaria, identificando los riesgos o potenciales, y tras su planificación, realizar las actuaciones necesarias

correspondientes para su logro, manteniendo una constante revisión de los mismos.

Deberán existir los registros específicos y suficientes: datos recogidos adecuadamente y considerados relevantes para su posterior valoración, análisis o para su mera constancia de ejecución.

### 3. ÁREA SANITARIA

*Desarrollo para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud tratando de aportar la mayor calidad de vida posible.*

Se considera como la salud tanto la vertiente física como la psíquica, ya que ha quedado claro que existe un espacio de intersección.

Debería comprender:

- Atención médica.
- Atención de enfermería.
- Atención del personal auxiliar.
- Atención de fisioterapia.

Todo proceso llevado a cabo deberá garantizar la realización de valoraciones para el conocimiento del las circunstancias personales de cada persona usuaria, identificando los riesgos o potenciales, y tras su planificación, realizar las actuaciones necesarias correspondientes para su logro, manteniendo una constante revisión de los mismos.

Deberán existir los registros específicos y suficientes: datos recogidos adecuadamente y considerados relevantes para su posterior valoración, análisis o para su mera constancia de ejecución.

### 4. ÁREA PSICOLÓGICA

*Comprende la promoción del bienestar afecto-emocional del o de la residente a través del trabajo en sus capacidades cognitivas, conductuales, emotivas, relacionales y sociales.*

Todo proceso llevado a cabo deberá garantizar la realización de valoraciones para el conocimiento del las circunstancias personales de cada persona usuaria, identificando los riesgos o potenciales, y tras su planificación, realizar las actuaciones necesarias correspondientes para su logro, manteniendo una constante revisión de los mismos.

Deberán existir los registros específicos y suficientes: datos recogidos adecuadamente y considerados relevantes para su posterior valoración, análisis o para su mera constancia de ejecución.





ÁREA SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de filiación y datos generales</li> </ul>	<p>Recogida de los datos de la persona usuaria necesarios y suficientes para su perfecta identificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre y apellidos</li> <li>- Sobrenombre</li> <li>- Lugar y fecha de nacimiento</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Lugar de residencia con anterioridad al ingreso</li> <li>- N° D.N.I. y de Seguridad Social</li> <li>- Centro sanitario de referencia</li> <li>- Seguros, pólizas de deceso ...</li> <li>- Tipo o duración prevista de estancia</li> <li>- Idiomas en los que se maneja</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de familiares</li> </ul>	<p>Identificación de Familiar de referencia (Dirección, teléfono, parentesco o relación, DNI).</p> <p>Datos de otros familiares conocidos (parentesco, teléfono ...).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Situación LEGAL</li> </ul>	<p>Aspectos referenciados a la situación legal, así como los aspectos identificadas referentes a la posible desprotección del usuario y defensa de derechos.</p> <p>Incapacidad efectiva (tutor, curatela ...).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros datos biográficos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes laborales</li> <li>- Nivel de instrucción</li> <li>- Otros (dónde ha vivido, viajes realizados ...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hábitos y ocio</li> </ul>	<p>Hábitos y ocio detectados y que serán promovidos y/o facilitados por parte del centro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Creencias y valores</li> </ul>	<p>Actuaciones facilitadoras sobre aspectos religiosos y/o de creencias personales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestiones administrativas</li> </ul>	<p>Necesidades sobre gestiones administrativas varias que el usuario y/o familiares no puedan realizar sin ayuda externa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interrelación social y familiar</li> </ul>	<p>Situaciones detectadas referentes a las relaciones personales que mantiene el usuario, y que puedan mejorarse, deban corregirse, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convivencia anterior al ingreso (solo, con familiares ...)</li> <li>- Motivo del ingreso</li> <li>- Calidad de las relaciones familiares</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Régimen de salidas y visitas</li> </ul>	<p>Información referente a los contactos que mantiene la persona usuaria con el entorno, ya sea en el propio centro residencial, así como en el exterior.</p>

ÁREA SANITARIA	
Diagnóstica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes personales y familiares</li> </ul>	<p>Recogida de la información referente a los antecedentes personales y familiares relevantes.</p> <p>Hábitos tóxicos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Situación diagnóstica actual</li> </ul>	<p>Información referente a la situación diagnóstica y patologías activas de cada usuario.</p>
Tratamiento farmacológico	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de tratamientos pautados</li> </ul>	<p>Toda la información referente a las prescripciones farmacológicas que cada usuario tiene pautadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicaciones, dosis, fechas inicio y fin, etc.</li> </ul>



ÁREA SANITARIA	
Tratamiento farmacológico	
<ul style="list-style-type: none"><li>Registro de tratamientos pautados</li></ul>	<p><i>Clasificación por actuaciones terapéuticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- PSICOFÁRMACOS (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos ...)</li><li>- ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ( Parkinson, Demencia ...)</li><li>- SISTEMA CARDIOVASCULAR (antihipertensivos, diuréticos, antiagregantes- anticoagulantes, cardiotónicos, flebotónicos ...)</li><li>- SISTEMA ENDOCRINO (diabetes, tiroides ...)</li><li>- ANALGESICOS Y ANTIINFLAMATORIOS</li><li>- SISTEMA RESPIRATORIO (broncodilatadores, cortisona, aerosol terapia, oxigenoterapia ...)</li><li>- SISTEMA DIGESTIVO (protectores, procinéticos, antiácidos, laxantes ...)</li><li>- OTROS (Colirios, tratamiento del glaucoma ...)</li></ul> <p><i>TRATAMIENTOS ESPECIALES ( Quimioterapia, Diálisis, Medicación IV, radioterapia).</i></p>
Actuaciones sanitarias	
<ul style="list-style-type: none"><li>Exploración y valoración de la persona usuaria</li></ul>	<p><i>Resultados de la exploración y valoración geriátrica de la persona, de manera que se tenga una visión general de la persona desde el punto de vista sanitario.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- PATRON DE COMUNICACIÓN AUDITIVO: AUDICIÓN APARATOS O TÉCNICAS PARA COMUNICARSE MÉTODOS PARA COMUNICARSE CAPACIDAD PARA HACERSE ENTENDER CLARIDAD EN EL LENGUAJE CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS</li><li>- PATRON VISUAL: VISIÓN PROBLEMAS DE VISIÓN APARATOS PARA LA VISIÓN</li><li>- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD: SINDROMES GERIÁTRICOS:<ul style="list-style-type: none"><li>- Síndrome confusional agudo</li><li>- Síndrome de inmovilización</li><li>- Síndrome de demencia. Deterioro cognitivo</li><li>- Síndrome de caídas y trastornos de la marcha</li><li>- Síndrome de incontinencia (urinaria y fecal)</li><li>- Síndrome de estreñimiento e impactación fecal</li><li>- Síndrome de úlceras por presión</li><li>- Síndrome de depresión</li></ul></li><li>- ALGUNOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ESPECIAL RELEVANCIA:<ul style="list-style-type: none"><li>- Delirio</li><li>- Mareos / vértigo</li><li>- Edemas</li><li>- Fiebre</li><li>- Broncoaspiraciones recurrentes</li><li>- Disnea</li><li>- Síncopes</li><li>- Marcha inestable</li><li>- Vómitos</li><li>- ITU recurrente</li></ul></li></ul>



ÁREA SANITARIA	
Actuaciones sanitarias	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración y valoración de la persona usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ESTABILIDAD DEL ESTADO DE SALUD:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermedades desestabilizan los patrones de las actividades de la vida diaria, estado cognitivo o comportamiento.</li> <li>- Episodio agudo o exacerbación de un problema recurrente o crónico.</li> <li>- Enfermedad en estado terminal.</li> </ul> </li> <li>- <b>ALERGIAS</b></li> <li>- <b>HÁBITOS TÓXICOS</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de piel y úlceras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ESTADO DE LA PIEL-INTEGRIDAD</b></li> <li>- <b>ÚLCERA VASCULAR y/o UPP</b> (grado, tratamientos ...)</li> <li>- <b>OTROS PROBLEMAS CUTÁNEOS</b> (hematomas, quemaduras, erupciones, etc)</li> <li>- <b>ESTADO DE PIEL Y UÑAS</b> - Podología</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado nutricional / hidratación</li> </ul>	<p>Aspectos relevantes y actuaciones referentes a la nutrición e hidratación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ESTADO DE LA BOCA</b> (Prótesis, ...)</li> <li>- <b>MODIFICACIÓN DEL PESO</b> (Pérdida o aumento en los últimos 6 meses)</li> <li>- <b>ALTERACIONES DE LA INGESTA</b></li> <li>- <b>MÉTODOS DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</b> (Parenteral / IV, Sonda, Jeringa, suplemento dietético entre comidas, utensilios especiales ...)</li> <li>- <b>DIETA</b> (Tipo, Intolerancias ...).</li> <li>- <b>INDICADORES DE BALANCE HÍDRICO</b> (Diseña, escasez de líquidos, deshidratado ...).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrón de eliminación</li> </ul>	<p>Aspectos relevantes al control de esfínteres y patrón de eliminación mantenida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b></li> <li>- <b>INCONTINENCIA</b> fecal y urinaria</li> <li>- <b>RITMO INTESTINAL</b> (regular, estreñimiento, diarrea, fecaloma ...)</li> <li>- <b>DISPOSITIVOS</b> (sonda, absorbentes, Ostomía ...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Movilidad - Deambulación - Equilibrio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad o nivel de autonomía de ayuda de otra persona. Actuaciones para recuperación o mantenimiento funcional.</li> <li>- <b>AYUDAS TÉCNICAS</b> (Bastón, andador, muleta, silla de ruedas, otras ayudas técnicas). Su prescripción y formación para su utilización.</li> <li>- <b>ENCAMAMIENTO PERMANENTE</b>. Actuaciones a realizar ante situaciones de inmovilidad y riesgos derivados</li> <li>- <b>MÉTODOS DE TRANSFERENCIA</b>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sueño - Agitación</li> </ul>	<p>Información referente a trastornos de agitación y de sueño.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor</li> </ul>	<p>Existencia de dolor, tratamientos pautados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>FRECUENCIA</b></li> <li>- <b>INTENSIDAD</b></li> <li>- <b>LOCALIZACIÓN</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones conducta</li> </ul>	<p>Alteraciones conductuales observados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguridad - Restricciones</li> </ul>	<p>Información referente a los motivos y prescripciones de material de sujeción mecánica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de caídas</li> <li>- Material prescrito (identificación del material, plazos, motivos ...)</li> </ul>

ÁREA SANITARIA	
ABVD	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Situación funcional actualizada</li> </ul>	<p>Valoraciones realizadas sobre capacidad autónoma mantenida y la cobertura a garantizar sobre las actividades de la vida diaria que de manera total o parcial se deban garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilidad en la cama</li> <li>- Transferencias</li> <li>- Deambulaci3n</li> <li>- Vestirse</li> <li>- Aseo e higiene personal</li> <li>- Comer</li> <li>- Uso de retrete</li> <li>- Bañarse</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial de recuperaci3n</li> </ul>	Capacidades funcionales que pueda recuperar y las actuaciones llevadas a cabo.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Material auxiliar prescrito</li> </ul>	Relaci3n y gesti3n del material auxiliar prescrito para las actuaciones a llevar a cabo.

ÁREA PSICOL3GICA	Necesidades y potenciales observadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoraci3n cognitiva</li> </ul>	<p>Detalle de capacidad cognitiva y potencialidades o riesgos detectados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientaci3n (temporal, espacial, personal)</li> <li>- Memoria (capacidad de retenci3n, faltas detectadas, etc.)</li> <li>- Capacidad para toma de decisiones</li> <li>- Valoraci3n y graduaci3n de deterioro cognitivo (Pfeiffer, Minimental ...)</li> <li>- Estado confusional agudo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoraci3n afectiva</li> </ul>	<p>Valoraci3n sobre situaciones de depresi3n, ansiedad ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si mantiene expresiones de aflicci3n</li> <li>- Dificultades con los ciclos de sueño</li> <li>- Apariencia de tristeza o apatía</li> <li>- Apariencia ansiosa</li> <li>- P3rdida de inter3s por las cosas</li> <li>- Cambios de ánimo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transtornos de conducta</li> </ul>	<p>Relaci3n de trastornos detectados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deambulaci3n – vagabundeo</li> <li>- Lenguaje ofensivo</li> <li>- Agresividad f3sica</li> <li>- Comportamiento social inadecuado</li> <li>- Rechazo a los cuidados</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciativa y participaci3n</li> </ul>	<p>Nivel de facilidad de participaci3n en actividades promovidas por el propio centro o a iniciativa del propio usuario, así como la calidad de las relaciones personales con otras personas del centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad o no para relacionarse con otros</li> <li>- Facilidad o no para realizar actividades planificadas</li> <li>- Facilidad o no para realizar actividades por iniciativa propia</li> <li>- Nivel de capacidad para establecer sus propios objetivos</li> <li>- Nivel de participaci3n en actividades</li> </ul>



PAI – PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL	
Nombre y apellido _____	Nº Expediente _____
Persona de referencia _____	Fecha del plan _____
Área	Necesidades y potenciales observadas
<b>SOCIAL</b>	
• Situación de desprotección LEGAL	<i>Necesidades identificadas referentes a la posible desprotección del usuario y defensa de derechos.</i>
• Hábitos y ocio	<i>Hábitos y ocio detectados y que deban ser promovidos y/o facilitados por parte del centro.</i>
• Creencias y valores	<i>Actuaciones facilitadoras sobre aspectos religiosos y/o de creencias personales.</i>
• Gestiones administrativas	<i>Necesidades sobre gestiones administrativas varias que el usuario y/o familiares no puedan realizar sin ayuda externa.</i>
• Interrelación social y familiar	<i>Situaciones detectadas referentes a las relaciones personales que mantiene el usuario, y que puedan mejorarse, deban corregirse, etc.</i>
<b>SANITARIA</b>	
• Situación sanitaria	<i>Información relevante a su situación sanitaria actual, que por riesgo o potencial sea interesante abordar, pero que deriven de actuaciones interdisciplinarias.</i>
• Tratamiento	<i>Tratamiento actual.</i>
• Estado de piel UPP	<i>Aspectos relevantes para la prevención de úlceras:</i> – Valoración riesgo de sufrir úlceras. – Existencia o no de úlceras.
• Estado nutricional / hidratación	<i>Aspectos relevantes de nutrición:</i> – Obesidad / desnutrición. – Trastornos alimenticios.
• Dieta	<i>Existencia e identificación de la misma.</i>
• Patrón de eliminación	<i>Aspectos relevantes al control de esfínteres y su posible recuperación.</i>
• Movilidad – Deambulación	<i>Limitaciones para transferencias, movilización.</i>
• Sueño agitación	<i>Información referente a trastornos de agitación y de sueño.</i>
• Dolor	<i>Existencia de dolor, tratamientos pautados.</i>
• Alteraciones conducta	<i>Alteraciones conductuales observados.</i>
• Seguridad – Restricciones	<i>Información referente a los motivos y prescripciones de material de sujeción mecánica.</i>
• Marcha – equilibrio	<i>Detección de necesidades y/o potenciales referentes a la marcha y equilibrio. Valoración riesgo de caídas.</i>
• Transferencias	<i>Detección de necesidades o potenciales referentes a la autonomía y capacidad del usuario para las transferencias.</i>
• Limitación movilidad	<i>Potencialidad o riesgo referente a las transferencias. Situaciones de inmovilidad y riesgos derivados.</i>
• Ayudas técnicas	<i>Relación de material auxiliar que debe aplicarse o facilitarse.</i>

PSICOLÓGICA	
• Valoración cognitiva	<i>Detalle de capacidad cognitiva y potencialidades o riesgos detectados.</i>
• Depresión, ansiedad	<i>Valoración sobre situaciones de depresión, ansiedad ....</i>
• Trastornos de conducta	<i>Relación de trastornos detectados.</i>
ABVD	
• Valoración FUNCIONAL	<i>Nivel de dependencia de personal auxiliar de cada una de las actividades de la vida diaria.</i>
	<i>Ducha                      Aseo                      Vestir                      Retrete</i>
	<i>Transferencia              Deambulaci3n              Alimentaci3n              Activid. instrum.</i>

OBJETIVOS	ACCIONES E INTERVENCIONES	RESPONSABLE
<i>Objetivos deseables a alcanzar a través de la puesta en práctica de los programas y actuaciones de profesionales</i>	<i>Detalle de las actuaciones que se llevarán a cabo</i>	<i>Áreas, profesionales que deberán actuar</i>

Revisiones de PAIs anteriores cerrados		
OBJETIVOS ANTERIORES	NIVEL DE EJECUCIÓN	REVISIÓN REALIZADA
<i>Objetivos previstos en PAIs anteriores</i>	<i>Descripción del nivel de desarrollo de los programas</i>	<i>Nivel de logro de los objetivos planteados</i>

## 14. El Plan Individual para personas ingresadas en estancia temporal

El servicio residencial en estancia temporal está concebido para atender a las personas mayores dependientes con carácter temporal, y con una finalidad clara de respiro para las familias, en situaciones de descanso o vacaciones, en otras situaciones de necesidad social motivadas por enfermedad y/o intervención quirúrgica de la persona cuidadora principal, y en otras situaciones que conlleven la imposibilidad o grave dificultad de prestar el debido cuidado por parte de la persona cuidadora.

La duración mínima de estancia será de 15 días y la máxima de 1 mes en el caso de que la motivación sea el descanso del cuidador, y en las estancias por el resto de motivos hasta 3 meses.

Teniendo en cuenta los plazos que se han fijado para la elaboración del PAI (un mes), se hace difícil la elaboración del mismo para las estancias temporales, ya que en su mayor parte duran 1 mes como máximo.

Sin embargo es necesario que las personas ingresadas en estancia temporal tengan garantizada una atención de calidad. Es por ello importante establecer los mínimos de atención que se deben cumplir en este tipo de ingresos, tal como se plantea en el modelo que viene a continuación.



PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA TEMPORALES				
Nombre y apellido _____			Nº Expediente _____	
Persona de referencia _____			Fecha del plan _____	
<b>Área</b>	<b>Necesidades y potenciales observadas</b>			
<b>SOCIAL</b>				
• Situación de desprotección LEGAL	<i>Nivel de protección del usuario y defensa de derechos.</i>			
• Hábitos y ocio	<i>Hábitos y ocio detectados y que puedan ser promovidos y/o facilitados por parte del centro.</i>			
• Interrelación social y familiar	<i>Nivel y calidad de las relaciones mantenidas por la persona usuaria en el</i>			
<b>SANITARIA</b>				
• Situación sanitaria	<i>Información relevante a su situación sanitaria actual.</i>			
• Tratamiento	<i>Tratamiento actual.</i>			
• Estado de piel UPP	<i>Aspectos relevantes para la prevención de úlceras:</i> - Valoración riesgo de sufrir úlceras - Existencia o no de úlceras			
• Dieta	<i>Existencia e identificación de la misma.</i>			
• Patrón de eliminación	<i>Aspectos relevantes al control de esfínteres.</i>			
• Movilidad - Deambulación	<i>Limitaciones para transferencias, movilización.</i>			
• Sueño agitación	<i>Información referente a trastornos de agitación y de sueño.</i>			
• Alteraciones conducta	<i>Alteraciones conductuales observados.</i>			
• Seguridad - Restricciones	<i>Información referente a los motivos y prescripciones de material de sujeción mecánica.</i>			
• Ayudas técnicas	<i>Relación de material auxiliar que debe aplicarse o facilitarse.</i>			
<b>PSICOLÓGICA</b>				
• Valoración cognitiva	<i>Percepción sobre capacidades cognitivas mantenidas.</i>			
• Depresión, ansiedad	<i>Percepción sobre existencia o no de estas situaciones.</i>			
<b>ABVD</b>				
• Valoración FUNCIONAL	<i>Nivel de dependencia de personal auxiliar de cada una de las actividades de la vida diaria.</i>			
	<i>Ducha</i>	<i>Aseo</i>	<i>Vestir</i>	<i>Retrete</i>
	<i>Transferencia</i>	<i>Deambulación</i>	<i>Alimentación</i>	<i>Activid. instrum.</i>

OBJETIVOS	ACCIONES E INTERVENCIONES	RESPONSABLE
COBERTURA DE LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS Y GARANTIZABLES EN EL PERIODO DE TIEMPO DE ESTANCIA	Detalle de las actuaciones que se llevarán a cabo	Áreas, profesionales que deberán actuar





## 15. A modo de conclusión

Para finalizar, insistir de nuevo en que el modelo presentado se debe ver como un primer paso para establecer unos procesos básicos, con unos contenidos mínimos tanto de valoración como de objetivos planteados.

Es posible que lo planteado pueda parecer insuficiente desde el punto de vista de los profesionales. Pero en todo momento se ha intentado dar cabida a todo tipo de centros con dotaciones muy diferentes, tanto en cuanto a número como especialización de dichos profesionales.

Se trata de establecer unas bases sobre las que comenzar a trabajar y entrar en un proceso de mejora continua que permita avanzar hacia un servicio foral cada vez de mayor calidad.

Así en una segunda fase se debería plantear una profundización en el desarrollo de las diferentes áreas, e incluso el planteamiento de algún indicador de proceso.

## 16. Plan de implantación

Por último nos aventuramos a proponer un posible plan de implantación con dos acciones:

- Información general sobre el PAI a todas las residencias por grupos.
- Establecer unos centros piloto por comarcas, teniendo en cuenta la diversa tipología de dichos centros. Estos centros podrían convertirse posteriormente en centros de referencia para el resto.

## 17. Documentación utilizada

- Manual de buena práctica del servicio foral residencial para personas mayores dependientes de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Documentación clínico asistencial para centros asistidos y sociosanitarios. Fundación Sar, Fundación Avedis Donabedian.

- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. Fundación Sar, Fundación Avedis Donabedian.
- La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. F. J. Leturia Aráosla, J. J. Yanguas Lezaun, E. Arriola Manchola, A. Uriarte Méndez.
- Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales para la tercera edad.
- Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la comunidad autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.
- Norma Foral 11/2005, de 16 de diciembre, por el que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes.
- Decreto Foral 209/2005, de 20 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente.
- Reglamento de régimen interior de los centros integrados en la red foral de residencias para personas mayores dependientes.
- Pliego de condiciones técnicas para la concertación de la prestación del servicio residencial foral.
- Planes de atención utilizados en la actualidad en varios centros de la red foral de residencias.
- Recomendaciones para la elaboración de planes de mejora continua en residencias asistidas para persona mayores. Generalitat de Catalunya.
- Catálogo de servicios residenciales para personas mayores. Diputación Foral de Guipuzkoa.
- RAI-NH. CMD y Manual.