

10. ANEXOS.

ANEXO I.

Escala Barthel, para la valoración de las ABVD.

Escalas Validadas: ESCALA BARTHEL PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN ABVD

Nombre:

☐ Usuario/a de la Residencia

☐ Usuario/a del Centro de Día

	FECHA DE VALORACIÓN			
1. Alimentación	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Totalmente dependiente	0	0	0
2. Transferencias	Independiente	15	15	15
	Necesita alguna ayuda física o verbal	10	10	10
	Precisa asistencia física para el movimiento.	5	5	5
	Dependiente	0	0	0
3. Aseo Personal	Independiente	5	5	5
	Dependiente	0	0	0
4. Uso de WC	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Totalmente dependiente	0	0	0

5.Baño	Independiente	5	5	5
	Dependiente	0	0	0
6.Vestirse	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Totalmente dependiente	0	0	0
7.Deambulaci3n	Independiente	15	15	15
	Necesita ayuda o supervisi3n. Andador	10	10	10
	Precisa silla de ruedas pero la mueve independientemente.	5	5	5
	Dependiente	0	0	0
8.Subir y bajar escaleras	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Totalmente dependiente	0	0	0
9.Control esfínter anal.	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Incontinente	0	0	0
10.Control esfínter vesical	Independiente	10	10	10
	Necesita ayuda	5	5	5
	Incontinente	0	0	0
PUNTUACI3N TOTAL. Max 100				

OBSERVACIONES:1ª Pasación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:2ª Pasación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:3ª Pasación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA:	FECHA	FECHA
FIRMA TERAPEUTA OCUPACIONAL	FIRMA TERAPEUTA OCUPACIONAL	FIRMA TERAPEUTA OCUPACIONAL

ANEXO II.

Escala MEC para la valoración cognitiva.

**Escalas Validadas:
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO –MEC.**

Nombre:

☐ Usuario/a de la Residencia☐ Usuario/a del Centro de Día

FECHA DE VALORACIÓN				
ORIENTACIÓN	DÍA.....MES.....FECHA.....			
	AÑO.....ESTACIÓN..... (5)			
	LUGAR.....HABITACIÓN.....			
	PUEBLO.....PROVINCIA.....			
	PAÍS..... (5)			
OBSERVACIONES:				
FIJACIÓN	REPITA ESTAS TRES PALABRAS:			
	PESETA – CABALLO – MANZANA..... (3)			
OBSERVACIONES:				

ATENCIÓN Y CÁLCULO	SI TIENE 30 PESETAS Y ME VA DANDO DE TRES EN TRES ¿CUÁNTAS LE VAN QUEDANDO?(5)			
	REPITA: 5 – 9 – 2 (3)			
	OBSERVACIONES:			
MEMORIA	¿RECUERDA LAS TRES PALABRAS QUE LE HE DICHO ANTES?. (3)			
	OBSERVACIONES:			
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	MOSTRAR UN BOLÍGRAFO ¿QUÉ ES ESTO? REPETIR CON RELOJ (2)			
	REPITA ESTA FRASE: “EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS”. (1)			
	EJEMPLO: UNA MANZANA Y UNA PERA SON FRUTAS ¿VERDAD? ¿QUÉ SON EL ROJO Y EL VERDE? (1)			
	¿QUÉ SON UN PERRO Y UN GATO? (1)			
	COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN LA MESA (3)			
	LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE (“CIERRE LOS OJOS”). (1)			
	ESCRIBA UNA FRASE (1)			
	COPIE ESTE DIBUJO (1)			
	OBSERVACIONES:			
	PUNTUACIÓN TOTAL. Máxima: 35			

FECHA	FRASE ESCRITA POR EL/LA USUARIO/A

FECHA:	FECHA	FECHA
FIRMA DEL/DE LA TERAPEUTA OCUPACIONAL	FIRMA DEL/DE LA TERAPEUTA OCUPACIONAL	FIRMA DEL/DE LA TERAPEUTA OCUPACIONAL

ANEXO III.

Escala de la Cruz Roja para la valoración cognitiva.

Escalas Validadas: ESCALA DE LA CRUZ ROJA

Nombre:

Núm. Exp.:

☐ Usuario/a de la Residencia

☐ Usuario/a del Centro de Día

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.

Incontinencia ocasional.

☐ GRADO 3:

Alteraciones graves de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación coherente. Trastornos evidentes del comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado.

Incontinencia frecuente.

☐ GRADO 4:

Desorientación completa. Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia.

Incontinencia habitual.

☐ GRADO 5:

Demencia avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación. Incontinencia total

ANEXO IV.

Escala OARS (para la medición de los recursos de los que dispone el usuario/a).

CUESTIONARIO SOBRE LOS RECURSOS SOCIALES DEL ANCIANO OARS-CENTRO DE DÍA

Nombre:

Fecha evaluación:

- ¿Es usted soltero, casado, viudo, ...?
 - 1. Soltero (nunca casado)
 - 2. Casado (o en pareja estable)
 - 3. Viudo
 - 4. Divorciado
 - 5. Separado
 - No contesta

- ¿Quién vive con usted? (Indique “sí” o “no” en cada una de las opciones siguientes)

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esposo o esposa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nietos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanos y hermanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros familiares (no incluye los familiares políticos incluidos anteriormente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda pagada no familiar (incluye habitación libre)
		Otros (especifíquese)

- ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?
 - 3. Cinco o más
 - 2. De tres a cuatro
 - 1. Una o dos
 - 0. Nadie
 - No contesta
- ¿Cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares y otros en la última semana (ya sea porque les haya llamado usted o le hayan llamado ellos)?
 - 3. Una o más veces al día
 - 2. Dos-seis veces
 - 1. Una vez
 - 0. Ninguna vez
 - No contesta
- ¿Cuántas veces en la última semana le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?
 - 3. Una o más veces al día
 - 2. Dos-seis veces
 - 1. Una vez
 - 0. Ninguna vez
 - No contesta
- ¿Tiene alguien en quien confiar?
 - 2. Sí
 - 1. No
 - No contesta
- ¿Se encuentra solo a menudo, a veces o casi nunca?
 - 0. A menudo
 - 1. A veces
 - 2. Casi nunca
 - No contesta
- ¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?
 - 1. Tan a menudo como quisiera
 - 2. Algo triste por la poca frecuencia
 - No contesta
- ¿Hay alguien fuera de este centro que le prestaría ayuda si usted se encontrara enfermo o incapacitado: por ejemplo su esposo/a, un miembro de su familia, o un amigo?
 - 1. Sí
 - 0. Nadie que desee o sea capaz de ayudar.
 - No contesta
- ¿Hay alguien fuera de este sitio que le cuidaría todo el tiempo que necesite, o solo un cierto tiempo, o únicamente alguien que le ayudaría de vez en cuando (por ejemplo, acompañarle al médico, haciéndole la comida ocasionalmente, etc.)?

- 1. Alguien que cuidaría del sujeto indefinidamente (todo el tiempo que fuese necesario)
- 2. Alguien que cuidaría del sujeto un corto período de tiempo (desde unas pocas semanas hasta seis meses)
- 3. Alguien que cuidaría del sujeto de vez en cuando (llevándole al médico, haciéndole la comida, etc)
- No contesta
- ¿De quién se trata? Nombre:
Relación:

RESULTADO EVALUACIÓN

- 1. Recursos sociales excelentes
- 2. Buenos recursos sociales
- 3. Levemente incapacitado socialmente
- 4. Moderadamente incapacitado socialmente
- 5. Gravemente incapacitado socialmente
- 6. Totalmente incapacitado socialmente

Observaciones:

ANEXO V.

Escala Norton, para la valoración de riesgo de úlceras por presión.

**Escalas Validadas:
VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP'S ESCALA NORTON**

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE VALORACIÓN				
ESTADO GENERAL	Bueno	4	4	4
	Débil	3	3	3
	Malo	2	2	2
	Muy malo	1	1	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4	4	4
	Apático/a	3	3	3
	Confuso/a	2	2	2
	Estuporoso/a	1	1	1
ACTIVIDAD	Caminando	4	4	4
	Con ayuda	3	3	3
	Sentado	2	2	2
	Encamado/a	1	1	1
MOVILIDAD	Total	4	4	4
	Disminuida	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4	4	4
	Ocasional	3	3	3
	Urinaria	2	2	2
	Doble incontinencia	1	1	1

OBSERVACIONES:

PUNTUACIÓN TOTAL. Máxima: 20

FECHA:

FECHA

FECHA

FIRMA COORD. MÉDICO /
SANITARIO

FIRMA COORD. MÉDICO /
SANITARIO

FIRMA COORD. MÉDICO /
SANITARIO

ANEXO VI.

Escala Tinetti, para la valoración del equilibrio y la marcha.

Escalas Validadas:
EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO
-ESCALA TINETTI-

Nombre:

☐ Usuario/a de la Residencia

☐ Usuario/a del Centro de Día

1. EQUILIBRIO: El/la usuario/a está sentado/a en una silla sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

FECHA DE VALORACIÓN				
EQUILIBRIO SENTADO/A	Se inclina o se desliza en la silla	0	0	0
	Se mantiene seguro/a	1	1	1
	OBSERVACIONES:			
LEVANTARSE	Imposible sin ayuda	0	0	0
	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1	1	1
	Capaz sin usar los brazos	2	2	2
	OBSERVACIONES			

INTENTOS PARA LEVANTARSE	Incapaz sin ayuda	0	0	0
	Capaz, pero necesita más de un intento	1	1	1
	Capaz de levantarse con solo un intento	2	2	2
	OBSERVACIONES:			
BIPEDESTACIÓN INMEDIATA	Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.	0	0	0
	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1	1	1
	Estable sin andador, bastón u otros soportes.	2	2	2
	OBSERVACIONES: Inmediata se refiere a los primeros 5 segundos.			
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	Inestable	0	0	0
	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm.) o con ayuda del andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse.	1	1	1
	Estable sin andador, bastón u otros soportes.	2	2	2
	OBSERVACIONES:			

EMPUJAR	Empieza a caerse	0	0	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1	1	1
	Estable	2	2	2
	OBSERVACIONES: El/la usuario/a en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible. El/la examinador/a empuja suavemente en el esternón del/de la usuario/a con la palma de la mano tres veces.			
OJOS CERRADOS	Inestable.	0	0	0
	Estable	1	1	1
	OBSERVACIONES: El/la usuario/a en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible.			
VUELTA DE 360 GRADOS	Pasos discontinuos	0	0	0
	Continuos	1	1	1
	Inestable (se tambalea, se agarra)	0	0	0
	Estable	1	1	1
	OBSERVACIONES:			

SENTARSE	Inseguro/a, calcula mal la distancia, cae en la silla	0	0	0
	Usa los brazos, o el movimiento es brusco	1	1	1
	Seguro/a, movimiento suave	2	2	2
	OBSERVACIONES:			
PUNTUACIÓN EQUILIBRIO. Máxima: 16				
2. MARCHA: El/la usuario/a permanece de pie con el/la examinador/a, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a paso normal, luego regresa a paso rápido pero seguro.				
INICIACIÓN DE LA MARCHA	Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0	0	0
	No vacila	1	1	1
	OBSERVACIONES: Se valora inmediatamente después de indicarle que ande.			
LONGITUD Y ALTURA DE PASO	MOVIMIENTO DEL PIE DERECHO			
	No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0	0	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1	1	1
	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0	0	0
	El pie derecho se separa completamente del suelo	1	1	1
	OBSERVACIONES:			

	MOVIMIENTO DEL PIE IZQUIERDO			
	No sobrepasa al pie derecho con el paso	0	0	0
	Sobrepasa al pie derecho	1	1	1
	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0	0	0
	El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1	1	1
	OBSERVACIONES:			
SIMETRÍA DEL PASO	La longitud de los pasos con el pie derecho e izquierdo no es igual	0	0	0
	La longitud del paso parece igual	1	1	1
	OBSERVACIONES:			
FLUIDEZ DEL PASO	Paradas entre pasos	0	0	0
	Los pasos parecen continuos	1	1	1
	OBSERVACIONES:			

TRAYECTORIA	Desviación grave de la trayectoria	0	0	0
	Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1	1	1
	Sin desviación o ayudas	2	2	2
	OBSERVACIONES: Se observa el trazado que realiza uno de los pies durante unos tres metros.			
TRONCO	Balanceo marcado o usa ayudas	0	0	0
	No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1	1	1
	No se balancea, ni flexiona, ni otras ayudas	2	2	2
	OBSERVACIONES:			
POSTURA AL CAMINAR	Talones separados	0	0	0
	Talones casi juntos al caminar	1	1	1
	OBSERVACIONES:			
PUNTUACIÓN MARCHA. Máxima: 12				
PUNTUACIÓN TOTAL. Máxima: 28				

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FECHA:	FECHA	FECHA
FIRMA FISIOTERAPEUTA	FIRMA FISIOTERAPEUTA	FIRMA FISIOTERAPEUTA

ANEXO VII.

Escala de autoestima de Rosenberg.

ESCALA DE AUTOESTIMA (ROSENBERG)

Nombre:

Fecha:

POR FAVOR, RODEE LA RESPUESTA QUE LE PAREZCA MÁS ADECUADA

MD = MUY EN DESACUERDO

D = EN DESACUERDO

A = DE ACUERDO

CA = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

1.- Creo que soy una persona que vale la pena, o al menos igual que otras personas

MD D A CA

2.- Creo que tengo muchas cualidades buenas

MD D A CA

3.- En resumidas cuentas, me inclino a pensar que soy un fracaso

MD D A CA

4.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como el resto de la gente

MD D A CA

5.- Creo que no tengo demasiado de lo que sentirme orgulloso

MD D A CA

6.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.

MD D A CA

7.- En conjunto estoy satisfecho conmigo mismo

MD D A CA

8.- Me gustaría ser más respetado

MD D A CA

9.- A veces me siento inútil

MD D A CA

10.- A veces pienso que no soy bueno en nada

MD D A CA

Firma:

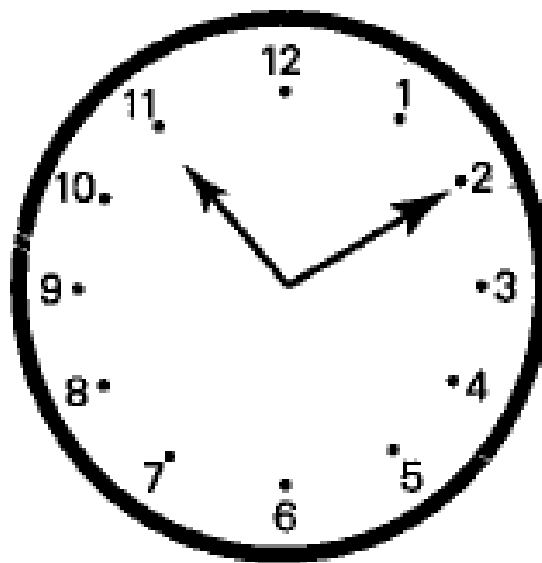
ANEXO VIII.

Test del Reloj de Shulman.

TEST DEL RELOJ

Nombre:

Fecha:



Puntuación:

Esfera reloj (Máx. 2 puntos):

Presencia o secuencia de números (Máx. 4 puntos):

Presencia y localización de manecillas (Máx. 4 puntos):

ANEXO IX.

Entrevista.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO.

Proyecto: CENTROS DE DÍA PÚBLICOS DE PERSONAS DEPENDIENTES. Evolución del servicio y cambios tras la Ley de Dependencia.

AÑO: 2013

ENTREVISTA Nº

El objetivo de la siguiente entrevista es lograr la mayor cantidad de información posible mediante la opinión de diversos Trabajadores Sociales, colaboradores en el proyecto, acerca de la situación actual de los Centros de Día Públicos, evolución del recurso y cambios tras la Ley de Dependencia.

La entrevista está elaborada por una alumna de 4º Curso de Grado de Trabajo Social y otra del Curso de adaptación al mismo de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo en Zaragoza, con la finalidad de obtener información para la realización del Proyecto de Fin de Grado.

La entrevista es anónima y confidencial. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia habrá un tratamiento individualizado de las respuestas al cuestionario ni se facilitarán informaciones de las respuestas individuales al cuestionario.

Muchas gracias por tu colaboración.

CUESTIONARIO.

1. El Centro de Día en el que desempeñas tu profesión, ¿qué titularidad y gestión tiene?
2. ¿Cuántas plazas tiene el Centro de Día en el que trabajas?
3. ¿Qué servicios ofrece el centro? ¿En qué horario?
4. Como Trabajador/a Social de un Centro de Día, ¿has notado cambio en el perfil de usuarios/as antes y después de la Ley de Dependencia? ¿Qué tipo de cambios?
5. ¿Crees que la reforma de la Ley de Dependencia (Resolución de 13 de julio de 2012) ha influido en los Centros de Día? ¿De qué manera?
6. Según los contactos previos, los Centros de Día han tenido un bajo nivel de ocupación hasta la fecha actual, ¿a qué crees que se debe?
7. ¿Has conocido casos en los que se había concedido el Centro de Día como recurso idóneo no disponible aun existiendo plazas sin cubrir? ¿Cuál consideras que es el motivo?

8. ¿Qué recurso consideras que ha sido el más solicitado en la LAAD? ¿Y cuál el más concedido? ¿Por qué?

9. ¿Crees que los ciudadanos conocen el servicio que se ofrece desde tu Centro de Día? En caso negativo, ¿a qué crees que se debe?

10. ¿Deseas aportar algo más?

Gracias por tu colaboración.

ANEXO X.

Encuesta.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO.

Proyecto: CENTROS DE DÍA PÚBLICOS DE PERSONAS DEPENDIENTES. Evolución del servicio y cambios tras la Ley de Dependencia.

AÑO: 2013

ENCUESTA Nº

“Hola, Buenos/as Días / Tardes, mi nombre es _____. Le llamo de la Residencia y Centro de Día Las Fuentes. El motivo de nuestra llamada es conocer la situación en la que se encuentra usted y la persona dependiente a la que cuida, con la finalidad de obtener información para la realización de un Proyecto de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo en Zaragoza.

Informarle que la encuesta es anónima y confidencial. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia habrá un tratamiento individualizado de las respuestas ni se facilitarán informaciones de las mismas.

Le rogaría, si fuera tan amable, me respondiera a una serie de preguntas.”

ENCUESTA.

1. ¿Hace cuánto solicito la valoración de dependencia para su familiar?

- ☐ Más de 6 años
- ☐ 3-6 años
- ☐ Menos de 3 años.
- ☐ NS/NC

2. ¿Qué Grado de dependencia tiene su familiar?

- ☐ Grado III
- ☐ Grado II
- ☐ Grado I
- ☐ NS/NC

3. A la hora de realizar el Programa Individual de Atención ¿cuál fue el recurso que se asignó como idóneo para su familiar?

SERVICIOS:

- ☐ Servicio de Atención Residencial.
- ☐ Servicio de Teleasistencia.
- ☐ Servicio de Promoción Autonomía Personal.
- ☐ Servicio de Ayuda a Domicilio.
- ☐ Servicio de Centro de Día.
- ☐ NS/NC

PRESTACIONES ECONÓMICAS:

- ☐ Vinculada al servicio.
- ☐ Cuidadores no profesionales.
- ☐ Asistencia Personal.
- ☐ NS/NC

4. ¿Fue informado/a sobre la disponibilidad de los recursos existentes así como de la finalidad de los mismos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ NS/NC

5. Finalmente, ¿recibió o ha recibido el recurso asignado en primer lugar? ¿Por qué?:

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ NS/NC
-

6. En cualquiera de los dos casos; ¿Cuánto tiempo esperó o lleva esperando la concesión del recurso?

- ☐ Más de 2 años.
- ☐ 1-2 años
- ☐ Menos de 1 año.
- ☐ Menos de 6 meses.
- ☐ NS/NC.

Muchas gracias por su colaboración.