

Área social 1

Jueves, 7 de junio, 15.30 horas

Moderadores:

Alberto Uriarte Méndez

Isabel Genua

96

UTILIZACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

Cruz Montes, M.; Goikoetxea Uranga, M.; Cámara Movilla, M.; Susperregui Elduayen, A.; Lucena Sánchez, I.; Calvo Aguirre, J. J.

Residencia de ancianos Zorroaga. San Sebastián

Introducción: Un documento de voluntades anticipadas es aquel en el que una persona con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad.

Es conocido por todos que en el medio residencial en muchos casos hemos de tomar decisiones en lugar del sujeto afecto por incapacidad transitoria o permanente del mismo.

Método: Hemos diseñado un cuestionario de voluntades anticipadas que deseamos presentar. Mediante el mismo hemos recogidos los resultados que hemos obtenido al recoger las voluntades anticipadas de la población de la Residencia Zorroaga (310 residentes), mediante un documento diseñado para ello por nosotros. El objetivo del mismo ha sido conocer la opinión de las personas para respetar en todo lo posible sus directrices anticipadas.

Resultados: Excluidas aquellas personas que debido a su incapacidad debieron ser excluidas, se ha completado la recogida de datos en 220 residentes (71%) y sus resultados mayoritarios principales a algunas de las cuestiones planteadas han sido:

- No tiene realizado testamento vital (99%).
- Acepta ingreso hospitalario, si la situación lo aconseja (65%).
- No desea sondaje nasogástrico continuado nunca (69%).
- Desea tratamiento del dolor con morfínicos (75%).
- Consciente, decisiones vitales las toma él + familia (50%).
- No consciente, decisiones vitales tomará su familia (56%).
- Desea actos religiosos tras su muerte (92%).
- Desea morir en la Residencia Zorroaga (71%).
- Desea enterramiento tradicional (64%).
- Se considera católico (96%).

Asimismo comentaremos otras respuestas minoritarias, pero que generan actuaciones especiales.

Conclusiones: El grado de colaboración y participación de los residentes ha sido excelente. Los datos recogidos han sido informatizados en la historia personal sociosanitaria de cada residente en el cuestionario de bioética, lo que nos debe permitir acercar nuestras decisiones al pensamiento bioético de la persona.

97

CAPACIDAD DECISORIA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DIAGNOSTICADA DE DEMENCIA

Lucena Sánchez, I.; Medina Pinillos, N.; Goikoetxea Uranga, M.; Calvo Aguirre, J. J.

Residencia de Ancianos Zorroaga. San Sebastián.

Introducción: En el medio institucional se presentan frecuentes situaciones difíciles de abordar, directamente relacionadas con la toma de decisiones y con el pensamiento ético de los residentes. En la población diagnosticada de demencia este problema se agudiza, ya que se presupone que su capacitación para la toma de decisiones está limitada.

Método: En este contexto inicial, y en una residencia de ancianos de 310 plazas, nos hemos planteado conocer las respuestas de una población diagnosticada de demencia a un cuestionario bioético. Se incluyeron en el estudio 57 residentes diagnosticados de demencia, con una edad media de 84,5 años, de los cuales el 82% eran mujeres. Fueron entrevistados por una psicóloga durante el mes de enero del 2001, siguiendo un guión protocolizado. Al cabo del mes, otra psicóloga que desconocía los primeros resultados, volvió a pasar los cuestionarios al objeto de contrastar la coherencia con los datos previamente obtenidos. Inicialmente fueron incluidos en el estudio todos los residentes diagnosticados de demencia, eliminándose posteriormente aquellos que debido a su avanzado deterioro cognitivo o por problemas de comunicación no pudieron ser entrevistados. De los 57 residentes seleccionados el diagnóstico más frecuente era demencia de etiología mixta (39%), seguido de demencia de etiología vascular (33%) y demencia tipo Alzheimer (21%). El test MMS corroboró que el 60% de los residentes incluidos presentaban un deterioro cognitivo grave / muy grave y en el 40% el deterioro cognitivo era menor. Se evaluaron datos generales, memoria remota mediante cuestionario específico y el nivel de comunicación.

Resultados: Las cuestiones bioéticas valoradas han ofrecido lo siguiente:

1. Ingreso hospitalario en caso de necesidad objetivada (Sí: 85%).
2. Deseo de ingreso hospitalario en caso de reagudización de enfermedad con mejoría dudosa (Sí: 54%).
3. Deseo de reanimación cardiopulmonar (Sí: 44%).
4. Alimentación por sonda en caso de necesidad imperiosa (Sí: 28%).
5. Deseo de tratamiento del dolor incoercible con morfina (Sí: 89%).
6. Toma de decisiones por si solo en caso de deterioro de la salud (Sí: 30%).
7. Caso de mayor deterioro cognitivo quién debe tomar las decisiones por el (Médico: 40% y Familia: 60%).
8. Donde preferiría morir: a) Hospital: 7% b) Residencia Zorroaga 54%.

Conclusiones: Como conclusión observamos la necesidad de contar con el paciente demenciado en la toma de decisiones referentes a su propia vida.

98

DISPOSICIONES PREVIAS: EXPERIENCIA PILOTO EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

Martínez Almazán, E.; Altadill Ardit.

Hospital Santa Creu. Jesús-Tortosa. Tarragona.

Objetivos: 1. Facilitar a los residentes con actual autonomía psíquica, la realización de sus disposiciones previas. 2. Conocer los valores de los residentes respecto a aspectos asistenciales y organizativos, así como sus

últimas disposiciones. 3. Divulgar con lenguaje asequible las opciones existentes en aspectos asistenciales y legales.

Métodos: Nuestra residencia acoge a 105 residentes del ICASS. En noviembre de 2000 se realizaron varias reuniones informativas con 41 de ellos, seleccionados por no presentar al inicio del estudio, ninguna enfermedad potencialmente mortal ni deterioro cognoscitivo, exponiendo los objetivos del trabajo. En el primer trimestre de 2001 se realizó por parte del médico y trabajadora social de la residencia una entrevista individual a los 20 residentes que accedieron a participar. El protocolo recoge datos epidemiológicos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios), puntuaciones en diversas escalas (Barthel, Philadelphia, Minimental de Lobo), aspectos organizativos (administrador de bienes, representante en caso de enfermedad, realización de testamento o deseo de hacerlo, bloqueo de visitas o llamadas), aspectos confesionales y disposiciones de desenlace (incineración, lugar de entierro, ceremonia, etc.), actitudes hacia la enfermedad y hacia aspectos asistenciales (limitación de terapias, deseo de RCP, alimentación artificial, etc.) tras su explicación. El resumen de la entrevista estructurada fue firmado posteriormente por residente, médico, trabajadora social y representante elegido por el residente.

Resultados: 20 participantes (9 hombres, 11 mujeres). Estado civil: 30% solteros, 45% viudos. Nivel de estudios: 20% no saben leer ni escribir, 80% saben leer y escribir o estudios primarios. Índice Barthel: media de 73, MNT: 25, Philadelphia: 7,7. Testamento realizado: 35%. Implicación familiar en 60%. Representante elegido: 60% familiar de primer grado, 10% familiar de segundo grado, 10% amistad. Restricción de visitas o/y llamadas: 10%. El 85% solicitan asistencia religiosa católica. El 80% tiene alguna disposición de desenlace manifestada. Respecto a la enfermedad, el mayor miedo es al dolor (35%) y a la limitación funcional (20%), deseando tratamiento paliativo el 75% de los casos. El 60% quieren recibir información en caso de enfermedad terminal oncológica o degenerativa. Han manifestado alguna limitación en determinadas terapias el 40%. El 65% estarían de acuerdo con recibir maniobras de RCP. El 85% no quieren recibir nutrición enteral en caso de demencia. El 5% es donante de córnea, y el 35% tienen deseo de serlo tras la charla.

Conclusiones: 1. La realización de disposiciones previas ofrece al residente la posibilidad de discutir con el equipo interdisciplinar aspectos referentes a su atención médica y asistencial que de otra manera no son tratados. 2. Es un instrumento útil para conocer los valores y objetivos del residente ante una enfermedad grave, y nos ayuda a orientar su manejo en el caso de que el paciente pierda su poder de decisión por causa médica. 3. Pese a las actitudes paternalistas, más de la mitad de residentes quieren información en caso de enfermedad terminal, y mayoritariamente rechazan medidas artificiales para la nutrición.

99

DIRECTRICES ANTICIPADAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS Y FAMILIARES

Camúñez Montiel, M. M.; Carrasco Meza, V. H.; Manzarbeitia Arambarri, J.; Velasco Guzmán, R.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriátria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivos: Conocer la existencia, en pacientes > 65 años y familiares, respecto a la existencia de directrices anticipadas.

Métodos: Entrevista protocolizada, en pacientes > 65 años ingresados en Geriátria, y otros Servicios y a familiares elegidos al azar. Las directrices se separaron en testamento vital, escritas, orales formales y orales informales.

Resultados: Se entrevistaron 50 pacientes (40% varones y 60% mujeres) y 50 familiares. Motivos de ingreso: ICC (30%), BNCO (20%), FA (18%) ITU (18%), neumonía (12%), SCA (12%). Patología de base: HTA (58%), EPOC (34%), DM (32%), FAC (28%), OA/OP (20%).

Existencia de Directrices Anticipadas: A) *Pacientes:* 78% tenía algún tipo de directrices: orales formales (42%), escritas (38%), orales informales (12%), testamento vital (0%). B) *Familiares:* el 88% tenía directrices: orales formales (52%), escritas (48%), orales informales (12%), testamento vital (0%).

Temas especificados: A) *Pacientes:* testamento legal (54%), pólizas (54%), entierro (50%), incineración (8%), otros (donación) (2%). B) *Familiares:* Testamento legal (42%), pólizas (66%), entierro (30%), incineración (30%), temas sanitarios (2%), y otros (donación) (2%).

Preguntas de Opinión: A) *Pacientes:* hospitalización: Sí (53,3%), No (22,2%), nutrición artificial: Sí (13,3%), No (55,5%), RCP: Sí (15,5%), No (68,8%), medicación analgésica mayor: Sí (68,8%), No (6,6%), eutanasia: Sí (26,6%), No (48,8%). Residencia: Sí (44,4%), No (42,2%). B) *Familiares:* hospitalización: Sí (74%), No (10%), nutrición artificial: Sí (24%), No (68%), RCP: Sí (40%), No (54%), medicación analgésica mayor: Sí (94%), No (21%), eutanasia: Sí (54%), No (32%). Residencia: Sí (74%), No (12%).

Conclusiones: 1. El tema, en contra de lo esperado, suscita gran interés y aceptación en la población entrevistada. 2. La mayoría de los entrevistados tenía algún tipo de directrices anticipadas. predominantemente orales formales. 3. No existían directrices relacionadas con el cuidado de su salud. 4. No existía en ningún caso testamento vital. 5. Más del 50% de los pacientes opinaron apoyando la hospitalización y medicación analgésica mayor y rechazando Resucitación cardiopulmonar (RCP) y eutanasia (49%). 6. Más del 50% de los familiares apoyaron la hospitalización, medicación analgésica mayor, eutanasia y Residencia y rechazaron la nutrición artificial.

100

MEDIDAS DE CONTROL DE LA DEAMBULACIÓN ERRÁTICA EN RESIDENCIAS

López López, A.; Martínez Donate, P.; Gómez Martínez, M. D.; Mata García, B.; Prieto Chincolla, S.; Verdugo Gullín, S.

Residencia de Personas Mayores Feliz Edad Coslada. Grupo Quavita.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es el diseño y prueba de distintos métodos para el control de la deambulación errática y riesgo de fuga, en personas mayores con deterioro cognitivo, que viven en residencias.

Método: Se diseñaron diversas medidas tanto para aplicar en zonas de paso y pasillos como en salas que contaban con puerta de acceso/salida. Para el control en pasillo o zona de paso se utilizaron, entre otras medidas, cortinas y cintas de extremo a extremo de diversos colores, en distintas combinaciones y colocaciones. Para el control de la salida de las salas se aplicaron distintos tipos de medida, tanto de tipo disuasorio como cubriente: distintos tipos de suelo, que producía sensaciones aversivas a los sujetos, espejos, cortinas del mismo color que la pared, etc. Para la puesta a prueba de las medidas se utilizó una muestra de 30 sujetos, 19 mujeres y 11 hombres, todos ellos con deambulación errática y riesgo de fuga, y deterioro cognitivo moderado o severo (MEC entre 0 y 19). La edad media era de 81,83. Se establecieron tres grupos equivalentes de sujetos, uno control y dos experimentales en cada uno de los cuales se probaron distintas medidas. Para el análisis estadístico se utilizaron distintas pruebas (Anova, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). Todas las situaciones fueron registradas en vídeo.

Resultados: Las medidas más efectivas para el control de la salida en sala fueron las cubrientes, en concreto la panelación de la puerta con espejos sin pomo visto, que resultó efectiva para el 100% de los sujetos. Esta misma medida con el pomo visto disminuye en eficacia, un 25% de los sujetos se fugan. También es efectivo cubrir la puerta con cortinas del mismo color que la pared (éxito en el 80% de los casos). Las medidas disuasorias resultaron en general menos efectivas aunque aumentaban en tiempo que los sujetos tardaban en salir. En cuanto al control en pasillo, las medidas más efectivas fueron la cinta roja y la doble.

Conclusiones: En este estudio se han encontrado medidas eficaces para el control de la deambulación errática y riesgo de fuga, lo que permitiría adaptar los centros para este tipo de sujetos sin necesidad de utilizar otras medidas costosas e incómodas como las de tipo electrónico.

101

MITOS Y REALIDADES SOBRE LA VEJEZ Y LA SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Barandiarán, M.; Huizi, X.; Uranga, M. J.; Zupiria, X.

Escuela Universitaria de Enfermería. Donostia. San Sebastián.

Objetivos: Detectar aquellas creencias erróneas presentes en los estudiantes de enfermería que pueden interferir en el cuidado a las personas mayores.

Método: Estudio epidemiológico transversal. Población: estudiantes de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia. Muestreo: estudiantes de 1º, 2º y 3º, los días 12 y 13 de marzo del 2001 en clase. Encuesta: versión bilingüe (castellano-euskera) desarrollado por este grupo del cuestionario: «Hechos y bulos sobre el envejecimiento y la vejez» (Fernández-Ballesteros 1992).

Resultados: Muestra definitiva: 264. Mujeres: 93%. Edad media: 20,8% (3,4). La media de aciertos ha sido 17 sobre 23. Entre las creencias erróneas destacamos: el 69% cree que de cada 10 ancianos uno vive en una institución. El 68,3% cree que la mayoría de los ancianos se sienten solos. El 38,2% piensa que la mayoría de los ancianos son incapaces de adaptarse al cambio. El 26,2% cree que les resulta casi imposible aprender cosas nuevas. El 37,9% cree que durante la vejez no se deterioran los cinco sentidos. El 31,8% piensa que la mayor parte de los problemas que surgen durante la vejez no se pueden prevenir y el 25,9% cree que tres de cada cuatro personas mayores no tienen tan buena salud como para llevar una vida normal. La media de respuestas correctas es mayor en los alumnos de tercero (18,2) que en los de primero (16,5) y segundo (16,8). El número de respuestas no está relacionado ni con la edad ni con el sexo.

Conclusiones: El número de respuestas correctas es elevado, pero debemos destacar la existencia de algunas creencias erróneas que si se mantuviesen dificultarían fomentar la autonomía de los ancianos.

102

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE USUARIOS Y FAMILIARES CUIDADORES DE UNA RESIDENCIA MIXTA

García Magriñá, P.; Arteaga Aizbitarte, E.; López Pérez, E.; Rodríguez Salaberria, A.; Torvisco Antequera, Y.; Urabaien Amigot, E.

Residencia de Ancianos Zorroaga. Donostia. San Sebastián.

Introducción: La Residencia Zorroaga de Donostia-San Sebastián es un centro mixto con 310 plazas de capacidad. Cuenta con un 70% de mujeres y un 60% de dependientes.

La Residencia ha iniciado la implantación de una gestión basada en parámetros de calidad según el modelo europeo de calidad EFQM.

Dentro de este enfoque, nos planteamos como objetivo medir de forma regular el grado de satisfacción de nuestros usuarios respecto a la atención global recibida para identificar áreas de insatisfacción susceptibles de ser objeto de acciones de mejora.

Método: Para ello hemos elaborado un cuestionario referido a las siguientes categorías de ítems de atención: equipamiento y señalización (9 ítems), servicios generales (11), atención personal (6), ubicación en habitación/comedor (3), atención sanitaria (7), atención psicosocial y actividades (10), apoyo e interacción social (5), percepción del trato recibido (5), satisfacción general con el servicio (4). Se ha pasado el cuestionario a una muestra de 88 residentes (30% de la población a 31-01-01), estratificada por criterios de edad, sexo y unidad del centro donde residen. La edad media de la muestra era de 83 años y el tiempo medio de estancia seis años. En 20 casos (23% de la muestra) el residente no podía contestar él mismo el cuestionario por lo que fue contestado por su familia o cuidador de referencia. Las respuestas han sido recogidas en marzo del 2001 en entrevista personal por entrevistadoras entrenadas y los datos tratados con el programa informático GPSS.

Resultados: Los índices de respuestas satisfechas agrupados en bloques son los siguientes equipamiento (74%), señalización (36%), servicios generales utilizados por todos (73%), servicios generales optativos (52% de la muestra con una utilización media por parte del 42% de la misma), atención personal (96%), atención sanitaria (95%), atención psicosocial (90%) y actividades (69%). Los residentes encuestados puntúan al centro con una nota media de 87 si bien el 57% propone aspectos a mejorar.

Conclusiones: La encuesta arroja unos índices de satisfacción medios/altos. Localiza con precisión en cada apartado ítems concretos con

porcentajes de insatisfacción superiores al 20% que coinciden con las quejas más habituales, y detalla los motivos principales de esta percepción. Se confirma su utilidad para detectar áreas de mejora desde la perspectiva de usuario y la dirección en la que se deberían de enfocar los cambios. Nos planteamos su utilización periódica combinada con otras técnicas (entrevistas con interlocutores privilegiados, comités de participación...) para seguir mejorando la calidad del servicio.

103

LUGAR Y CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE. FACTORES ASOCIADOS A MORIR EN EL HOSPITAL DE AGUDOS. ESTUDIO «MORIR DE VIEJO EN CATALUÑA»

Ramón, I.; Alonso, J.; Subirats, E.; Yañez, A.; Pujol, R., por el grupo de estudio «Morir de viejo en Cataluña»

Consorci Hospitalari de Vic. Vic. Barcelona.

Objetivo: Aunque existe gran interés sobre los cuidados al final de la vida, existen pocos estudios que describan dónde y en que circunstancias se produce el fallecimiento. El objetivo de este estudio fue describir el lugar de la muerte y las variables asociadas a fallecer en un hospital de agudos.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de una muestra representativa de personas de 65 o más años fallecidas en el año 1998 en seis áreas de Cataluña diferenciadas demográficamente y en la dotación de servicios sanitarios. Se entrevistó al cuidador principal del fallecido (entre uno y cuatro meses después de la muerte) con un cuestionario específico que recogía información sobre variables sociodemográficas, enfermedades crónicas, situación funcional y cognitiva, uso de recursos sanitarios, lugar y circunstancias de la muerte. Se ajustó un modelo de regresión logística para conocer las variables que se asociaban a una mayor probabilidad de morir en un hospital de agudos frente a morir en el domicilio o en un centro socio-sanitario.

Resultados: La tasa de participación fue del 79% (584/743). El 50% de los fallecidos eran hombres, la edad media fue de 81,4 (± 8) y el 47% estaban viudos. Un 83% vivían en el domicilio y un 17% en una residencia. El cuidador principal fue la hija en el 81% de los casos y la edad media de 56,3 (± 14 años). El 50% de los individuos fallecieron en un hospital de agudos.

En el análisis multivariado, las variables que se asociaron significativamente a morir en un hospital de agudos fueron: residir en la zona geográfica del Berguedà (OR= 3) o en la de Granollers (OR= 2,0) y padecer una bronquitis crónica, asma o enfisema (OR=1,6). Las variables que se asociaron con una menor probabilidad de morir en el hospital fueron: haber realizado un ingreso previo en un hospital de agudos (OR= 0,3) o en un centro socio-sanitario (OR= 0,2) y presentar una gran incapacidad funcional y cognitiva (OR= 0,5).

Conclusiones: La probabilidad de morir en el hospital de agudos está más relacionada con el entorno sanitario que con variables sociodemográficas o clínicas del moribundo, con excepción de padecer una gran incapacidad o presentar una enfermedad pulmonar crónica.

Financiado por CIRIT (ACES98-21/3) FISS (99/1109).

104

EL AGRAVIO COMPARATIVO DE SER MAYOR EN ANDALUCÍA

Benítez Rivero, J.

Centro de Salud Puerto Real. Cádiz.

Tras la publicación de la Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, BOJA nº 87 de 29 de julio de 1999, se hace un análisis de la misma, así como de las repercusiones sobre las actuaciones de la Consejería de Salud y de Asuntos Sociales desde su publicación en julio del 99 hasta el 28 de febrero del 2001.

Metodológicamente se analizan los diversos borradores que se generaron en las sesiones de trabajo de la Comisión Redactora de la Ley, se

analiza el texto definitivo de la misma, así como diversos documentos de las dos Consejerías y del Servicio Andaluz de Salud, con los objetivos de analizar las actuaciones normativas de las dos Consejerías mediante el análisis del BOJA, estudiando si se han cumplido los plazos estipulados en las disposiciones adicionales primera y segunda, así como analizar las repercusiones en la población de la aplicación de la Ley.

En segundo lugar se estudia la puesta en marcha del Título V sobre la Atención Sociosanitaria en Andalucía.

En tercer lugar se estudia el Título IV de la Atención Sanitaria y su repercusión en el Contrato Programa de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Como conclusiones: No hay repercusión en la Atención Sanitaria. No se han cumplido las disposiciones adicionales. No se desarrolla el Título V. No hay interés político en mejorar la atención socio-sanitaria al mayor en Andalucía.

105

EL ANCIANO DE ALTO RIESGO EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO DE PREVALENCIA

López Mesa, M.; Benítez Ragel, L.; Bazán Hernández, A. E.; Durán Alonso, J. C.; García Pantoja, J.; Jiménez Ruiz, J. M.

Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivo: Detección de ancianos frágiles o de alto riesgo en el medio comunitario.

Material y métodos: Estudio descriptivo, aleatorizado, en el cual de un total de 1.800 ancianos mayores de 65 años que viven solos o con otra persona mayor de esa edad, de la población del Puerto de Santa María, se tomó una muestra al azar de 297 ancianos (aproximadamente 20% de total). A todos ellos se les realizó una encuesta estandarizada en la que se incluían parámetros de fragilidad como: edad, viudedad, cambio de domicilio, pluripatología, fármacos, Mini-Mental, índice de Barthel y factores sociales. El tratamiento estadístico se ha realizado mediante el programa Epi-Info versión 6.0.

Resultados: Del total de 297 encuestados, un 61% son hombres. El grupo de mayor edad es el comprendido entre los 71-80 años para los hombres, y los mayores de 86 años en las mujeres. Solo un 8% de los hombres habían sufrido una caída casual en su domicilio, porcentaje que se eleva al 29% en las mujeres. Casi la cuarta parte de los hombres viven con su cónyuge, mientras que el 21% de las mujeres viven solas o con otro familiar, siendo el 35% viudas. El 10% de los hombres y el 22% de las mujeres toman entre 3-5 medicamentos al día. Se detectó un 25% de mujeres y un 11% de hombres que referían haber padecido cuadros depresivos. Un 8% de las mujeres y un 2,2% de los hombres presentaron un índice de Barthel inferior a 60. Finalmente destacar el escaso porcentaje de ancianos que están satisfechos con la pensión que reciben, que tienen viviendas con ascensor y elevado porcentaje que presentan enfermedades crónicas (Artrosis, EPOC, AVC, cardiopatía isquémica, déficit visual o auditivo severo).

Conclusiones: 1. Elevado número de ancianos frágiles existentes en la comunidad. 2. Elevada ingesta de fármacos, mayor senilidad en la mujer, alto índice de enfermedades crónicas y elevadísimo porcentaje de ancianos que presentan en sus domicilios barreras arquitectónicas (ausencia de ascensor en bloques de al menos tres plantas). 3. La encuesta presenta un número de ítems relativamente pequeño, es de fácil realización y permite detectar con un alto grado de eficacia los ancianos frágiles en la comunidad, lo que facilitaría la realización de geriatría preventiva y disminuiríamos el número de institucionalizaciones.

106

REPERCUSIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA (TC) DE LOS ENFERMOS DE PARKINSON EN LOS CUIDADORES

Guerrero, M. T.; Martínez-Martín, P.*; Frades Payo, B.*

Residencia de la CAM. * Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.

Introducción: Los TC de la enfermedad de Parkinson no sólo generan morbilidad en aquellos pacientes que los padecen, sino que también son causa de distrés en el cuidador y de institucionalización.

Objetivos: Determinar la repercusión en el cuidador de los TC que se presentan en los enfermos de Parkinson.

Metodología: Estudio abierto y transversal. Se incluyeron 86 pacientes ambulatorios y consecutivos de una consulta monográfica. Como **criterios de inclusión** se establecieron: EP idiopática (Koller, 1992); edad: 40-85 años; cualquier estadio evolutivo; cuidador principal fiable; no seleccionados y como **criterios de exclusión:** patología sobreañadida, no relacionada, con limitación funcional o mental; enfermedad sistémica grave; Demencia (DSM-IV). Fueron sometidos a una valoración sistemática: 1. **Clínica:** estadio de Hoehn y Yahr (HY), Escala de Schwab & England (SE) y Unified PD Rating Scale (UPDRS) y 2. **Psicológica:** Cognitiva, Test de Pfeiffer (SPMSQ), y de los TC, Cuestionario de TC (CTC). Este CTC fue contestado por el cuidador. 3. Valoración del impacto en el entorno más inmediato del paciente. Escala de Glazman (EG).

Resultados: La puntuación media en la EG fue de $116 \pm 23,04$ (IC 95%: 111,60-121,45), indicativo de desadaptación social leve. El rango de puntuación de la EG obtenido (33-141) indica cierto grado de distrés en todos los cuidadores.

Existió asociación significativa de la EG (r de Spearman) con la valoración de la EP y los TC: SE: $-0,79$; UPDRS: $-0,73$; CTCT: $-0,60$, todas $p < 0,001$. Todas las dimensiones de TC se asociaron con la EG, excepto *Sexualidad*, siendo las que tuvieron una correlación más fuerte *Alteraciones de la conducta verbal* y *Alteraciones del Estado mental global* ($r = -0,059$ y $r = -0,54$, ambas $p < 0,001$). La edad del paciente fue una variable independiente que no influyó en el distrés del cuidador.

Conclusiones: Todos los cuidadores de los enfermos de Parkinson soportan cierto grado de distrés, que se incrementa a medida que la enfermedad avanza (años de evolución y de tratamiento y HY), la situación funcional empeora (SE, UPDRS) y el paciente presenta TC más grave (CTCT).