

Área social 2

Jueves, 7 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

Rosa López Mongil
Francisco Javier Leturia Aruazola

107

VALORACIÓN DE RESULTADOS EN INGRESOS POR DESCANSO FAMILIAR («RESPITE») EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE LARGA ESTANCIA

Guinovart, C.; Serra, I.; Solé, M.; Pérez-Castejón, J. M.; Espauella J.

Objetivo: Conocer los perfiles del anciano y de los cuidadores que ingresan por descanso familiar en una unidad geriátrica de larga estancia así como valorar la utilidad del ingreso tanto desde la perspectiva de la familia como del equipo.

Métodos: Se recogen los datos de todos los ingresos consecutivos por descanso familiar (junio 00-febrero 01). Al ingreso se registra la situación del anciano (sexo, edad, Barthel y Pfeiffer iniciales, diagnósticos), del cuidador (sexo, edad, parentesco, tiempo de convivencia) y de su sobrecarga (test Zarit, horas de atención directa del anciano, repercusiones en su estado de salud física y psicológica). Durante el ingreso se realiza la Valoración Geriátrica Integral y se interviene en los problemas detectados. Al alta se registran: mejoría funcional del anciano, intervenciones específicas que se han implementado a partir de la VGI y percepción subjetiva del cuidador respecto a las expectativas sobre el ingreso y cambios en su situación de salud.

Resultados: N= 50. Los ancianos ingresados fueron mayoritariamente mujeres 70%, mayores de 80 años 86%, con dependencia moderada-alta 65% (Barthel inferior a 55) y con deterioro cognitivo moderado-alto 55%. Los cuidadores son mujeres 97%, de más de 50 años 78%, al que dedican una atención diaria de más de 5 horas 56%. Su sobrecarga medida por el test de Zarit es alta-muy alta 80,5%, con problemas de salud física 80,5% y psicológica 58,5%. La estancia media fue de 32 días, regresando al domicilio 97,2%. El cuidador valoró cumplidas totalmente sus expectativas de descanso 97,2% y apreció mejoras en su estado de salud 72,7%. En un 40% de los ancianos se realizó alguna de las intervenciones siguientes: nuevos diagnósticos, adecuación fármacos, fisioterapia-terapia ocupacional, consulta especialistas. En un 35% de los casos se articuló un retorno optimizado a la comunidad mediante la introducción de recursos formales, informales o adecuación del entorno.

Conclusiones: El perfil de la demanda en los ingresos de respiro se corresponde mayoritariamente con ancianos con discapacidad física y cognitiva y con cuidadores con sobrecarga alta y problemas de salud. Los ingresos cumplen las expectativas del cuidador en una valoración a corto plazo.

La VGI puede aportar en este tipo de ingresos mejorías clínicas, funcionales y de manejo y adecuación de recursos, cuya repercusión debería valorarse a medio y largo plazo.

Es preciso conocer mejor el perfil del anciano que más se puede beneficiar de realizar estos ingresos en unidades geriátricas especializadas versus las ofrecidas por programas sociales.

108

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL SEGÚN SU GRADO DE COMPLEJIDAD EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA

Guinovart, C.; Guiteras, A.; Serra, I.; Cubí, D.; Clapera, F.; Espauella, J.

Hospital Santa Creu. Vic. Barcelona.

Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(S 2):43-46

Objetivo: En geriatría está bien establecida la valoración de la función social de los pacientes, basada en el soporte informal y en los recursos económicos. Las características del proceso de intervención social que se deriva de la misma, es menos conocido, especialmente en lo que se refiere a las actuaciones destinadas a incrementar la adaptación del cuidador tanto durante el ingreso como en la planificación del alta. El objetivo del estudio es comparar las características de la intervención social según su complejidad, así como la de los grupos de paciente y cuidadores que fueron objeto de la misma.

Método: Al ingreso se registran las características del enfermo (demográfico, funcional, cognitivo). Durante el proceso de atención se monitoriza la topología y la intensidad de las intervenciones sociales sobre el cuidador principal según categorías previamente establecidas (estándar, procesos adaptativos, articulación de recursos). En el momento del alta se establece el grado de complejidad de la intervención social por criterio clínico de trabajador social (leve, moderada, alta), así como se registran las características de la evolución del paciente y su ubicación al alta.

Resultados: Características de la muestra N= 200 (edad: 79, estancia media: 36 días, mortalidad 13%, alta domicilio 55%, alta institucionalización 12%): Los casos se clasificaron de complejidad leve 66%, moderada 21,5% y alta 12,5%. Con respecto a las características del paciente la complejidad alta se asocia significativamente a estancias más largas, a empeoramiento funcional significativo y a mayor institucionalización al alta.

Con respecto a la intervención sobre el cuidador principal la complejidad alta en comparación a la leve se asocia significativamente a: 1. Mayor intensidad de intervención (70% requieren más de tres intervenciones del trabajador social vs 20% en los casos de complejidad leve). 2. Determinados tipos de Intervención, informativa 87% vs 25%, consejo dirigido 66% vs. 42%, control-autocontrol 60% vs 27%, manejo resistencia 54% vs 0% y trabajo conjunto con servicios sociales 47% vs 0%.

Conclusiones: La complejidad de la intervención social sobre el enfermo se asocia a estancias largas, deterioro funcional y mayor grado de institucionalización.

Las características de la intervención que definieron la complejidad alta sobre el cuidador principal fueron tanto la intensidad de dedicación a la resolución del caso como unas topologías determinadas dirigidas a mejorar el proceso adaptativo del cuidador (consejo dirigido, manejo de la resistencia, incremento del control-autocontrol). Es preciso conocer mejor el proceso adaptativo de los cuidadores enfrentados a las repercusiones que se producen a raíz del cambio funcional del enfermo y la perspectiva de afrontar su cuidado a largo plazo y como la intervención psicosocial durante los ingresos en las unidades geriátricas podría mejorar su capacidad para su adaptación y bienestar.

109

ANÁLISIS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN A UNA RESIDENCIA DE NUEVA APERTURA

Navarro Ceballos, C.; Ogallas, Serrano, C.; Merino Lobo, C.; García Garnacho, P.; Herrera Tort, E.; Ramírez, P.

Residencia de Personas Mayores Mirasierra. Madrid. Quavita.

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de las dificultades en la adaptación a una residencia de la CAM en una población urbana. 2. Analizar los factores que influyen en dicho proceso de adaptación. 3. Identificar factores predictores de no adaptación a un centro residencial.

Método: Estudio longitudinal retrospectivo donde se pretende comparar el comportamiento de determinadas variables (VV) en la aparición de trastornos adaptativos (Ta) (según DSM IV). Se parte de una muestra a quien se aplica un protocolo con variables demográficas, clínicas, mentales, funcionales y sociales de los residentes al ingreso, y su evolución a los seis meses. Analizamos la actitud terapéutica adoptada y la respuesta a la misma. El análisis de las VV respecto a la presencia o no de Ta, se realizó mediante Chi cuadrado.

Resultados: Durante el período noviembre/99 a enero/01 ingresaron 247 residentes: 196 residen actualmente, 41 han fallecido, y 10 han cursado baja. Revisando los exitus, 18 casos (41,8%) tuvieron lugar durante los tres primeros meses de ingreso. La muestra analizada (196 residentes), presenta una edad media de 85 años 78% mujeres). Tras seis meses de ingreso hemos detectado Ta en 75 casos (38% de la muestra), de los cuales 51 (68%) lo han superado. Tras realizar el análisis estadístico comparando el grupo de los que sufrieron Ta y de los que no, encontramos significación estadística ($p < 0,05$) en los siguientes factores como posibles predictores y/o detectores del trastorno: Ingreso judicial, ánimo triste al ingreso), antecedente de ansiedad, antecedente de depresión, ansiedad de evolución, depresión de evolución, insomnio, aislamiento social, trastornos de conducta, anorexia, mayor número de diagnósticos médicos, mayor número de consultas médicas aumento de fármacos, mayor frecuencia de infecciones, y empeoramiento de su situación funcional y mayor empleo de ayudas técnicas. En el grupo bien adaptado observamos significación estadística ($p < 0,5$) en cuanto a mejores relaciones familiares, expectativas familiares de buena adaptación, y estado de ánimo normal el día del ingreso. En cuanto a las actividades de animación, la intervención ha sido dirigida en mayor proporción, en aquellos que sufrieron Ta ($p < 0,05$). No hemos encontrado diferencias significativas en VV como la procedencia del residente, motivo del ingreso, experiencia previa en residencia y decisión de ingreso no propia. En cuanto a los que sufrieron Ta y no lo superaron, actualmente observamos 46% han desencadenado en depresión, un 25% en demencias, 12,5% trastorno ansiosodepresivo 8,25% trastornos psicopatológicos y 8,25% sufren problemática familiar. En el 49% de casos se ha realizado intervención interdisciplinar (médica, psicológica, social, de animación, de enfermería y rehabilitación. Intervenciones conjuntas de los departamentos Médico y de Psicología han demostrado eficacia en la resolución del trastorno adaptativo ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1. Los Ta son frecuentes en la población institucionalizada. 2. Podemos detectar algunos factores predictores en la aparición de dichos trastornos. 3. La intervención conjunta de los departamentos médico y psicología resulta exitosa.

110

CUIDADOS PALIATIVOS EN RESIDENCIAS. ¿QUÉ QUIEREN NUESTROS ANCIANOS?

Moreno Calvo, C.; Sáez López, P.; González Alonso, T.; Muñoz Correcher, L.; Valero Jiménez M. T.; Pérez Blasco, A. I.

Residencia Parque de los Frailes. Leganés. Madrid.

Resumen: El personal sanitario que atendemos ancianos en centros sociosanitarios nos encontramos frecuentemente con situaciones en las que hay que tomar decisiones éticas importantes y no contamos con información que nos pueda orientar sobre lo que le gustaría al anciano en esos difíciles momentos.

Objetivos: Conocer lo que opinan nuestros ancianos sobre los cuidados paliativos.

Material y métodos: Se elaboró un cuestionario de 14 preguntas con respuesta múltiple que se pasó a 57 ancianos en situación clínica estable y sin deterioro cognitivo, previo consentimiento. El cuestionario fue contestado también por trabajadores sanitarios del centro y se compararon resultados.

Resultados: Se incluyeron un total de 57 ancianos y 48 trabajadores, cuya edad media fue respectivamente de 82 y de 29,5. De las preguntas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados en el grupo de ancianos; un 50,9% prefirió que si tuvieran una enfermedad incurable se les diera toda la información. Sobre quién les gustaría que le dieran la información, el 43,8% prefirió al médico de cabecera como informador. El 52,6% prefieren que en fase terminal solo se les realice, aquellas técnicas que le alivien los síntomas o no recibir tratamiento. La mayoría (50,8%) quiere pasar esta fase terminal en su habitación con presencia y escucha de familiares y personal sanitario (68,4%). El 66,6% quiere tratamiento para el dolor aunque ello suponga estar sedado en algún momento. A la mitad de los ancianos le gustaría contar con apoyo espiritual durante algún momento del proceso. Si precisaran sonda nasogástrica para alimentarse el 77,2% prefieren que no se la pongan. El 31,5% no quieren que se les derive al hospital en el caso de que apareciera alguna enfermedad aguda intercurrente. Lo que más les asusta de la situación terminal es la soledad en un 26,3%. A la mayoría (66,6%) les gustaría que a su ingreso en el centro se les preguntara sobre estas cuestiones. Al 82,5% de los residentes entrevistados no les desagradó contestar el cuestionario. Comparando las respuestas del grupo de ancianos con las del personal sanitario se encontraron las siguientes diferencias significativas: el personal sanitario prefiere recibir la información del médico especialista, estar acompañado de la familia en los últimos momentos y recibir únicamente tratamiento para aliviar los síntomas. Lo que más asusta a los sanitarios es el abandono de los seres queridos y el dolor. El resto de las respuestas no muestran variaciones significativas respecto al grupo de ancianos.

Conclusiones: En general, las preferencias de los ancianos respecto a sus cuidados en fase terminal se centran en el alivio de síntomas en su medio habitual, sin utilizar técnicas ni tratamientos agresivos.

111

INTERESES MOTIVACIONES Y CALIDAD DE VIDA EN RESIDENCIAS DE PP. MM.

Tobaruela González, J. L.; Olivenza Jiménez, T.; Camacho Hernández, E.; Ruiz Dieguez, V.

Residencia Municipal de Griñón. Madrid.

Objetivo: Conocer los centros de interés del mayor usuario de un Centro gerontológico, sus actividades de ocio y la relación con su autopercepción de salud y bienestar.

Material y método: Se realizó un estudio multicéntrico en cinco Residencias de PP. MM. ubicadas en la Comunidad de Madrid, mediante una encuesta realizada por cuatro entrevistadores previamente entrenados, donde se recogían diversos aspectos sociales del sujeto y su respuesta a 37 preguntas en relación con su autopercepción de salud y bienestar, sus preocupaciones y sus actividades de ocio. Se incluyeron todos aquellos sujetos que accedieron libremente a la entrevista y presentaban un nivel cognitivo, a juicio del entrevistador y sus cuidadores, que le permitieran entender y responder la encuesta, descartando, en cualquier caso, a todos aquellos con MEC (Lobo) menor de 20. La muestra final fue de 142 sujetos. Los datos fueron tratados estadísticamente con el paquete estadístico SPSS 9.0.

Resultados: La media de edad fue de 82,3 años (rango 64-96; DT: 7,2) con una mayoría de mujeres (73,9%). El estado civil de la mayoría era viudo/a (68,3%), su profesión más frecuente era el de las labores del hogar (32,1%), seguido de el trabajo en el sector Servicios las profesiones manuales (17,9%) y los trabajadores del campo y el mar (12,1%). El mayor porcentaje contaba sólo con estudios primarios (74,6%) con un 8,7% de sujetos sin alfabetizar y sólo un 2,2% de licenciados universitarios. La estimación de su propio estado de salud fue buena o muy buena en el 39,5% y mala o muy mala en el mismo porcentaje, calificándolo el 21,1% restante de normal. Coincidieron al considerar su estado físico y anímico como bueno o muy bueno en el 34,5% y malo en el 41,6%. Consultados por aquellos temas que mas les preocupaban, la familia destacó como el primer centro de interés en el 42,9% de los encuestados, algo por encima de la salud (33%). Se les preguntó específicamente sobre el valor que daban (ninguno, poco, mucho o es lo más importante) a diferentes cuestiones la

familia y la salud fueron nuevamente destacados como lo más importante; el trabajo, el terrorismo y la relación con la pareja, los amigos, y el personal del Centro gerontológico obtuvieron la mayor puntuación en el apartado «muy importante», y tanto la política como su imagen frente a los demás fueron calificadas como de poca o ninguna importancia. Destacaron como «muy importante» el médico, el personal de enfermería, y el de rehabilitación (Fisiot. y T. O.). Menor importancia confesaron en relación con la atención psicológica, la animación y las actividades culturales las cuales se calificaron como nada o poco importantes en el 17,8%, 31,9% y 34,1% respectivamente. La mitad mostró poco o ningún interés por el encuentro con otros colectivos y más de la mitad (57%) creía que se contaba poco o nada con ellos a la hora de tomar decisiones que afectaban a su vida. En relación con el ocio la mayoría veían la TV y recibían visitas. El 29,3% confesaba no hacer nada. Sólo un 12% pertenecía a alguna asociación.

Conclusiones: Un tercio de la muestra consideran tener un mal estado de salud, físico y anímico. Las principales preocupaciones son la familia y la salud. Su tiempo de ocio lo destinan mayoritariamente a ver la televisión y recibir visitas y casi un 1/3 no hace nada.

112

EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN DOS COMUNIDADES: RURAL E INSTITUCIONALIZADA

García González, N.; Eguidazu Pujades, M.

Centro de Salud Taramundi. Taramundi (Asturias). Residencia Santa Teresa (ERA). Oviedo. Oviedo (Asturias).

Objetivos: Estudiar la dependencia provocada por el deterioro funcional y cognitivo en dos medios diferentes (rural y residencial) y comparar su evolución (dos años), para detectar sus necesidades y así planificar adecuadamente las actuaciones a realizar.

Métodos: Se estudió toda la población mayor de 70 años del municipio de Taramundi (Asturias) y de la Residencia Santa Teresa de Oviedo con dos años de intervalo (98-00). Como instrumentos de valoración se usaron el Índice de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en el área funcional y el Cuestionario Mental de Kahn en el área cognitiva. Su aplicación fue mediante entrevista personalizada y durante un intervalo inferior a las 8 semanas, en los estudios.

Resultados: Población distinta distribución de la población; piramidal en el área rural, en hucha entre los residentes. En ambas predominan las mujeres. El número de defunciones es superior en el medio rural (61) al residencial (59).

ABVD: La dependencia es superior en la residencia (38%-40%) que en el medio rural (20%-30%); los ancianos mas jóvenes (70-79 años) son los más independientes (59-61% en los residentes, 88-81% en el medio rural), y se va reduciendo en la década de 80-89 años (54-46% en residentes, 64-57% en rural) hasta un mínimo para los mayores de 90 años (26-20% en residentes, 33-12% en rural).

Deterioro cognitivo: La independencia cognitiva en residentes evolucionó desde el 59 al 72%, mientras la rural pasó del 67 al 64%. El deterioro cognitivo moderado es siempre mayor en medio rural (12-22-20%) que en el residencial (9-3-4%) en todas las décadas. La evolución del deterioro severo mejora en los residentes (8-23-45%) en todas las décadas.

Conclusiones: La población institucionalizada es más dependiente que la rural, progresando con la edad y en el tiempo en ambos medios, pero es más marcado en el ámbito rural y especialmente para el grado moderado. Cognitivamente la población rural se deteriora progresivamente en el tiempo, mientras se invierte esta situación en el ámbito residencial.

113

PREVALENCIA Y SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS ANCIANOS CON DEMENCIA EN CENTROS DE DÍA DE GIPUZKOA

Arriola, E.; Buiza, C.; Yanguas, J.; López Munain, A.

Fundación Matia. Donostia (San Sebastián).

Introducción: Los centros de día se tratan de un recurso «blando» frente a la institucionalización. Se tratan además de un recurso en alza pues en Gipuzkoa de 12 centros en 1995 hemos pasado a 26 centros en el 2000.

Objetivos: 1. Conocer el porcentaje de parientes con demencia en centros de día. 2. Conocer su situación funcional y cognitiva. 3. Conocer el número y la intensidad de sus trastornos de conducta.

Material y métodos: Los entrevistadores han sido los alumnos de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de San Sebastián dependiente de la Universidad del País Vasco tras un período de formación sobre la enfermedad (53 alumnos) de AFAGI y de la Unidad de Memoria y Alzheimer de Matia Fundazioa. El universo ha sido todos los centros de día (26). Se ha utilizado un cuestionario para conocer e identificar trastornos de conducta adaptado del *Behave-AD* y el *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*, la escala de Cruz Roja de situación física y psíquica y la escala de FAST para estadiaje de parientes. El trabajo estadístico ha sido realizado con el paquete informático SPSS.

Resultados: Se ha contactado con el 100% de los centros de día (26 centros con un total de 503 plazas) recogiendo una muestra que alcanza el 75% de los usuarios (380). La prevalencia ha sido del 50%. En cuanto al sexo el 78% eran mujeres, y el 80% mayores de 75 años con un 65% mayores de 80 años. En cuanto a la situación cognitiva el 56% se encontraban en los estadios III-IV-V de la escala de Cruz Roja y en cuanto a situación funcional el 60% en los estadios III-IV-V de la misma escala. **Trastornos de conducta:** El 100% presentaba trastornos de conducta. Agresividad 9%. Reacciones delirantes 26%. Desprecio a normas de convivencia: 34%. Agitación nocturna 61%. Conducta imprudente: 63%. Tendencia a la fuga 75%. Incomunicación con el entorno el 94%.

Conclusiones: 1. La prevalencia de demencia en centros de día es muy alta. 2. La situación de los parientes es de una situación de demencia avanzada en la que la mejora esperable por programas de intervención es escaso. 3. Se requiere la implantación de formación para el personal en el manejo de trastornos de conducta. Este trabajo ha contado con la ayuda de la Caixa para su realización.

114

PREVALENCIA Y SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS ANCIANOS CON DEMENCIA EN CENTROS GERONTOLÓGICOS DE GIPUZKOA

Arriola, E.; Buiza, C.; Yanguas, J.; López de Munain, A.

Fundación Matia. Donostia (San Sebastián).

Introducción: El porcentaje de pacientes con demencia en centros gerontológicos de Gipuzkoa se ha incrementado de un 26% en 1995 a la actualidad desconociendo en estos momentos el estado de la cuestión.

Objetivos: 1. Conocer el porcentaje de pacientes con demencia en centros de día. 2. Conocer su situación funcional y cognitiva. 3. Conocer el número y la intensidad de sus trastornos de conducta.

Material y métodos: Los entrevistadores han sido los alumnos de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de San Sebastián dependiente de la Universidad del País Vasco tras un período de formación sobre la enfermedad (53 alumnos) de AFAGI y de la Unidad de Memoria y Alzheimer de Matia Fundazioa. El universo ha sido todos los centros gerontológicos (49). Se ha utilizado un cuestionario para conocer e identificar trastornos de conducta adaptado del *Behave-AD* y el *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* y la escala de Cruz Roja de situación física y psíquica, y la escala de FAST para estadiaje de pacientes. El trabajo estadístico ha sido realizado con el paquete informático SPSS.

Resultados: El número total de centros es de 49 con un número total de plazas de 3.595. La muestra recogida ha alcanzado el 94% de la muestra total (3.388 usuarios). La prevalencia de demencia es del 42% con un predominio del sexo femenino en el 77% y el 72% del total de los pacientes con demencia tiene por encima de los 80 años. Situación funcional: 69%: III+IV+V de la escala de Cruz Roja. Situación cognitiva: 76%: III+IV+V de la misma escala. Trastornos de conducta: El 100% presenta trastornos de conducta. Agresividad: 11%. Reacciones delirantes: 26%. Desprecio a

normas de convivencia: 36%. Desinhibición sexual: 38%. Conducta imprudente: 64%. Tendencia a la fuga: 70%. Incomunicación: 92%.

Conclusiones: 1. El aumento de la prevalencia de enfermos con síndromes demenciales se refleja en el cambio de tipo de usuario en residencias. 2. El perfil de anciano institucionalizado con demencia es: mujer, viuda, mayor de 80 años y con deterioro cognitivo y funcional avanzado con estadios superiores al estadio VI de la escala de FAST. 3. Se considera que estos pacientes deben estar sectorizados con programas específicos para ellos. 4. Es preciso implementar la formación del personal en el trato y en el manejo no farmacológico de los pacientes.

Este trabajo ha contado con la ayuda de la Caixa para su realización.

115

DE LA OBSERVACIÓN A LA REFLEXIÓN

Rodríguez Borrego, M. A.; Fernández Martínez, M. E.; De Luis González, J. M.; Castro González, M. E.; Martínez Argüelles, M. A.; Martínez de Celis, L.

EUE León. Campus de Ponferrada. Ponferrada (León).

Introducción: Para García Hernández y colaboradores la atención de enfermería en Geriatría ha de basarse en la concepción integral del individuo anciano, como hombre adulto con una historia de vida sea cual fuere su situación en el proceso salud-enfermedad.

Es desde esta perspectiva desde la que se planteó una experiencia docente con los siguientes objetivos:

- Conocer ideas, opiniones de los alumnos sobre la ancianidad.
- Ayudar al alumno en el proceso de contextualización de la vejez.
- Estimular en la reflexión sobre la ancianidad.
- Pararse a mirar otra realidad.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, cualitativo y cuantitativo.

Población: alumnos de tercer curso de la EUE de León (Campus de Ponferrada), matriculados en la asignatura de Enfermería Geriátrica en el curso académico 2000/01. Un total de 48 alumnos. **Muestra:** 35 alumnos. **Instrumento:** registro libre de observación sobre los ancianos de su entorno. **Período:** del 16 al 31 de octubre de 2000. Primeros días del curso en el inicio de la asignatura de Enfermería Geriátrica. Codificación mediante el programa informática Excel. Análisis de los datos por porcentajes. **Limitaciones del estudio:** visión de una realidad cercana, datos no generalizables.

Resultados: Señalar desde la visión del alumno y entre los datos más significativos que casi un 50% observa soledad en el anciano, una cierta

tendencia a la depresión en un 31,43%, tristeza en un 28,57%, una gran necesidad de cariño en un 22,86% y señalan también, en un 20%, como los ingresos en el hospital les vuelven especialmente frágiles, y un largo etc. que se especificará en el trabajo completo.

Conclusiones:

- Da la impresión de que los alumnos no han profundizado en la vejez.
- No se han comunicado realmente con el anciano.
- Expresan las típicas estereotipias sobre la vejez.
- Señalar una cierta incapacidad para observar al anciano o de expresar impresiones sobre la ancianidad.
- Las impresiones van más en relación con las vivencias en las prácticas clínicas que con la cotidianeidad habitual del anciano.

116

PROGRAMA SENDIAN: IMPLANTACIÓN EN EL MUNICIPIO DE EIBAR

Alonso Mielgo, I.; Gutiérrez Eizaguirre, B.

Centro Gerontológico Ecogaín. Eibar (Guipúzcoa).

Con el objetivo de proporcionar a los familiares que conviven con una persona mayor dependiente una serie de apoyos que le permita una mejor atención al mayor, prevenir desajustes familiares y posibilitar una convivencia normalizada surge desde la Diputación Foral de Guipúzcoa el Programa Sendian.

A tal fin, desarrolla diferentes recursos como: Formación Familiar, Apoyo Psicológico, Apoyo Económico, Ayudas Técnicas, Voluntariado, Grupos de apoyo, Residencia fines de semana, Centro de Día fines de semana, incentivos Fiscales.

La implantación de este programa a finales de 1997 en el municipio de Eibar ha conllevado la realización de diferentes acciones interrelacionadas entre sí para la consecución de dicho objetivo: Coordinación tanto a nivel provincial como municipal, va que está enmarcado en los Servicios Sociales de Base Municipales; implicación de diferentes centros e instituciones, elaboración de protocolos, puesta en marcha de diferentes recursos... etc.

Después de estos cuatro años de trabajo, nos encontramos con que hasta diciembre de 2000 se han atendido 130 familias, a las que se les ha tramitado 217 recursos, de los que 71 siguen en curso. Ha habido 20 denegaciones y se han finalizado 146. En el póster se analizarán los diferentes recursos solicitados desde el inicio del programa, así como la población atendida y las características del cuidador principal.