

MESA 9

Área de ciencias sociales y del comportamiento

Viernes, 7 de junio, 15.30 horas

Moderadores:

José Carlos Baura Ortega
Director General del INSERSO

Nuria Lidón Álvarez
Dirección General de Atención a Mayores. Asturias

42

ESTUDIO SOCIO SANITARIO DE LA SITUACIÓN DE LOS DEMENTES EN ANDALUCÍA. RESULTADOS PARCIALES

Cielos, M. J.; Pinilla, M.; Díaz, J.; et al.

Fundación Antidemencia «Al-Andalus». Apartado de Correos 14649. Córdoba

Objetivos:

Generales: Conocer la situación socio-sanitaria de los pacientes con demencia en Andalucía, pertenecientes a las A.F.A.s de esta comunidad autónoma.

Específicos: Conocer los datos personales, del cuidador, vivienda, económicos, psicológicos, conductuales, etc.

Método:

Estudio descriptivo, complejo, transversal.

Cuestionario de 82 ítems al cuidador principal realizado por un médico instruido al respecto en el domicilio del paciente.

Consentimiento informado.

Tratamiento estadístico mediante base de datos ACCESS y aplicación del programa SPSS.

Se presentarán los resultados parciales y los completados de la provincia de Córdoba.

Resultado:

Datos personales: (54%) entre 75 y 84 años. 74% mujeres y 56% viudas. 32% primogénitos. 70% domicilio propio, 20% familiar, 10% residencia de ancianos. 82% han adaptado domicilio, 32% se han mudado. 64% sin ascensor, 32% sin calefacción, 4% sin agua caliente, 64% sin garaje, 52% sin refrigeración. 86% están siempre acompañados.

Datos cuidador: Familiar 80% (44% hija, 32% cónyuge), asalariado 16% (32% sin formación), 80% más de 16 horas al día.

Datos económicos: Coste mensual medio por familia (46%) entre 50.001 y 1.000 pts. 80% pensión contributiva, 36% entre 50 y 75.000 pts.

Datos de la enfermedad: 80% Alzheimer, 8% vascular, 8% otras, > 3 años de evolución, 32% debut alteraciones del comportamiento y psicológico, grave alteración de escritura y cálculo (> 80%), tristeza 70%, tratamiento IRSS 6%, sólo 42% tratamiento específico para demencia. (18% donepecilo).

Patologías asociadas: 82% neurológicas (Parkinson, ACVA, epilepsia...).

ABVD: Dependientes para aseo (72%, vestido 70%, alimentación 56%, marcha 40%, incontinencia orina total 62% y ocasional 14%.

AIVD: Dependientes para dinero 94%, teléfono 82% transporte 98%, salir solos 84%.

Alteraciones de la conducta y psicológicas: 54% insomnio, delirio 40% (robo 22%, celos 14%, abandono 4%), alucinaciones 44% (visuales 42%), vagabundeo 50%, agresividad 50%.

Conclusiones:

Escasa institucionalización y grandes adaptaciones del hogar.

Elevada presencia de trastornos de la conducta y psicológicos. Mayor riesgo sexo femenino, edad y primogénito.

Cuidador principal familiar con muchas horas diarias, escaso nivel de ingresos, duración de mas de tres años, escasa ayuda de la administración.

Solicitud principal de ayuda económica, cuidadores y centros de día.

Otras...

123

CUIDADOR PRINCIPAL. CONOCER PARA AYUDAR.

Hidalgo García, I. M.*; Alcántara Nicolás, J.*; Antón Botella, J. J.*; López Lax, M. C.*; Navarro Hernández, C.**; Flores Abellán, C.**

* Médico de Familia. Tutor de MF y C. * Residente 3.º MF y C. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes y cuidadores de pacientes incluidos en programa de Atención domiciliaria (PATDOM). Determinar la prevalencia y diferencias de malestar psíquico en los cuidadores de pacientes con y sin demencia.

Método: estudio descriptivo transversal en una zona básica de salud de 11416 habitantes. Los sujetos de estudio son los pacientes incluidos en PATDOM a los que se identifica un cuidador principal (82: 32 con demencia y 50 sin demencia). Se realizan entrevistas personalizadas en domicilio con encuestas a los pacientes y sus cuidadores para identificar Características socio-demográficas y problemas sanitarios, índice de Barthel y Escala de Ansiedad-depresión de Goldberg y APGAR familiar. Se realiza análisis de frecuencias, medias, IC 95%, nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: **Pacientes:** mujer de $83,5 \pm 6,4$ años (IC: 81-85,9) con un mayor grado de dependencia grave-total en los pacientes con demencia: 72,4% frente al 31,3% ($p = 0,00045$) de los pacientes sin demencia, estando los pacientes recluidos en domicilio de 3,57 a 6,21 años.

Cuidadores: son mujeres 92%, de $57 \pm 12,7$ años, dedicadas al cuidado más de 12 horas/día, 7 días/semana. Entre las cuidadoras existe una alta prevalencia de probable ansiedad (50-69%) y depresión (52-48,3%) diferencias n.s. La percepción de pérdida de salud por su dedicación al cuidado de los pacientes ocurre en el 69% de los cuidadores de pacientes con demencia y solo se produce en el 37,5% de los que no tienen esa patología ($p = 0,0074$).

Conclusiones: Los pacientes incluidos en PATDOM con diagnóstico de demencia tienen una mayor dependencia funcional de los cuidadores con diferencias muy significativas y generan en sus cuidadores una mayor per-

cepción de pérdida de salud. Los cuidadores presentan una elevada morbilidad de patología psíquica.

196

COSTES FORMALES E INFORMALES EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Castilla Rilo, J. G.*; Bermejo, F. P.*; Tárraga, L.**; Sánchez-Sánchez, F.*; Trincado, R.*; Pérez Chamizo, M. A.***.

* Servicio de Neurología del Hospital «12 de Octubre» de Madrid. ** Fundació ACE de Barcelona. ***Residencia PPMM «Parque Coimbra».

Objetivo: Describir los costes formales e informales que perciben los cuidadores de pacientes con demencia degenerativa primaria (DDP) diagnosticados según criterios DSM-IV.

Métodos: Entrevista estructurada, a una muestra de 50 pacientes con demencia (edad media 75,08; DE: 8,54) y sus cuidadores principales (edad media 59,50; DE: 16,12), seleccionados aleatoriamente de la Policlínica del Servicio de Neurología del Hospital, con información de variables sociodemográficas, aspectos relacionados a la atención al enfermo, así como de los recursos formales e informales que utiliza.

Resultados: En nuestra muestra la duración media de la demencia es de 34,18 meses; DE= 48,84.

El cuidador de pacientes con demencia es mayoritariamente femenino (68%) y es cónyuge o hijo (97%).

Los costes económicos estimados medios (directos e indirectos) son de ≈ 21.082 euros (3.507.742 pts), recayendo en los gastos informales la mayor carga (80%) y aumentando a medida que evoluciona la enfermedad de ≈ 15.229 euros (2.533.915 pts.), ≈ 22.159 euros (3.686.903) y ≈ 24.857 euros (4.135.889) para las demencias leve, moderada y severa respectivamente.

Un 25% de los cuidadores de nuestra muestra expresa no cubrir los gastos derivados de la enfermedad.

El apoyo formal: el 22% un cuidador profesional, el 16% está en Centro de Día, un 8% tiene Servicio de Ayuda a Domicilio y un 2% tiene Voluntariado. Un 34% expresa la necesidad de percibir más ayuda formal.

Conclusiones: El cuidado principal de los enfermos con demencia recae en la familia, los costes son principalmente indirectos y relacionados al tiempo de atención del cuidador principal.

211

PRESENTACIÓN DEL «PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE TRATO INADECUADO HACIA LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE CIUDAD LINEAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID»

Prado Novoa, C.*; Touza Garma, C.**; Segura García, M. P.*; Royo García, P.*; García Campos, L.*;

* Equipo de Investigación Socioeducativa de la Escuela Universitaria Cardenal Cisneros. Universidad de Alcalá. ** Departamento de Ciencias de la Educación (Universitat de les Illes Balears). Palma de Mallorca, España.

El proyecto que se presenta es fruto de la colaboración entre el Centro de Servicios Sociales del Distrito de Ciudad Lineal del Ayuntamiento de Madrid y el Equipo de Investigación Socioeducativa de la Escuela Universitaria Cardenal Cisneros, Universidad de Alcalá.

Objetivo: Elaborar un protocolo que permita a los profesionales de los Servicios Sociales y Sanitarios la detección de aquellas personas mayores que pueden estar recibiendo un trato inadecuado en sus domicilios o manifestar conductas autonegligentes.

Método: Tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, se ha diseñado un protocolo de detección del trato inadecuado compuesto por:

1. La Escala de Detección de Trato Inadecuado (ETI).

2. El proceso de detección a seguir por los profesionales de los Servicios Sociales y de los Centros de Salud del IMSALUD del Distrito de Ciudad Lineal del Ayuntamiento de Madrid.

Tanto el protocolo como el estudio diseñado para llevar a cabo la validación de la Escala de Detección del Trato Inadecuado han sido analizados por un grupo de expertos de reconocido prestigio en el campo de la investigación gerontológica y la práctica profesional con personas mayores.

Resultados: Como primeros resultados del estudio se presentaran las principales características de la Escala de Detección y el proceso de detección propuesto.

Conclusiones: La necesidad de partir de definiciones adecuadas de los malos tratos domésticos y las conductas autonegligentes y la dificultad del estudio de validación de la escala son dos de los retos a los que nos enfrentamos a la hora de elaborar y validar el protocolo objetivo de nuestro estudio.

1005

TERAPIA RECREATIVA EN EL MEDIO ASISTENCIAL

Martínez Sánchez, O.; Roldán Ramos, F.; Elizondo Gómez, A.; Florez Lozano, J. A.*; Postigo Mota, S.**

Residencia Tercera Edad «El Cristo» Oviedo (Organismo Autónomo ERA. Consejería de Asuntos Sociales. Principado de Asturias). Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina Universidad de Oviedo*. Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Extremadura).

Objetivos: Implantar como terapia recreativa en el medio asistencial la colaboración y participación directa del anciano en la redacción y confección de una publicación propia, involucrándole activamente al ofrecerle un cauce de expresión que le permite comunicar sus experiencias, pensamientos y sentimientos y que a la vez le permite participar de las colaboraciones de los demás. Implicar al anciano en un proyecto novedoso con otros grupos de personas para a través de su relación con ellos, crear y reforzar sus actitudes positivas, el concepto sobre ellos mismos y la autoestima.

Material y métodos: Dieciséis números (del número 0 al número 15) de la Revista «Cumbres», que abarca un período de tiempo de tres años. Con una tirada de ejemplares que oscila entre las 500 y las 2.000 unidades distribuidas principalmente en centros de ancianos de la red asistencial del Organismo Autónomo E R A y en centros de día de la Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, y con una participación activa de ancianos que representa un 45,88%, de profesionales de la salud que representa un 40,00% y de otros profesionales de estos centros con un 14,11%, sobre el total de los redactores y colaboradores de la revista.

Resultados: El progresivo aumento de las colaboraciones del grupo de personas de la Tercera Edad, que va desde el 27,27% del primer número al 41,66% del último número, llegando a alcanzar el 47,61% en el número 13; con un crecimiento medio de más de diez puntos. El porcentaje de colaboraciones del grupo de profesionales de la salud experimenta igualmente una variación al alza media de más de seis puntos, pasando del 27,27% del primer número al 33,33% del último número, alcanzando su techo en el número 14 con un 40,90%. En consecuencia, las colaboraciones «no científicas» sufren una caída media de más de dieciséis puntos, pasando de una participación del 36,36% inicial al 12,50% del último número y que supone su cifra más baja.

Conclusiones: La aparición e implantación progresiva de una publicación propia en un medio asistencial se presenta como una técnica idónea de terapia recreativa, al estilo de taller, para la Tercera Edad, con independencia del centro donde se implante esta experiencia. La estabilidad en la distribución evidencia un creciente interés por el conocimiento de la publicación y por su colaboración activa en ella, mejorando la autoestima de los participantes, refrendada en una colaboración cada vez más continua y asentada y reforzada en la medida en que ve recompensada su capacidad de esfuerzo y logro con la publicación de su colaboración. Por otra parte, el alto grado de aceptación de esta experiencia viene determi-

nado por una progresiva mejoría en la disposición y mayor grado de implicación con otros grupos de colaboradores en la consecución de un fin.

1021

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL EN ENFERMOS DE ALZHEIMER EN EL ÚLTIMO ESTADIO

Alvarez Basarte, L.

Departamento de Salud Pública e historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

La enfermedad de Alzheimer en el último estadio cursa con afasia, agnosia, apraxia, incontinencia fecal y urinaria y en su progresión afecta a la deglución. En ese momento se hace necesario instaurar procedimientos de alimentación artificial. Esto plantea numerosos interrogantes éticos uno de los más problemáticos es sin duda, la posibilidad de cometer eutanasia activa al no iniciarlos. Como muestra Diego Gracia, desde el advenimiento de la Ilustración y las revoluciones liberales, entre ellas la Revolución Francesa de 1897 asistimos a la reivindicación progresiva de derechos civiles por parte del ciudadano. El enfermo va no es el minusválido moral, sino un sujeto con autonomía moral que desea ejercerla en todos los ámbitos. El principio de autonomía requiere que el médico respete las decisiones de los enfermos (y los tutores legales), incluso si se trata de rechazar tratamientos de soporte vital. La razón de este derecho es que la decisión de lo que es beneficiar depende mucho de las preferencias y valores del propio enfermo. Muchos tipos de tratamientos de soporte vital son muy molestos e invasivos y, por ello la elección del enfermo no es simplemente entre la vida y la muerte. Por otra parte, la misión de los médicos no es «imponer» tratamientos que los enfermos no desean.

El presente trabajo es una reflexión entre la eutanasia pasiva, eutanasia doble-efecto, eutanasia voluntaria, eutanasia involuntario y su relación con el acto de no iniciar alimentación artificial en enfermos de Alzheimer en el último estadio.

Bibliografía:

Byrne, A. Paul, et al. «Life, Life-Support, and Death principles, guidelines, Policies and Procedures for Making Decisions that Respect Life», Linacre Quarterly, November, 1997, 23-31.

Callahan, Daniel, Once reality? Now where do we go? Hastings Center Report. December, 1995.

Churchill, R. Larry, King, M.P. Nancy; Physician assisted suicide, eutanasia, or withdraw treatment, BMJ volume 315, 19 July, 1997.

Gracia, Diego, Fundamentos de Bioética, Madrid, Eudema, 1992.

Keating, James; Corbett, John; Euthanasia and the gift of life, The Linacre Quarterly, August 1996, nº 3. Vol. 63.

Pellegrino, Edmund; The false beneficence and assisted suicide: ten reasons from the bedside, National Conference of Catholic Bishops, Columbus School of Law of the Catholic University of America and the Center for Jewish and Christian Values.

Post, G. Stephen; Tube feeding and Advanced Progressive Dementia, Hastings Center Report, January February 2001, p. 36-42.

Scheiderman, J. Lawrence, Do Physician's Own Preferences for Life-sustaining Treatment Influence their Perceptions of Patients Preferences? A second Look, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (1997), 6, 131-137.

1025

PROGRAMA DE TERAPIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO. APLICACIÓN Y RESULTADOS

Corregidor Sánchez, A. I.; Avila Tato, R.; Jiménez Rojas, C.; Forcano San Juan, S.

Hospital de Día Geriátrico. Hospital Central de Cruz Roja. Madrid.

Objetivos

1. Seleccionar las técnicas más adecuadas para pacientes con deterioro cognitivo leve-moderado.
2. Analizar la adaptación y la respuesta de los pacientes con deterioro cognitivo leve-moderado a un programa de técnicas de estimulación cognitiva.
3. Valorar la evolución cualitativa de cada paciente en las áreas cognitivas afectadas.

Método: Desarrollo de un programa de técnicas de estimulación cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo en un HDG que incluye la estimulación y entrenamiento de las áreas cognitivas afectadas. Posterior valoración de la respuesta de cada paciente al programa así como la evolución de las áreas cognitivas trabajadas.

Resultados: El programa de estimulación cognitiva se ha desarrollado desde mayo a noviembre del 2001 con un total de 19 pacientes: 68,4% mujeres y 31,6% hombres con una media de edad de 77,6 años (rango 65-85) con un índice de Barthel (como media) de 70-75/100. La etiología de la demencia fue fundamentalmente de perfil degenerativo (68%). Con respecto a la severidad el 84,2% de los pacientes se encontraba en un estadio GDS4 y GDS5. Las principales áreas afectadas fueron memoria reciente, orientación temporo-espacial, pensamiento abstracto y fluidez verbal. Las técnicas aplicadas fueron las de validación, orientación a la realidad, psicomotricidad y musicoterapia y reminiscencia.

El 73,6% de los pacientes se adaptó con éxito a la dinámica de Hospital de Día y un 63% respondió positivamente al programa de terapia cognitiva.

Las mediciones cualitativas en el registro semanal de las actividades de estimulación y entrenamiento cognitivo reflejaron mejoría en la atención y concentración en el 63% de los pacientes, la expresión verbal y nominativa mejoró en un 36%, la memoria reciente mejoró discretamente en un 26%. Áreas como la orientación y el cálculo mejoraron en un 42% y 31% respectivamente.

Conclusiones: 1. Los pacientes con deterioro leve integran mejor las actividades individuales a las grupales. 2. Las técnicas de orientación a la realidad y validación obtienen mejor respuesta por parte de los pacientes con deterioro cognitivo leve, mientras que los pacientes con deterioro cognitivo moderado son mas permeables a la psicomotricidad y musicoterapia. 3. La aplicación de estas técnicas consigue una mejoría cualitativa en las áreas cognitivas afectadas.

1116

LOS CENTROS DE DÍA DE ALZHEIMER Y LA CALIDAD DE VIDA

Algado Ferrer, M. T.

Departamento de Sociología I. Universidad de Alicante.

Objetivos: El objetivo de esta investigación es el estudio de los Centros de Día de Alzheimer, como centros diurnos de acción terapéutica y psicosocial, con la intención de poner de manifiesto la necesidad de los mismos, tanto para los enfermos con demencia como para sus familiares. Los Centros de Día de Alzheimer, a la vez que favorecen el mantenimiento de los pacientes en sus domicilios, sin recurrir a la institucionalización, también contribuyen a la satisfacción de necesidades y a mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus cuidadores principales y su núcleo familiar.

Metodología utilizada: Se trata de un estudio de caso (*case study*), a partir de la experiencia de un Centro de Día para pacientes con Alzheimer y otras demencias relacionadas, de reciente creación, en el que se ha utilizado para la obtención de información la técnica de investigación cualitativa de la Entrevista en profundidad. Las entrevistas han sido realizadas a profesionales del Centro de Día y a familiares, principales cuidadores de pacientes con demencia, de ese centro.

Conclusiones:

A través de los testimonios de familiares y profesionales se puede, a grandes rasgos, concluir que: 1. Los pacientes con Alzheimer deben ser

tratados en centros especializados.² Hay que desterrar la mala conciencia y la culpabilidad que pueden sentir algunos familiares al dejar a sus pacientes en el Centro de Día así como la idea que puede tener la sociedad de que éstos son como guarderías donde aparcarse por unas horas a los enfermos con demencia.³ Los Centros de Día no son sólo un respiro para los familiares sino que sobre todo ayuda a mantener las facultades de los pacientes, a aminorar su deterioro; en definitiva, a mejorar su calidad de vida.⁴ Es necesario que exista una mayor información sobre los Centros de Día de Alzheimer y una mayor sensibilización, tanto de la sociedad como de la Administración, que haga posible la creación de nuevos Centros.

1119

DERECHO Y NECESIDAD DE EDUCACIÓN EN LAS PERSONAS

García Mínguez, J.

Departamento de Pedagogía. Universidad de Granada. Granada.

El presente estudio se propone la defensa del empeño educativo con las personas entradas en años. Para tal objetivo cuidamos de exponer lo que se entiende por educación. Se trata de una tarea que negativamente no puede identificarse con el empeño formativo de los primeros años de la persona humana y que positivamente hace referencia a tres dimensiones: al aprendizaje de conocimientos, a la transformación de la persona y a la conexión con la experiencia y vida. Tres dimensiones complementarias e independientes; un estilo de acción que viene a complementar la labor de la medicina, la psicología, la sociología o la fisioterapia.

Tras este asentamiento ideológico queremos examinar las bases legales y antropológicas de las atenciones a las personas que peinan canas desde la óptica que nos ocupa. Haciendo un recorrido por la legislación encontramos argumentos a favor de nuestra tesis en la Constitución Española (Art. 10, 14 y 27) y algunas leyes autonómicas (Ley de Atención a las Personas Mayores, 1999). Así mismo, la filosofía existencialista, la reconceptualización de la educación y los Organismos internacionales (I y II Asamblea Mundial del Envejecimiento, la Conferencia de Nairobi o la OIT) vienen defendiendo con ahínco la educación en los adultos mayores. A esta tarea dedica sus esfuerzos la Gerontagogía, primando la orientación educativa sobre cualquier otro enfoque científico.