

## SESIÓN 2

### Área de ciencias sociales y del comportamiento

Viernes, 7 de junio

Moderadores:

Rafael Sempere Soria  
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

José Garay Lillo  
Vocal Autonómico de la SEGG - Valencia

43

#### OPTIMIZACIÓN DE LA ASISTENCIA GERIÁTRICA RESIDENCIAL

Salvatierra, O.; Jiménez Requena, M. J.; Retabé, A.; Martínez Velilla, N.\*; Garballo, J. M.

Residencia «La Vaguada». Pamplona. Navarra. \* Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivo:** Innumerables avances en el ámbito geriátrico posibilitan la mejora de la calidad asistencial al paciente anciano. Dichos avances engloban aspectos tanto clínico como sociales. Nuestro objetivo es seleccionar los recursos más factibles de mejorar nuestra calidad asistencial entre los estudiados en la literatura médica y aplicarlos de forma racional a nuestra población geriátrica.

**Método:** Equipo multidisciplinar englobado por médico geriatra, enfermera especializada, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerocultora, asistente social y gestor residencial entre otros. Se dispone de centro residencial modular innovador con 159 plazas para residentes y 60 para centro de día. La distribución del centro dispone de capacidad para asumir un proyecto integral con camas de media estancia, de cuidados paliativos y asistencia domiciliaria. Se completa la asistencia mediante actividades de monitorización de la fragilidad y actividades de prevención. Entre las actividades a desarrollar destacan la monitorización de ancianos frágiles, monitorización de caídas con aplicación de medios físicos en la prevención, protocolización de síndromes geriátricos, terapias de desarrollo cognitivo e instauración del testamento vital.

**Resultados:** Mediante la aplicación del análisis del caso y distribución respectivamente en las actividades emprendidas los resultados se cuantifican mediante diversos parámetros de calidad asistencial, entre ellos coste-efectividad.

**Conclusiones:** Estimamos que hay medios a nuestro alcance innovadores que permiten mejorar la calidad asistencial geriátrica con un adecuado coste-efectividad.

75

#### EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ALZHEIMER: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE CUIDADO, RESPONSABILIDADES DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y ASPECTOS QUE AFECTAN A SU AUTOCUIDADO

Postigo Mota, S.; Martínez Sánchez, O.\*; Durán Gómez, N.; Muñoz Rodríguez, F.\*\*

Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura. \* Residencia de la tercera edad «El Cristo». \*\* Departamento de Farmacología y Psiquiatría. Universidad de Extremadura. Badajoz (Extremadura). \* Oviedo (Asturias).

**Introducción:** La enfermedad de Alzheimer en los países europeos afectan al 4% de las personas mayores de 65 años y al 20% de los que tienen mas de 80 años. Esta enfermedad causa estrés a los pacientes, sus cuidadores y su familia, pero además supone un enorme gasto para los sistemas de salud que tienen los servicios mas adecuados para ella. La responsabilidad emocional y de trabajo del cuidador de los pacientes de Alzheimer en sus fases intermedias desemboca en su cansancio y/o depresión. Las razones de ello son: los cambios que se producen en una persona afectivamente muy cercana, la necesidad de proveer atención constante, el que dicha atención sea durante años y el peso de las distintas obligaciones del cuidado diario. Por ello realizamos un estudio sobre los cuidadores primarios de Alzheimer cuyos objetivos fueron: 1. Describir los perfiles sociodemográficos y de cuidado de la persona a cargo del paciente de Alzheimer y de estos últimos. 2. Medir el nivel de sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de los pacientes con Alzheimer. 3. Medir los diferentes tipos de responsabilidad del cuidador: conflicto de «rol», responsabilidad emocional o sentimientos negativos, eficacia del cuidador y culpa.

**Material y método:** A través de la asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer se localizo una muestra de cuidadores primarios a los que se les recogió la siguiente información: datos sociodemográficos, datos de la enfermedad, las actividades diarias del paciente, nivel de depresión del cuidador primario (Beck Depression Inventory) y las responsabilidades del cuidador (Burden Interview).

**Resultados:** Se analizará los perfiles sociodemográficos y de cuidado de la diada paciente con Alzheimer y cuidador principal; a través del «Beck Depression Inventory» se analizara los niveles de sintomatología depresiva que pueden afectar al trabajo diario del cuidador. Por último, se diseccionará los distintos aspectos de la responsabilidad del cuidador a través del «Burden Interview». **Discusión:** Se analizara los resultados obtenidos en nuestra muestra con los recogidos en la literatura más sobresaliente en este tema con respecto a los diferentes aspectos que estarían implicados en este problema.

98

#### EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA PARA AUMENTAR EL BIENESTAR Y LA INMUNOCOMPETENCIA CELULAR EN PERSONAS ANCIANAS

Ribera-Domene, D.; Reig-Ferrer, A.; Prieto-Seva, A.; Campos-Ferrer, A.; Ferrer-Cascales, R. I.; Velasco-Ruiz, I.

Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante. Residencia de la tercera edad Juan XXIII de Alicante de la Generalitat Valenciana. Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Objetivo:** Comprobar la efectividad de una intervención basada en una técnica de relajación pasiva (tranquilización) sobre el bienestar psicológico.

co (afecto y satisfacción), condiciones de salud, y variables inmunológicas de un grupo de personas muy mayores de una residencia pública.

**Personas, material y método:** Estudio de casos y controles con la participación de 28 personas (82 años de edad media y desviación típica de 5; 79% mujeres), 13 de ellos conformando el grupo experimental, y 15 el grupo control de espera de intervención. Tres momentos de medida: antes y después de la intervención, y a los tres meses de seguimiento. Variables dependientes: aplicación de cuestionarios de bienestar psicológico y calidad de vida relacionada con la salud (Escala de satisfacción con la vida de Diener; Balance del Afecto de Bradburn, Perfil de Salud de Nottingham), evaluación médica (síntomatología, enfermedades, medicación, y distintas valoraciones médicas), y evaluación inmunológica (análisis fenotípico de diferentes poblaciones celulares con inmunofluorescencia mediante citometría de flujo analítica FACS Vantage, Becton Dickinson, con doble marcaje). Variable independiente: entrenamiento de la técnica de tranquilización de Benson durante un total de 10 días durante dos semanas, una hora al día, y siempre a las 12 del mediodía. Evaluación por equipo interdisciplinar de inmunólogos, médicos, psicólogos y personal de enfermería.

**Resultados:** El entrenamiento en relajación pasiva ha producido efectos positivos y significativos posteriores a la intervención en la disminución del grado de malestar psicológico y en diversas poblaciones linfocitarias (CD19, CD71, CD97, CD134 y CD137), detectándose un cierto aumento de los linfocitos T circulantes activados. Los resultados encontrados no se mantienen con el paso del tiempo.

**Conclusiones:** El entrenamiento en una práctica de relajación pasiva como la tranquilización puede constituir una práctica gerontológica útil y positiva para disminuir el malestar psicológico de las personas mayores así como para fortalecer su bienestar y calidad de vida.

## 99

### SEGUIMIENTO DE 18 MESES DEL ESTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ANCIANOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Ribera-Domene, D.; Reig-Ferrer, A.; Talavera-Biosca, J. L.; Ferrer-Cascales, R. I.; Richart-Martínez, M.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante.

**Objetivo:** En este trabajo analizamos la evolución, tras un año y medio, del grado de estrés asociado a las tareas de cuidado y la calidad de vida de una muestra de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer.

**Material y métodos:** A los 18 meses del estudio inicial se volvió a entrevistar a los cuidadores, y se les administraron los mismos instrumentos de evaluación del estrés percibido (Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit), y de evaluación de su salud física, mental y calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham, Cuestionario de Salud General de Goldberg-12, Láminas COOP/WONCA).

De los 160 cuidadores del estudio inicial han participado en esta segunda evaluación 40 cuidadores, con una media de edad de 52,70 años (desviación típica de 12,37; y un recorrido entre 34 y 82); el 77,5% son mujeres y refieren una media de algo más de 4 años como tiempo de cuidados. La media de edad de los pacientes de Alzheimer a los que cuidan es de 76,38 años (desviación típica de 8,28; y un recorrido entre 62 y 91), siendo mujeres el 85% de los pacientes.

**Resultados:** La media obtenida en la Escala de Sobrecarga del Cuidador ha sido de 60,23 con una  $dt=12,55$  (primera evaluación 58,53;  $dt=15,89$ ), y un 85% de los cuidadores presentan algún grado de sobrecarga (75% en la primera evaluación). En la puntuación total del Perfil de Salud de Nottingham la media ha sido de 45,08 con una desviación típica de 6,71 (primera evaluación 44,60;  $dt=5,39$ ). Con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) encontramos que el 50% de los cuidadores presentan trastornos psicológicos (35% en la primera evaluación); obteniendo una puntuación media del cuestionario de 2,78 con una desviación típica de 2,82 (primera evaluación 2,25;  $dt=2,50$ ). Con las Láminas COOP vemos que sólo el 7,5% de los cuidadores califican su calidad de vida como mala (5% en la primera evaluación); y la media obte-

nida en la puntuación total del cuestionario ha sido de 20,60 con una desviación típica de 4,74 (primera evaluación 19,70;  $dt=4,37$ ).

Ninguna de las diferencias observadas entre los dos momentos de medida son estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Si bien hay un ligero cambio a peor en la práctica totalidad de las áreas evaluadas, las diferencias no son significativas, y la calidad de vida referida por este colectivo de cuidadores es, al igual que en la primera evaluación, razonablemente buena.

## 102

### ACTIVIDAD FÍSICA BENEFICIOSA PARA LA SALUD EN MAYORES

Sellers Ripoll, M. A.; Aznar Laín, S.; Gerez Valls, M. D.; Lasheras Lozano, L.; Castro Lemus, N.; Pérez del Tío, L.

Centro Municipal de Salud. Ayuntamiento San Fernando de Henares. Madrid.

**Justificación:** Nuestro municipio está en la III fase del proyecto OMS para Ciudades Saludables y actualmente está elaborando el II Plan Municipal de Salud. Favorecer un envejecimiento saludable en las personas mayores es un objetivo específico del mismo, enmarcado dentro del objetivo general: «contribuir a disminuir las desigualdades en salud de distintos grupos de población». La falta de actividad física (AF) es una de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad. El incremento de la AF es generador potencial de salud incluso si comienza en la madurez. El concepto *actividad física beneficiosa para la salud (AFBS)* es útil en la promoción de la salud integral, contribuye a la ocupación activa del ocio y a la autonomía personal, medidas de salud pública esenciales ante el envejecimiento. Por ello, los mayores son una de las poblaciones diana del programa de AFBS.

**Objetivos generales:** 1. Favorecer un estilo de vida activo y saludable. 2. Fomentar actitudes positivas hacia el desarrollo de AFBS.

**Objetivos específicos:** 1. Dar a conocer los beneficios de la práctica de AFBS. 2. Fomentar actitudes favorables, integrándolas en las AVD. 3. Identificar recursos disponibles. 4. Incrementar el número de practicantes de AFBS. 5. Incluir el concepto AFBS en el currículo escolar. 6. Incluir el concepto AFBS en la promoción de salud para personas mayores.

**Método:** Activo y participativo, mediante la información, el análisis y la reflexión de sus experiencias y conductas. Actividades lúdicas reforzantes.

**Actividades:** 1. Elaboración de *material didáctico* y de *talleres para practicar AFBS*: a) Medición de la AF; b) Juego del corazón; c) Trabaja tu flexibilidad para evitar lesiones; d) Coordinación; e) ¿Aeróbic a tu edad?; f) Cuida tu postura; g) Ejercicio, calcio y sol para tus huesos; h) Come bien para vivir mejor; i) Contribuye a «conducir» tu salud; j) Nueva medición de la AF. 2. Difusión del «*Día Mundial de la Salud*». 3. *Encuentros intergeneracionales* con escolares.

**Recursos:** 1. Humanos: Comunidad educativa; médico del Centro Municipal de Salud; profesora de Educación física UCLM; 2. *Materiales:* Material divulgativo, de educación física y documentación científica.

**Evaluación:** 1. *Del proceso:* Número de participantes y grado de cumplimiento de talleres AFBS. 2. *De resultados:* Cambios en los conocimientos y actitudes (cuestionario de AF, funcional y calidad de vida).

## 144

### PERFIL DEL USUARIO DE ESTANCIA VACACIONAL EN UNA RESIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Sáez López, P.; Moreno Calvo, C.; Fernández Cabezas, L.; Retuerta de Lara, M.; Sánchez Cuenca, A.; Antón Muñoz, A.

Residencia Parque de los Frailes. Leganés.

**Objetivo:** Describir el perfil de usuario de plaza de Estancia Vacacional de la CM. desde una valoración multidisciplinar.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo en una residencia asistida de la CM. Se recogen datos médicos, funcionales, psicológicos y sociales de las 50 personas que ingresaron en el período vacacional de 2001.

**Resultados:** La media de edad es de 80,9 años con un claro predominio de mujeres. El principal y único motivo de ingreso ha sido la descarga del cuidador confirmándose mediante la escala de Zarit. Presentaban una media de 6,4 diagnósticos al ingreso siendo los mas frecuentes el déficit visual, la hipertensión, la incontinencia urinaria y el deterioro cognitivo (presente en el 78,4%) siendo moderado-severo en mas del 50%. La mitad tenían alteraciones de conducta siendo las mas frecuentes deambulacion errática, agitación y agresividad. Los nuevos diagnósticos mas frecuentes fueron lesiones dermatológicas, caídas y alteración de los órganos de los sentidos. Desde el punto de vista funcional la media del Barthel al ingreso fue de 55, precisando ayuda total o parcial para su movilidad en dos tercios de los casos. Cerca del 80% convivían con familiares, en un 8% sus relaciones sociales eran nulas y la pensión estaba entre los 300 y 420.

**Conclusiones:** El perfil del usuario se describe como una mujer de 80 años, con deterioro cognitivo en su mayoría, que produce una carga de cuidador por presentar en unos casos alteraciones de conducta y en otros casos, dependencia funcional severa.

175

## GERONTAGOGÍA, UN NUEVO CAMPO DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON PERSONAS MAYORES

Cárdenas Fernández, M.; Luzón, E.; Pérez Fernández, M.; Martín Guerrero, A.; Gómez Romero, I.

Asociación Nacional de Especialistas y Expertos en Gerontagogía.

Este póster pretende divulgar y dar a conocer el nuevo campo de intervención con las personas mayores, la Gerontagogía, a través de su Asociación Nacional de Especialistas y Expertos en Gerontagogía (ANEG). La misma nació por el interés que se despertó por trabajar con mayores tras la realización de Curso sobre Gerontagogía: Intervención Socioeducativa con Personas Mayores, realizado por las Universidades de Murcia y Granada, en el año 2000, aunque esta Asociación se fundó a principios de 2001.

La Gerontagogía es el ámbito científico y profesional, dedicado a la intervención socio-educativa con y para personas mayores. Un nuevo campo donde el mayor encuentra la solución que busca, quiere y desea. Pretende generar una atención específica con la intención de educar en el aprovechamiento máximo de las capacidades y experiencias que han ido a acumulando los mayores a lo largo de su vida y que hoy en día suelen pasar desapercibidos en nuestra sociedad. Consiguiendo así, a través de la Gerontagogía, que estas personas encuentren su lugar en la sociedad mejorando así su calidad de vida.

Nuestros objetivos son: presentar proyectos de intervención socio-educativa con personas mayores; organizar congresos, conferencias, charlas, etc.; realizar actividades coordinadas con otras entidades; elaborar un boletín informativo; crear el Instituto del Mayor.

Esta labor la llevarían a cabo los gerontagogos, facilitando estrategias y procesos de intervención socio-educativa, a través de: la comunicación y el diálogo, el consenso a raíz de la reflexión, la participación activa, el crecimiento personal, aprendiendo unos de otros, y a través de la interdisciplinariedad.

180

## RELACIÓN ENTRE SALUD PERCIBIDA Y PREOCUPACIÓN EXCESIVA

Montorio Cerrato, I.; Nuevo Benítez, R.

Universidad Autónoma de Madrid.

**Introducción:** La preocupación excesiva se ha asociado repetidas veces a los problemas objetivos de salud, así como a la percepción subjetiva de un mal estado de salud, baja calidad de vida y poca satisfacción con la vida (por ejemplo, Fisher y Noll, 1996). Por otra parte, las preocupaciones por la salud, las más relevantes entre las personas mayores, son el contenido de preocupación que provoca un mayor grado de malestar emocional en la edad avanzada (Dieffenbach et al, 2001).

**Objetivos:** El presente estudio se dirige a comprobar en personas mayores las posibles relaciones entre el grado en el que una persona se preocupa, diversos indicadores de salud y el grado de preocupación sobre diferentes contenidos.

**Método:** El nivel de preocupación patológica fue evaluado mediante el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ; Meyer et al., 1990) y los contenidos de preocupación mediante la Escala de Preocupaciones para Personas Mayores (WS, Wisocki et al, 1986), que evalúa la frecuencia de preocupación sobre tres contenidos: Salud, Economía y aspectos Sociales. Se recogió además información sobre los siguientes indicadores de salud: medicamentos consumidos actualmente, enfermedades padecidas, estado de salud percibido y la presencia de problemas para dormir. Se seleccionó mediante muestreo aleatorio, a partir del censo de una localidad urbana cercana a Madrid, a 105 personas mayores de 65 años.

**Resultados:** Para comprobar las diferencias en función del nivel de preocupación, se divide la muestra en cuatro grupos o niveles de preocupación establecidos a partir de los cuartiles de la puntuación en el PSWQ; el más alto de estos grupos es una representación del polo de la preocupación patológica. 1. No se encontraron diferencias entre los distintos niveles de preocupación en las medidas de salud objetiva: el número de medicamentos consumidos y el número de enfermedades actualmente padecidas; 2. Se encuentran diferencias en la frecuencia de problemas para dormir y en la salud percibida, en función del nivel de preocupación. 3. Sólo aparecen diferencias en función del nivel de preocupación en las preocupaciones por la salud, pero no en las económicas o en las sociales.

**Conclusiones:** Estos datos sugieren que la percepción sobre la propia salud puede ser un modulador del grado en el que la preocupación es percibida como desagradable en la edad avanzada, que afecta especialmente a las relacionadas con contenidos de salud, efecto que aparentemente es independiente del estado real de salud de la persona.

191

## ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE BARRERAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADO (CBCC): DATOS PRELIMINARES

Losada, A.; Montorio, I.; Izal, M.; Bermejo, F.; Castilla Márquez.

Facultad de Psicología y Hospital Doce Octubre.

**Introducción:** El Cuestionario de Barreras Cognitivas para el Cuidado (CBCC) ha sido diseñado como una herramienta para la identificación de las creencias, valores y actitudes en los cuidadores de personas mayores dependientes, las cuáles han sido señaladas en la literatura actual sobre el cuidado como serios obstáculos para un adecuado afrontamiento del cuidado de terceros (Gallagher-Thompson et al, 2000; Pearlin et al, 1990).

**Objetivos:** Este trabajo presenta los resultados preliminares sobre la calidad científica y las garantías psicométricas (fiabilidad y la validez) del Cuestionario de Barreras Cognitivas para el Cuidado (CBCC).

**Procedimiento:** El estudio se llevó a cabo sobre los primeros 40 cuidadores evaluados, dentro de un estudio más amplio, de las personas que padecen Alzheimer y que son atendidas en la policlínica del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre. La selección de la muestra fue aleatoria a partir del listado de pacientes.

**Resultados:** Los resultados muestran que una primera versión del CBCC presenta buenas cualidades psicométricas, tanto en su consistencia interna ( $\alpha = 0,9$ ) como por la validez convergente con la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) ( $r = 0,72$ ;  $p \leq 0,05$ ), que evalúa la presencia de pensamientos disfuncionales o desadaptativos. Además, la versión inicial del CBCC presenta una adecuada validez predictiva ya que perso-

nas con puntuaciones que superan el punto de corte de evaluada con la escala CES-D y de estrés percibido evaluada con la PSS puntúan de forma elevada en el CBCC (0= 52,3 para depresión y 0= 66,1 para estrés) en comparación con aquellas personas con puntuaciones por debajo de tales puntos de corte (0 = 45,4 para depresión y 0 = 34,7 para estrés).

**Conclusiones:** En resumen, el CBCC presenta unas buenas propiedades psicométricas como herramienta diagnóstica de las barreras cognitivas para un adecuado afrontamiento del cuidado.

**214**

# **PROYECTO GERON: INTERCAMBIO CULTURAL DIRIGIDO AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD EDUCATIVA Y SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE CANADÁ**

López-Fernández, M. A.; Meseguer, M.; Párraga, A.B.; Palao, N.; Palazón, J.

Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia. Murcia. Sede de ANEG en Murcia.

Estos estudios están inmersos dentro del curso de Especialista Universitario en Gerontagogía y su objeto ha sido conocer la realidad social, cultural y educativa de las Personas Mayores en diferentes países (Bélgica, Canadá, Alemania y España).

Para ello, concretamente en Canadá, se organizaron cursos teórico-prácticos en Universidades de dos ciudades: Montreal y Sudbury, con claras diferencias en cuanto a los objetivos concretos de cada uno. En ellos participaron personas procedentes de todos los países involucrados.

En Montreal, las clases teóricas se centraron más en los aspectos psicológicos: aprendizaje y desarrollo del conocimiento en las Personas Mayores.

En Sudbury, el curso giró en torno a los aspectos sociales de este grupo de población y al papel que tienen en la sociedad.

En cuanto a la parte práctica, consistió en visitar distintas residencias, centros de día, hospitales donde las Personas Mayores viven o pasan una parte importante de su tiempo. En estas visitas, guiadas y orientadas por personal del centro, pudimos observar y conocer la realidad de este colectivo.

Otra parte a considerar del proyecto GERON, la constituyen la experiencia y aprendizaje motivados por la convivencia con personas procedentes de distintos países, así como el enriquecimiento personal y formativo que supone conocer distintas formas de trabajar con mayores.

Tras la experiencia vivida podemos terminar diciendo que, en la mayoría de Centros visitados, como ocurre en España, se cubren las necesidades sanitarias –asistenciales–, pero no las socio-afectivas. Aunque, algo diferentes son los Centros de Día, en los que se trabaja más la parte socio-cultural, pues las personas que acuden a ellos suelen disponer de una mayor autonomía.

Sería necesaria la concienciación de la sociedad en general, y de los responsables de las Instituciones Sociales en particular, para la promoción de proyectos educativos y sociales, que contemplen las necesidades de este grupo de población y fomenten su autonomía, su participación... en definitiva, la integración real de las personas mayores en su entorno social.

**1004**

# **ENTRENANDO LA MEMORIA DE PERSONAS MAYORES**

Camio Montalvo, S.; Lizaso Elgarresta, I.

Hogares de Jubilados. Facultad de Psicología (UPV/EHU) San Sebastián.

**Introducción:** Las personas mayores de 65 años manifiestan mayor preocupación por las pérdidas de memoria. Este estudio pretende avalar la idea de que el entrenamiento de memoria (EM) previene y corrige su pérdida a cualquier edad.

**Objetivos:** 1. Hacer conscientes, desarrollar y reforzar los mecanismos de la memoria a través de diversos ejercicios. 2. Aumentar el rendimiento de memoria funciones cognitivas, enseñar a utilizar estrategias y recursos que puedan compensar los déficits de memoria y mejorar la autopercepción de la misma. 3. Disminuir el nivel de depresión, ansiedad y quejas de memoria y aumentar la satisfacción vital.

**Método:** Se utilizó un diseño cuasiexperimental de dos grupos con medidas pre y post tratamiento sin grupo control. Participaron 21 personas divididas en dos grupos en función de su puntuación en pruebas de memoria. Ambos grupos recibieron EM.

**Resultados:** Tras el EM mejoraron significativamente las puntuaciones en memoria y, disminuyeron significativamente los olvidos percibidos.

**Conclusiones:** Se obtienen datos que apoyan la idea de que la memoria puede mejorarse independientemente de la edad: siendo beneficioso el EM para la misma.

**1028**

# **RESIDENCIA O DOMICILIO ¿DÓNDE ESTÁN MEJOR NUESTROS MAYORES?**

Alcalde Román, M. M.; Campos López, F.; Yebra Ludeña, A. B.; Pazos Núñez, M. O.

Residencia PPMM Plata y Castañar. Madrid.

**Introducción:** El aumento de la longevidad demográfica, y los cambios en el estilo de vida, hacen que muchos ancianos tengan carencias de cuidados en su entorno familiar, lo que debería implicar una adecuada utilización de los recursos existentes.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es buscar las principales ventajas/inconvenientes del cuidado del anciano en medio residencia o en su entorno familiar.

**Material y método:** Estudio descriptivo observacional. Encuesta a 100 familias con mayores a su cargo, y un estudio observacional del trabajo en residencia.

**Resultados:** Más del 50% de los cuidadores son mayores de 50 años y un 74% son mujeres. El 74% trabaran fuera de casa y sólo un 26% tiene algún tipo de ayuda. La mayoría de los ancianos presentan pluripatología. Dentro de los grandes síndromes geriátricos destacan: Demencia (54,3%), Alteraciones de conducta (45,7%); seguido de incontinencia, insomnio y dependencia. Sólo el 25% de las familias con ancianos a su cargo han valorado en algún momento la necesidad del ingreso en una residencia. Del análisis de los resultados de la encuesta se deducen las *ventajas de la atención en el domicilio*: Se mantiene al anciano en su entorno. Mayor participación en la dinámica familiar. Los principales *problemas en domicilio*: Posibilidad de déficit de autocuidados por sobreprotección, desconocimiento o imposibilidad. Dificultad para la implicación de los servicios de APS. Riesgo de detección tardía de problemas. *La atención en residencia ofrece*: Cuidado integral e interdisciplinar. Prevención y promoción de la salud. Mejor manejo de los G.S.G. Fomento de la independencia ABVD. Las *desventajas de la residencia* son: Problemas de adaptación, horarios y normas básicas de convivencia. Pérdida de vínculo afectivo.

**Conclusiones:** En general la tendencia actual de las personas entrevistadas es a no ingresar a sus mayores en residencias; esta opinión cambia cuando se encuentran con inmovilismos de difícil manejo, o demencias en fase moderada con importantes alteraciones de conducta. Es en estos casos cuando se busca el acceso a una residencia por la atención 24 horas al día y la existencia de personal especializado.

**1040**

# **REVISIÓN CRÍTICA DE UN PLAN GERONTOLOGÍA. EL CASO DE NAVARRA**

Oslé Gerendián, C.; Anaut Bravo, S.

Departamento de Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra. Pamplona-Navarra.



La Comunidad Foral de Navarra ha mantenido vigente su I Plan Gerontológico entre 1997 y 2000. En el año 2001 se inició su proceso de revisión con el fin de evaluar su nivel de ejecución y, en caso necesario, poner en marcha un segundo plan. Todo ello ha permitido detectar ciertas disfunciones entre los objetivos marcados y la asignación de recursos. El propósito de nuestro trabajo será presentar algunas de estas disfunciones desde un punto de vista crítico.

## 1063

### TRASLADOS REITERADOS EN RESIDENTES INADAPTADOS

Ogallas, C.; Merino, C.; Navarro, C.; Jiménez, E.; Ramírez, P.

Residencia y Centro de Día PPMM Mirasierra. QUAVITAE.

#### Objetivos:

1. Describir las causas que motivan los traslados.
2. Conocer el perfil bio-psicosocial de los residentes y las causas que, finalmente provocan un nuevo cambio.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de los residentes que proceden de otra institución y/o que siendo de nuestro centro, han solicitado nuevo traslado. Revisamos las causas que motivaron los traslados y en aquellos que se detecta una situación de insatisfacción o inadaptación, analizamos variables psicológicas, médicas y sociales.

**Resultados:** Entre 11/99 y 03/02, se realizaron 293 ingresos de los cuales el 40,3% son traslados; de éstos el 33% procede de residencia privada, 7,8% son traslados de oficina, 15,2% se reciben de un hospital de crónicos, 29,6% por acercamiento familiar, 5,9% por descontento familiar, y 8,5% por inadaptación.

En nuestro centro 27 de estos residentes presentan graves dificultades de adaptación, motivo del estudio: edad media 82,4 años, 63% mujeres, 67% con nivel cultural aceptable (41,2% estudios medios o superiores). El 70% solicita el traslado por acercamiento familiar (ocultando en la petición el descontento que sentía), en el 18,5% el centro de origen solicita el traslado por problemas de convivencia y el resto a petición del residente por franco descontento. A fecha de ingreso el 85% mantiene conflictivas redes familiares y/o sociales. El 55,5% tiene personalidad exigente o dominante. La demanda de atención en el centro anterior era constante en el 59,3%.

Aspectos psicopatológicos/psiquiátricos: 79,4% no deterioro cognitivo, 48% antecedentes de depresión y/o ansiedad, 40% antecedente de alteración psíquica grave, 44,5% trastorno adaptativo y 7,4% historia de alcoholismo. Únicamente fueron valorados por psiquiatra el 3,7%. El 48% de los casos eran ancianos frágiles, pluripatología en el 59% y polifarmacia en el 52%, consumo de psicofármacos el 18,5%. Durante su evolución en el centro presentan como trastornos de conducta predominantes: demanda de atención (65%) y agresividad física y verbal (40,7%). El 55,6% cursó trastorno adaptativo únicamente superado por el 11,1%. Preciso de valoración psiquiátrica el 44% se prescribieron psicofármacos en el 48% y recibieron intervención psicológica el 48,2%. Participó en actividades socio-recreativas el 33%. Tras intervención interdisciplinar se consigue adaptación en el 41%. Del resto: 7,4% falleció, el 3,7% decidió permanecer en el centro (por presión familiar pese a su descontento), y el 48% restante nuevamente se traslada: el 30,8% a un centro psiquiátrico, el 30,8% solicitó traslado voluntario a otra residencia por nuevo descontento, y el 15,4% restante solicita traslado por acercamiento familiar.

**Conclusiones:** Encontramos inadaptación en muchos de los casos que se justifican como acercamiento familiar. Perfil: persona generadora de problemas de convivencia, con una personalidad premórbida dominante o exigente, demandante de atención, sin deterioro cognitivo, que padece o ha padecido alguna patología psíquica, cuyas relaciones sociofamiliares son y han sido conflictivas y que participa escasamente de manera voluntaria en programas de intervención. Muchos de los residentes que se trasladan creemos que se beneficiarían de una exhaustiva valoración previa al ingreso, que incluyera una evaluación psicológica y psiquiátrica en profundidad.

## 1069

### EVALUACIÓN DEL RECUERDO, RECONOCIMIENTO, IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES EN ESPACIOS DE INTIMIDAD EN RESIDENTES

López Vidal, C. M.; Pereiro Rozas, M. B.; Pereiro Rozas, A. X.; Rouco Sanjurjo, C.; Prado Otero, B.; Celeiro Lolo, B.

Residencia asistida de personas mayores. Castro Ribeiras do Lea. Lugo.

**Objetivo:** 1. Verificar y evaluar el recuerdo y el reconocimiento de la información gráfica identificativa de su espacio de intimidad. 2. Determinar el efecto de la representación del nombre junto con la representación gráfica. 3. Analizar el nivel de comprensión e interpretación de la representación gráfica asociada al espacio de intimidad. 4. Evaluar comprensión de la representación de animales. 5. Recuerdo a largo plazo de la representación elegida en base a preferencias personales. 6. Comparar recuerdo de reconocimiento en relación a objetivos 5 y 6. 7. Sondear el reconocimiento e identificación ante señales de carácter familiar y concreto.

**Metodología:** Muestra: 24 ancianos, 13 mujeres y 7 hombres. Media de edad: 80 años. Desviación típica: 7,52. Factores individuales, nivel de alfabetización y habilidad para reconocer representaciones gráficas. Primera fase: datos educativos, personales y socio-demográficos. Minutal (10-15 minutos). Segunda fase: Preguntas referidas representaciones gráficas identificativas del espacio de intimidad y a otras representaciones experimentales de animales domésticos (15 minutos). Tercera fase: Reconocimiento del animal seleccionado en fase 2. Test de Boston.

**Resultados:** 1. Recuerdo de su representación identificativa. 15% recuerdan, 85% no. 2. Reconocimiento de la misma: 25% si y 75% no. 3. Reconocimiento junto con el nombre: 45% si y 55% no. 4. Significado de su representación: 55% si y 45% no. 5. Reconocimiento de animales: 100% si. 6. Reconocimiento a largo plazo del animal elegido: 85% si, 10% no y 5% no sabe no contesta.

#### Conclusiones:

1. Escaso nivel de recuerdo y reconocimiento acerca de sus señales identificativas.
2. El nivel de reconocimiento de incremento cuando se le representa con su nombre.
3. La mayoría no reconoce su representación.
4. Los ancianos interpretan aquellas que les son familiares.
5. Reconocen a posteriori la representación que ellos eligieron.
6. Los índices de deterioro y nivel de alfabetización no son significativos a la hora de evaluar recuerdo y reconocimiento.
7. La intervención de la atención y la motivación son de gran importancia para aumentar el reconocimiento de las señales.
8. La información familiar en sus representaciones potencia el rendimiento en la identificación de la señal.

## 206

### VARIABLES ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO DE LAS RESIDENCIAS Y DE LA AYUDA A DOMICILIO

Vega, J. L.; Bueno, B.; Buz, J.; Arias, M. y

Master de Gerontología. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

**Objetivo y método:** Se entrevistó a 501 personas mayores de 60 años (294 mujeres y 207 hombres) siguiendo un muestreo estratificado por edad, sexo y CEAS en la ciudad de Salamanca. Se elaboró un cuestionario que recogía información sociopersonal y sobre necesidades básicas, red de apoyo social, valoración de los servicios sociales, actividades realizadas e imagen social, actitudes y valores. Con estos datos se creó una variable resumen del conocimiento conjunto de las residencias y la ayuda a domicilio a partir de la cual se analizó el resto de variables.

**Resultados:** Los mayores que tienen conocimiento de la ayuda asistencial que proporcionan las residencias y los servicios de ayuda a domi-

cilio reúnen una serie de características comunes: viven con su familia ( $z=2,36^*$ ), han mantenido su círculo de amigos después de los 65 años ( $z=2,11^*$ ), y desearían recibir ayuda de su cónyuge en caso de necesitarlo ( $z=2,46^*$ ). Por su parte, los *mayores que no conocen las residencias y la ayuda a domicilio* se caracterizan por vivir en viviendas de una sola planta ( $z=3,72^{**}$ ) no haber nacido en la ciudad de Salamanca ( $z=-2,41^*$ ), su círculo de amigos ha disminuido después de los 65 años ( $z=-2,97^{**}$ ), no conocen otros servicios sociosanitarios (p. ej., telealarma, cursos formativos, programas de ejercicio físico, comedores), aunque utilizan las vacaciones y viajes para la tercera edad ( $-2,39^*$ ). No aparecen diferencias estadísticamente significativas asociadas al sexo, la edad, el nivel de ingresos, ni otras variables no mencionadas pero incluidas en el estudio.

**Conclusión:** Las diferencias encontradas sugieren líneas de intervención en las repercusiones que el conocimiento tiene sobre el acceso a los servicios sociosanitarios de determinados grupos de personas mayores de 65 años.

## 1003

### PEQUEÑO ESTUDIO E INTERVENCIÓN EN LA MEMORIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Lizaso Elgarresta, I.; Camio Montalvo, S.

Facultad de Psicología (UPV/EHU), Hogares de Jubilados, san Sebastián.

**Introducción:** Las personas mayores de 65 años manifiestan mayor preocupación por las pérdidas de memoria. Este estudio pretende avalar la idea de que el entrenamiento de memoria previene y corrige su pérdida a cualquier edad.

**Objetivos:** 1. Hacer conscientes, desarrollar y reforzar los mecanismos de la memoria a través de diversos ejercicios. 2. Aumentar el rendimiento de la memoria, funciones cognitivas, enseñar a utilizar estrategias y recursos que compensen los déficits de memoria y mejorar la autopercepción de la misma.

**Método:** Se utilizó un diseño cuasiexperimental de un grupo con medidas pre y post tratamiento sin grupo control. Participaron 7 personas.

**Resultados:** Tras el entrenamiento mejoró significativamente la puntuación en una de las pruebas de memoria. También se observaron mejoras en la percepción de la memoria.

**Conclusiones:** Se obtienen datos que apoyan la idea de que el entrenamiento de la memoria es beneficioso para la misma, y que ésta puede mejorarse independientemente de la edad.

## 119

### ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS: FACTORES ASOCIADOS

Alonso, P.; Osuna, C.; Garnica, A.; Montero, N.; Mora, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes ancianos valorados por el Servicio de Geriátría.

**Material y métodos:** Se recogen datos clínicos de los pacientes ancianos ingresados directamente en el Servicio de Geriátría (Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia, Equipo de Interconsulta) durante un año, y cuya permanencia en el Hospital no se limita a la fase aguda de la enfermedad. Se analiza la relación existente entre el tiempo de estancia hospitalaria y diagnóstico fundamental, comorbilidad (índice de Charlson), presencia de deterioro cognitivo (FAST), necesidad de recursos de rehabilitación, complicaciones e infecciones intrahospitalarias y problemática social. Estudio estadístico mediante comparación de medias y correlación múltiple, con nivel de significación del 95%.

**Resultados:**  $n=145$ . Edad media: 85,4 años (DE 6,9). Mujeres 75,2%. Diagnósticos: traumatológico 32,4%, neurológico 25,5, cardiorrespiratorio 13,1%, otro quirúrgico 3,4. Tratamiento rehabilitador recibido: fisioterapia 51,0%, terapia ocupacional 48,35, ninguno: 15,2%. Problemática social como problema fundamental: 11,0%. Presencia de deterioro cognitivo (FAST > 2: 52,8%. Charlson: 3,06 puntos (DE 2,17). Complicaciones intrahospitalarias: cuadro confusional agudo 42,1%, infección urinaria 28,3%, infección respiratoria 22,7%, diarrea por *Clostridium difficile* 14,9%, aislamiento por SAMR 8,5%, caídas 5,0%.

**Análisis de estancia hospitalaria:** Estancia media global (EMG) 64,5 días (DE 43,0), intervalo 10-320 días. Estancia media posterior a fase aguda (EMP) 40,8 días (DE 33,8). Se observó EMG superior en aquellos pacientes portadores de SAMR ( $p=0,007$ ), que se admiten para convalecencia ( $p=0,05$ ), que necesitan fisioterapia frente a terapia ocupacional ( $p=0,008$ ) y con FAST elevado ( $p=0,021$ ). No se encontró relación con otras complicaciones intrahospitalarias ni con comorbilidad o edad. Análisis multivariante: los factores asociados de modo independiente con mayor estancia fueron idénticos, además de diagnóstico de inmovilidad ( $p<0,05$ ) y problemática social ( $p=0,05$ ). La EMP se relacionó con idénticas variables.

**Conclusión:** La ausencia de recursos extrahospitalarios propios específicos para manejar pacientes ancianos con necesidad de rehabilitación a largo plazo, deterioro cognitivo, problemática social predominante y/o necesidad de aislamiento por gérmenes, parece determinar un elevado porcentaje de estancias inadecuadas.