

8. Comunicaciones:

8.1 Techfilter: filtro de temblor para ratones de ordenador

J.A. Miranda, E. Rocón y J.L. Pons.

Technaid S.L.

Premio a la mejor comunicación

Objetivo

El principal objetivo del proyecto TechFilter es aplicar los conocimientos adquiridos dentro de un proyecto europeo de investigación del movimiento tembloroso humano, a un dispositivo capaz de reducir las limitaciones de una persona con temblor al manejar el ratón de un ordenador.

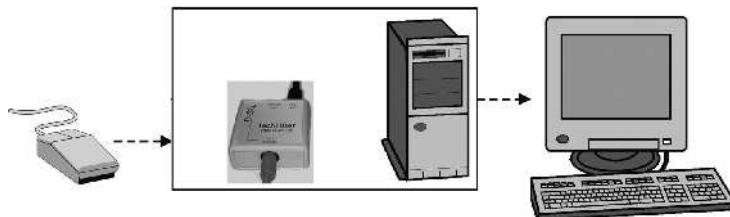


Fig.1. Esquema de aplicación directa del dispositivo TechFilter.

Como objetivos sociales a conseguir, señalamos una mayor integración de la personas con discapacidad en las nuevas tecnologías, lo que proporcionará una mayor independencia a la hora de realizar tareas comunes con el ordenador, y una vejez más activa ¹, donde puedan los usuarios ocupar una parte de su tiempo de ocio y mejorar sus destrezas mediante, por ejemplo, programas de ordenador específicos de ejercitación de la memoria.

[1] Gabinete de prensa, Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, Instituto Nacional de Estadística, 2002.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Material y método

El desarrollo de TechFilter comienza con el Proyecto DRIFTS: *Dynamically Responsive Intervention for Tremor Suppression* ², en el Instituto de Automática Industrial, en la búsqueda de un sistema capaz de evaluar el concepto de supresión ortésica ³ del temblor patológico en el miembro superior.

El diseño de TechFilter se realizó con dos premisas fundamentales: por una parte, no debía requerir ningún aprendizaje en su uso. Por otra, debía ajustar su funcionamiento de forma automática, incluso cuando lo utilizara una persona sin ningún tipo de temblor.

Gracias a esta importante característica, puede ser utilizado como dispositivo para la accesibilidad personal en casa, y también en ordenadores de uso público en bibliotecas, aulas o residencias de mayores, constituyendo una verdadera aportación a la reducción de las barreras de accesibilidad tecnológica por razones de discapacidad física.

El dispositivo identifica qué parte del movimiento de la persona es involuntaria y lo resta del movimiento global. De esta manera, lo único que permanece es la parte voluntaria de su acción, facilitando el movimiento del puntero del ratón y el acceso a los programas. Su funcionamiento es totalmente transparente para el usuario.



Fig. 2. Simulación de filtrado de señales temblorosas en tiempo real.

[2] M. Manto, M. Topping, M. Soede, J. Sanchez-Lacuesta, W. Harwin, J.L. Pons, J. Williams, S. Skaarup, and L. Normie, "Dynamically responsive intervention for Tremor Suppression", IEEE Eg. In Med. and Biol. Magazine, vol.22(3), pp. 120-132, 2003.

[3] J. Kotovsky and M.J. Rosen, "A wearable tremor suppression orthosis", J. Of Rehabilitation Research and Development, vol. 35(4), pp. 93-99, 1998.

Resultados

Durante la etapa de valoración y validación del funcionamiento y de las características de TechFilter, se desarrollaron pruebas en dos prestigiosos centros europeos. En una primera fase, se valoró el funcionamiento del algoritmo principal de filtrado, con una muestra de más de 30 pacientes de Parkinson y Temblor esencial principalmente 4, mientras que en una segunda fase se probó la adaptación del dispositivo al usuario de manera directa, mediante la realización de pruebas cotidianas en valoraciones clínicas del temblor, con ayuda de un programa de ordenador diseñado al efecto.

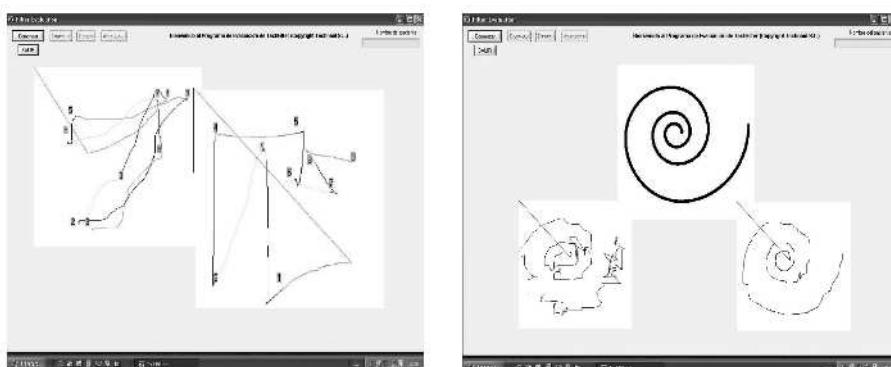


Fig.3. Software de evaluación del temblor mediante pruebas de carácter clínico.

Estos resultados de diseño y de ensayo concluyen que TechFilter consigue reducir el temblor en más de un sesenta por ciento, y reduce también el tiempo empleado en realizar una tarea concreta, como leer el correo electrónico o navegar por internet, por una persona con movilidad reducida o temblor en sus manos, sin necesitar de un aprendizaje previo.

[4] E. Rocón, A. Ruiz, L. Bueno, R. Ceres, L. Calderón, J.L. Pons, "Un nuevo sensor para medida del movimiento tembloroso basa do en giroscopios", *XXIV Jornadas de Automática, León, España, 2003*.

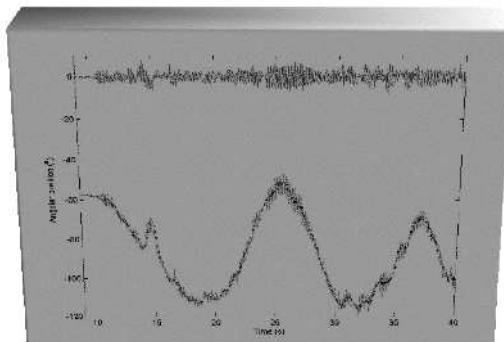


Fig. 4. Extracción del temblor (en la parte superior) de la señal introducida en el ordenador.

Conclusiones

Las conclusiones extraídas del proyecto se resumen en la utilidad, contrastada en las pruebas anteriormente descritas, que representa TechFilter en pacientes que sufren Parkinson y Esclerosis Múltiple, y en general, cualquier tipo de temblor, y que tengan dificultades para manejar el ratón debido a su edad, disminuyendo los errores al ejecutar órdenes con los botones y el tiempo en ejecutar una tarea concreta con el ordenador.

El algoritmo de filtrado y el funcionamiento interno del dispositivo es aplicable a otros elementos de control, tal como los mandos de una silla de ruedas eléctrica, y en general a todos aquellos que tengan posibilidad de ser controlados mediante una interfaz de control eléctrica o electrónica, ampliando los horizontes de este proyecto de investigación e innovación tecnológica en el futuro.

8.2.- Mejoría del bienestar psicológico sujutivo, tras la estimulación cognitiva global, en un grupo de mayores con problemas de memoria.

García Carpio, MS; Romero Chaparro, R; Serrano Garijo, P; Tena Dávila-Mata, MC. Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid

Introducción

En los mayores, la salud cognitiva se puede considerar como un componente esencial para envejecimiento satisfactorio. La perdida de función mental es una de las grandes preocupaciones de los ancianos. El Ayuntamiento de Madrid tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los mayores, por ello, potencia actividades encaminadas a prevenir o enlentecer los procesos de deterioro, en distintos ámbitos destinados a personas mayores, tanto sanas, como en casos de deterioro o demencia.

Este es el caso de los grupos de estimulación cognitiva para personas con trastornos de memoria, destinados a mantener las capacidades cognitivas, con el fin de evitar la pérdida en la calidad de vida de este colectivo.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) es un concepto multidimensional que se refiere a la disfunción física, el dolor y el malestar que provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día, así como la calidad de vida global juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001).

En la población mayor, los dominios que se incluyen en la CVRS son la satisfacción vital, el nivel de depresión y ansiedad, la capacidad funcional, el funcionamiento cognitivo y los apoyos sociales.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Una de las escalas diseñadas de manera específica para mayores es la escala de satisfacción vital de Filadelfia, desarrollada por Lawton. Identifica factores de actitud hacia el propio envejecimiento, agitación, insatisfacción, aceptación de la situación personal, optimismo y tranquilidad.

Parece importante incluir estos conceptos de calidad de vida en cualquiera de las actividades diseñadas en este campo ya que estos grupos han demostrado, al menos a corto plazo, su eficacia en términos cognitivos. Es necesario destacar que es muy poco lo publicado en este otro concepto.

Objetivo

Se pretende conocer si las técnicas grupales de estimulación, además de mejorar en los aspectos cognitivos, tienen algún efecto en la percepción subjetiva sobre la calidad de vida y en la sensación psicológica de bienestar.

Material y método

Se estudian los registros de 20 personas (2 hombres y 18 mujeres con una edad media de 80 años) incluidas en un programa de estimulación cognitiva grupal. Como criterio de inclusión se exige una puntuación de MEC ≥ 24 . La actividad tiene una duración de tres meses y medio, con sesiones semanales de una hora. Se realizan diversos test antes del realizar el programa y una vez finalizado el mismo.

- Quejas de memoria: Rivermead Behavioural Memory test (RBMT)
- Funcionamiento cognitivo: Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Nivel de depresión: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)
- Satisfacción vital : Escala de Filadelfia.

Para la evaluación de la escala de Filadelfia se realiza un nuevo control transcurridos nueve meses desde la finalización de la actividad grupal.

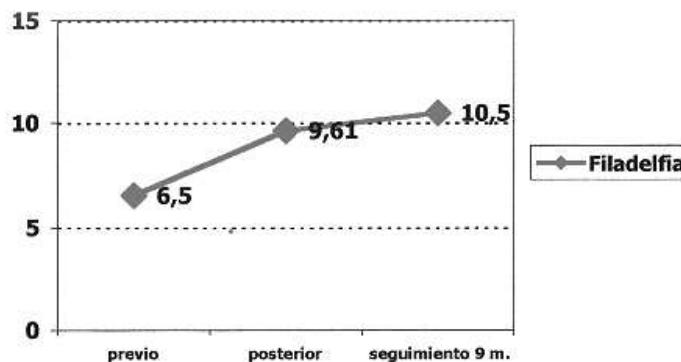
El análisis se realiza con SPSS (t-test y prueba no paramétrica de Friedman).

Resultados

	Media	N	DS	p
RBMT	7,20	20	2,726	,000
RBMT	8,70	20	2,774	
MEC	28,90	20	2,845	,018
MEC post	29,65	20	2,254	
GDS	6,85	20	2,739	,030
GDS post	6,25	20	2,613	

- Los resultados obtenidos, tras el análisis de los datos, ponen en evidencia que la estimulación cognitiva grupal consigue mejorar, en los mayores sin deterioro, las capacidades cognitivas, memoria y estado de ánimo, encontrando diferencia significativa en las puntuaciones de todos los test realizados.

- El análisis de la calidad de vida identifica una mejoría en prácticamente todos los ítems, especialmente en aquellos relacionados con la autoestima. Cabe señalar que en estos casos la ganancia se mantiene nueve meses después de finalizada la terapia grupal.



Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

La estimulación cognitiva grupal se considera una intervención eficaz en los mayores. Mejora de manera significativa la percepción subjetiva de calidad de vida y el bienestar psicológico, así como el rendimiento cognitivo, la capacidad de memoria y del estado de ánimo. La mejoría en relación a la calidad de vida se mantiene en el tiempo.

Bibliografía

Métodos de medición de la salud mental en la tercera edad, Teresa Mora, Mariví Martínez y Jesús Rosel. Facultad de Ciencias humanas y Sociales. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Metodología y Social.

Calidad de vida y diferencias en función del sexo. Ramona Rubio, Manuel ALEXANDRE Y José Luis Cabezas. Catedrática de psicogerontología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Intervenciones psicosociales y calidad de vida. Dr. Javier Yanguas. Director de I+D. INGEMA MATIA FUNDAZIOA.

La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Ignacio Montorio, María Izal Fernández de Trocóniz.

Prevención en Geriatría: ¿Es posible?. Jose Manuel Rivera Casado. Pedro Gil Gregorio.2004

Valoración Cognitiva. John R. Hodges.

Escala de bienestar subjetivo de Filadelfia, Lawton 1972.

8.3.- Espacios deportivos y salas polivalentes pùblicos destinados a ejercicio fìsico para personas mayores del municipio de Madrid

M^a Cruz Tena Dávila Mata, Esperanza Molina Díaz,

Pilar Serrano Garijo, Florencio Martín Tejedor.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía

Ayuntamiento de Madrid

Introducción

El ejercicio fìsico es uno de los recursos preventivos y terapéuticos que favorece el mantenimiento de la autonomía personal y conduce a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos. Por ello, es competencia municipal potenciar los recursos destinados a su fomento y realización. Con este fin, a iniciativa de la Dirección General de Mayores con fecha de diciembre de 2003, se constituye un grupo de trabajo que tiene como primer objetivo conocer la Oferta de las diferentes administraciones en el municipio de Madrid.

Objetivos

Con el Objetivo General de realizar un Diagnóstico de Situación de la práctica de ejercicio fìsico por los mayores en el municipio de Madrid, el grupo de trabajo se propone:

- Catalogar el tipo de recursos existentes: instalaciones deportivas y espacios de actividad fìsica destinados por la administración municipal y autonómica.

- Conocer los tipos de actividades que se realizan: actividades normalizadas de ejercicio fìsico para mayores (gimnasia, actividad acuática, tai-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

chi, yoga, baile,...).

- Cualificar los recursos y su distribución geográfica.
- Averiguar el ratio de las diferentes actividades en cada uno de los 21 distritos madrileños, según la población mayor referente de cada distrito, para identificar un ratio medio.

Metodología

Se tuvieron en cuenta:

- Las instalaciones deportivas municipales de la Dirección General de Deportes con programas específicos, tanto en actividad física tipo gimnasia como en actividad acuática.
- Los Centros de Mayores, tanto municipales como de la comunidad autónoma, donde se recogen las actividades normalizadas de tipo gimnasia, tai-chi, yoga, baile...
- Los Grupos de Fisioterapia Preventiva y de Mantenimiento, actividad que utiliza las instalaciones de los centros de día, centros de mayores o centros integrados.

Se lleva a cabo una cuantificación de los recursos y de las actividades desarrolladas en cada uno de ellos, así como su distribución geográfica en el mapa del municipio de Madrid y se establecen los ratios de plazas ofertadas de las distintas actividades en relación a la población mayor de 65 años residente en cada distrito según datos poblacionales de 2004.

Resultados

Existen 167 espacios destinados al ejercicio en todo el municipio, distribuidos de manera irregular en los distintos distritos. Se disponen de 7.929 plazas en instalaciones deportivas municipales y 784 de la comunidad; 11.135 en centros de mayores municipales y 3.974 en los de la comunidad, finalmente, hay 784 plazas de fisioterapia de mantenimiento, también municipales. La oferta total es de 4 plazas por cien personas mayores de actividad física, (con un rango entre 2,0 y 7,4) repartidas de manera muy irregular entre los distritos; y de 0,3 plazas de fisioterapia preventiva, con un mínimo de 0,0 y un máximo de 0,9. (Ver Tabla a continuación)

Distritos	Espacio	Usuarios						Poblac. Mayor 65	Total Plazas	RATIO Act. Física	RATIO GP
		Dirección General de Deportes Gim.	C. Mayores Municipales Gim.	C. Mayores Comunidad de Madrid Gim.	IMDER* Gim.	Grupos Prevent. Gim.	Acuática Gim.				
1. Centro	5	85	280	120	155	93	68	0	129	26850	801
2. Arganzuela	8	410	240	175	49	0	0	0	101	25222	874
3. Retiro	6	170	125	0	100	0	0	16	618	25270	1029
4. Salamanca	4	150	150	0	0	121	251	0	0	33895	672
5. Chamartín	6	240	200	150	400	0	0	0	41	28810	990
6. Tetuán	6	195	280	0	20	149	138	0	0	31682	782
7. Champeñí	7	0	0	225	100	167	46	150	0	55	34859
8. Fuenlabrada El Pardo	11	190	262	630	40	142	46	0	0	39	33291
9. Moncloa Aravaca	11	282	590	130	0	0	0	0	203	21460	1002
10. Latina	8	485	294	720	660	0	232	0	0	0	51673
11. Carabanchel	7	150	25	1170	118	525	120	0	0	16	47622
12. Usera	12	190	100	201	250	515	316	0	0	79	25546
13. Pte. Vallecas	12	170	310	1464	249	220	142	0	0	67	44558
14. Moratalaz	5	200	90	160	249	0	0	0	0	113	21299
15. Ciudad Lineal	10	460	250	360	255	0	0	0	0	34	46826
16. Hortaleza	12	170	60	948	111	0	0	0	0	207	22744
17. Villaverde	15	130	214	1125	20	230	74	0	0	76	24131
18. Villa Vallecas	6	50	20	325	36	102	32	0	0	9	8179
19. Vicálvaro	5	160	157	0	100	0	0	0	0	68	7488
20. San Blas	6	210	65	0	120	245	0	0	0	43	27547
21. Béjaras	5	40	80	160	40	0	0	0	0	19	4355
Total parcial	4137	3792	8063	3072	2509	1465	166	618	1512	593372	23822
Total	167	7929		11135		3974		784		Media 4.0	Media 0.3

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

El mayor número de recursos es ofertado por la corporación municipal por su carácter de cercanía, observándose diferencias interdistritales tanto cualitativas como cuantitativas.

Un factor importante a tener en cuenta es la situación y accesibilidad de los recursos a la hora de programar nuevos equipamientos, ya que el modo de desplazamiento deseado por la población mayor es ir andando a la instalación.

Bibliografía

Effect of exercise on blood pressure in older person (Kerry J. Steward; Anita C. Bacher) Arch. Intern. Med. 2005; 165:756-762- April 11 2005

Physical Activity Reduces the risk of subsequent depression for older adults (William J. Strawbridge; Stephone Deleges; Robert E Roberts) Am J. Epidemiol 2002; 156:328-334

Exercise capacity and mobility among men referred for exercise testing (Jonathan Myers; Ph D. Manish; Prakash M.D) N. Engl J. Med. 2002 March 14 2005. Volume 346: 793-801

Relationship of changes in physical activity and mobility among older women (Edward W. Gregg Phd; Jane A. Carley Dr. PA) JAMA 2003, 289:2379 – 2386 CDC

A Program prevent functional decline in physically frail. Elderly persons who live at home. (Tomas M. Grill; M.D. Dorothy Baker Ph D). N. Engl J. Med. Volume 347: 1068 – 1074. October 3, 2002 number 14

La salud de las personas mayores. (Elena Gonzalo; M^a Isabel Pasarín) Gaceta sanitaria 2004; 18: 69 – 80

Comunicaciones

Ejercicio físico en el anciano (C. De Pablo Tarzosc) Rev. Lat. Cardiología. 2000; 21: 94 – 102

Características antropométricas y funcionales de individuos activos mayores de 60 años participantes en un programa de actividad física. (B.H. Viana; J.R. Gómez; M.V. Paniagua) Revista Geriatría y Gerontología 2004. 39 : 297 – 304

Actividades y prácticas en actividad física: Situación en España respecto al conjunto europeo. (J.J. Varo Cenarruzabestis; M.A. Martínez González) Aten. Primaria 2003; 31: 77 – 85

8.4.- Perfil del usuario de ayuda a domicilio: Evolución y perspectivas

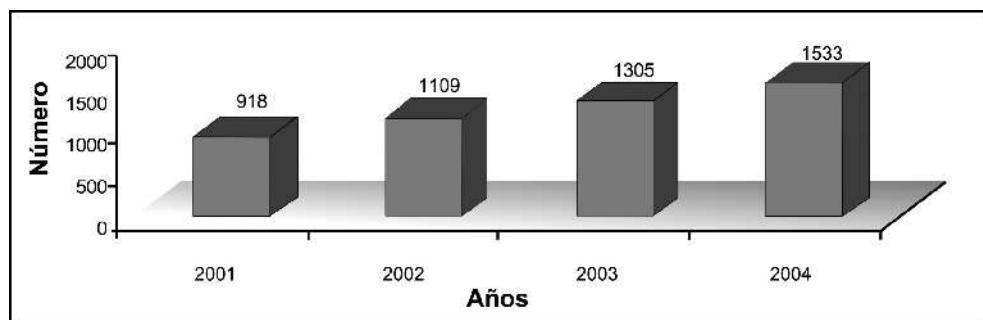
*T. Gascón Rodríguez, E. García López
AS/SPA.*

En el presente estudio, hemos querido analizar, cual ha sido la evolución en el perfil del usuario de los servicios de ayuda a domicilio, en los últimos cuatro años (del 2001 al 2004) en un distrito de Madrid, el de Fuencarral-El Pardo (como referencia, indicar que la población total según datos del 2004 asciende en ese distrito a 210.000 habitantes, de los cuales, 33.500 son mayores de 65 años, un 16% de la población).

Para ello hemos analizado los datos obtenidos durante ese periodo de tiempo en 5 variables, que son:

1. El numero de usuarios por año.
2. La media de edad en esos años.
3. El numero de usuarios que viven solos.
4. La prestación que reciben.
5. El grado de dependencia de los usuarios.

1. Número de usuario por año



Es una variable fundamental ya que va a ser el punto de referencia a la hora de interpretar los datos. Llama la atención el aumento de usuarios de este servicio que se ha producido en estos cuatro años, pasando de 918 altas en el 2001, a 1533 altas en el 2004. Lo cual supone un incremento de un 67%. Éste es un indicador claro de la consolidación y desarrollo de los servicios de ayuda a domicilio.

2. Media de edad

Respecto a esta variable, es interesante observar, que la edad se mantiene en torno a los 81 años, siendo previsible que sea un dato estable, si tenemos en cuenta que en la actualidad la esperanza de vida se sitúa alrededor de los 82 años.

3. Número de usuarios que viven solos

Los datos nos hablan de un porcentaje alto de usuarios, más de la mitad, que se encuentran en esa situación, habiéndose producido un aumento en 4 puntos en ese periodo de tiempo.

En el 2001 hablamos de un 54% de personas que viven solas,

En el 2002: 56%

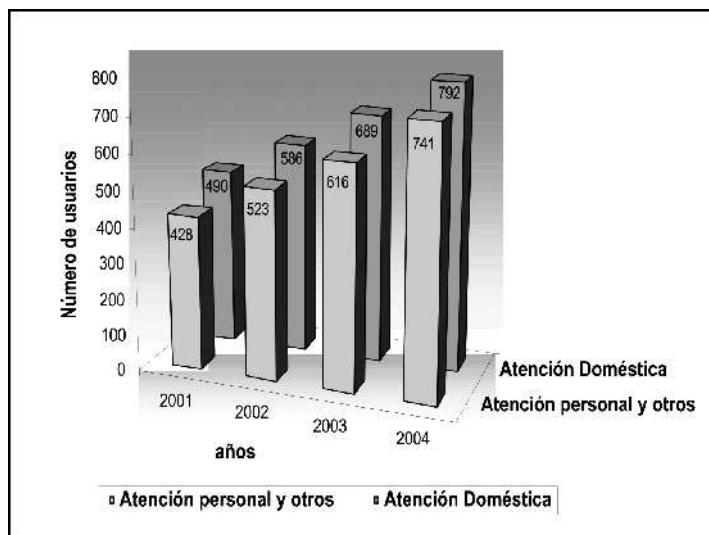
En el 2003: 57%

En el 2004: 58%

4. Prestaciones que reciben

La interpretación en lo que se refiere a las prestaciones que reciben, nos indica que:

La prestación mas demandada en términos absolutos es la atención doméstica, pero en términos relativos el incremento mayor se produce en el aseo personal.



5. Niveles de dependencia

Los resultados indican que:

- La dependencia leve, considerada como inicio de falta de autonomía, es la única que ha experimentado un incremento, de un 6%, mientras que la dependencia moderada, la dependencia severa y la gran dependencia bajan respectivamente en un 1%, 3,5%, 1,5%.
- La dependencia moderada (requieren ayuda para el desarrollo de alguna de las AVD), baja un 1%.
- La dependencia severa (aislamiento social por limitación físicas y/o cognitivas), baja un 3,5%.
- La gran dependencia (necesidad de tercera persona), baja un 1,5%.

6. Conclusión

Una vez analizadas estas variables podemos concluir los siguiente:

El aumento en la esperanza de vida, hace que los servicios de ayuda a domicilio sean unos servicios consolidados y en continuo crecimiento y desarrollo.

Los datos apuntan a un perfil de **persona mayor, en torno a los 81 años, que vive sola, con dependencia leve (inicio de falta de autonomía física y/o cognitiva) y demandante de atención doméstica.**

8.5. El absentismo en auxiliares del servicio de ayuda a domicilio.

*López Fernández, MS; Rodríguez García, E; Izquierdo Riezu, E.
EULEN Servicios Sociosanitarios*

Introducción / justificación

La continuidad y estabilidad del auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio en la prestación de sus servicios asignados es un indicador de calidad en tanto que el usuario acusa fuertemente los cambios en su rutina así como los cambios del auxiliar que le atiende diariamente, o en la frecuencia que tenga asignada. Por lo tanto, conocer el nivel de absentismo de los auxiliares del SAD y analizar las causas o factores que lo provocan se convierte en una tarea importante de cara a la mejora de la calidad del servicio prestado a los usuarios.

Objetivos

El estudio analiza dos factores que se presumen están relacionados con el nivel de absentismo de los auxiliares: los complementos retributivos en caso de Incapacidad Temporal (I.T.) y la nacionalidad de origen del trabajador/a. Paralelamente, se analiza también las diferencias existentes entre tres Comunidades Autónomas: Madrid, Castilla y León, y País Vasco.

Material y Método

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, de Julio a Diciembre de 2004 en Madrid, Castilla y León, y País Vasco . La herramienta estadística utilizada ha sido el análisis de frecuencias, comparando los complementos a las

prestaciones de la Seguridad Social según Convenios y la nacionalidad de origen con el nivel de absentismo por I.T. Los datos de absentismo han sido recogidos de la población total de trabajadores del servicio en estas comunidades en Eulen Servicios Sociosanitarios.

Madrid	n= 1.042
Castilla y León	n= 359
País Vasco	n= 305

Se establecen tres periodos de carencia para las I.T.: Breve = de 1 a 3 días; Media = de 4 días a 15 días; y Larga = de 16 días en adelante.

Resultados

Los resultados más destacados son los siguientes:

- Las retribuciones complementarias en caso de I.T. difieren notablemente según los periodos de carencia en las tres Comunidades Autónomas. Mientras que País Vasco y Madrid retribuyen progresivamente en función de la carencia, Castilla y León mantiene el mismo complemento en los tres periodos.

- El porcentaje de bajas sobre la plantilla total en el periodo estudiado es similar en las tres Comunidades Autónomas: Madrid = 29%; Castilla y León = 36%; País Vasco = 35 % ∂ ∂ = 33,33% ; ∂ = 3,8

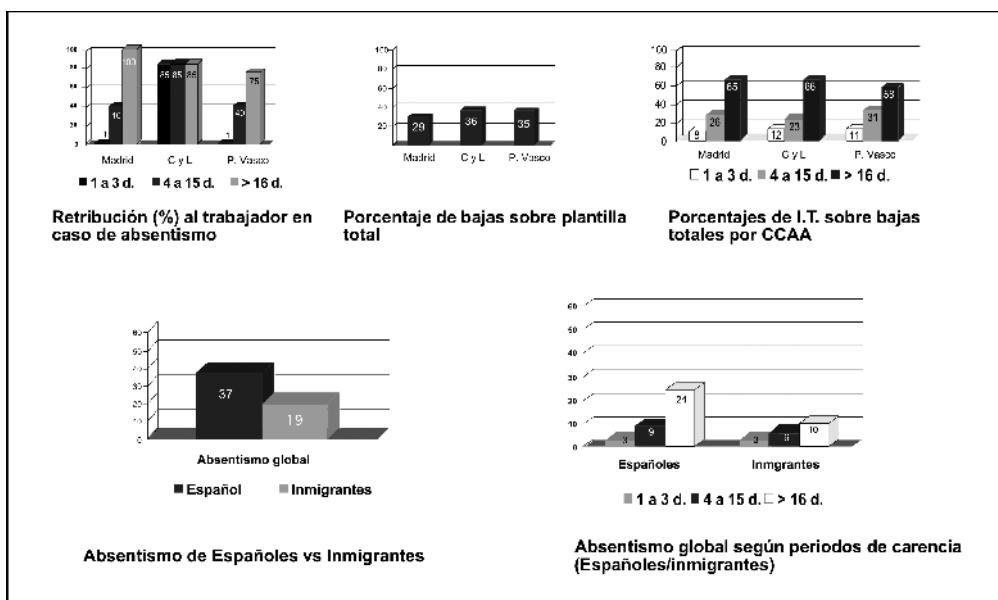
- Igualmente, el porcentaje de bajas por I.T. por cada Comunidad Autónoma, no varía significativamente, mientras se observa una progresión según los tres periodos de carencia:

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

	Madrid	Castilla y L.	P. Vasco
1 a 3 d.	8	12	11
4 a 15 d.	26	23	31
más 16 d.	65	66	58

Respecto a la comparativa de inmigrantes versus nacionales, los trabajadores españoles muestran un 39% de absentismo frente a un 19 % de los trabajadores inmigrantes, lo que indica un mayor nivel de absentismo en los auxiliares españoles.

Siguiendo la pauta general, existe una progresión según el periodo de carencia en el absentismo entre la población española y la inmigrante, aunque se observa que el nivel de absentismo de la población inmigrante, es menor en el periodo de carencia largo (más de 16 días); españoles = 24, inmigrantes 10, siendo muy similares en los periodos breves y medios, breve 3 vs 3 y medio 9 vs 6.



Conclusiones.

La diferencia en el pago de los complementos retributivos no influye en el porcentaje de absentismo en los periodos de carencia analizados. En las tres Comunidades Autónomas el 60% de los procesos se sitúan en el mayor periodo de carencia (>16 días), coincidiendo con la mayor cuantía en el pago de complementos en Madrid y País Vasco.

Existe mayor absentismo en los trabajadores españoles en periodos de carencia de > 16 días, mientras que en otros periodos son similares.

Con el fin de mejorar la calidad del servicio, habría que analizar otros factores que incidan en el porcentaje de absentismo ya que los datos obtenidos arrojan conclusiones definitivas.

Referencias y Bibliografía.

Archivo de personal de Eulen Servicios Sociosanitarios. Base de Datos de Absentismo.

Convenio Colectivo Del Sector De Ayuda A Domicilio De La Comunidad De Madrid.

Resolución de 10 de abril de 2002, de la Dirección General de Trabajo de la Consejería de Trabajo. BOCM. 109.

Convenio Colectivo para la actividad de Ayuda a Domicilio en Castilla y León. Resolución de 5 de julio de 2002, de la Dirección General de Relaciones e Intermediación Laboral. BOCyL. 141.

8.6. Demanda del SAD (auxiliar domiciliario): conocimiento, necesidad y expectativas

Urquiza R., Serrano P., Giménez P., Frías S., Martín F.

Dirección General de Mayores.

Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía.

Ayuntamiento de Madrid,

La ayuda a domicilio puede contribuir al mantenimiento del mayor dependiente en el domicilio, en actuaciones preventivas para el desarrollo de ciertas actividades y puede contribuir, cuando el dependiente dispone de apoyo familiar, a mitigar la sobrecarga que conlleva la evolución de los estados dependientes.

La Dirección General de Mayores (Ayto. Madrid) ha realizado una encuesta con el fin de conocer tres variables que inciden en la gestión del servicio: cómo conoce el servicio el usuario, porqué lo solicita y que espera del servicio.

En los meses de marzo y abril de 2005 se ha realizado 206 encuestas, en 7 distritos (Moncloa, Vicálvaro, Fuencarral, San Blas, Salamanca, Usera y Moratalaz) y previas a recibir atención por el TS de primera atención de servicios sociales. El estudio se analiza con el paquete estadístico SPSS, realizando X2

Resultados

Persona que demanda el servicio: 47,6% interesado, 34,5% hijos, 8,7 % cónyuge y 9,2% otros.

Conoce la existencia del servicio: Por los vecinos 42,6%, salud 22,6%8 Ayuntamiento 32,8% y otros 2,6 %.

Por qué solicita el servicio: enfermedad, dificultad AVD, en tareas domésticas, soledad, movilidad y sobrecarga del cuidador han sido por orden las necesidades expuestas.

Qué espera del servicio: Ayuda doméstica, inespecífica, apoyo / supervisión, atención mixta, personal..., son por este orden lo más reseñado.

Estos resultados obtenidos se analizan teniendo en cuenta quien es el solicitante del servicio, puesto que manifiesta la necesidad de forma diferente y el resultado final esperado también difiere, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

El conocimiento de la existencia del servicio varía según el demandante, y las necesidades también:

- El interesado ve mayor necesidad en la ayuda del quehacer cotidiano.
- No ve necesidad de ayuda a su persona.
- El cónyuge ve más necesidad en atención personal: no necesidad de acompañamiento, pues éste se efectúa mutuamente en la pareja.
- Los hijos ven soledad y puntúan por encima la atención mixta.

Conclusiones

El SAD es visto de modo distinto si quien lo solicita es el propio interesado o sus familiares, algo que debemos tener en cuenta para la planificación futura.

Bibliografía

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología “El Servicio de Ayuda a

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Domicilio. Programación del servicio : manual de formación para auxiliares 2". (1997).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) "Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España".(1998)

Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Mayores Circular 2/2005 "Los Servicios de Ayuda a Domicilio (auxiliar de hogar) : actualidad , tipologías y criterios a aplicar con personas mayores

Explotación datos aportados en encuesta pasada a demandantes del servicio

Modelo de encuesta

<p>Fecha en la que se rellena: _____</p> <p>¿Quién rellena el cuestionario?:</p> <ul style="list-style-type: none">● Interesado (+ de 65 años): <input type="checkbox"/>● Conyuge: <input type="checkbox"/>● Hijo / a: <input type="checkbox"/>● Nuera / yerno: <input type="checkbox"/>● Otros familiares: <input type="checkbox"/>
<p>1) ¿Como se enteró usted de la existencia del Servicio de Ayuda a Domicilio?</p> <ul style="list-style-type: none">● Por vecinos: <input type="checkbox"/>● Por el Ayuntamiento: <input type="checkbox"/>● Por la Parroquia: <input type="checkbox"/>● Por el Centro de Salud: <input type="checkbox"/>● Otros: <input type="checkbox"/>
<p>2) ¿Por qué viene a solicitar la Ayuda a Domicilio?</p> <hr/> <hr/>
<p>3) ¿Qué espera que el servicio le dé?</p> <hr/> <hr/>

8.7. Perfil de los mayores de 80 años solos que rechazan el servicio de teleasistencia.

*Benito Pecharromán, Pilar; Serrano Garijo, Pilar;
Romero Chaparro, Rosario; Martín Tejedor, Florencio.*

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía

Ayuntamiento de Madrid

Introducción:

La teleasistencia es un servicio de ayuda a domicilio que el Ayuntamiento de Madrid viene prestando desde el año 1990. Como tal servicio, tiene por finalidad facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno el mayor tiempo posible, en condiciones de seguridad y con la garantía de disponer de atención inmediata por profesionales especializados, ante cualquier necesidad de carácter sociosanitario. El servicio es gratuito para todos los mayores de 80 años y los de la franja entre 65 y 79 años que no superen la pensión máxima contributiva.

Un servicio de estas características (preventivo, accesible, gratis...), que proporciona seguridad y que se dirige a un colectivo a priori vulnerable (mayores de 80 años que viven solos), hizo pensar en un gran índice de aceptación del mismo, a pesar de lo cual hubo un importante número de personas (20,8 % del total de la población de estas características) que rechazaron el ofrecimiento telefónico. Cabe pensar que el rechazo a un recurso, y por tanto al apoyo social, puede llevar a esta población a una situación de fragilidad y/o de riesgo socio-sanitario.

Objetivo

Conocer el perfil de las personas mayores de 80 años que viven solas y

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

no admiten el servicio de Teleasistencia, con el fin de saber si realmente cumplen criterios de fragilidad, según se presupone.

Material y método

Se aislaron los expedientes de las 10.784 personas mayores de 80 años solos, que rechazaron el servicio durante los años 2003 y 2004, población diana de nuestro trabajo .Se intentó el contacto con 8.327 de los que fue imposible localizar a 5.985, estableciendo contacto con el resto.

Se diseñó un cuestionario específico con variables sociodemográficas, datos de riesgo social (cuestionario de Barber), de fragilidad (caídas, memoria, tristeza, abandono...) y de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria(cuestionario de Lawton).

Dicho cuestionario fue cumplimentado por un equipo de trabajadores sociales en los domicilio de los mayores o bien telefónicamente en los casos que rechazaban dicha visita.

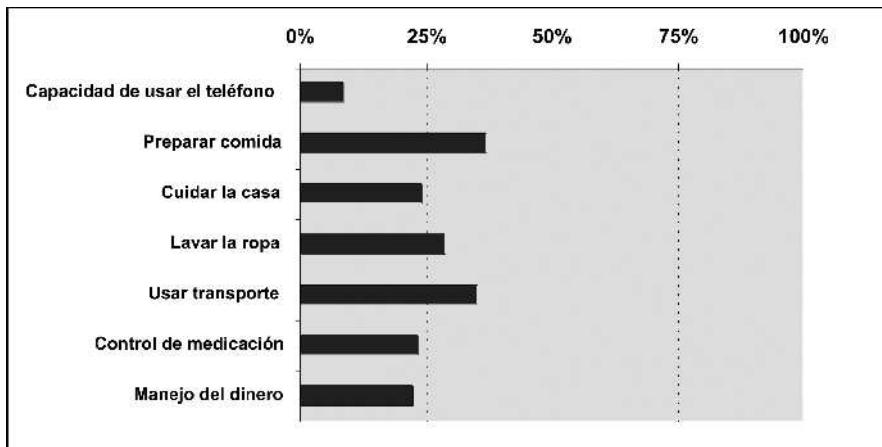
Resultados

La muestra está compuesta por 423 mujeres (85,5%) y 72 varones, siendo la edad media 85,66 años (SD 3,9) y estado civil mayoritariamente viudo o soltero.

En cuanto a datos de fragilidad destaca el hecho de que el 30,8% tiene problemas de memoria, el 33,7% se siente triste y un 20% se siente solo, lo que contrasta con el rechazo a un servicio que ante todo le ofrece compañía.

El cuestionario de Barber muestra una población de riesgo (media 2,02, SD 1,48) .

El índice de Lawton (media 4,86, SD 2,59) se aprecia dependencia en AIVD en la inmensa mayoría (solo el 7,6% de la muestra es independiente para dichas actividades).



Conclusiones

Los mayores que rechazan el servicio de Teleasistencia son realmente una población dependiente, con factores de riesgo, que por diversos motivos no admite la ayuda que se le puede prestar desde este recurso municipal a pesar de que, como se sospechaba, tienen un perfil idóneo para beneficiarse del servicio.

Bibliografía.

E. Maestro Casterblanque, V. Albert Cuñat. ¿Quiénes son ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio de Mayores de 65 años del Área de Guadalajara (1). MEDICINA GENERAL 2002.

F. Duch Campodarbe, L. Ruiz de Porras Rosselló, D. Gimeno Ruiz de Porras. Recursos Psicométricos utilizables en atención primaria.

Instituto de Salud Pública. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud.

Pliego de Prescripciones Técnicas que habrán de regir el Contrato de Servicio Público de Teleasistencia en el Municipio de Madrid.

8.8. Ayudas técnicas y nuevas tecnologías en atención domiciliaria

*Martínez Diez V y Martín Olmos P
ASEPEYO*

Introducción

En los últimos años hemos podido ver como a nuestro alrededor se han ido creando residencias para atender las necesidades de nuestros mayores, unas gestionadas por los ayuntamientos u otros estamentos oficiales y otras por entidades privadas.

A pesar de ello siempre es mayor el número de solicitantes que las plazas residenciales, ¿A qué se debe esto, si 82 de cada 100 mayores no desea abandonar su hogar y lo que quiere es envejecer en el, dándose el caso de cuanto mayor es la edad menos deseos tienen de ir a una residencia?.

Si preguntamos a nuestros mayores todos consideran que el hogar es “ese sitio íntimo en el que tienen todos sus recuerdos y desde el cual mantienen relaciones sociales con la comunidad”, situación que a su entender no se cumple en las residencias. Estos planteamientos hacen que en nuestro pensamiento aparezca inmediatamente esta pregunta: ¿No sería mejor invertir los recursos económicos en mejorar su calidad de vida dentro de sus hogares?.

En España, por el concepto tradicional que tenemos de familia, la atención de los “abuelos” recaía en la familia y especialmente en la mujer dentro del papel de los cometidos del “ama de casa”. En la actualidad esta situación ha ido cambiando, a tenor de la evolución experimentada en nuestra sociedad, como consecuencia de la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral, por el reducido tamaño de las viviendas, por su precio elevado, las grandes distancias y el estrés al que nos someten las grandes ciudades, etc.

Por esto son muchos los casos en los que son los propios hijos los que solicitan el ingreso de los padres ancianos en las residencias, por creer que es donde van a estar mejor atendidos, sin que se den requerimientos de atención médica especial que puedan justificar este ingreso.

Y, a pesar de todo ello, sigue existiendo un grado de insatisfacción tanto de nuestros mayores como de sus familiares y siguen aumentando las listas de espera.

¿Por qué seguimos construyendo residencias donde aparcar a nuestros mayores?

¿Por qué es lo mejor para ellos?.

¿Por qué es lo mejor para nosotros?.

¿Por qué no pueden vivir solos?.

¿Por qué la familia no tiene ni tiempo ni ganas de atenderlos?.

¿Por qué es la mejor y única solución?.

Algunos de los servicios sociales anteriores a la residencia son:

- Teleasistencia: de gran interés para las personas que viven solas.
- Ayudas a domicilio: mejora la calidad de los mayores en sus AVDs.
- Centros de día: esta atendido durante el día en el centro.
- Otros servicios: comida a domicilio, lavandería, programas formativos hacia familiares, etc.

En el momento actual la atención domiciliaria, parece ser insuficiente, en muchos casos se limita únicamente a pequeñas tareas domésticas y de higiene personal, dándose la particularidad de que en la mayor parte de las ocasiones es el usuario el que se adapta al horario de esta ayuda y no al revés. El cúmulo de estas circunstancias hace que nuestros mayores no puedan sentir la satisfacción que la sociedad busca para ellos con estos cuidados ya que no cubre sus necesidades reales.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Método

Por ello, y para aumentar las posibilidades de mantener a nuestros mayores en su domicilio de forma satisfactoria para la sociedad y especialmente para ellos, deberían estudiarse las siguientes propuestas.

Asistente personal: a través de él se cubrirían

- Las actividades básicas de la vida diaria, las cuales son imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, como las actividades de autocuidado (asearse, vestirse, desnudarse), de funcionamiento básico físico (desplazamientos dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

- Las actividades instrumentales de la vida diaria, estas son más complejas y requieren para su realización una mayor autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la necesidad de tomar decisiones (administración del hogar, utilizar el teléfono, acordarse de tomar una medicación, coger un taxi).

- El asistente personal es la figura clave, ya que su actividad no se reduce sólo al ámbito del domicilio, sino que abarca actividades de ocio, de acompañamiento, compras y viajes y la vida familiar. Por ello deberá estar bien preparado y formado adaptándose a las necesidades y horarios del usuario de forma que sea este quien dirija las actuaciones y no al revés. Y, por supuesto la figura del asistente personal deberá estar regulada tanto jurídica como laboralmente.

Pago directo

El pago del asistente personal podría hacerse como en la actualidad (a través de los servicios sociales) o bien entregado al usuario, de modo que pueda decidir cómo emplear el dinero asignado (elegir al asistente personal, distribuir el tiempo, etc.). De este modo se consigue que,

el mayor y su familia, tengan que adoptar una posición activa en las decisiones sobre su propio cuidado al hacerles responsables de la administración de la prestación económica concedida.

Ayudas técnicas

Necesarias como medida de compensación funcional y específicas para cada persona. Son los terapeutas ocupacionales los profesionales formados en el conocimiento de las ayudas técnicas y en las necesidades de las actividades básicas e instrumentales del paciente geriátrico.

La puesta en conjunto de ambos conocimientos es lo que hace que se consiga la relación óptima coste/eficacia de la prescripción de estas ayudas. Por ejemplo, es frecuente asociar este concepto: "Adaptación geriátrica: sustituir la bañera por un plato de ducha de fácil acceso". Se trata de algo casi establecido como norma básica en cualquier paquete de prestaciones técnicas geriátricas. Sin embargo, no discutiendo que en ocasiones sea la única opción, en muchos casos con un asiento giratorio o una tabla de bañera se conseguirían mejores resultados y evitaríamos costes tan altos como los ocasionados por la reforma de un baño.

Es imprescindible que el terapeuta realice un estudio de la situación del mayor, forma de vida, características funcionales, evolución, nivel cognitivo, etc., y posteriormente de las ayudas técnicas, procurando que se adapten a sus necesidades y evitando que puedan ser desechadas por resultar complejas, poco efectivas e incluso peligrosas. Igualmente será el encargado de realizar el entrenamiento con las mismas y supervisar de forma periódica que la ayuda técnica sigue siendo efectiva.

Accesibilidad

La nueva Ley 51/2003 sobre igualdad de oportunidades, no-discriminación y accesibilidad universal, de ámbito estatal, considera discriminatoria la

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

falta de accesibilidad y fija plazos para hacer obligatorias las que denomina "condiciones básicas de accesibilidad y no-discriminación".

Diseños universales

Lo ideal es construir espacios y diseñar productos y servicios que puedan ser utilizados por todos los ciudadanos con independencia de su capacidad funcional.

Bibliografía

Futuro de la independencia: Foro de vida independiente. Madrid. 2003.

Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas: Madrid. IMSERSO. 2005.

8.9. Perfil Sociodemográfico de los usuarios del servicio de ayuda a domicilio

*Casado García P; García Villameriel L; López Fernández, M. S.
EULEN Servicios Sociosanitarios*

Introducción / justificación.

El conocimiento de las características sociodemográficas de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) nos permite conocer si se cumple el carácter preventivo del servicio y el objeto de éste de lograr la permanencia de los usuarios en sus domicilios y retrasar o evitar la institucionalización.

Objetivos.

Analizar el perfil sociodemográfico de usuarios de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en el municipio de Madrid.

Material y Método.

Estudio descriptivo de naturaleza primaria con una muestra de 212 expedientes seleccionados aleatoriamente de una población de 1.100 usuarios. (n = 212). Hemos elaborado una base de explotación de datos con los expedientes y fichas de los usuarios para proceder al cruce de variables.

Se han tomado las siguientes variables para el análisis, y sus correspondientes categorizaciones:

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Sexo: Mujeres/varones	Estado físico: Deterioro leve / moderado / grave
Edad: 65-69 / 70-74 / 75-79 / más de 80	Estado Psíquico: Deterioro leve / moderado / grave
Unidad de convivencia: Vive solo / con persona válida / con persona similar / con persona más deteriorada	Frecuencia de visitas: Diaria / semanal / quincenal / mensual
Red Familiar Presta apoyo / NO presta apoyo	Permanencia del apoyo familiar desde que recibe el servicio: Se mantiene / NO se mantiene

Resultados.

- Sexo

Se observa una distribución de 81,6 % mujeres frente a 18,4 % varones.

- Edad

El 62,8 % de los usuarios son mayores de 80 años, el 20,9 % tiene entre 75 y 79, el 10% entre 70 y 74, y el 6,2 % entre 65 y 69.

- Unidad de Convivencia

El 62,7% de los usuarios viven solos, el 18,9% conviven con una persona válida, el 17,5% conviven con una persona de características similares a las del usuario, el 0,9% conviven con una persona más deteriorada y que necesita más atención que el usuario.

- Estado físico

52,4% dependencia leve, 34,4% moderada, 13,2% grave.

- Estado psíquico

75,9% dependencia leve, 15,6% moderada, 8,5% grave.

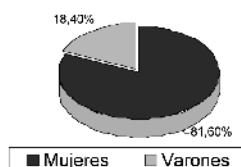
- Red familiar

78% su familia le presta apoyo, 22% no tiene apoyo familiar.

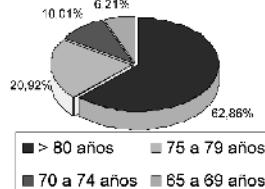
- Frecuencia de visitas

31,5% diariamente, 34,9% semanalmente, 21,1% quincenalmente, 12,6% mensualmente.

- La permanencia del apoyo familiar desde que recibe el SAD se mantiene en un 67,4% de los casos estudiados. La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%.



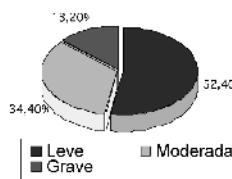
Distribución por Sexos



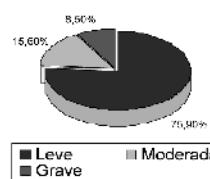
Distribución por Grupos de Edades



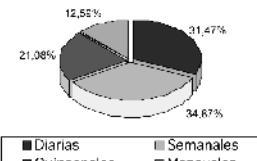
Por Unidades de Convivencia



**Estado Físico:
Nivel de Dependencia**



**Estado Psíquico:
Nivel de Dependencia**



Frecuencia de Visitas

Permanencia del Apoyo Familiar

La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%.

Conclusiones.

Perfil sociodemográfico de usuarios: muestra una demanda más intensiva en mujeres, mayores de 80 años que viven solas.

El 62,7% de mayores que reciben el SAD viven solos. En cuanto al estado de autonomía: el 52,4% presentan una dependencia física leve frente al 75,9% de psíquica leve. Estos datos revelan que la dependencia psíquica en escasas ocasiones es atendida por el SAD cuando el nivel de deterioro aumenta, probablemente por la pronta institucionalización para los casos de dependencia psíquica. Se podría inferir que la dependencia psíquica grave lleva a la institucionalización de la persona más rápidamente que la dependencia física grave. La dependencia está relacionada con la edad: un porcentaje elevado de usuarios con dependencia física grave son mayores de 80 años y un 77,8% presenta dependencia psíquica.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%, lo que indica que el servicio no suplanta el apoyo familiar. Las mujeres reciben más apoyo familiar que los varones (80,9% frente a 66,7%). Los varones reciben visitas familiares con una mayor frecuencia que las mujeres (39,3% frente al 29,9%). Creemos que factores culturales influyen en estos resultados ya que los varones son percibidos como más necesitados para la permanencia en el hogar.

La edad condiciona la necesidad de apoyo familiar: 81,4% de los mayores de 80 años tienen familia que les apoye y sólo 18,6% no tienen apoyo familiar. Lógicamente, y cuando el deterioro con la edad es más evidente el apoyo familiar se hace más necesario.

Bibliografía.

BERMEJO JOSE CARLOS. Cuidar a las personas mayores dependientes. Editorial Sal Térrea, Santander 2002.

ENTORNO SOCIAL. El servicio de Ayuda a Domicilio: Programación del servicio. Manual de formación. Madrid 1997-2003.

IMSERSO. Las personas mayores en España. “Datos estadísticos estatales. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación”. 2002.

MORAGAS MORAGAS RICARDO. El reto de la dependencia al envejecer. Editorial Herder. Barcelona 1999.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Plan de acción para las personas mayores 2003-2007.

RODRIGUEZ RODRIGUEZ PILAR, VALDIVIESO SANCHEZ CARMEN. Servicio de Ayuda a Domicilio: programación del servicio manual de formación para auxiliares/ coordinadoras. Madrid. Editorial Panamericana. 1998.

8.10. Intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio y grado de dependencia

*Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC, Gimenez Díaz-Oyuelos P,
Urqiza Berganzo R, Martín Tejedor F.*

Dirección General de Mayores

*Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

Uno de los servicios para mayores mas desarrollados en la actualidad y que posiblemente más contribuye a la permanencia en su domicilio de las personas dependientes, es la atención en domicilio con auxiliar de hogar, con la ayuda de otras múltiples prestaciones domiciliarias y comunitarias.

Parece razonable que así sea y también que quienes mas necesidad tienen, reciban este tipo de ayuda con mayor intensidad. Además, en una ciudad como Madrid, para garantizar la equidad, es necesario que exista igualdad de acceso e igualdad de atención en todos los Distritos ante una misma necesidad.

La valoración de esa necesidad pasa por conocer el grado de dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la situación socio-familiar, sirviendo la capacidad económica únicamente para determinar la aportación del usuario.

Siendo este el propósito de la DGM, se realizó un documento orientativo para la asignación de horas a los usuarios, basado en la aplicación de escalas de dependencia.

Se usó la escala de Barthel para las AVD básicas, y la de Lawton para las instrumentales, haciendo hincapié en alguna de las actividades de la vida

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

diaria que se consideraron de mayor interés para este propósito.

Paralelamente se hizo formación específica a los trabajadores sociales municipales en el uso de escalas, acudiendo un equipo bien formado en esta disciplina a todos los distritos municipales.

Con estas premisas, cabe esperar que tanto la formación como la instrucción hayan surtido su efecto y los servicios se asignen en relación a la dependencia detectada.

Objetivo

Conocer la relación existente entre la dependencia de los usuarios del SAD y las horas asignadas al servicio, tras aplicar las medidas descritas.

Material y método

Se recogieron los datos de tres distritos de Madrid.

Del total de usuarios del servicio, se estudiaron aquellos a los que se había realizado la valoración con las escala de Barthel y Lawton (854).

La intensidad horaria se midió en horas/mes.

Se hizo una correlación bivariada con el programa SPSS. Como recordatorio, es preciso señalar que con este método estadístico se obtiene el valor de la "r" de Pearson y que los valores de este coeficiente oscila entre menos uno y uno, habiendo de interpretarlo de la siguiente forma.

- **Si "r" > 0**, la correlación lineal es positiva, tanto más fuerte cuanto más se aproxime a 1. **Si "r" < 0**, la correlación lineal es negativa, tanto más fuerte cuanto más se aproxime a -1. **Si "r" = 0**, no existe correlación lineal entre las variables.

Se admite que una correlación (de signo positivo o negativo) es buena cuando alcanza un nivel = 0,6-0,7, las inferiores a 0,5 pueden indicar una ten-

Comunicaciones

dencia, aunque una correlación real escasa. Dado que tanto en el Barthel como en el Lawton, a menor puntuación mayor dependencia, una puntuación baja en las escalas debería corresponderse con una intensidad horaria mayor, es decir debería haber una correlación negativa.

Resultados

Los tres distritos mostraron resultados semejantes, los recogidos en la tabla, con una significación estadística a nivel 0,01 para todas las correlaciones.

Todas ellas son cercanas a -0,4, lo que indica, según las especificaciones propias de la prueba, una tendencia a la correlación, aunque escasa correlación real, ninguno de los valores de r superó el -0,5 y quedó muy lejos del -1 ideal.

Distrito Escala	1	2	3
Barthel	- 0,379	- 0,498	- 0,435
Lawton	- 0,484	- 0,426	- 0,451

Conclusiones

La intensidad horaria es mayor en quienes presentan un grado de dependencia más elevado, no obstante, a pesar de que la correlación existente es significativa desde el punto de vista estadístico, es escasa, lo que nos hace considerar la necesidad de mejorar en la aplicación de los criterios.

Possiblemente es preciso una mayor intensidad formadora para conseguir el propósito.

Dada la simplicidad de la aplicación de este método estadístico, la monitorización de este coeficiente puede ser de gran utilidad para conocer la adecuación de los usuarios a la intensidad del SAD.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Bibliografía

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología “*El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del servicio: manual de formación para auxiliares 2*”. (1997).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) “*Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*”.(1998)

Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Mayores Circular 2/2005 “*Los Servicios de Ayuda a Domicilio (auxiliar de hogar): actualidad, tipologías y criterios a aplicar con personas mayores*”.

Serrano P de Tena-Dávila MC: “Criterios de fragilidad en los usuarios del SAD. social”. Revista española de Geriatría y Gerontología. 39, 1:9-18. 2004.

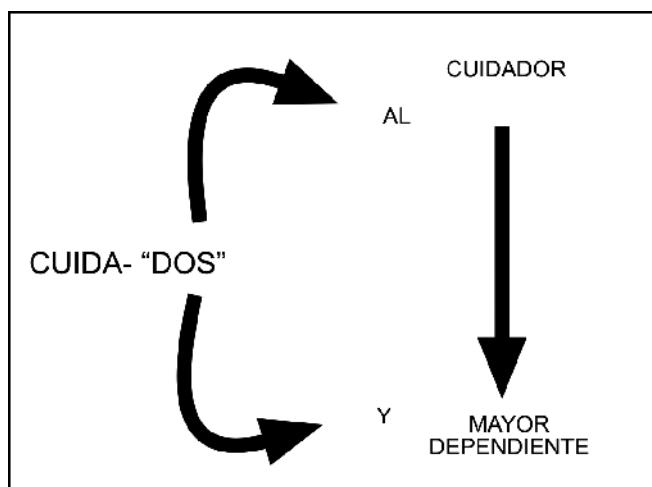
8.11. Cuida- “Dos” a cuidador y mayor dependiente

*Concepción Martínez De La Torre
Coordinadora de Servicios Sociales. Programa de Mayores.
Consejo Municipal de Bienestar Social de Torrejón de Ardoz.*

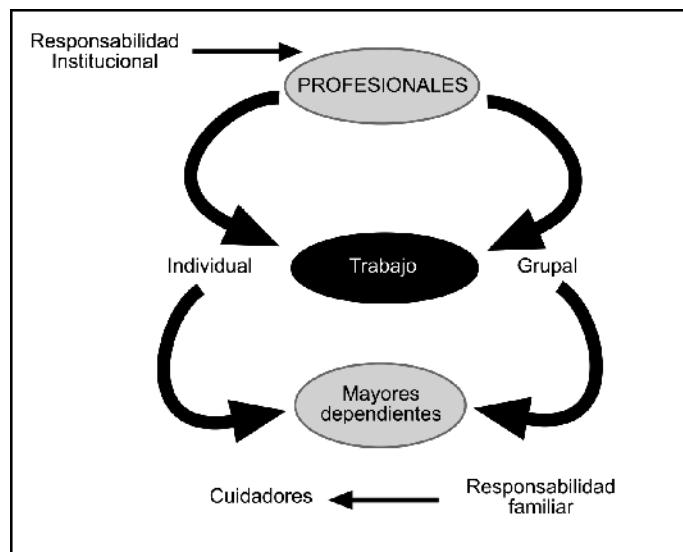
Introducción

En los años que venimos trabajando con mayores consideramos que el apoyo individualizado a los cuidadores es importante, pero se evidencia la necesidad de un trabajo grupal que permita a los mismos compartir experiencias, soluciones, inquietudes, miedos, etc.. y nos permita abordar la corresponsabilidad familiar y la institucional.

Partiendo de la premisa de que el cuidado al cuidador revierte en una mejor atención a los mayores dependientes, alarga la permanencia de los mismos en su domicilio habitual y permite el reconocimiento de la persona olvidada en todo este proceso “el Cuidador”, quien suele cuidar sin encontrar espacio para cuidarse él mismo. Nos planteamos la elaboración de un proyecto que conjugue aspectos preventivos, formativos, asistenciales y de cooperación social.



Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.



Objetivos

- Ofrecer a los cuidadores de personas mayores dependientes un espacio formativo en el que a su vez puedan compartir experiencias, miedos, angustias y les ayude en el rol que han asumido como cuidadores habituales.
- Asegurar la atención de la persona mayor dependiente proporcionando una atención especializada por parte de las auxiliares de ayuda a domicilio que cumplan la tarea de acompañamiento y/o asistencial, mientras que su cuidador habitual acude a las sesiones formativas.
- Favorecer la permanencia de la persona mayor dependiente en su entorno habitual prestando apoyo a los cuidadores.
- Posibilitar la creación de grupos de autoayuda.
- Proporcionar herramientas personales para evitar situaciones de stress, sobrecarga y agotamiento. Asegurar la atención de las personas mayores dependientes en su ambiente habitual, para evitar situaciones de desajuste emocional y/o desorientación.

Resultados

Si analizamos la situación en la que se encuentran los cuidadores de mayores dependientes obtendremos que:

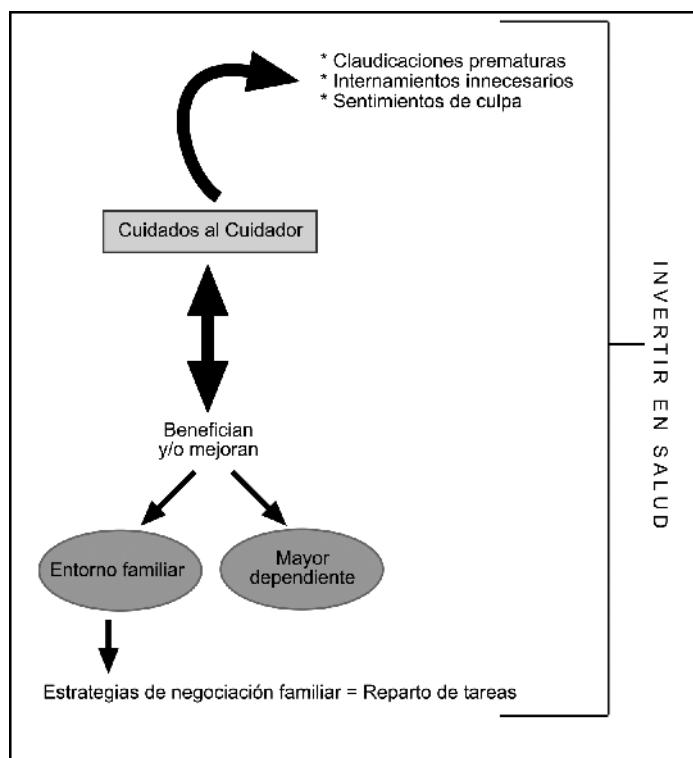
- Sufren una serie de efectos negativos en su desarrollo personal, profesional y de salud.
- Un porcentaje muy alto de cuidadores tienen más de 65 años y se ven obligados a asumir cargas desmedidas en relación a su estado de salud, sus habilidades y capacidades.
- El sistema de protección social continúa “castigando” a las familias que asumen el cuidado de mayores en lo relativo al acceso a recursos y prestaciones.
- Los cuidadores se ven obligados a reducir o suprimir su tiempo de ocio, su autocuidado y sus relaciones sociales.
- Los cuidadores demandan contar con la supervisión de su tarea y con apoyo de profesionales adecuados.
- Se necesita flexibilizar la actual aplicación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Conclusiones

La experiencia realizada en casos a nivel puntual, de cuidados al cuidador, proporciona de una manera indirecta grandes beneficios en su entorno familiar, así como en los mayores dependientes, por lo que el favorecer al cuidador espacios en los que puedan compartir todas las particularidades de su rol, mejora la calidad de vida de todos los sujetos o núcleos inmersos en este proceso de intervención.

Los programas de intervención con familias cuidadoras evitan claudicaciones prematuras, mejoran las estrategias de negociación familiar para compartir tareas, en definitiva invierten en salud.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.



Durante las ponencias de las jornadas “ La dependencia en casa” se ha hablado de la calidez en la atención a los mayores dependientes. Esto me ha hecho recordar el título de un libro dedicado a los cuidadores de enfermos de Alzheimer: “La memoria está en los besos”. Desde la práctica profesional observamos como en ocasiones el agotamiento que sufren los cuidadores hace que pongan especial atención en cuestiones básicas como es el aseo, nutrición, cuidados sanitarios, pero se descuida la importancia de una mirada ,una sonrisa, una caricia o un beso. Con los espacios dedicados a los cuidadores intentaremos recordar que la **memoria está en los besos**.

8.12. Impacto del programa “Cuidando al cuidador” en la calidad de vida de los cuidadores

Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC,

Romero Chaparro R, Martín Tejedor F.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía

Ayuntamiento de Madrid

Introducción:

La atención que requieren las personas mayores dependientes, más estudiada en los casos de cuidadores de mayores con demencia, suponen intensas jornadas de trabajo diario, realizadas por lo general en solitario. Aunque esta ayuda se presta mayoritariamente en una relación afectiva de solidaridad, tiene unos “costes invisibles” que suelen repercutir negativamente sobre el bienestar de las personas cuidadoras en ámbitos muy diversos, desde el deterioro de las relaciones familiares y sociales, hasta consecuencias negativas sobre la salud física y mental, en suma en la calidad de vida.

En las últimas décadas se ha prestado especial atención a este proceso y sus posibles soluciones, habiéndose propuesto diversos medios para conseguir el alivio de la sobrecarga y sus consecuencias, entre los que cabe destacar el abordaje de los problemas mediante actividades grupales, educativas o terapéuticas, alternativa esta última elegida por el Ayuntamiento de Madrid, para su programa “CUIDAR AL CUIDADOR” dirigido a aquellas personas que son cuidadores principales de personas mayores dependientes.

Es una actividad psicoterapéutica grupal, estructurada en 15 sesiones semanales de hora y media, dirigidas por dos psicólogos y destinadas a unos 14 cuidadores principales seleccionados por los trabajadores sociales del distri-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

to, en las que se abordan estrategias de afrontamiento y reconocimiento de la sobrecarga emocional.

Se asegura la permanencia a estas sesiones con apoyo de SAD o voluntarios formados, en caso necesario. Para orientar en la selección se utiliza el test del informador, cuyo punto de corte está en 7.

Objetivo

Dado que desde un inicio el programa fue diseñado para ser evaluado, el presente trabajo forma parte de esa evaluación y en él se pretende medir el impacto del programa en el bienestar de los cuidadores.

Metodología:

Se atienden 75 cuidadores. Los mayores atendidos presentaban las siguientes características: edad media 81 años, dependencia Cognitiva 11, 7 %, Funcional 20,6 y Mixta 67,6.

Se utiliza el GHQ (General Health Questionnaire), como indicador de calidad de vida antes y al finalizar la actividad terapéutica. El test GHQ 28 o test de Golber es un instrumento diseñado para detectar cambios en la función normal del cuidador. Explora dos tipos de fenómenos: incapacidad de “Funcionar”, desde un punto de vista psíquico, a nivel normal y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psicosocial. Monitoriza los cambios “recientes” en el tiempo. Es un cuestionario auto administrado, que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: Subescala A (síntomas somáticos), B (Ansiedad e insomnio), C (Disfunción social), D (Depresión grave). Puntuaciones superiores a 5 en cada apartado del GHQ afectación somática, de ansiedad e insomnio, disfunción social, o/y depresión.

Se analizan los datos mediante SPSS (t-test).

Resultados

Las características de los cuidadores eran las siguientes:

- Mujeres 78%
- Edad media 64,2
- Tiempo de cuidado 7,8 años
- Horas dedicadas al día 15
- Test del informador >7: 70%

Parentesco	%
Esposa	18,5
Esposo	18,5
Hija	42,8
Hijo	1,43
Nuera	2,8
Yerno	1,43
Hermana	4,29
Madre	4,29
Sobrina	2,86
NC	2,86

De los 75 usuarios del programa en su primera edición, sólo 60 de los cuidadores cumplimentaron el cuestionario inicial y el final se obtuvo en 31 de ellos.

Los resultados del GHQ de quienes cumplimentaron los cuestionarios en ambas fases se muestran en la tabla.

GHQ		Media	N	SD	P
Síntomas somáticos	Previos	9,9459	37	5,22	,000
	Posteriores	5,7838	37	5,20	
Ansiedad	Previa	11,9355	31	5,55	,000
	Posterior	8,1290	31	5,53	
Disfunción social	Previa	9,0000	30	4,63	,029
	Posterior	6,7667	30	3,84	
Depresión	Previa	6,0333	30	5,54	,052
	Posterior	4,6667	30	5,04	

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

Este programa demuestra su efectividad en el estado de bienestar, la percepción somática y el estado de ánimo así como en la actividad social del cuidador principal.

Aunque es necesario disponer de un numero mayor de casos que nos permitan un estudio más específico del impacto del programa sobre la calidad de vida y relacionarlo con características de los cuidadores o el cuidado y sobre todo del grado de sobrecarga, la mejoría obtenida invita a continuar desarrollando el programa y a analizar los resultados de futuras ediciones.

Bibliografía

J. Yanguas Lezaun, J Leturia Arrazola, M.Leturia Arrazola. Apoyo informal y cuidado de las personas dependientes. Matia Fundazioa. Octubre 2001.

I.Montorio Cerrato, I. Fernandez. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología, 1998, vol.14,nº 2 229-248.

A. Losada Baltar y colab. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. Rev. Neurologia . abril 2004, 38(8). 701-708.

Manuel Martín Carrasco. La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Instituto de investigaciones Psiquiatricas. Fundación Josefa Recio. Hospital Aita Menni Mondragón Guipuzcoa. 2001.
www.scn.es/cursos/demencias/aspfam/alzhfam.htm

Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.

Comunicaciones

Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; (1): 139-45.

Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de general health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979; 42:139-58.

Badia X, Gutierrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Qual Life Res* 1996 Feb; 5(1):101-108.

Lobo A, et al. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986 Feb; 16(1): 135-140.

Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Rev. Atencion primaria*. 2004, 33(2):61-66.

8.13. Diagnóstico de enfermería en atención domiciliaria. La medida del cuidado en el paciente dependiente

*Ochandorena Juanena MS, Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM,
García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M.
Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid
C/ Alberto Palacios 22, 28021 Madrid*

Objetivo

Los actuales patrones epidemiológicos (envejecimiento de la población, incremento de enfermedades crónicas y discapacidades...) están generando un incremento en las necesidades de cuidados) La domiciliación de la asistencia sanitaria condiciona que muchos de los cuidados se presten en el domicilio del paciente². La enfermera comunitaria o de familia es el profesional responsable de la gestión eficiente de estos cuidados de salud³. El proceso de enfermería, es el método sistemático de organizar y prestar los cuidados, siendo el diagnóstico de enfermería una etapa básica del proceso, ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base del plan de cuidados⁴.

En la actualidad, el Servicio Madrileño de Salud tiene en su cartera de servicios al ciudadano, un servicio específico de Atención al Paciente Inmovilizado⁵.

Objeto: Conocer indicadores de utilización; de los diagnósticos de enfermería en particular, y del proceso enfermero en general, como parte fundamental de la atención que prestan las enfermeras de AP del Área 11 de Madrid a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, realizado en los 39 Equipos de Atención Primaria del Área 11 de Madrid (460 enfermeras; 821000 habitantes).

El periodo de estudio comprendió desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2004.

Proceso de Evaluación

La evaluación se ha estructurado en dos fases:

1.- Evaluación cuantitativa

Indicadores de Evaluación: Frecuencia de Diagnósticos de Enfermería (Frecuencia absoluta y Distribución por patrones funcionales de salud⁶. Fuente de datos: Registro Específico de Diagnóstico de Enfermería en la H^aC^a informatizada (OMI-AP) de Pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

2.- Evaluación cualitativa

Consiste en la evaluación de las distintas etapas del Proceso Enfermero para cada Diagnóstico de Enfermería.

Indicadores de Evaluación: Calidad Global (Cumplimentación de las distintas etapas del proceso enfermero):

[Valoración + Diagnóstico + Objetivos + Intervenciones + Evolución]/5

Fuente de datos: Muestreo de H^aC^a aleatorio, estratificado y proporcional, representativo a nivel de Área (NC=95%;e=0.12), sobre el total de pacientes Inmovilizados (n=60).

Resultados

El total de diagnósticos de enfermería realizados en pacientes incluidos

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado ha sido de 4221, utilizando 113 etiquetas diagnósticas NANDA⁷ diferentes.

Las Áreas de Cuidados (patrones funcionales) dónde mayor frecuencia de Diagnósticos de Enfermería se identifican son en el “Nutricional/Metabólico”, “Actividad/Ejercicio”, “Percepción/Mantenimiento de la Salud” y “Eliminación”.

En la Tabla 1 se observa las 10 etiquetas mas frecuentes en el conjunto del Área.

Tabla 1: Etiquetas diagnósticas mas frecuentes en paciente inmovilizado

Código NANDA	Etiqueta diagnóstica	Frecuencia
00046	Deterioro de la integridad cutánea	1048
00085	Deterioro de la movilidad física	365
00088	Deterioro de la deambulación	244
00047	Riesgo de deterioro de la integridad	208
00004	Riesgo de infección	181
00044	Deterioro de la integridad tisular	169
00155	Riesgo de caídas	129
00021	Incontinencia urinaria total	117
00011	Estreñimiento	111
00122	Trastorno de la percepción sensorial	89

Cabe reseñar el elevado porcentaje de problemas identificados por las enfermeras pertenecientes a la esfera biológica de la persona, posiblemente debido a que es en este campo dónde las enfermeras han trabajado habitualmente en Atención Primaria. De hecho, esta situación se repite en la mayoría de los estudios revisados⁸⁻¹⁰, siendo los Diagnósticos de Enfermería de las Áreas o Patrones más “fisiológicos” (nutrición, actividad, eliminación...) los que más frecuentemente se identifican.

Por lo que respecta al indicador de Calidad global se ha alcanzado un cumplimiento del 69.6 %, mostrándose en la Tabla 2 el porcentaje de cumplimiento alcanzado en cada una de las etapas del proceso.

Tabla 2: Indicador de Calidad Global

Criterios de evaluación	% Cumplimiento
Valoración	83.3%
Diagnóstico	45%
Objetivos / intervenciones	85.7%
Seguimiento	64.3%
Calidad Global = 69.6%	

Consideramos que los resultados obtenidos son bastante satisfactorios y nos informan de un elevado grado de utilización de las distintas etapas del proceso enfermero. Como área de mejora, destacaríamos el dato negativo de que en un 35,7 % de las historias revisadas con algún Diagnóstico de Enfermería, no figura la “Evolución o seguimiento”, ya que si no se realiza el seguimiento de los problemas identificados y de los cuidados planificados todo el proceso pierde efectividad al no poder conocer datos de posible resolución.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación (tanto cuantitativos como cualitativos) podemos considerar que los profesionales de enfermería del Área 11 han integrado el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

Las enfermeras de Atención Primaria están liderando el papel fundamental, que como profesional experto en la prestación del cuidado le corresponde, de gestor de cuidados en ámbito domiciliario.

La utilización de un lenguaje unificado (Taxonomía NANDA) y el disponer de un sistema de información específico de planes de cuidados son factores fundamentales que nos permiten conocer aspectos fundamentales de la atención que se presta a la población en Atención Primaria y que nos ayuda a ges-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

tionar los cuidados de manera eficiente.

Bibliografía

IMSERSO. Envejecer en España. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid: IMSERSO; 2002.

Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria 2000; 25(8): 22-8

OMS. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso. 4^a edición. Barcelona: Springer; 1998.

Servicio Madrileño de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Sermas; 2003.

Gordon M. Patrones funcionales de salud: una estructura para la valoración. En: Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3^a ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 74-109

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.

Clavería M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliaria socio-sanitaria. Enferm. Cient. 1997; 182-183: 49-54.

Alvarez I, Ohara R, Casado E, Castañeda E, Galán JM, Morilla JC. Diagnósticos aplicados a población incapacitada. Rev. Rol Enferm 1997; 226: 25-8.

Frías Trigo VM, Anguera Manrique M, Rius Toledo MM, Martínez Massegosa E. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia psico-geriátrica. Enferm Clin. 2005; 15(2): 71-5.

8.14. Calidad de los planes de cuidados en el servicio de inmovilizados de la Comunidad Autónoma de Madrid

*Ferrer Arnedo, MA; Sarrion Bravo, JA
Dirección de Enfermería de A.P. Área 2 Madrid*

Introducción

La reforma de la Atención Primaria, que se establece en el año 1984, cuando se publica el Real Decreto de Estructuras Básicas, pone en marcha el desarrollo de una nueva manera de entender los servicios de salud bajo diferentes premisas: Los servicios que se ofertan desde Atención Primaria entendiendo que debe hacerse de manera integral con intervenciones de promoción prevención y recuperación, reinserción, una provisión que se realizará desde equipos interdisciplinares y una actividad apoyada en una sistemática que está proporcionada por los programas de salud convirtiéndose en una herramienta de trabajo adecuada.

En el año 1991 aparece la cartera de servicios que busca homogeneizar la oferta de servicios de los Equipos de Atención Primaria en el territorio gestionado por el Insalud.

Esta cartera de servicios predeterminó lo que serán criterios de buena atención basados en la evidencia científica. La cartera de servicios ha supuesto para las instituciones sanitarias públicas una herramienta de gran valor tanto desde la perspectiva de la calidad como desde la gestión.

Las enfermeras/os de los equipos de AP han tenido una alta implicación en su desarrollo constituyendo la cartera el elemento clave alrededor del cual se

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

han desarrollado gran parte de su actividad. Esta actividad ha tenido que ver con el trabajo interdependiente, sin embargo las enfermeras y enfermeros de AP, revindicaron la casi total ausencia de evaluación de las intervenciones independientes, que las enfermeras llevaban adelante, en base a la evidencia científica, generada desde el conocimiento disciplinar de enfermería.

En el año 1997, por esta razón y dado que se estaba diseñando la historia clínica informatizada, se constituye un grupo de trabajo de enfermería con la misión de definir planes de cuidados estandarizados, para ser integrados como normas técnicas, en algunos de los servicios de la cartera, siendo priorizados, aquellos que se consideraban de especial responsabilidad de la enfermera, donde los cuidados enfermeros constituyan un elemento clave del servicio.

El grupo parte de las ideas de Alfaro, quien define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar, que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud, reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería". Los problemas de salud con los que se enfrenta Enfermería implican la necesidad de una sistematización científica, que comienza desde el mismo momento en que estos se observan; La manera de abordarlos será a través del método, que intenta solucionar el problema detectado. Mediante un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Con este marco, la dirección general del INSALUD determinó, que cinco fueran los servicios en los que se estandarizarían los planes, y propuso al equipo: Atención al Climaterio, Atención al Anciano, Atención al Inmovilizado, Atención al paciente Terminal y Atención al paciente con VIH-SIDA.

El grupo se constituyó por enfermeras clínicas, representantes de las distintas corrientes, directivos y enfermeras del grupo técnico de cartera.

A partir de este paso, se realizó una revisión bibliográfica y se acordó emplear, como metodología de valoración, los patrones funcionales de salud de M. Gordon, como taxonomía diagnóstica, la propuesta por la NANDA, si bien se admitieron el uso de formato PES, y planes con objetivos y actividades y fecha de revisión.

A partir del trabajo elaborado se propuso al grupo técnico de cartera la incorporación de una norma técnica relacionada con planes de cuidados, se realizó una publicación institucional, denominada “Desarrollo de planes de cuidados en cartera de servicios de Atención Primaria”, que vio la luz en el año 2001, publicación que pretendió la incorporación de una sistemática de planificación y de evaluación así como un reconocimiento a una forma de hacer avalada por la evidencia científica.

El Servicio de Inmovilizados, que fue de los servicios en los que se estandarizaron los planes de cuidados de enfermería, se evaluó en el año 1999 y en el año 2000, antes de que se incorporasen los planes de cuidados, esta

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

evaluación de la calidad del servicio en el caso de Madrid supuso la evaluación de 3705 historias clínicas en el año 1999 obteniendo un cumplimiento del 72% y en el caso del año 2000 se evaluaron 5116 con un resultado correspondiente a un 77% de la calidad. Sin embargo, con estos resultados no se conocía la correspondencia a la calidad en la aplicación sistematizada de la metodología del proceso de atención enfermera.

Desde entonces y tras las trasferencias a las comunidades autónomas y concretamente a la de Madrid, las direcciones de enfermería han realizado un gran esfuerzo por normalizar la aplicación de una sistemática de intervención de cuidados mediante la definición de los planes de cuidados estandarizados, tal y como quedó de manifiesto en el documento “Mirando al futuro” de líneas estratégicas, elaborado por la comisión de directores de enfermería de Madrid en el año 2001, y a partir del cual se elaboró por encargo de la Directora General del Instituto Madrileño de la Salud, el documento “Avanzando en la enfermera de AP”, documento fruto de los grupos de trabajo establecidos por el instituto, con la participación de directores de enfermería, gerentes de área y técnicos del Instituto Madrileño de la Salud, bajo la coordinación de la dirección técnica de atención sanitaria. Consensuaron las líneas de futuro del trabajo enfermero, tales como la promoción del autocuidado, o la enfermera como gestora de casos, papel para el que la sistematización es imprescindible.

Por ésta razón, la comisión de directores de enfermería, decidió realizar la evaluación de la norma técnica NT 313.5, referente a valoración y la norma técnica 313.6 referente a plan de cuidados del servicio de atención a inmovilizados de la cartera de servicios del Servicio Madrileño de la Salud, utilizando para ello, los criterios que en su momento fueron consensuados y aprobados por la dirección general, y que se encuentran definidos en la publicación de desarrollo de planes de cuidados, en la cartera de servicios de Atención Primaria, con el fin de evaluar en profundidad, la normalización de la aplicación sistemática del proceso de atención de enfermería por parte de las enfermeras de AP de Madrid.

Material y método

Estudio observacional transversal de los registros de la historia clínica realizados por las enfermeras de pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados en el año de evaluación correspondiente al periodo de 1 de Octubre de 2003 a 30 de Septiembre de 2004, siendo el número de paciente incluidos de 45.515. Se realizó una muestra estratificada, a fin de garantizar el equilibrio en la representatividad de las áreas, en función de la parte proporcional de N aportada. Para la selección de la muestras se pidió a todas las direcciones de enfermería de las 11 áreas de Atención Primaria de Madrid que enviaran los datos del número total de pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados en cada una de ellas, obteniéndose un total de 45515 usuarios incluidos.

Utilizando datos obtenidos en cartera de servicios de años anteriores, se estimó un resultado esperado del 50% de cumplimiento. A partir de aquí, se realizó un cálculo de muestra, para un error de precisión del 5% y una p del 95%. La muestra supuso un total de 387 historias a evaluar.

Con la muestra obtenida, se hizo un reparto proporcional al número de usuarios incluidos en servicio, en cada una de las áreas según cuadro adjunto.

Área	Nº de historias evaluadas
1	56
2	28
3	14
4	47
5	42
6	29
7	50
8	23
9	15
10	23
11	60

Este dato se envió a cada una de las direcciones, para que procedieran a la selección aleatoria de la muestra que les corresponde, para su posterior evaluación según las normas recogidas en el Anexo I. Se dieron instrucciones

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

para que los evaluadores fuesen profesionales previamente entrenados, haciendo cargo los grupos de evaluadores de cartera de servicios, así mismo se distribuyeron las instrucciones escritas con la metodología y los criterios de evaluación.

Las dos normas técnicas básicas correspondientes a cartera de servicios se reconvirtieron en cuatro con un nivel mayor de exigencia.

Resultados

En el año 2004 estaban incluidas en el servicio de Inmovilizados 33.739 personas, lo que supone el 34,93% de la población diana (11% de los mayores de 65 años), generándose un total de 724.345 visitas domiciliarias de enfermería, lo que supone unas 1,2 visitas por enfermera / día.

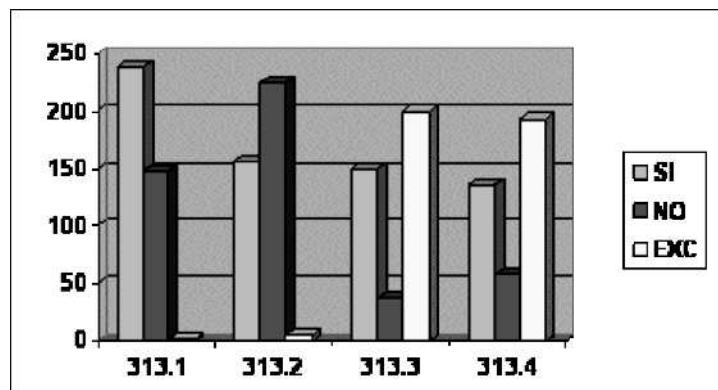
Los resultados de la evaluación de las Normas Técnicas arrojaron los siguientes resultados:

SERVICIO 313: Atención a pacientes inmovilizados					
	Global Evaluadas	EXC. NTM 1	EXC. NTM2	EXC. NTN3	EXC. NTM4
	387	1	5	200	193
Normas Técnicas				Número total de "SI"	% Cumplim. sobre H ^a evaluadas
Valoración 313.1				238	61,66+-4,84
Diagnóstico 313.2				157	41,10+-4,90
Plan 313.3				150	80,21+-4,43
Seguimiento 313.4				136	70,10+-4,56
Resultado suma total (%) / 4:					63,27

Conclusiones

En el año 2000 se reevaluó la calidad de las norma del servicio de inmovilizados con un resultado global de cumplimiento del 77%, en el caso de la evaluación de la calidad del plan de cuidados corresponde al 63,23%, sin embargo

si se compara con el apartado que corresponde a la calidad del plan de cuidados este ítem se encuentra en un 80,20%.



El criterio de valoración, que explícitamente orienta a los patrones a evaluar y al número mínimo, lleva consigo un nivel de exigencia que se traduce en un cumplimiento del 61,6%.

El criterio más bajo corresponde al de la etiqueta diagnóstica con la relación causal, estos dos elementos deben de estar presentes para dar por válido el criterio, siendo por ello el cumplimiento del 41,1%.

Llama la atención el grado de cumplimiento del seguimiento de los planes de cuidados encontrándose este criterio en el 70% de las historias evaluadas.

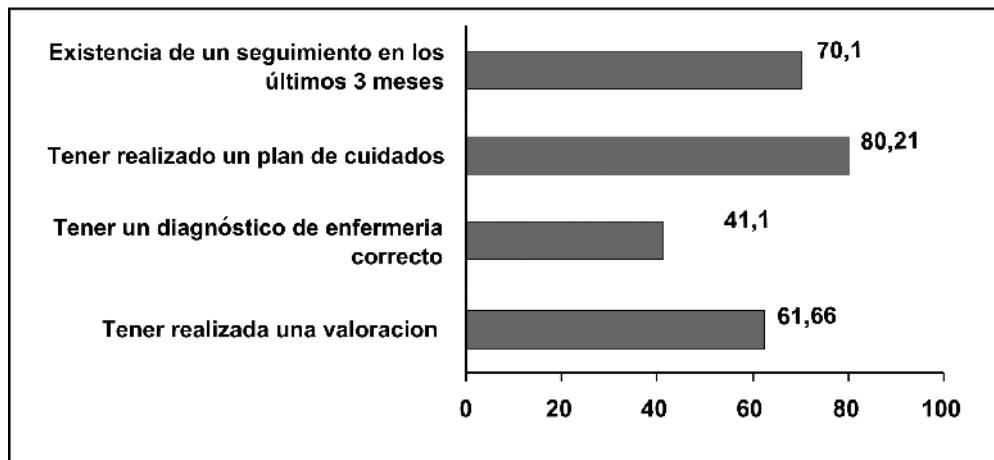
Podemos concluir que los pacientes tienen una enfermera que trabaja con método científico apoyándoles en su capacidad de autocuidado, y que a pesar de que los criterios de evaluación fueron muy estrictos, el seguimiento del plan de cuidados en aquellos pacientes que tenían identificado un diagnóstico enfermero era alto.

El grupo priorizó en el año 1999 seis etiquetas diagnósticas a partir de los cuales se diseñaron y estandarizaron. En la evaluación actual aparecen cinco

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

de las seis como diagnósticos más frecuentes, el sexto es el de cansancio en el desempeño del rol del cuidador, diagnóstico y plan que se registra en las historias de los cuidadores, por lo que no ha podido ser evaluado.

Calidad del Plan de Cuidados



Código	Diagnóstico de la enfermería más habituales
00046	Deterioro de la integridad cutánea
00085	Deterioro de la movilidad física
00011	Estreñimiento
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00155	Riesgo de caídas
00133	Dolor crónico
00044	Deterioro de la integridad tisular
00088	Deterioro de la deambulación
00095	Deterioro del patrón de sueño
00103	Deterioro de la deglución
00108	Déficit de autoc. baño/higiene
00016	Deterioro de la eliminación urinaria
00011	Estreñimiento
00040	Riesgo de síndrome de desuso
00074	Afrontamiento familiar comprometido