

5. COMUNICACIONES

5.1. Participación comunitaria intergeneracional entre niños y personas mayores con profesionales de la enseñanza y la sanidad.

Monleón Just, M. Fernández Navarro, Fco. Manuel. Nieto García, E.

Escalera Abad, C. Carro de Blas, B.

Lozano Ruiz, A.

EAP Delicias. Área 11. AP. SERMAS

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Introducción

En todos los países desarrollados la presión demográfica de la población envejecida y de otros grupos de riesgo sociosanitario se han incrementado de manera muy significativa⁵.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios biológicos en los sistemas del organismo, disminuyendo su capacidad de adaptación. Aumenta la susceptibilidad ante problemas de salud² y déficit de autocuidados⁴, y comporta cambios en el papel social que desarrolla la persona. Cambio influenciado por: el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación, enviudamiento, fallecimientos de los amigos....etc. Cambios en la vida del mayor que puede acarrear un aumento del aislamiento social, y por tanto de sentimiento de soledad tanto objetiva como subjetiva.¹⁰

El sentimiento de soledad surge de la tendencia del ser humano de compartir su existencia con los otros, pero a medida que aumenta la población, aumenta el número de personas que viven solas.¹⁰

Según datos del IMSERSO, el 14% de las personas mayores que residen en su domicilio viven solas, y la mayoría de éstas no lo han elegido, ha sido algo que ha venido impuesto por los avatares de la vida.

Se trata de un sentimiento doloroso y temido por los mayores, que se ve incrementado con la edad.^{10, 11}

Este aumento de personas mayores que se sienten solas, representa un desafío para la sociedad y los poderes públicos, y requiere de la colaboración de diferentes profesionales, de un equipo multidisciplinar para dar solución a las necesidades biopsicosociales que presentan los mayores y su entorno, y un esfuerzo, en la prevención de dicha soledad.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

El Equipo de Atención Primaria de Delicias (Área11.AP.SERMAS) optó por la metodología de la Participación Comunitaria como ayuda para crear el entorno favorecedor de salud y bienestar, de mayor compañía, para dar respuesta a este tipo la necesidad expresada por los mayores.

Objetivos

- Que los niños/as seleccionen una actividad para realizar con su abuela/o, o persona mayor del entorno del niño/a.
- Que los niños/as realicen una actividad con su abuela/o, o persona mayor del entorno del niño/a.
- Que comenten la actividad realizada con su profesor/a y compañeros/as de clase.

Metodología

Conociendo la importancia de la educación para cambiar hábitos y conductas, las enfermeras y médicos del EAP Delicias realizaron un trabajo de colaboración con profesionales de la enseñanza de su zona básica, para conseguir los objetivos expuestos.

Durante el mes de mayo de 2005, se contactó con las profesoras del nivel educativo de infantil del CEIP Menéndez Pelayo - Madrid, y se organizaron 3 sesiones con los niños/as de 5 años, para hablar de sus abuelos y de la necesidad de compañía de las personas de más edad.

Debido al aumento de alumnos/as de origen extranjero en este nivel, que dificultaba la actividad de relación entre ellos y sus abuelos, por residir éstos últimos fuera de España, incluimos a las personas mayores cercanas al entorno familiar del niño/a.

En la primera sesión cada niño expresó sus sentimientos hacia su abuelo/a y personas mayores en general. Esta actividad se realizó únicamente con los compañeros y la profesora. Al finalizar, la docente indicó a los niños/as que eligieran una actividad para realizar con su abuelo/a ese fin de semana.

Se entregó una nota dirigida a los padres para que conocieran el objetivo de esta Participación Comunitaria, y de esta forma, no interfirieran en la decisión de su hijo/a.

5. COMUNICACIONES

Después del fin de semana indicado, se realizó la segunda y tercera sesión, donde se dibujó y comentó con el resto de la clase, la actividad realizada. La profesora escribió brevemente, sobre el dibujo finalizado, el relato del niño/a sobre la acción con su abuelo/a.

A cada alumno/a de infantil se le entregó una nota informativa, indicando que los dibujos iban a ser expuestos en nuestro Centro de Salud. Se invitó a abuelos y padres a visitar la exposición "Mi abuelo y yo" junto con el niño/a.

Una vez expuestos los dibujos, una enfermera y un médico del Equipo, acudieron a ver a los niños para entregarles un obsequio para premiar todos los dibujos realizados.

Resultados

Se realizaron 75 dibujos, cada uno reflejaba la actividad realizada ese fin de semana. La más plasmada fue la de pasear con la persona mayor por el parque, con una representación del 26,56%, seguida de jugar (23,43%).

Dentro de la actividad de jugar: el 33,3% no especificaba el tipo de juego, el 20% quiso jugar a reinas y princesas, el 13,33% al parchís, como jugar a fútbol que obtuvo el mismo porcentaje. Otros juegos como marcianos, canguros, etc., tuvieron una representación de un 1,56% cada uno.

El 10,93% fueron a visitarle a su casa (añadían frases como: "porque le quiero mucho", "me gusta estar con él", etc.)

Otro 10,93% reflejaron una actividad de ayuda en las actividades de la vida diaria, como: ayudarle a hacer la compra, peinarle, recoger la ropa, etc. Incluso ayudarle en el huerto a recoger zanahorias.

Un grupo de niños dibujaron a toda la familia añadiendo al dibujo "estamos todos juntos" sin otra acción más.

Identificado como hacer deporte, encontramos un 3,12% de los dibujos, donde la práctica general fue: la gimnasia, el tenis y la natación.

Con poca representación, sólo un dibujo por actividad, reflejaron: Leer un cuento, ver mariposas y ver helicópteros.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

El 4,68% de los niños no pudo realizar la actividad prevista con la persona mayor, y dibujaron a cambio la actividad realizada con sus padres y hermanos, en el fin de semana previsto.

En otro 4,68% de los dibujos no fueron capaces de dibujar una actividad con una persona mayor, solo dibujaron al abuelo o abuela, sin ellos. Los motivos fueron los siguientes: estar fuera de España sus abuelos, y no tener a un mayor en el entorno familiar; estar trabajando todo el día su abuelo/a; y haber fallecido (lo dibujaron en el cielo, entre estrellas y nubes).

Todos los dibujos entregados por las profesoras fueron expuestos en el Centro de Salud, donde fueron invitados niños, abuelos y padres, a visitar y disfrutar de la exposición. Pudimos comprobar que los niños asistían con abuelos y padres. El resto de los usuarios de nuestro Centro también disfrutaron de los dibujos.

Discusión

Las actividades más representadas han sido las de pasear y jugar. El juego es vital en muchos aspectos del desarrollo social, emocional e intelectual de los niños y en el aprendizaje académico. Es uno de los vehículos más poderosos que tienen los niños para probar y aprender bien nuevas habilidades, conceptos y experiencias⁸. Mientras juegan, resuelven problemas de índole social, emocional e intelectual. Es de vital importancia para que el niño/a organice sus conocimientos sobre el mundo y sobre los otros. Tomando conciencia de la situación social del mayor, y asimilar la realidad.

Las investigaciones (Wallon, Zaporozet y Lisina, Spitz, Montagner...) muestran que las primeras necesidades que siente el niño/a son ya de origen social. Por tanto, reviste suma importancia la intervención del adulto en cualquiera de esas actividades y también, por supuesto, en el juego.

Asimismo, es preciso poner de relieve el papel que el adulto tiene en cuanto a la valoración del acto comunicativo con el niño/a (García Núñez y Fernández Vidal, 1994) que actúa sobre los deseos de relación con el niño/a, incentivando o inhibiendo la interacción. Con todo esto, podemos decir que una premisa importante consiste en que los adultos o personas mayores sepamos jugar y potenciemos el juego cuando estamos con los más pequeños. Para ello, es preciso saber situarse respecto al juego del niño o la niña.⁹

5. COMUNICACIONES

El desarrollo positivo de la interacción va a depender de la situación del adulto, de su lucidez y de su capacidad para escuchar al niño/a⁹.

Pensamos que para aproximar a niños y personas mayores, debemos fomentar entre ambos el juego. Actividades de relación que sean un placer para ambos.

Para que un juego colectivo sea educativamente útil y que al mayor le sirva como elemento para la observación sobre cómo va siendo el crecimiento del pequeño, Kamii y De Vries dan estas pautas:

- Proponer algo interesante y estimulante para que los niños/as piensen en cómo hacerlo.
- Posibilitar que los propios niños/as evalúen su éxito. Es preciso desplazar el punto de vista desde el adulto al de los niños/as.
- Permitir que todos los jugadores participen activamente durante todo el juego. Se entiende por participación activa la actividad mental y un sentimiento de compromiso desde el punto de vista del niño.

Conclusiones

Se consiguió cumplir los objetivos de elegir y realizar una actividad con una persona mayor; así como dedicar un espacio de tiempo a comentarla en clase.

En la relación intergeneracional entre niños/as y personas mayores se debe potenciar el juego.

Obtuvimos el compromiso de las profesoras y de los profesionales sanitarios (enfermeras y médicos de familia) de seguir colaborando juntos para fomentar la relación entre niños y mayores.

Referencias

- Bazo MT. La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. Rev.Esp.Geriatria y Gerontología, 1991(26), p.51
- Benitez MA. Atención de salud en el paciente anciano. Atención Primaria. Ed. Harcourt. Madrid, 2000. pág. 1595-1621.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Buil P, Díez J. Anciano y familia. Una relación en evolución. Anales del Sist. Sanit. Navarra, vol.22, supl. 1, en-abr 1999
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple3.htm1>
- Cavanagh SJ. Modelo de Orem. Aplicación práctica. ED.Masson -Salvat enferm. Barcelona 1993
- Díez J, Fdez-Ballesteros R. El envejecimiento de la población española Libro Blanco sobre la EA y Trastornos afines. Vol.I. Obra Social Caja Madrid, 2001.
- Fernández Ballesteros R. Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: SG, 1992.
- IMSERSO. Observatorio de Mayores. Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento, Abril 2002.
- Levin D. ¿Cómo Reinventar el Juego Infantil? Tiempos cambiantes, necesidades cambiantes y respuestas cambiantes. Our Children, Nacional PTA 2004 Vol. 25, No. 3, pp. 8-11
- Lázaro A. Radiografía del juego en el marco escolar. Psicomotricidad. Rev.Estudios y Experiencias. Nº 51, 1995. vol3, 7-22
- Madrigal A. La soledad de las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento nº 3. Observatorio de personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dic 2000.
- Monleón M. Ponencia "Necesidad Principal Sentida de las Personas Mayores Dependientes de la Comunidad de Madrid". I Certamen de investigación enfermera Inés Novellón de FUDEN. Madrid, 2005.
- Padrón municipal 2006. Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INEbase.
<http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>

5. COMUNICACIONES

5.2. Los mayores También cuentan recuperando la memoria

Madrid J, Montejo P, Reyes P, Claver D, Romo T, Reinoso A.

Asociación Girasol Madrid

I. Descripción del proyecto.

1. Breve resumen del proyecto.

Es un programa innovador en el que hacemos confluir los aspectos clínicos y de salud del entrenamiento en memoria, relajación y técnicas del movimiento con las actividades lúdicas y de participación social de los mayores.

Con este programa pretendemos preparar a las personas mayores que estén interesadas para que se constituyan en grupos activos de voluntarios como contadores de historias usando técnicas de entrenamiento en memoria y en contar cuentos.

El elemento central es usar las historias transmitidas por la tradición oral o escritas por los mayores, para que se las cuenten a los niños, a los jóvenes e incluso a sus iguales.

Buscamos el encuentro intergeneracional e intercultural para contribuir al fortalecimiento del entramado social que actúe como protector de problemas sociales de la importancia de la soledad o la falta de proyecto vital, en el caso de los mayores y de los problemas familiares y de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, en el de los jóvenes.

¿Cómo vamos a hacer esto?

- Recuperando la memoria de los cuentos e historias populares tanto de España como de otros países.
- Impulsando la generación de una red nacional de grupos de voluntariado de personas mayores que desarrollen de una manera autónoma la actividad de contar historias en muy diferentes contextos.
- Facilitando Los espacios y encuentros con otras generaciones: niños y jóvenes especialmente.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Formando educadores de mayores en diferentes áreas que consideramos necesarias para apoyar a los mayores a conseguir un envejecimiento activo y saludable.
- Investigando el resultado de las actividades del proyecto en la mejora de la calidad de vida de los mayores y del estado de su memoria.

La duración inicial del proyecto es de tres años para conseguir evaluar y mejorar el programa y sus actividades. Además de experimentar todas sus potencialidades. Comenzamos en Octubre del 2002.

2. Descripción y características del colectivo al que va dirigido el proyecto

- Mayores de 55 años jubilados o prejubilados que reúnan las mínimas condiciones biopsicosociales para participar en las actividades previstas.
- Profesionales de las instituciones o de las organizaciones sociales que trabajan con personas mayores.
- De forma secundaria nos dirigimos a todas las personas que van a recibir la acción final del programa que es contar historias, en especial a los niños y jóvenes.

El ámbito de actuación del programa es nacional. En la comunidad de Madrid la intervención será directamente realizada por nosotros y en otras comunidades o ayuntamientos, se hará a través de los formadores a los que previamente hayamos formado en el programa, contando con nuestra supervisión y apoyo.

Hemos contemplado la formación de formadores como un medio para llegar en cascada a otras Comunidades Autónomas y a otros municipios, tanto del área urbana como rural. De esta manera tratamos de llegar a un mayor número de personas mayores, y conseguir que las acciones desarrolladas en el programa perduren en el tiempo a través de su trabajo diario.

Las personas al llegar a una edad de jubilación, independientemente de su condición social y cultural, se empiezan a considerar por el resto, en muchos casos por ellos/as mismas como improductivas, faltos de interés, perdiendo con ello su autoestima.

5. COMUNICACIONES

Descripción de la participación de los usuarios del programa, en el origen y desarrollo del mismo

Hemos partido de la necesidad, tanto de las personas mayores como de la sociedad, del incremento de su participación social. Un objetivo prioritario ha sido alcanzar la mejora de la autopercepción en el proceso de envejecimiento y de la imagen percibida por los niños, jóvenes y el entorno social sobre los mayores.

Este objetivo se ha implementado facilitando los medios para que transmitan a sus iguales y las generaciones más jóvenes su experiencia, su memoria biográfica y para que participen activamente en el desarrollo de la vida cultural de la sociedad de la que formamos parte todos y todas.

La implicación y participación de las personas mayores en el desarrollo del proyecto ha sido alta e intensa. En todo momento son ellos los que deciden qué, cuánto y cómo van a hacer.

Esta relación con el entorno se ha ido traduciendo entre otros en:

- La creación de tres grupos activos y autónomos de contadores de historias.
- La participación de los mayores en las actividades programadas de la red de bibliotecas de la Comunidad de Madrid.
- La preparación de una publicación de los cuentos creados por los mayores.
- La creación de una exposición fotográfica sobre los mayores del programa que se hará itinerante.
- El inicio de la red de mayores en diferentes lugares. En concreto Cádiz y Barcelona.
- La generación de nuevos materiales de carácter didáctico para facilitar la formación de formadores, para la reproducción del programa.
- La iniciación en la participación en medios de comunicación, prensa, radio, etc.
- El proyecto de creación de una página web del programa que facilite la intercomunicación entre los diferentes grupos de personas mayores, los profesionales y los destinatarios de las historias, contribuyendo al uso de las nuevas tecnologías por las personas mayores.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

3. Integración del proyecto en planes de actuación de las administraciones públicas

El programa se coordina con varias administraciones públicas apoyando sus políticas de actuación.

- Con el IMSERSO, como organismo oficial estatal de referencia en los Servicios Sociales, el cual se propone impulsar instrumentos de desarrollo y transformación que implementen la calidad de los servicios, promuevan la investigación, potencien nuevas líneas de intervención social y mejoren la participación e integración de los colectivos de personas mayores y personas en situación de migración y/o refugio y, en definitiva la cohesión social.
- Con la red de bibliotecas públicas de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid. Con el objetivo de impulsar la participación de los mayores en sus actividades.
- Con la Dirección General del Mayor de la Comunidad de Madrid, incorporando a los "Mayores También cuentan" en un recurso lúdico para sus residencias, e incorporando al programa en su plan de formación del voluntariado.
- Con los Servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, a través del servicio de Familia e Infancia, contando con los mayores en los espacios de la red de Ludotecas de las Juntas Municipales.
- Con otras administraciones facilitándoles formación y participación en este programa.

II. Plan de evaluación y logros obtenidos

El plan de evaluación se basa en el logro de los objetivos planteados, en el desarrollo de las actividades propuestas y la ejecución del cronograma, en el grado de satisfacción de los mayores participantes en el programa y en la adecuación del presupuesto.

En este apartado vamos a reflejar los logros más relevantes que ha conseguido el programa.

5. COMUNICACIONES

II.1. Evaluación de los cambios en la memoria

En el primer año de actividad, 34 personas han realizado la evaluación "pre", 24 realizaron las actividades de formación y entrenamiento, y 17 han contado cuentos en distintos ámbitos. Han realizado la evaluación "post", tras cerca de un año del desarrollo del proyecto, 26 personas.

La edad media es de 67,62 años, 11,8% varones y 88,2% mujeres, con predominio de solteros y viudos. El 32,4% tiene Estudios Primarios. El nivel de actividad intelectual y social es elevado.

Resultados de la evaluación cognitiva y de memoria. Evaluación "pre"

- La media del MEC es de 33,18 sobre 35. Buen rendimiento cognitivo global.
- El estado de ánimo evaluado con la GDS es bueno, de 5,04 puntos sobre 30.
- La puntuación media de memoria con el RBMT global es de 9,35 sobre 12 que corresponde a "memoria débil".
- En aprendizaje de "Pares Asociados" obtienen 16,71 sobre 24, siendo aceptable.
- Las quejas de memoria medidas por el MFE son de 13,44 sobre 28, resultados similares a la media de la población general.
- En el Perfil de Salud se obtiene una media de 6,52 sobre 45 mostrando un nivel de percepción de salud por encima de la media poblacional.

Diferencias entre las puntuaciones Pre-Post actividad

Tras la formación y más de seis meses de realizar cuentacuentos, se mejora en memoria, el RBMT pasa a 10,41 que se corresponde con "memoria normal". Las quejas de memoria con el MFE mejoran, pasando a 9,18. El estado de ánimo mejora, bajando a 2,6 puntos. Y el Perfil de Salud baja a 3,65, mostrando mejoría en la calidad de vida.

Diferencias entre los grupos formados en relación a la actividad de cuentacuentos

Se observan diferencias comparando los resultados entre el grupo de usuarios que se ha formado en entrenamiento de memoria y en cuentacuentos sin poner en práctica la actividad y el grupo que ha preparado cuentos y los ha contado en diversos.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

II.2. Evaluación de los grupos de cuentacuentos

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2002 se realizaron dos cursos de entrenamiento básico en memoria y en contar cuentos. A estos cursos acudieron 35 personas con una edad media de 69 años. El nivel de participación fue muy alto y respecto al grado de satisfacción del curso el 92% lo valoraba 4 o más sobre una puntuación máxima de 5.

De estos cursos se formaron tres grupos de voluntariado de contadores de historias, a partir de un criterio de cercanía geográfica, dando origen así a los grupos: Norte, Sur y Centro en Madrid.

Cada uno de estos grupos de intervención tiene un responsable o monitor que realiza el seguimiento y supervisión tanto del grupo como de sus actividades.

Con una frecuencia semanal nos reunimos y preparamos las sesiones públicas de "cuenta-cuentos":

- Seleccionamos las historias que van a ser contadas.
- Mejoramos la formación, técnicas y entrenamiento de los contadores.
- Ejercicios de dinámica de grupo: mejora de su funcionamiento como grupo en las sesiones y como grupo de trabajo.
- Analizamos las sesiones realizadas.
- Valoración de los recursos sociales y educativos en los que se ha intervenido.
- Rescatar habilidades personales y artísticas de cada uno de ellos para ponerlas al servicio de la actividad (música, pintura, canto, escritura etc..)

Estas sesiones tienen una duración de tres a cuatro horas, dependiendo de la necesidad que el momento requiera.

Una vez al mes, se realiza una sesión donde los tres grupos (norte, sur y centro) se reúnen con el objetivo de seguir la formación (en temas específicos que se adaptan a las necesidades del grupo) y mantener la interrelación entre ellos.

5. COMUNICACIONES

Cada grupo tiene autonomía y decide los lugares, frecuencia y tipos de actuación. Eso no quita para que se llamen y pidan ayuda a otras contadoras de otros grupos para diferentes actuaciones.

Sus actividades como cuenta-cuentos han sido desarrolladas fundamentalmente en bibliotecas. Otros lugares ha sido centros culturales, colegios, radio, centros de la 3ª edad, en la calle, etc.

El resultado ha sido

- 62 actuaciones, a las que han asistido
- 1240 niños
- 342 madres y padres
- 492 adultos

A medida que el tiempo ha ido transcurriendo ellas se han ido sintiendo cada vez con más confianza, la autoestima reforzada y comentarios como: "he perdido la timidez de hablar en público" "soy mucho más creativa" "Quien me iba a decir a mi que a mi edad iba a escribir cuentos y a contarlos en la radio" "soy más feliz" "he conocido a gente extraordinaria" "soy capaz de recordar muchos cuentos" etc.

Ellas mismas gestionan sus contadas y poco a poco van cobrando cada vez más independencia con respecto al monitor. Nos seguimos reuniendo pero con una frecuencia quincenal.

En mayo de 2003 hemos formado otro grupo de 18 mayores que se incorporarán a los tres grupos que hay formados. Simultáneamente en un centro de mayores de Barbate (Cádiz) estamos formando otro grupo.

La ilusión, la reinserción en la sociedad de una forma activa, la interacción con los más jóvenes e iguales y el continuo aprendizaje hacen que ellos se sientan más vivos, mejorando su calidad de vida y de los que tienen a su alrededor, porque los mayores, os lo puedo asegurar, tienen mucho que transmitir y que contarnos.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

III. Entidades organizadoras y colaboradoras

Coorganizan:

- FUNDACIÓN GIRASOL, Benéfico Asistencial.
- IMSERSO

Colaboran:

- RED DE BIBLOTecas DE LA COMUNIDAD DE MADRID
- RED DE BIBLOTecas DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID
- CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES.
- CONCEJALIA DE SERVICIOS SOCIALES. Ayto. de Madrid

Avalan:

- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (IMSERSO)
- IMSERSO: FORMACIÓN ESPECIALIZADA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
- PROGRAMA UMAM DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

5. COMUNICACIONES

5.3. Perfil de mayores incluidos en el programa Vive y Convive ¿Vivencia o Convivencia?

Tena-Dávila Mata, M.C. González Molina, M. Romero Chaparro, R. Serrano Garijo, P. Pereiro Gómez, M. Martín Tejedor, F.

Dirección General Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

Los programas intergeneracionales constituyen un proyecto para ser compartido por las autoridades locales y la sociedad civil que responde a la actual necesidad de desarrollar políticas activas integrales, de marcado carácter social, para el desarrollo personal y colectivo.

En este marco se desarrolla el Programa intergeneracional “Vive y Convive”, que es un programa de ayuda mutua y de convivencia entre generaciones.

Consiste en el alojamiento alternativo de jóvenes estudiantes en el domicilio de personas mayores con un estado psicofísico que les permita tener suficiente autonomía, que vivan solos, presenten problemas de soledad y desean compartir su vivienda.

La necesidad de estos programas radica en el mayor envejecimiento de nuestra población y de un sobreenviejamiento femenino, de cada 3 personas mayores de 80 años 2 son mujeres. Además, en el municipio de Madrid, a 2006 existe una población mayor del 18,7%, y de estos el 22 % viven solos, lo que supone un grupo teórico de aceptación del programa de 270.000 personas mayores.

Objetivo

Las variables que involucran la perspectiva subjetiva de calidad de vida en los mayores, se entienden en base a tres aspectos: la autonomía que está definida como capacidad funcional, que se refiere a si puede o no realizar actividades básicas e instrumentales el adulto mayor, el soporte socio familiar que se refiere a las estrategias y recursos (ayudas, colaboraciones, recursos) que permiten relacionar a los adultos mayores con los demás y su entorno, y por último aquellos aspectos que involucra el grado de armonía psicoemocional.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Con estas premisas queremos conocer el perfil de calidad de vida de aquellos mayores del municipio de Madrid que hacen efectiva la demanda de convivencia, durante el periodo estudiantil 2005-2006, respecto a estos los tres aspectos mencionados de calidad de vida.

Metodología

Entrevista en el domicilio del Mayor por parte de una trabajadora social de la DGM en la que se recogen datos en un cuestionario estructurado, donde están incluidas las escalas validas: Independencia en las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (Lawton); Situación Socio Familiar (E.Gijón) y Calidad de Vida Auto percibida (E. Filadelfia).

Se dan los resultados con medidas de centralización y tantos por ciento.

Resultados

Sobre un número de 166 personas >65 años que han solicitado el Programa, el número de demandas en las que se establece convivencia es de 23 (7,2% de las solicitudes). La edad media es de 78,8 años y la distribución por sexo es de 80% mujeres y 20% hombres.

Respecto a las capacidades funcionales, existe un 43% de personas independientes y un 56% dependientes ligeros y moderados.

La escala socio familiar de Gijón revela que el 100% tiene "normalidad socio-familiar." Viven solos el 76%. La casa cumple con los requisitos de equipamientos adecuados en el 100% de los casos. Salen de casa y mantiene relaciones sociales el 100%, manifiestan tener apoyos de la red social formales e informales en el 100% de las personas estudiadas.

Respecto a la escala de Filadelfia, los aspectos de actitud positiva ante el envejecimiento tiene una puntuación media del 56%, siendo relevante que el 100% de las personas del programa están satisfechas con su vida. Ante la insatisfacción con la soledad que detecta esta escala solo el 32% lo refieren. En el plano de la empatía, presentan un marcado carácter asertivo, con un dintel de inquietud y ansiedad muy bajo solo presente en el 20% de las personas que conviven.

5. COMUNICACIONES

Resultados: Escala AVDI (LAWTON)

GRADOS	VALOR	%
Dep. Total	0-1	0%
Dep. Severo	2-3	0%
Dep. Moderado	4-5	17%
Dep. Ligero	6-7	39%
Independiente	8	43%

Resultados: Escala de Filadelfia (LAWTON 1972)

Actitud positiva hacia el propio envejecimiento	SI	NO
¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?		48%
¿Tiene Vd. tanta energía como el año pasado?	48%	
¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?		69%
¿Según se va haciendo mayor las cosas son peor...?	94,6%	
¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?		82%
¿Ahora es Vd. tan feliz cómo cuando era más joven?		78,3%
¿Tiene muchas razones por las que estar triste?		60,8%
¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?		78,2%
¿Está satisfecho ahora con su vida?	100%	

Insatisfacción con la soledad	SI	NO
¿Se siente usted sólo?		69,5%
¿Ve bastante a sus amigos y parientes?	100%	

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Ansiedad o inquietud emocional	SI	NO
¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?		87%
¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?		74%
¿Tiene miedo de muchas cosas?		87%
¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?		87%
¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?		65%
¿Se viene abajo, altera o disgusta fácilmente?		87%

Resumen

El perfil corresponde a una mujer mayor, autónoma o con dependencia ligera a moderada en actividades de la vida diaria instrumentales.

Mantiene buenas relaciones sociales o / y familiares. Tiene los recursos necesarios que le apoyan y una vivienda con equipamientos adecuados.

Esta satisfecha con su vida. A nivel emocional mantiene un buen nivel de comunicación y actitud positiva ante el envejecimiento.

Es la soledad el sentimiento que aparece mas marcado en el 30% de los casos.

5. COMUNICACIONES

5.4. ¿Morir abandonado o morir estando solo?

Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC, Romero Chaparro R, Collado Frias E, Frias Martín S, Martín Tejedor F.

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

Con el Objetivo general de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono, se diseñó un programa de detección e intervención con ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social, cuyos objetivos específicos son:

- Poner en marcha un sistema de detección, valoración y seguimiento de ancianos en alto riesgo de aislamiento y aislados socialmente.
- Diseñar un protocolo de actuación ante distintos niveles de necesidad.
- Crear un sistema de coordinación de recursos hasta conseguir un trabajo en red, con implicación de servicios sociales y sanitarios, así como de la familia, el voluntariado y otros agentes sociales.
- Establecer un sistema de registro que permita la observación continua del fenómeno a nivel poblacional.
- Sensibilizar a los profesionales y la población en general sobre la importancia del aislamiento social.
- Capacitar a los trabajadores municipales para el abordaje individual de situaciones de aislamiento social.
- Adquirir un mayor conocimiento sobre el aislamiento social y las circunstancias de los fallecimientos en soledad de las personas mayores.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Como parte de este programa, se lleva a cabo la investigación sistemática de los casos de cadáveres hallados por los servicios de emergencias en su domicilio, con el fin de conocer las circunstancias del fallecimiento y las características de la persona fallecida. Aunque el fallecimiento de una persona en su domicilio, mientras se encuentra sola, parece la consecuencia natural de vivir solo cuando la muerte es inesperada, no obstante, sobre todo si median los servicios de emergencia en el descubrimiento del cadáver, el hecho es interpretado como una muerte en soledad o abandono, en lugar de pensar que vivir solo es una opción que muchas personas eligen libremente y que se puede fallecer solo incluso viviendo acompañado.

Objetivo

Se pretende conocer en que medida los cadáveres descubiertos por los servicios de emergencias corresponden a personas activas, integradas socialmente, en las que no hay indicios de abandono o aislamiento.

Material y método

Como parte del programa expuesto, en este trabajo se analizan 36 casos, correspondientes al primer semestre de 2006, de cadáveres hallados por los servicios de emergencias. Se utiliza un cuestionario estructurado que sirve de guía para clasificar los casos en personas sin aislamiento, aisladas o en riesgo.

a. Cuestionario de fallecidos																	
1. Fecha de entrevista: / /																	
2. Persona que facilita la información:																	
Pareja(1) <input type="checkbox"/>	Hijo(2) <input type="checkbox"/> Otros familiares (3) <input type="checkbox"/> Vecinos (4) <input type="checkbox"/> Otros(5) <input type="checkbox"/>																
3. Datos de identificación:																	
Nombre y apellidos																	
Dirección																	
4. Datos de registro civil y de emergencia:																	
Fecha de emergencia con resultado de muerte: / /																	
Fecha de la emergencia sin resultado de muerte: / /																	
Fecha de muerte: / /																	
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>																	
Persona que dio aviso a los servicios de emergencias, que motivó la llamada																	
Pareja(1) <input type="checkbox"/>	Hijos(2) <input type="checkbox"/> Otros familiares(3) <input type="checkbox"/> Vecinos(4) <input type="checkbox"/> Otros(5) <input type="checkbox"/>																
5. Escala socio-familiar de Gijón:																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntos</th> <th>SITUACIÓN FAMILIAR O CONVIVENCIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Vive solo</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Vive con pareja de similar edad</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vive con otros familiares / amigos / cuidadores</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vive solo pero tenía hijos próximos</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vive solo, cerca de hijo o algún allegado</td> </tr> <tr> <td>(a)</td> <td>"Vive solo, tenía familia que no son hijos"</td> </tr> <tr> <td>(b)</td> <td>"Vive solo, cerca de familia"</td> </tr> </tbody> </table>		Puntos	SITUACIÓN FAMILIAR O CONVIVENCIAL	0	Vive solo	1	Vive con pareja de similar edad	2	Vive con otros familiares / amigos / cuidadores	3	Vive solo pero tenía hijos próximos	4	Vive solo, cerca de hijo o algún allegado	(a)	"Vive solo, tenía familia que no son hijos"	(b)	"Vive solo, cerca de familia"
Puntos	SITUACIÓN FAMILIAR O CONVIVENCIAL																
0	Vive solo																
1	Vive con pareja de similar edad																
2	Vive con otros familiares / amigos / cuidadores																
3	Vive solo pero tenía hijos próximos																
4	Vive solo, cerca de hijo o algún allegado																
(a)	"Vive solo, tenía familia que no son hijos"																
(b)	"Vive solo, cerca de familia"																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntos</th> <th>VIVIENDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Adecuada (luz, agua, calefacción, ascensor, teléfono, etc.)</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Barreras arquitectónicas</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No tenía casa, ausencia de vivienda / refugio</td> </tr> </tbody> </table>		Puntos	VIVIENDA	0	Adecuada (luz, agua, calefacción, ascensor, teléfono, etc.)	1	Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)	2	Barreras arquitectónicas	3	Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores)	4	No tenía casa, ausencia de vivienda / refugio				
Puntos	VIVIENDA																
0	Adecuada (luz, agua, calefacción, ascensor, teléfono, etc.)																
1	Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)																
2	Barreras arquitectónicas																
3	Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores)																
4	No tenía casa, ausencia de vivienda / refugio																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntos</th> <th>RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Solo se relacionaba con familia y vecinos, sale de casa</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Solo se relacionaba con familia, sale de casa</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>No salía de su domicilio, recibía familia o visitas (>3 veces)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No salía del domicilio y no recibía visitas (<3 veces)</td> </tr> </tbody> </table>		Puntos	RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	0	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1	Solo se relacionaba con familia y vecinos, sale de casa	2	Solo se relacionaba con familia, sale de casa	3	No salía de su domicilio, recibía familia o visitas (>3 veces)	4	No salía del domicilio y no recibía visitas (<3 veces)				
Puntos	RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES																
0	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio																
1	Solo se relacionaba con familia y vecinos, sale de casa																
2	Solo se relacionaba con familia, sale de casa																
3	No salía de su domicilio, recibía familia o visitas (>3 veces)																
4	No salía del domicilio y no recibía visitas (<3 veces)																

APOYOS DE LA RED SOCIAL	
Puntos	
0	No necesitaba ningún apoyo
1	Recibía apoyo de la familia y/o vecinos
2	Recibía ayuda a domicilio formal o voluntaria
3	Estaba pendiente de ingreso en residencia de ancianos
4	Recibía cuidados permanentemente que no eran dados
SITUACIÓN ECONÓMICA (ingresos/mes)	
Puntos	
0	Más de 700€ (116.470 Ptas)
1	Entre 200-700€ (40.500 - 116.470 Ptas)
2	Pobreza relativa: Entre 140 - 280€ (23.294 - 46.585 Ptas)
3	Pobreza severa: Menos de 140€ (23.294 Ptas)
4	No recibe pensión ni otros ingresos
(a)	"Era capaz de afrontar gastos"
(b)	"Tenía un dificultad a fin de mes/no"
6. Patrón conductual o de relación con el entorno:	
Condiciones de la vivienda	
Con basura (1) <input type="checkbox"/> Sucia y descuidada (2) <input type="checkbox"/> Aceptable (3) <input type="checkbox"/> Buena (4) <input type="checkbox"/>	
Auto-negligencia	
¿Tenía un aspecto descuidado o abandonado? Si (1) <input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/>	
Tipo de relación con el entorno	
Agresivo (0) <input type="checkbox"/> Indiferente (1) <input type="checkbox"/> Cordial (2) <input type="checkbox"/> De ayuda (3) <input type="checkbox"/>	
Trastorno de conducta o del comportamiento: Si (1) <input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/>	
Patrón del estado de salud:	
¿Estuvo ingresado en el hospital en los últimos meses Si (1) <input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/>	
¿Conoce si se había caído? Si (1) <input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/>	
¿Tenía con frecuencia problemas de salud que le impedían salir de su casa?	
Si (1) <input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/>	
¿Cómo diría que era su estado de salud?	
Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>	
¿Se encontraban nadie a quien acudir si precisaba ayuda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Otros datos de interés:	
8. Clasificación del caso:	
<input type="checkbox"/> Sin aislamiento <input type="checkbox"/> En situación de riesgo <input type="checkbox"/> En aislamiento <input type="checkbox"/> Sin datos	

5. COMUNICACIONES

Resultados

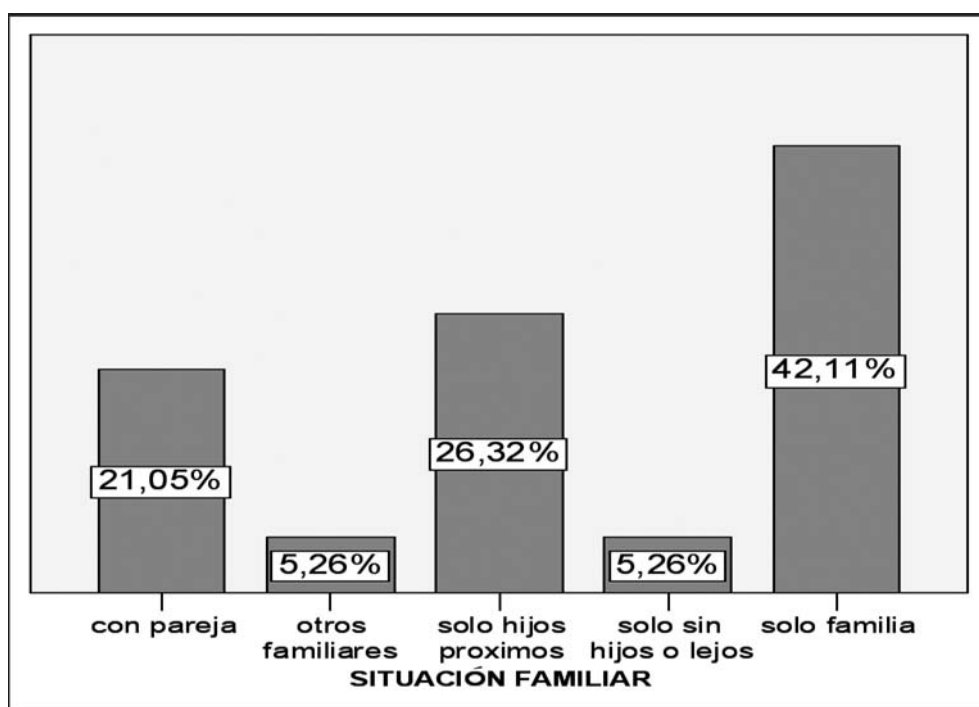
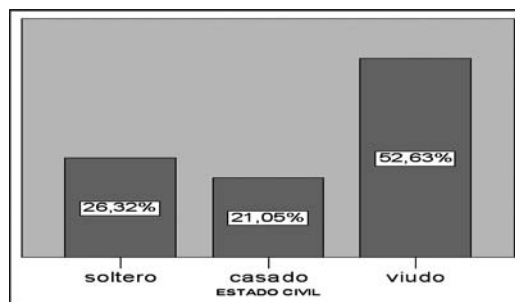
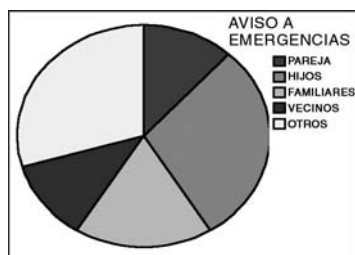
Con la metodología señalada, en 6 de los 36 casos fue imposible encontrar información suficiente, 4 podrían considerarse aislados, 7 estaban en riesgo y 19 integrados socialmente. El análisis de los casos se centra en estos últimos, que constituyen el 63% de los casos que han podido ser clasificados.

Con una edad media de casi 80 años, mayoritariamente salían a la calle de manera habitual, tenían familiares y el 26% vivían acompañados. Sus viviendas eran adecuadas y mantenían un relación aceptable con el entorno.

Su estado de salud era acorde a la edad y todos tenían a quien acudir en caso de necesidad.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



5. COMUNICACIONES

La mayoría de los cadáveres fueron descubiertos en las primeras 24 horas, siendo la media de 16,4 y la moda de 0.

Hubo cuatro personas cuyos cadáveres fueron descubiertos muy tarde (25, 30, 48 y 96 horas), a los que prestamos especial atención por si hubiese sospecha de aislamiento, pero las circunstancias recogidas abajo indican que el fallecimiento fue inesperado.

- 1 hombre (65 años) y 3 mujeres (75, 75 y 82), 1 soltero y 3 viudos
- 2 Vivían solos con hijos próximos y 2 solos con familiares próximos
- 2 vivían en una vivienda adecuada y 2 en un equipamiento inadecuado pero con condiciones aceptables o buenas
- Los 4 salían de su domicilio
- Todos tenía buen aspecto, sin trastornos del comportamiento y ninguno había estado en el hospital ni se había caído recientemente, su estado de salud era bueno
- Todos tenían a quien acudir en caso de necesidad

Comentarios

Sin restar importancia a estos acontecimientos, merece la pena reflexionar sobre el hecho de que mas del 60% de los cadáveres corresponden a personas integradas socialmente a las que el fallecimiento, posiblemente inesperado, ha sorprendido mientras se encontraban solas en sus casas, pero que no estaban en absoluto abandonadas. Por todo ello parece razonable recomendar que el hallazgo de un cadáver en un domicilio sea "etiquetado" y que comencemos a distinguir entre vivir o morir solo y morir o vivir abandonado.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.5. Perfil de los usuarios de los grupos de fisioterapia preventiva del Ayuntamiento de Madrid

Puente Andrés, P. Díaz Huelves, E. Galán Rey, M^a Á. Jiménez López, F. Martín Hernández, E. Martínez Simancas, A. M^a. Nistal Iglesias, H. Pinedo Crespo, C. Prados Sanz, P. Vera Avelino, I. Zancada González, J. de la Torre Vidal, J. Martín Tejedor, F.

Dep. de Centros de Día y Residenciales
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Dirección General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

El envejecimiento cada vez mayor de la población, junto con la alta incidencia de enfermedades crónicas conllevan a un deterioro progresivo y a la pérdida de autonomía. Los grupos de fisioterapia preventiva del Ayuntamiento de Madrid, nacen con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los mayores mediante actividades encaminadas a retrasar o detener la incapacidad. Están dirigidas por tanto a aquellos mayores que presentan o padecen alguna enfermedad que provoca declinar funcional.

Criterios de inclusión en los Grupos de Fisioterapia preventiva

- Ser mayor de 60 años.
- No padecer enfermedad infecto contagiosa.
- Estar afectado de deterioro físico que haga aconsejable la atención fisioterapéutica.

Criterios de exclusión

- Presentar alguna enfermedad física que impida la realización de ejercicio grupal o que precise un tratamiento individual y específico.
- Presentar alguna enfermedad mental que impida la colaboración y el trabajo en grupo.
- Ancianos sin ningún problema de salud que pueden beneficiarse de otros tipos de ejercicio físico, realizado en los centros de mayores, polideportivos etc.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Objetivos

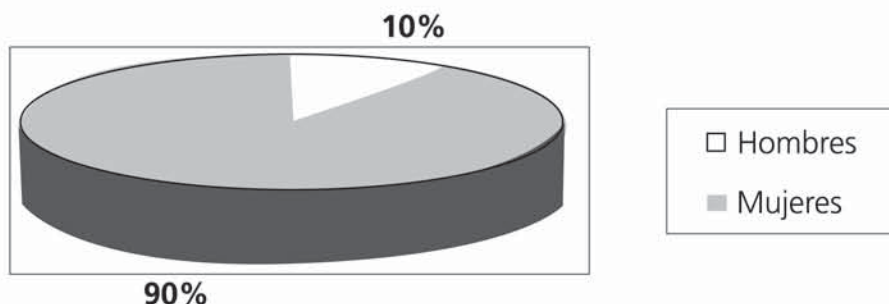
- Definir el perfil demográfico, edad media y distribución por sexos, de los usuarios de los Grupos de Fisioterapia Preventiva.
- Definir cuales son las enfermedades crónicas, con tendencia a la incapacidad, más prevalentes en los actuales usuarios.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo, de la totalidad de los Grupos de Fisioterapia Preventiva de cinco distritos de Madrid elegidos al azar, con un total de 233 usuarios valorados (100%). Se recogen los datos de la historia o valoración de enfermería al alta en el servicio y de los informes del médico de Atención Primaria. Se estudian los resultados mediante el análisis de medias y porcentajes.

Resultados

La media de edad es de 74 años con un 90% de mujeres.



No existen diferencias en cuanto al demográfico de los usuarios entre los distritos. Se han encontrado algunas diferencias en cuanto al diagnóstico de algunas patologías, siendo el más frecuente el de Poliartrosis y/o Osteoporosis, diagnóstico que varía de un 88 % a un 100% (media de 90 %).

Las enfermedades neurológicas, se presentan con una frecuencia que oscila de un 6 % a un 14 % (media de 10%). Dentro de las enfermedades cardiovasculares, destaca la elevada prevalencia de la HTA (hipertensión arterial) con una media de 57 %, los problemas vasculares periféricos en un 42%.

5. COMUNICACIONES

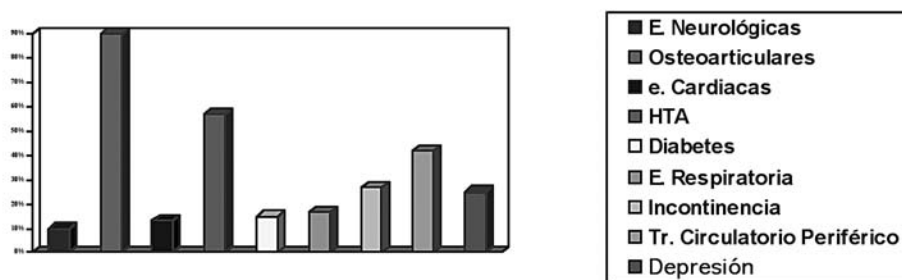


Gráfico con la prevalencia de los diagnósticos clínicos

Distrito	Centro	Usuarios	Edad Media	H%	M%	Enfer. Neu. %	Poliartrosis%	Cardiacas%	HTA %	Diabetes%	Respiratorias%	Incontinencia%	Tras. Circul. %	Depre. %
8	Peñagrande	9	75.2	11	89	11	89	0	11	0	33	55	77	67
	Fray L. León	31	73.8	3	97	7	90	19	61	13	7	38	42	16
10	Gallur	40	74.7	5	95	8	78	20	65	13	10	13	25	23
13	San Diego	75	72.0	7	93	13	88	11	65	19	17	28	35	13
20	Castillo U.	45	75.4	12	88	14	100	16	86	30	21	21	47	21
21	Teresa Cal.	33	73.1	24	76	9	94	12	55	15	12	9	24	9
	Medias	39	74.0	10	90	10	90	13	57	15	17	27	42	25

Distribución por distritos

Conclusiones

El perfil clínico de los usuarios de los grupos de fisioterapia preventiva se ajusta al criterio establecido por la Dirección General de Mayores.

Los problemas clínicos de los usuarios mantienen las cifras de incidencia y prevalencia que se estima para población general mayor de 65 años. Siendo la Poliartrosis y Osteoporosis la patología más frecuente en un 90 % de los casos.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.6. Distribución y tipología de los talleres de memoria en centros municipales de mayores en el año 2006

García MS, Ibarra R, de Tena-Dávila MC, Serrano P, Martín F, Torre J.

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

En un mayor sano el planteamiento es ofertarle programas globales de activación y mantenimiento con el objetivo general de que permanezca donde vive el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles. Esto justifica el entrenamiento, físico o / mental, con un planteamiento grupal socializador en los Centros de Mayores.

Objetivo

Conocer la situación y funcionamiento de los “talleres de memoria” realizados en Centros de Mayores Municipales.

Metodología

Recogida de datos estructurada, mediante entrevista programada presencial entre el responsable de las actividades de los Centros de Mayores y dos técnicos de la DGM a cada uno de los Centros Municipales.

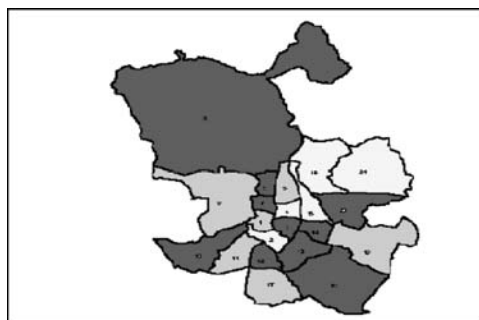
Resultados

Cobertura

La cobertura distrital es irregular:

- Distritos con taller de memoria en todos sus centros: 6 (28,6%).
- Distritos sin taller de memoria en todos sus centros: 10 (47,6%).
- Distritos con taller de memoria en algún centro: 5 (23,8%).

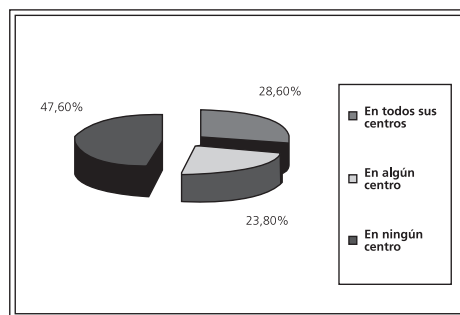
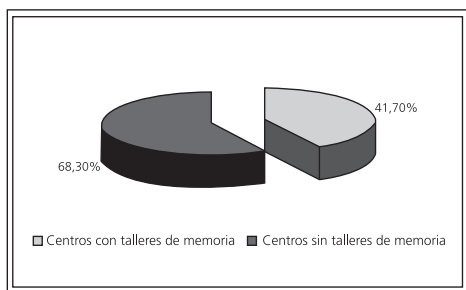
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



- Distritos sin taller de Memoria en los Centros de Mayores
- Distritos con algún taller de Memoria en los Centros de Mayores
- Distritos con taller de Memoria en los Centros de Mayores

Centros

- De los 79 centros, solo el 41% tiene esta actividad.
- 33 tienen taller de memoria, es decir, el 41,7%.
- 46 no tienen taller de memoria, es decir, el 58,3%.

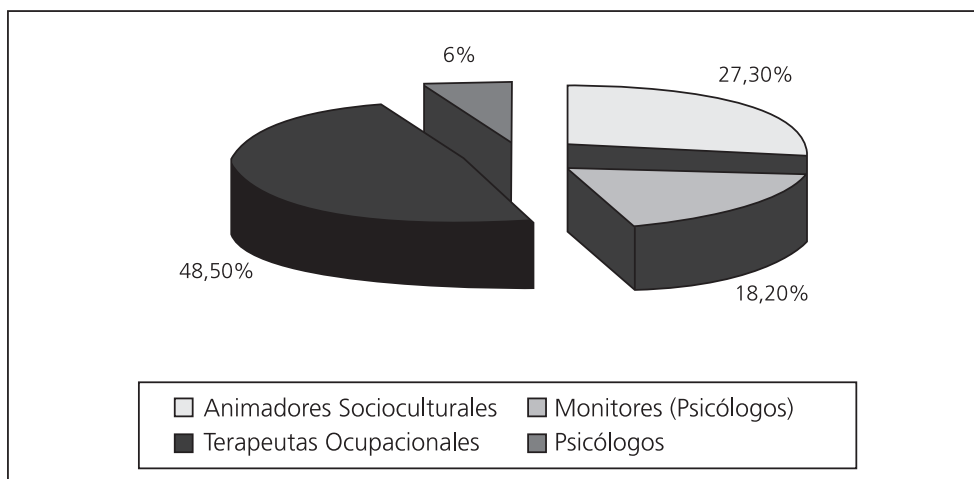


Hay 121 grupos por año y 1.694 mayores.

Profesionales que dirigen los talleres de memoria

- | | | |
|--------------------------------|------------|----------|
| - Animadores socio-culturales: | 9 centros | (27,30%) |
| - Monitores (psicólogos): | 6 centros | (18,20%) |
| - Terapeuta Ocupacional: | 16 centros | (48,50%) |
| - Psicólogos: | 2 centros | (6,00%) |

5. COMUNICACIONES



Los terapeutas ocupacionales atienden casi a la mitad de los centros con Taller de Memoria.

Programación

En todos los casos se ha programado una sesión por semana.

Duración de las sesiones

- La duración máxima de las sesiones es de 2 horas.
- Los talleres mas cortos son de 45 minutos.
- La duración media es de 1 hora y 11 minutos.

Duración de los 33 talleres de memoria que existen en la actualidad

- Hay 3 talleres con una duración de 7 semanas.
- Hay 2 talleres con una duración de 12 semanas.
- Hay 2 talleres con una duración de 15 semanas.
- El resto (78%) tiene una duración de todo el curso escolar.

La antigüedad media es 5,3 años.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Captación, filtrado, derivación y evaluación

Captación

En todos los talleres de memoria la captación se hace a partir de la demanda de los usuarios.

Filtrado

No se hace filtrado para incluir o no al usuario en un taller de memoria, pero sí se hacen pruebas de valoración en 19 de los 33 centros (57%) que tienen taller de memoria. Para ello, se utilizan diversos test, sobre todo: MEC, Barthel, GDS, Quejas de memoria. A partir de la valoración, se plantean en algunos talleres, diferencias de trabajo para adaptarlo mejor a las características del usuario, o para derivarle si es preciso.

Derivación

(si hay sospecha de deterioro cognitivo).

- En 2 centros a Terapeuta Ocupacional (6%).
- En otros 19 a diversos servicios de salud (57,5%).
- En 12 no hacen derivación (36,3%).

Hay lista de espera 16 de los 33 centros con Taller de Memoria (48,50%).

Consideraciones

Con lo expuesto, queda patente que tanto la metodología del recurso como su distribución son poco homogéneas y además solo alcanzan al 41% de los Centros de Mayores.

5. COMUNICACIONES

5.7 Programa de atención a los mayores de la Comunidad de Madrid orientado a la mejora de la utilización de los medicamentos

Hernández Pascual, J. Cruz Martos, E .

Larrubia Muñoz, O. Quintas Rodríguez, A. M^a.

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Comunidad de Madrid

Introducción

Aunque se conoce que los avances en farmacoterapia han contribuido de forma importante a prolongar la esperanza de vida, en ocasiones la polifarmacia, frecuente en población mayor con patología crónica, hace más probable que ocurran olvidos, confusiones, falta de adherencia terapéutica, o problemas relacionados con los medicamentos. Todos estos factores contribuyen a una disminución de la efectividad de los tratamientos, a un aumento de la morbilidad hospitalaria y a una disminución de la eficiencia del sistema sanitario.

Consciente de esta necesidad y oportunidad, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, se comprometió en el Debate sobre el Estado de la Región del año 2005 a llevar a cabo medidas encaminadas a la mejora de la atención farmacoterapéutica de los pacientes crónicos, que se ha reflejado en el Decreto 6/2006. Iniciativas de este tipo, ya vienen recogidas en el actual Concierto con Oficinas de Farmacia.

Previamente al inicio del Programa se realizó un análisis coste/beneficio que demostró que implantar una iniciativa de este tipo, supone un beneficio neto anual al menos de 1,5 millones de euros en el primer año, y mayores beneficios en años posteriores.

Ojetivos

El objetivo de este Programa es mejorar la salud y la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedicada, mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la adecuada colaboración entre los profesionales sanitarios y la entrega de sistemas de ayuda para la correcta utilización de los medicamentos.

La población diana del Programa la constituyen los mayores de 75 años residentes en la Comunidad de Madrid y que utilicen seis o más principios activos diferentes.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Metodología

Las herramientas básicas del Programa son:

- 1.- La revisión sistemática de los tratamientos.
- 2.- La revisión del uso de los medicamentos.
- 3.- La educación sanitaria.
- 4.- La entrega gratuita de diferentes elementos (etiquetas, pastilleros...) que facilitan el cumplimiento terapéutico.
- 5.- La formación específica de todos los profesionales que participan en el Programa.
- 6.- La coordinación entre profesionales.

HOJA DE MEDICACIÓN						
Fecha de emisión: 2/06/06 13:23		Página 1 de 1				
Sr/a D/Dª: PRUEBA PRUEBA PRUEBA NASS: 28037750744 CIP: PRPR260267914 F.Nac: 27/02/1926						
Centro de Salud de CONS. I CORRALJÓN DEL VILLASCO				Teléfono:		
Médico: DAVID SANCHEZ ZAPATA						
Nº Colegiado: 77777774						
FARMACOS Ordenado cronológicamente	Desayuno	Comida	Cena	Al acostarse	Fecha Inicial	Fecha Final
ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS - 28 COMprimido ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	0	0	0	2/06/06	14/06/06
No mezclar con zumos de frutas						
EZETROL 10MG 28 COMPRIMIDOS - 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	0	0	0	1/06/06	30/06/06
Tomar con líquido abundante						
OMEPRAZOL SURMOL 20MG 14 CAPSULAS LUBRAS E-G - 14 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	0	1	0	1/06/06	30/06/06
SANDIMUN NEOVAL 60MG 30 CAPSULAS 30 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 12 horas	1	0	1	0	1/06/06	1/06/06
TICLOPIDINA RANBAXY 250MG 50 COMPR REC PELUC 50 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 12 horas	1	0	1	0	1/06/06	30/06/06
Tomar 30 min antes de las comidas						
AMOXICILINA 1000 MG 12 SUBLING 12 SUBLING	1	1	1	0	15/06/06	18/06/06
ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - 30 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	1	0	0	17/06/06	15/06/06
Tomar 15 minutos antes de empezar a comer						

Fecha de próxima revisión: 01/1/2006
 ¡PIDA CITA UNA SEMANA ANTES DE ESTA FECHA!

Firma

5. COMUNICACIONES

1.- La revisión sistemática de los tratamientos

Comprende una reflexión profunda sobre la idoneidad de cada medicamento en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad, con el fin de seleccionar los fármacos más adecuados para cada paciente. Posteriormente a esta revisión, se le facilitará al paciente la "Hoja de medicación", documento en el que figura la relación de medicamentos que debe tomar el paciente, con las instrucciones que facilitan su correcto cumplimiento (ver figura).

2.- La revisión del uso de los medicamentos

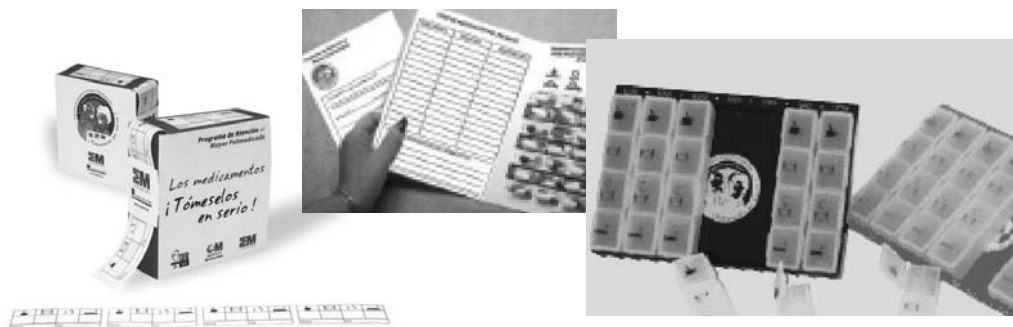
Una vez que el médico ha revisado el tratamiento del paciente, comienzan las actividades encaminadas a conseguir que él mismo lo lleve a cabo de forma adecuada. Los aspectos básicos sobre los que incidirán los profesionales sanitarios son conseguir el adecuado cumplimiento terapéutico, detectar problemas en el uso de los medicamentos y conseguir mejorar el conocimiento que el paciente tiene de su medicación.

3.- La educación sanitaria

Dirigida al paciente es uno de los pilares básicos para la adecuada utilización de medicamentos. Es una actividad longitudinal que realizan de forma coordinada los diferentes profesionales sanitarios y para la cual el Programa cuenta con diversos folletos educativos de apoyo.

4.- El Programa

Cuenta con la entrega gratuita de diferentes elementos (etiquetas, pastilleros...) que facilitan el cumplimiento terapéutico. A cada paciente se le hará una evaluación individualizada con el fin de seleccionar el sistema más apropiado: etiquetas para incorporar a la caja de los medicamentos, organizadores semanales de la medicación que preparan los pacientes o cuidadores o sistemas personalizados de dosificación de medicamentos que preparan en las oficinas de farmacia.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5.- La formación específica y homogénea de todos los profesionales

La formación específica y homogénea de todos los profesionales que participan en el Programa se considera básica para su éxito. Por ello la Consejería de Sanidad y Consumo ha establecido un programa formativo a través de la Agencia de Formación Laín Entralgo, mediante una estrategia, de formador de formadores, que garantiza que esta formación llegue a todos los profesionales que participan en su desarrollo.

6.- La coordinación entre profesionales

El Programa contempla la estandarización de las actividades y procedimientos del Programa, de forma que la comunicación entre profesionales se efectúa a través de unos documentos tipo.

Resultados

Se han consensuado todas las actuaciones del Programa, elaborándose un documento técnico de apoyo al mismo que está disponible en la página web de la Consejería. (<http://www.madrid.org>)

Formación

El programa de formación va dirigido a cerca de 10.000 profesionales. Su desarrollo se ha realizado preferentemente en el último trimestre de 2006 y primer trimestre de 2007.

Participación de las farmacias

Hasta el mes de enero de 2007 se han adherido 874 oficinas de farmacia al Programa. Este hecho, junto con la red de Centros de Salud de la Comunidad de Madrid, garantiza que se puede prestar el servicio de forma adecuada al total de los ciudadanos de la Comunidad.

Mapa de recursos

Se han elaborado mapas de recursos, con la finalidad de que el usuario pueda conocer en todo momento la situación de las farmacias adheridas al Programa y pueda seleccionar aquella en la que le van a realizar el seguimiento.

5. COMUNICACIONES

Evaluación y seguimiento del Programa

Se han diseñado no solo indicadores de actividad, sino indicadores de resultado y de satisfacción de los usuarios y profesionales implicados.

Soporte técnico al Programa

Se han destinado recursos humanos específicos al Programa, tanto farmacéuticos como apoyo administrativo, habilitándose una línea de teléfono y una dirección de correo electrónico en la cual todos los profesionales sanitarios pueden enviar sus consultas.

Difusión del Programa

La Consejería ha presentado el programa a las Sociedades Científicas más representativas del ámbito de atención primaria (médicos y enfermeras) así como a los distintos colegios profesionales. También se ha difundido el Programa en todos aquellos ámbitos relacionados con las personas mayores, así como en prensa, radio y televisión.

Conclusiones

En este momento podemos decir que disponemos de toda la infraestructura necesaria para poder prestar un servicio que mejore la utilización de los medicamentos en los mayores de 75 años que toman seis o más fármacos, que tiene como base la coordinación de todos los profesionales sanitarios que intervienen en su cuidado.

Referencias

- Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7):501-507.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004;28:113-120.
- Alan Nathan, Larry Goodyer, Anne Lovejoy, and Aly Rashid. 'Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. Fam. Pract. 1999; 16: 278-282.
- Medicines and Older People. Implementing medicines-related aspects of the NSF older people. Department of Health, National Service Framework. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/72/47/04067247.pdf>

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.8. Programa de apoyo psicosocial preventivo para personas mayores

Portero Cobeña, M. Del Peso Siguero, MC.

Gil Garnacho, C. Cerdá Moreno, E.

Servicios Sociales Puerta de Toledo

Distrito Centro

Ayuntamiento de Madrid

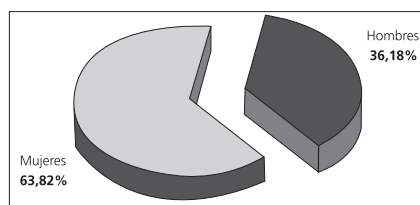
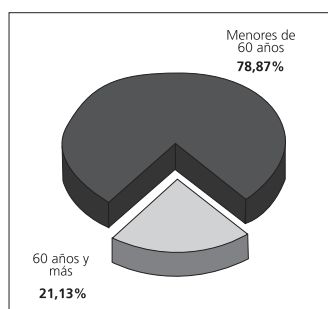
Introducción

El Programa de Apoyo Psicosocial Preventivo comenzó en este Distrito en Septiembre de 2005. Surge para atender principalmente a las personas mayores de 60 años del Distrito Centro (y sus familias/cuidadores) que manifiestan malestar físico, psicológico y emocional y que por ello encuentran dificultades de integración en la red comunitaria. Apoya a otros servicios disponibles en el distrito.

Datos demográficos

Distrito Centro. (Fuente: Área de gobierno de Hacienda y A. Pública.D.G.E.Enero 2006).

Grupos de Edad	Población	%
De 0 a 59 años	118.085	78,87
De 60 años y más	31.633	21,13
▪ Mujeres	20.187	63,82
▪ Hombres	11.446	36,18
POBLACIÓN TOTAL	149.718	100



Distribución de la población por edad. Distribución de mayores de 60 años por sexo.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

El perfil del mayor del distrito de Centro nos ofrece un mayor número de mujeres de más de 80 años con unas características comunes:

- Están solas y con escasos vínculos familiares y/o sociales.
- Con escaso poder adquisitivo.
- Con deterioro físico y psíquico moderado y trastorno emocional.
- Con viviendas pequeñas y con barreras arquitectónicas en las mismas y su entorno.

Así mismo, existe un gran número de ellas con sobrecarga por cuidado de mayores.

Objetivos

Objetivo General

“Contribuir a preservar y mejorar la salud y la calidad de vida y bienestar individual del mayor del Distrito Centro”.

Objetivos específicos

- Aumentar la seguridad y autoestima personal del mayor.
- Conseguir cambios conductuales cuando las situaciones lo requieran.
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes autocompasivas.
- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior y paliando así problemas de aislamiento y soledad.

Protocolo de actuación

Se realiza:

- Valoración cognitiva y emocional del mayor (y/o familia cuidadora).
- Valoración funcional del mayor y de su entorno.

5. COMUNICACIONES

Con el fin de

- Detectar déficit cognitivos y funcionales.
- Detectar alteraciones emocionales.
- Conocer las ayudas Técnicas con las que cuenta el mayor.
- Adaptar el entorno físico y social del mayor que minimice su incapacidad.

A través de las escalas de evaluación

- Capacidades funcionales:
 - AVD Básicas (Escala BARTHEL Y KATZ)
 - AVD Instrumentales (Escala Lawton)
 - Marcha y equilibrio (Escala Tinetti)
- Estado cognitivo-emocional:
 - Deterioro Cognitivo (Escala MEC y Pfeiffer)
 - Estado emocional (Escala G.D.S.)
- Carga del cuidador (Escala Zarit)
- Entorno. Valoración de la vivienda, acceso, barreras arquitectónicas, adaptaciones geriátricas y ayudas técnicas.

Después de estas valoraciones se propone un diseño de intervención / tratamiento:

- Intervención terapeuta ocupacional en domicilio, con usuarios cuidadores.
- Intervención psicológica individual en domicilio o en centros de servicios sociales o centros de mayores.
- Intervención psicológica grupal con familiares cuidadores.

Durante el periodo de Sep. 05 – Sep. 06 se han realizado 160 visitas por parte del equipo del programa de apoyo psicosocial, atención psicológica a 62 usuarios y atención de terapia ocupacional a otros 46.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Resultados

TIPO		% de casos	Mejora
TRATAMIENTO PSICOSOCIAL	Mayor con trastorno emocional	48 %	16%
	Mayor con deterioro cognitivo	9 %	
	Mayor con carga de cuidador	52 %	26 %
	Mayor con carga de cuidador y trastorno emocional	90 %	42 %
TIPO		% de casos	
TERAPIA OCUPACIONAL	Con tratamiento de autoayuda (Predominio de mujeres con dependencia moderada)	32,3 %	ABVD – 29,4% AIVD – 23,5%
	Con tratamiento funcional (Predominio de tratamiento articular y/o muscular y coordinación y marcha)	100 %	
	Con tratamiento de Apoyo Cognitivo	26,5 %	
	Con Tratamiento de Orientación Recreativa	3 %	
	Con Tratamiento de Educación para la salud	73,5 %	

Conclusiones

Este programa persigue la normalización de la situación física y psíquica, así como la emocional del mayor y sus familias, proporcionándoles los apoyos necesarios que contribuyan a su ajuste al entorno más inmediato. Se busca en definitiva, con un carácter preventivo y a nivel secundario, la contención que evite mayores situaciones de fragilidad.

5. COMUNICACIONES

5.9. Valoración de necesidades para la realización de adaptaciones geriátricas en el domicilio de las personas mayores.

**García Echave, C; Benito Pecharromán, P;
Giménez Díaz-Oyuelos, P; Martín Tejedor, F.**

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

En el proceso de envejecimiento las personas mayores van adquiriendo mayores niveles de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que se acentúa en el envejecimiento patológico.

Esta limitación se va a traducir en una pérdida de independencia y autonomía y en una imposibilidad de mantenimiento en su entorno, lo que incide en su calidad de vida.

Desde el Ayuntamiento de Madrid, para permitir que los ancianos permanezcan el mayor tiempo posible en su entorno familiar, manteniendo su autonomía e independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, se vienen gestionando una serie de ayudas para la adaptación del hogar.

En Octubre de 2005, para sistematizar el proceso de gestión de las adaptaciones geriátricas y conocer el impacto que este tipo de ayudas produce en la calidad de vida de los mayores, desde la D.G.M se puso en marcha el "Programa de valoración de necesidades para la realización de adaptaciones geriátricas en el domicilio de las personas mayores".

Para la puesta en marcha, se diseñó un protocolo de actuación, indicativo del tipo de adaptación geriátrica más adecuado según dos variables: nivel de dependencia en las A.V.D.B. (Barthel) y existencia de cuidador y situación funcional de este. Con esta medida se pretende fijar unos criterios generales en la asignación de adaptaciones geriátricas unificados para todo Madrid y ayudar a los distintos profesionales implicados en la valoración de estos casos.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Objetivos

- Sistematizar el proceso de gestión de las adaptaciones geriátricas a través de la definición de perfiles concretos de usuarios.
- Conocer el impacto que este tipo de ayudas produce en la calidad de vida de los mayores.
- Conseguir que las adaptaciones geriátricas indicadas e instaladas cubran las necesidades reales y objetivas de los mayores.

Material y método

El programa se desarrolló en 12 distritos de Madrid durante 6 meses. Se valoraron un total de 1.468 usuarios que habían solicitado adaptación geriátrica (1.339 domicilios) de los cuales el 75% fueron mujeres y el 25% hombres.

Un equipo de Terapeutas Ocupacionales, asignados a los distritos, a través de visitas a domicilio, identifican los déficit mediante una valoración, teniendo en cuenta :

1. Nivel de autonomía personal o independencia (BARTHEL)
2. Estado de salud y fragilidad del usuario.
3. Situación sociofamiliar, tipo de convivencia, estado funcional del cuidador principal.
4. Situación y estado de la vivienda (detección de posibles barreras arquitectónicas)
5. Utilización de otras prestaciones sociales.

La demanda de adaptación geriátrica, se canalizó a través de los Trabajadores Sociales de los distritos, como responsables de la valoración global del caso. Dichos trabajadores coordinaron el caso con el terapeuta ocupacional, quienes tras la valoración, efectuaron la propuesta del tipo de adaptación más adecuada en base al protocolo diseñado

5. COMUNICACIONES

Situación \ dificultad	ALIMENTACION	BAÑO		VESTIDO	ASEO
	Dependiente	Independiente	Dependiente	Dependiente	Dependiente
VIVE SOLO	AYUDAS TÉCNICAS PARA LA ALIMENTACION	TABLA DE BAÑO ASIDEROS	SAD (Actuación cuidador ind)	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL VESTIDO	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL ASEO
CUIDADOR INDEPENDIENTE			ASIDEROS ASIENTOS BAÑERA O DUCHA		
CUIDADOR DEPENDIENTE			SAD (Actuación cuidador ind)		

situación \ dificultad	USO RETRETE		TRASLADOS			DEAMBULACION		ESCALERAS	
	Ayuda	dependiente	Mínima Ayuda	Gran ayuda	dependiente	Ayuda	dependiente	Ayuda	dependiente
VIVE SOLO	BARRAS DE APOYO ELEVADOR INODORO	BARRA APOYO SILLA TRANSFER INODORO CON RUEDAS	ANDADOR Y AYUDA PARA INCORPORARSE TABLA TRASFERENCIA	SAD + CAMA ARTICULADA (misma actuación que en cuidador independiente)		ASIDEROS, ANDADORES TRIPODE	SILLA DE RUEDAS CAMA ARTICULADA COLCHON ANTIESCARAS	SILLA ELEVADOR SALVAESCALERAS ORUGA PLATAFORMA ELEVADORA RAMPA PORTATIL	
CUIDADOR INDEPENDIENTE				INCORPORARSE TABLA TRANS. DISCO. CATAPULTA GRUA	GRUA O SILLA TRANSFER				
CUIDADOR DEPENDIENTE					CAMA ART. SAD (Actuación cuidador ind) CAMA ART.				

Resultados

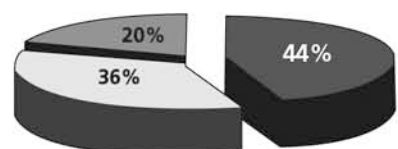
Tipo de convivencia: El 44% de los usuarios valorados viven solos, el 20% con acompañante independiente y el 36% con acompañante dependiente (la mayoría de las veces, el acompañante dependiente posee más o igual incapacidad que el mayor valorado)

Nivel de dependencia: Un 54% de los solicitantes de adaptación poseen una dependencia leve y un 25% son independientes, esto nos indica que las solicitudes son más de tipo preventivo frente a las de tipo paliativo que representan un 14%.

Edad: El 26% tenían 65-75 años, el 22% entre 76-79 años y más del 60% mayores de 80 años

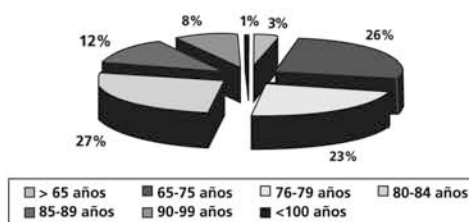
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

El perfil de usuarios que más destaca es de mujer mayor de 80 años, que vive sola. (25,84%)



■ SOLO □ ACOM. DEPENDIENTE ■ ACOMP. INDEPENDIENTE

Tipo convivencia



■ > 65 años ■ 65-75 años □ 76-79 años □ 80-84 años
■ 85-89 años ■ 90-99 años ■ <100 años

Edad

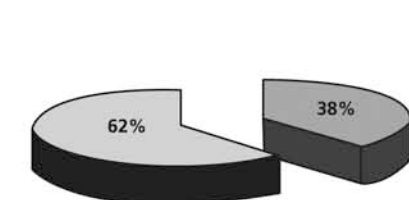
Indicaciones

En total se han indicado 3.294 adaptaciones geriátricas de las cuales el 62% son ayudas técnicas y el 38% modificaciones del entorno.

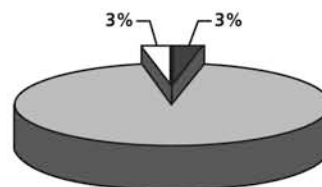
De las ayudas técnicas indicadas destaca que un 62% han sido para facilitar la acción del baño, un 14% para el traslado sillón-cama, el 13% para el uso del retrete y el 6% para deambulación.

De todo esto resaltamos que el 76% han supuesto ayudas técnicas para el manejo del mayor en el cuarto de baño, si sumamos el 62% del baño y el 13% del uso del retrete.

Las modificaciones (obras) se han distribuido en tres apartados o zonas de la vivienda: Cocina, baño y resto de vivienda. El 94% de prescripciones han sido para modificar el baño, de los cuales 63% corresponde a cambio de bañera por plato de ducha.

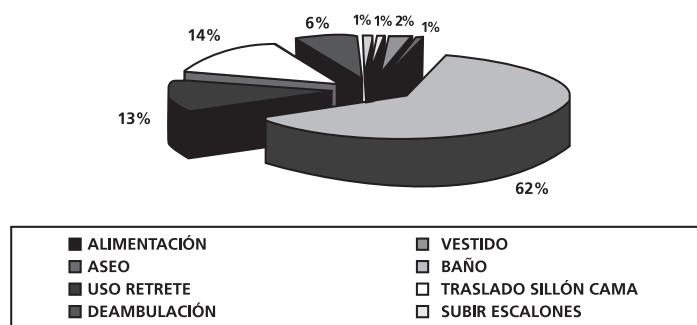


■ ADAPTACIONES □ AYUDAS TÉCNICAS



■ COCINA ■ BAÑO □ VIVIENDA

5. COMUNICACIONES



En relación a las áreas del Barthel, las ayudas técnicas más indicadas fueron:

- En el área del baño los asideros con un 51% seguidos de silla de ducha 25,5%.
- En el área del uso de retrete las barras de apoyo suponiendo un 60,55% y los elevadores de inodoro un 27%.
- En el área de traslado sillón-cama las camas articuladas, 33,63% y las barandillas un 17,20%.
- En el área de deambulación los andadores-bastones un 45% y las sillas de ruedas un 37%.

**AYUDAS TÉCNICAS
MÁS INDICADAS
POR ÁREAS
(BARTHEL)**

BAÑO 62 %	ASIDEROS	51%
	TABLA BAÑO	6,20%
	ASIENTO GIRATORIO	16%
	SILLA DUCHA	25,50%
	OTROS	1,30%
USO RETRETE 13 %	BARRAS	60,55%
	ELEVADORES W.C.	27%
	CUADRO INODORO	6,25%
	OTROS	6,20%
TRASLADO SILLÓN-CAMA 14 %	TACOS	8,20%
	GRUAS	9,25%
	CAMA ARTICULADA	33,60%
	BARANDILLAS	17,20%
	COLCHÓN ANTIESCARAS	16%
DEAMBULACIÓN 6 %	OTROS	15,75%
	ANDADOR / BASTON	45%
	SILLA RUEDAS	37%
	OTROS	18%

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Con respecto a las modificaciones del entorno (obras) el 72% precisó complementación de ayuda técnica para que la indicación fuera efectiva.



Conclusiones

En el área donde más adaptaciones se han indicado ha sido en el cuarto de baño.

Frente a la mayoritaria solicitud de modificaciones, se han indicado más ayudas técnicas, que han solventado las dificultades detectadas en muchas de las áreas, sin necesidad de efectuar obras.

Las modificaciones, en su mayoría, precisan ir complementadas con ayudas técnicas para resultar más efectivas.

Frente a la hipótesis de que los que más ayudas iban a solicitar eran los usuarios con dependencia grave, los que más han solicitado han sido independientes y con dependencia moderada, por lo que el mayor número de indicaciones efectuadas han sido como medida preventiva, incluso en usuarios con dependencia grave (prevención para el cuidador).

Referencias

- Ordenanza reguladora de las ayudas de emergencia relativas a pequeños arreglos en la vivienda habitual consistentes en adaptaciones geriátricas (Artículo.9) actualización 2005. Ayuntamiento de Madrid.
- Base de datos del programa "Valoración de necesidades para la realización de adaptaciones geriátricas en el domicilio de las personas mayores". (2005 – 2006). Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores.

5. COMUNICACIONES

5.10. Estrategias de intervención frente a la ola de calor en atención primaria.

Ochandorena Juanena, MS. Pérez Rivas, FJ. Santamaría García, JM.

García López, M. Beamud Lagos, M. Gil de Pareja Palmero, MJ.

Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid

Introducción

Las temperaturas excesivamente elevadas son una amenaza para la salud pública de considerable magnitud, asociándose a importantes incrementos de la mortalidad y del número de hospitalizaciones. El incremento de los riesgos para la salud es mayor entre las personas mayores de 65 años, ya que tienen una menor capacidad termorreguladora y un umbral de sudor más elevado que los jóvenes, que los hace más susceptibles a los efectos del calor. El medio ambiente urbano, debido a que normalmente tiene índices de calor más altos y que retiene más calor durante la noche que las zonas rurales, y el bajo nivel socio económico suelen considerarse también factores de riesgo asociados con la mortalidad durante las olas de calor. Teniendo en cuenta este incremento de riesgo para la salud, especialmente en los colectivos más vulnerables, se hace necesario fomentar y adoptar unas mínimas normas de prevención.

Objetivos

- Incrementar la percepción de que el calor es una situación de riesgo específica, que puede asociarse directamente a morbilidad y mortalidad.
- Garantizar que las personas con riesgo ante los cambios medioambientales realizan una adaptación en el autocuidado.
- Planificar una estrategia preventiva y terapéutica ante este cambio en las condiciones del entorno.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, realizado en los 39 Equipos de Atención Primaria del Área 11 de Madrid (150000 pacientes > de 65 años; 73000 pacientes > de 75 años).

El periodo de estudio comprendió desde el 15 de junio de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2006.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Instrumentalización

En la campaña correspondiente al verano de 2005 se solicitó a los profesionales que remitieran las intervenciones realizadas en relación con la ola de calor. Tras la evaluación de los resultados correspondientes a ese año, se constituyó un grupo de trabajo con el objetivo de identificar problemas y líneas de trabajo para mejorar el abordaje de estos problemas.

Problemas Identificados

- Ausencia de planificación de las Intervenciones a realizar durante la campaña.
- Falta de formación/información de los profesionales respecto a la población diana de la campaña y las intervenciones a llevar a cabo.
- Inexistencia de un sistema de registro específico en la aplicación informática OMI-AP.
- Ausencia de un sistema de comunicación de las alertas de la ola de calor.

Líneas de Mejora

- Planificación de la Campaña 2006: Reunión con Responsables de los EAP sobre los objetivos y la organización de la campaña.
- Intervenciones divulgativas:
 - Inclusión en IntraWeb del Área de la sesión divulgativa sobre Campaña y de la sesión clínica de manejo de sintomatología para poder impartir sesiones en todos los centros.
 - Distribución a cada centro del material divulgativo de la campaña (folletos, carteles..)
- Información sobre población diana:
 - Envío de los listados de la población diana de la campaña a cada profesional.
 - Instalación de manera centralizada desde la Gerencia de un Flash o Recordatorio de todos los pacientes incluidos en campaña, que recuerda al profesional, que ese paciente pertenece a la población diana de la campaña de prevención de la ola de calor, y le indica la importancia de realizar Intervenciones Preventivas.

5. COMUNICACIONES

- Elaboración de sistema de información específico:
 - Elaboración de un protocolo en la Historia clínica informatizada (OMI-AP) para el registro de las Intervenciones Preventivas y de seguimiento relacionadas con la ola de calor.
 - Establecimiento de un sistema de información ágil para comunicar las activaciones/desactivaciones de las alertas de la ola de calor.

Resultados

Durante la Campaña 2006 se han realizado 27 sesiones en los EAP, dirigidas a los profesionales y 37 actividades dirigidas a la población. Se instalaron 9.335 flases o recordatorios en las H^a.C^a. Se han realizado 8.139 Intervenciones Preventivas, lo que supone un incremento del 114 %, con respecto a las realizadas en 2005. El 67 % de estas intervenciones se llevó a cabo en las consultas de los centros de salud y un 16 % en el domicilio del paciente. El incremento de las intervenciones de carácter preventivo ha condicionado una disminución notable de las consultas por sintomatología. También ha disminuido un 50 % los pacientes que han precisado derivación al Hospital.

INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPS: Actividad Física	7542	92,7%
EPS: Alimentación	8046	98,9%
EPS: Vestido	7863	96,6%
EPS: Protección solar	7374	90,6%
EPS Fármacos	6382	78,4%
EPS: Otros	2786	34,2%

Tabla 1: Intervenciones Preventivas realizadas (2006)

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

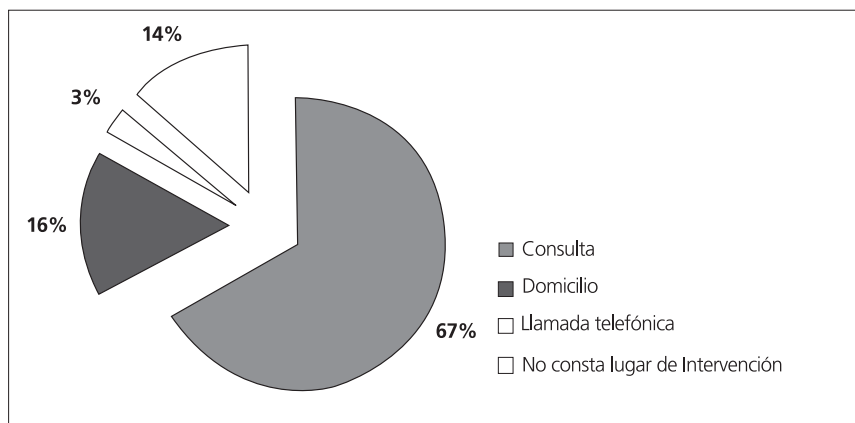


Gráfico 1: Lugar de realización de las Actividades Preventivas

INDICADOR	2005	2006
Equipos que han participado en la campaña	21	42
Intervenciones Preventivas realizadas	3.793	8.139
Consultas por sintomatología asociada	295	76
Derivaciones al Hospital	4	2

Tabla 2: Evolución Indicadores de seguimiento Ola de Calor

Conclusiones

Las líneas de trabajo definidas han facilitado el cumplimiento de los objetivos previstos para la campaña.

Las Intervenciones Preventivas llevadas a cabo han permitido disminuir la sintomatología asociada, las derivaciones al Hospital y los posibles fallecimientos por este motivo.

Disponer de un sistema de información específico ha permitido realizar el seguimiento de los indicadores definidos previamente para medir el proceso.

Atención Primaria de Salud es el nivel asistencial que debido a la accesibilidad a la población más vulnerable mejor puede desarrollar estas campañas de prevención.

5. COMUNICACIONES

Referencias

- Martínez F, Simón-Soria F, López-Abente G. Valoración del impacto de la ola de calor del verano de 2003 sobre la mortalidad. Gac. Sanit. 2004; 18 (supl. 1):250-8.
- Sierra M , Díaz J, Montero JC, Alberdi JC, Mirón IJ. Mortalidad diaria en la Comunidad de Madrid durante el período 1986- 1991 para el grupo de edad de 45 a 64 años: su relación con la temperatura del aire. Rev. Esp. Salud Pública 1997;71:149-60.
- Curriero FC, Heiner KS, Samet JM, Zeger SL, Strug L, Patz A. Temperature and mortality in 11 cities of the Eastern United States. Am J Epidemiol. 2002;155:80 - 87.
- Hajat S, Kovats RS, Atkinson RW, Haines A. Impact of hot temperatures on death in London: a time series approach. J Epidemiol Community Health 2002;56:367-72.
- Keating WR. Death in heat waves. BMJ 2003;327:512 - 3.
- Morentin B, Alcaraz A. Mortalidad por golpe de calor en medicina forense. Implicaciones epidemiológicas. Med Clin (Barc) 2003;121:796-7.
- Montero JC, Mirón IJ, Díaz J, Alberdi JC. Influencia de variables atmosféricas sobre la mortalidad por enfermedades respiratorias y cardiovasculares en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit 1997;11:164-70.
- Simón F, Lopez-Abente G, Ballester E, Martínez F. La mortalidad en España durante la ola de calor del verano de 2003. Euro Surveill 2005;10(7):156-61.
- Villamil Cajoto I., Díaz Peromingo J. A., Villacian Vicedo G., Sánchez Leira J., García Suárez F, Saborido Froj n J. et al. Impacto de la ola de calor de 2003 en el Hospital de Riveira (A Coruña). An Med Interna (Madrid) 2005;22(1):15-20.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.11. La teleasistencia domiciliaria como servicio de acompañamiento

Gaisse C, Benito P, Giménez P, Martín F.

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

La teleasistencia domiciliaria es un servicio de ayuda a domicilio que el Ayuntamiento de Madrid presta a las personas mayores y discapacitadas, con el fin de que permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio en condiciones de seguridad. Este servicio concebido en sus inicios como una prestación de atención a emergencias, se convertirá en un instrumento que procura seguridad y compañía a las personas que lo disfrutan.

El servicio surge en 1900 y hasta 2003 tiene como función principal la atención de casos de urgencia. Es a partir de esta fecha y en el marco del Programa Madrid Acompaña, cuando se produce un giro en la filosofía de gestión que va a producir, no solo un crecimiento exponencial en el número de beneficiarios del servicio, sino un cambio en la concepción del servicio en sí mismo.

Objetivo

El objetivo que se persigue es promover un cambio en el uso de la teleasistencia hacia la prevención y el acompañamiento. Por supuesto se continúa atendiendo todas las urgencias producidas y en consecuencia realizando las actuaciones que llevan asociadas, pero esta faceta del servicio, fundamental y muy valorada por los usuarios, resultará irrelevante respecto al conjunto de actuaciones.

Se pretende que la teleasistencia cumpla una función de compañía, que las personas tengan dónde y a quién acudir en caso de necesidad y sin tener que salir de su domicilio. Se trata de prestar una atención personalizada por parte de personal cualificado y con la inmediatez que caracteriza este servicio.

Metodología

Para la realización del estudio se han analizado todos los datos correspondientes al contenido de las llamadas realizadas entre 2003 y 2005, tanto las realizadas desde los Centros de Recepción y Atención de Llamadas (en adelante CRA), es decir, promovidas por el servicio, como las realizadas por los propios usuarios. Todo ello haciendo especial hincapié en las de acompañamiento y atención de emergencias.

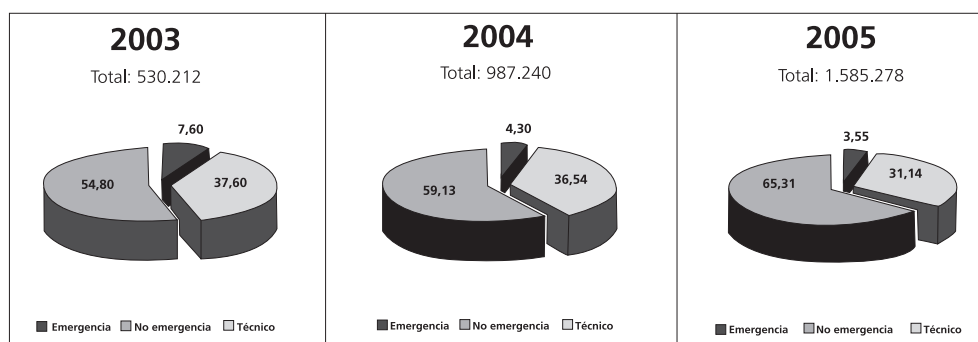
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Por otro lado se ha trabajado en la redefinición del concepto de emergencia. La teleasistencia es un servio prestado a través de múltiples profesionales que no contaban con protocolos de actuación. La unificación de criterios de actuación a través de protocolos ha sentado las bases para prestar un servicio homogéneo en todo el territorio, a la vez que nos ha proporcionado una herramienta de evaluación fiable.

Asimismo, y teniendo en cuenta la importancia de la calidad del servicio percibida por los usuarios, se ha realizado una encuesta de satisfacción dirigida a 2.893 beneficiarios.

Resultados

A continuación se presentan los datos de llamadas emitidas por los usuarios en el período 2003-2005.

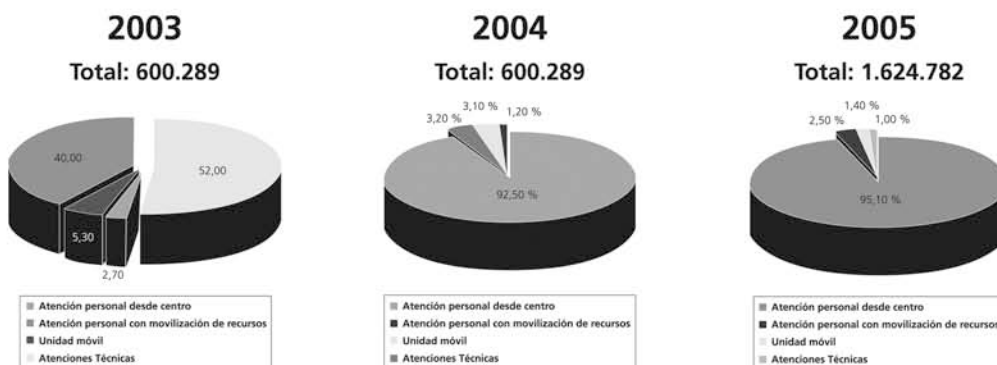


Los datos ponen de manifiesto un decremento porcentual anual en el número de llamadas consecuencia de una emergencia. Se estima que la causa se debe a que se estaban registrando como emergencia cosas que no lo eran: todo desplazamiento de unidad móvil al domicilio se sobreentend a que era debido a una emergencia. Estaba sobredimensionada la atención de emergencias.

Por otra parte y si se extrapola el dato de llamadas por este concepto al número de usuarios beneficiarios del servicio en cada momento, nos encontramos con que en 2003 se registraban una media de una llamada de emergencia por beneficiario cada 187, dato que pasa a ser de 357 días en 2004, para finalizar en 389 en 2005. Esta diferencia entendemos tendría el mismo origen ya comentado, si bien, para posteriores estudios tendríamos que analizarlo por perfiles de usuarios.

En cuanto a los datos de las atenciones que se prestan desde el servicio ante las alarmas provocadas por los usuarios, se obtienen los siguientes datos:

5. COMUNICACIONES



Los datos ponen de manifiesto un decremento porcentual anual en el número de desplazamientos de unidades móviles respecto al conjunto total de actuaciones, es decir, cada vez las emergencias son menos significativas.

Por otra parte y si se extrapola el dato de movilizaciones de unidad móvil respecto al total de emergencias de cada año, nos encontramos con que en 2003 se desplazaba la unidad móvil en el 79.5 % de los casos de emergencia, dato que pasa a ser del 73.9 % en 2004, para finalizar en 40.1 % en 2005. Esta diferencia nos sigue afianzando en que estaba sobredimensionada la atención de emergencias, máxime teniendo en cuenta que no se ha dejado de atender ningún caso de este tipo.

La teleasistencia, por lo tanto, tiene su mayor peso en la atención de personal que se realiza desde las centrales, suponiendo éstas el 95.10% de atención global del servicio.

Un último análisis de datos relacionados con llamadas cuyo contenido es el acompañamiento, tanto las realizadas desde los CRA como por los usuarios, nos sitúan en las siguientes cifras:



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En total son más de tres millones de llamadas con contenido de acompañamiento las que se han realizado en los tres años. La frecuencia media, pasa de ser de una llamada por usuario cada 26 días en 2003, a una cada 12 días en 2004 y una cada 9 días en 2005.

Esta tendencia ascendente ha sido debida a la firmeza del Ayuntamiento de Madrid en que esto sea así, dado que las llamadas son promovidas por el servicio. El usuario incluso llama menos que llamaba, posiblemente porque su necesidad de acompañamiento la tiene cubierta.

Por último cabe destacar que en la encuesta de satisfacción de usuarios lo más valorado del servicio era la amabilidad y el trato humano prestado por los profesionales (84.3%) y el sentimiento de seguridad y compañía que les proporciona el mismo (78.1%). En cuanto a lo más demandado destaca el hecho de que el 61.85 de los encuestados quiere que le llamen más.

Conclusiones

Son dos las conclusiones que se extraen de este estudio:

- 1.- La atención de emergencias en el servicio de teleasistencia es insignificante respecto al volumen total de actuaciones.
- 2.- La teleasistencia domiciliaria ha evolucionado hacia un servicio en que las atenciones prestadas giran en torno al acompañamiento como respuesta a la demanda de los ciudadanos.

5. COMUNICACIONES

5.12. Valoración del protocolo de adaptaciones geriátricas de la DGM

García MS, García C, de Tena-Dávila MC, Serrano P, Martín F.

Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

A medida que aumenta la edad de las personas, sus habilidades y capacidades cambian. Con el paso de los años, el organismo empieza a demostrar su cansancio: surgen enfermedades, problemas en la marcha, debilidad muscular y ósea, etc.. Debido a este deterioro, los ancianos van adquiriendo mayores niveles de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que se acentúa en el envejecimiento patológico.

Esta limitación se va a traducir en una pérdida de independencia y autonomía y en una imposibilidad de mantenimiento en su entorno, lo que incide en su calidad de vida.

El objetivo principal de la DGM es favorecer la permanencia de los mayores en su medio habitual, y una de las medidas es la adecuación de los domicilios. Con el fin de unificar criterios, en septiembre del 2005 se decide, desde la DGM elaborar un protocolo de actuación para valorar y adaptar el hogar del mayor y mejorar así su independencia y calidad de vida. Este empieza a utilizarse en octubre del 2005.

Objetivo

Valorar la idoneidad del protocolo para detectar y adecuar ayudas técnicas de una manera mas objetiva y equitativa. Y la adecuación de protocolo al criterio profesional.

Material y método

El protocolo consta de la asignación de diferentes ayudas/ adaptaciones en relación con el grado de dependencia en cada uno de los ítem, que a su vez puede verse modificado por la existencia de cuidador y si es o no dependiente.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Para valorar el estado de necesidad / dependencia, se ha empleado la escala Barthel que comprende variables indicadoras de situaciones carenciales, además se tiene en cuenta la existencia de cuidador y situación funcional de este.

El estudio se lleva a cabo a partir de visitas a domicilio efectuadas por dos terapeutas, de la DGM realizando una valoración funcional del mayor, observación de la vivienda, situación convivencial, y disposición de apoyos, recogiendo los datos a través de un cuestionario estructurado.

El estudio se ha desarrollado a un total de 55 usuarios que habían solicitado adaptaciones geriátricas al distrito. De las cuales el 78% son mujeres y el 22% son hombres. Con una edad media de 78 años.

En función del resultado de estas valoración se prescriben las adaptaciones (modificaciones y ayudas técnicas) más acordes a las necesidades detectadas.

Se realiza un estudio comparativo, entre el resultado de este trabajo y el algoritmo de decisión del protocolo que previamente ha sido diseñado por la DGM.

Protocolo de actuación según Barthel y situación convivencial

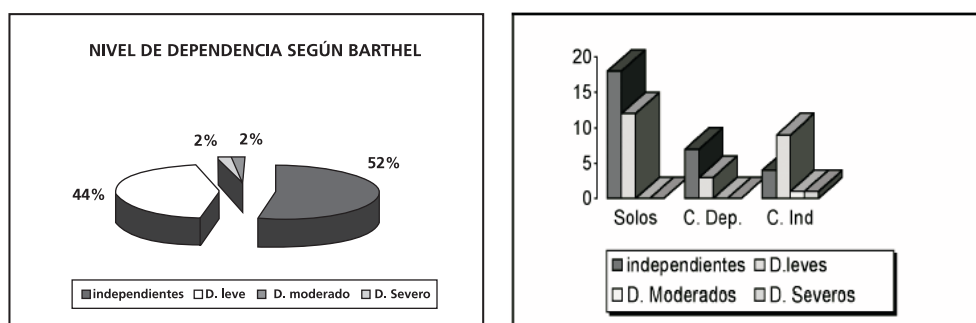
Situación	ALIMENTACIÓN	BAÑO		VESTIDO	ASEO
	Dependiente	Independiente	Dependiente	Dependiente	Dependiente
VIVE SOLO	AYUDAS TÉCNICAS PARA LA ALIMENTACIÓN	TABLA DE BAÑO ASIDEROS	SAD (Actuación cuidador jnd)	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL VESTIDO	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL ASEO
CUIDADOR INDEPENDIENTE			ASIDEROS ASIENTOS BAÑERA O DUCHA SILLA GIRATORIA		
CUIDADOR DEPENDIENTE			SAD (Actuación cuidador jnd)		

Dificultad Situación	USO RETRETE		TRASLADOS			DEAMBULACIÓN		ESCALERAS	
	Ayuda	Depend.	Mínima Ayuda	Gran ayuda	Depend.	Ayuda	Depend.	Ayuda	Depend.
VIVE SOLO	BARRAS DE APOYO ELEVADOR INODORO	BARRA APOYO SILLA TRANSFER INODORO CON RUEDAS	ANDADOR AYUDA PARA INCORPORARSE TABLA TRANSFERENCIA	SAD + CAMA ARTICULADA (misma actuación que en cuidador independiente)		ASIDEROS. ANDADORES. TRÍPODE	SILLA DE RUEDAS CAMA ARTICULADA COLCHÓN ANTIESCARAS	SILLA ELEVADOR SALVAESCALERAS ORUGA PLATAFORMA ELEVADORA RAMPA PORTAATIL	
CUIDADOR INDEPENDIENTE				A. PARA INCORPORARSE TABLA TRANS. DISCO, CATAPULTA, GRUA TRANSFER.	GRUA O Silla Transfer CAMA ART.				
CUIDADOR DEPENDIENTE					SAD (Actuación cuidador ind) CAMA ART.				

5. COMUNICACIONES

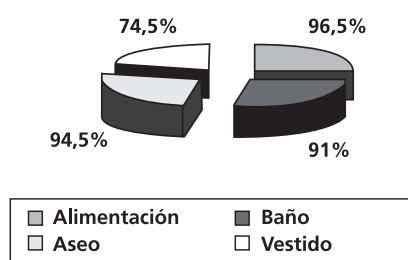
Resultados

Los resultados teniendo en cuenta el nivel de dependencia del mayor y la capacidad funcional del cuidador son los siguientes:

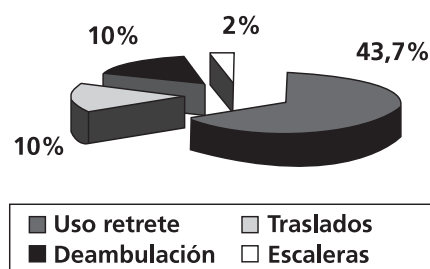


El alto porcentaje de mayores que viven solos, o con acompañante dependiente, nos da una idea del estado de gran necesidad de esta población.

Áreas de máxima correlación



Área de media y mínima correlación



El 70% de las ayudas pertenecen al área del baño, el 20% al uso del retrete, el 5% al de traslados, el 4% a deambulaci3n y el 1% a escaleras, en el resto de las áreas se realiza asesoramiento profesional. El protocolo ha resultado efectivo en áreas como alimentaci3n, baño, vestido y aseo seguido de uso del retrete, donde las indicaciones se han desviado poco de lo establecido, sin embargo en áreas como traslado, deambulaci3n y escaleras, el porcentaje de correlaci3n es escaso.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Conclusiones

El protocolo ha demostrado ser una herramienta bien estructurada y de sencillo manejo en su aplicación. El estudio ha permitido validar el uso y mantenimiento de una serie de ayudas técnicas y eliminar otras cuyo uso y manejo no es adecuado y practico en el domicilio.

5. COMUNICACIONES

5.13. Factores psicológicos de sobrecarga y vivencias comunes de los cuidadores principales de mayores dependientes detectados en el programa *cuidar al cuidador* de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Rodríguez-Zafra, M. Núñez Partido. A. Martín Rodrigo, M.J.

Herráiz Domingo, P.P. Fernández López, R.

Guillermo Gil Escudero, G.

Asociación CAUCES

Introducción

La Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid puso en funcionamiento en el año 2004 un programa innovador de atención a los cuidadores de mayores dependientes denominado Cuidar al Cuidador que se dirige específicamente a aquellas personas que desempeñan su labor de cuidado en unas condiciones de excesiva sobrecarga ofreciéndoles atención psicológica terapéutica mediante dinámica de grupos.

Objetivo

Ofrecer a los cuidadores principales de mayores dependientes atención psicoterapéutica con el objeto de aliviar la sobrecarga psicológica asociada a la labor de cuidado restableciendo una mejor y más sana adaptación a su situación.

Metodología

El trabajo psicológico con cada grupo consiste en 14 sesiones de dinámica grupal de una hora y media de duración. Cada grupo es dirigido por dos psicólogos en régimen de coterapia simétrica y con una formación específica en psicoterapia grupal.

Datos

Desde septiembre de 2004 hasta diciembre de 2006 se ha atendido a 419 personas, de las cuales han finalizado el programa 319, lo que supone un 76,1 % de adherencia media al programa. Los cuidadores a los que se ha atendido hasta el momento tenían una edad media de 65 años, habían dedicado una media de 8 años al cuidado del mayor dependiente y dedicaban alrededor de 15 horas diarias al cuidado del mayor, incluyendo en ese tiempo las horas dedicadas durante la noche, periodo en el que inevitablemente interrumpen su descanso nocturno.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Resultados

Los factores principales de los que depende el grado de sobrecarga del cuidador tienen que ver con las características y situación de la persona mayor dependiente, la estructura y el apoyo de la familia, las características personales, sociales y laborales del propio cuidador, la calidad de la relación afectiva entre la persona cuidada y el cuidador, el apoyo externo que se recibe y la duración de la dedicación al cuidado del mayor dependiente.

Las principales consecuencias de la sobrecarga del cuidador suelen ser el aumento de la tensión psicológica, el aislamiento, la desconexión de las propias necesidades, las alteraciones del estado de ánimo, los sentimientos de culpa, los cambios en las relaciones familiares, los reajustes o abandonos del trabajo fuera del hogar y el deterioro de la propia salud física y psicológica.

Las vivencias comunes entre los cuidadores de mayores dependientes a las que es necesario atender en el proceso de psicoterapia son cómo hacerse responsable de la supervivencia y bienestar de otras personas, la aceptación de nuevos roles vitales, el afrontamiento del dolor, la confrontación con la enfermedad, la convivencia con la expectativa de la muerte y el conflicto entre diferentes valores personales junto con las satisfacciones profundas que proporciona la tarea de cuidado.

Conclusiones

Las consecuencias psicológicas más dolorosas asociadas a la situación de sobrecarga por el cuidado de un mayor dependiente pueden paliarse a través de la ayuda psicoterapéutica grupal. Se advierte la disminución de la tensión psicológica, una mitigación de la sobrecarga física en la medida en la que los participantes del grupo aprenden a poner límites razonables y saludables a las demandas excesivas del cuidado y a aceptar sin culpa las ayudas sociales, una reducción del aislamiento y la desconexión social de los cuidadores, una disminución de la desconexión emocional y una disminución de la intensidad y frecuencia con la que los cuidadores vivencian estados de ánimo negativos y depresivos. El reconocimiento y valoración de la labor de cuidado que cada cuidador recibe por parte del resto de los miembros del grupo, así como el comprender y valorar a otros cuidadores que viven una situación semejante, permite a los cuidadores conectar profundamente con los aspectos más positivos y gratificantes de la labor de cuidar de un ser querido. El grupo también contribuye a la comprensión de la tarea de cuidado como una labor que pone de manifiesto los aspectos trascendentes de la

5. COMUNICACIONES

persona y a hacer a los cuidadores conscientes de esta trascendencia personal y del sentido último de su labor. Todos estos aspectos muestran la enorme riqueza humana que se logra cuando se produce el encuentro interpersonal auténtico. Por ello, puede considerarse que la dinámica de grupo con los cuidadores, además de ser eficaces en la resolución de los conflictos psicológicos, les sensibilizan hacia los demás, hacia el otro, promoviendo y potenciando la tolerancia y la comprensión interpersonal.

Contacto

Las personas que deseen participar en el programa o información sobre el mismo deberán contactar con los Trabajadores Sociales de los Departamentos de Servicios Sociales de sus Distritos Municipales o con la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Referencias

- Centeno Soriano, C. (2004) Cuidar a los que cuidan: Qué y cómo hacerlo. Alcalá la Real, Formación Alcalá.
- Corey, G. (1995) Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Izal Fernández de Trocóniz, M., Montorio Cerrato, I. y Díaz Veiga, P. (2002) Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- López-Yarto Elizalde, L. (1997) Dinámica de grupos: Cincuenta años después. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Serrano, P., Tena-Dávila, M.C., Romero, R. y Martín Tejedor, F. (2005) Impacto del programa "Cuidando al Cuidador" en la calidad de vida de los cuidadores. XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y al XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología.
- Tena-Dávila, M.C., Serrano, P., García Carpio, M.S., Rodríguez-Zafra, M. y Martín Tejedor, F. (2005) Adherencia al programa cuidar a cuidador del ayuntamiento de Madrid. IV Jornadas del Seminario de Intervención y Políticas Sociales.
- Yalom, I. y Vinogradov, S. (1996) Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona, Paidós.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.14. Evolución de la dependencia en Centros de Día.

Pintor Murillo, N. Coletto Carol, B. Jiménez López, FM.

Centro de Día Francisco de Goya y

Centro de Día San Vicente Paúl

Ayuntamiento de Madrid

¿Qué es un centro de atención diurna?

Es un recurso comunitario intermedio entre la Residencia y los Centros de Mayores, cuya finalidad principal es favorecer el mantenimiento del mayor con algún grado de deterioro físico, psíquico o social, en su medio habitual, facilitando para ello la atención geriátrica y rehabilitadora necesaria, cuidados personales y estancia en régimen de media pensión, los profesionales que atienden estas necesidades son: Auxiliares de Geriátrica, Enfermería, Fisioterapeuta, Medicina, Terapeuta Ocupacional, Trabajo Social. A la vez que apoyan a las familias que conviven con sus mayores y se les hace difícil la atención con el desarrollo de su actividad laboral y/o diaria.

Método

Estudio comparativo de medias, utilizando test de estudio funcional y cognitivo.

Población objeto del estudio

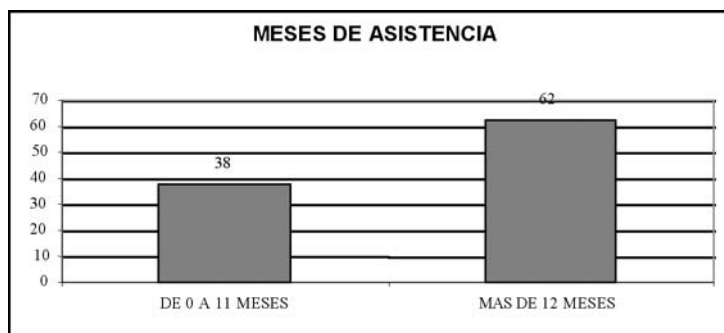
Usuarios de los Centro de Día del Ayuntamiento de Madrid, del Distrito de Carabanchel (C. D. Fco Goya y S. Vicente de Paúl). El número de usuarios valorados es de 74.

Parametros analizados

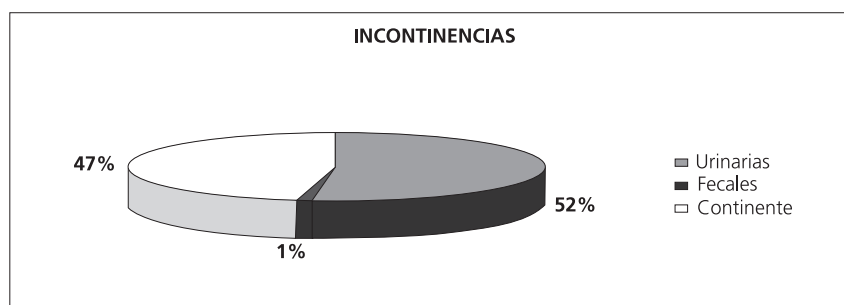
Edad, sexo, Barthel, Lawton, MEC, Grados de movilidad, incontinencias e independencia en alimentación y baño.

Extrapolando datos desde el año 2000 al 2006, obtenemos el siguiente gráfico de tiempo de asistencia al Centro de Día. Lo que justifica que para el estudio solo haya sido posible una muestra de 74 usuarios.

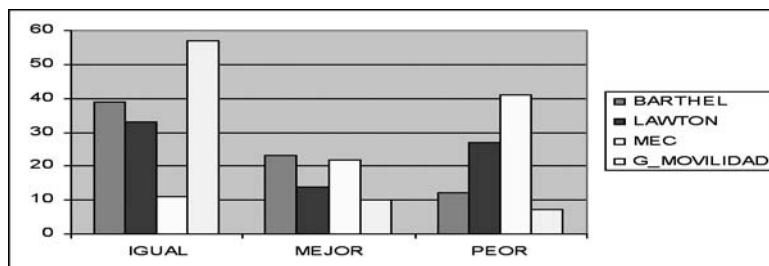
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



Los grados de incontinencia se han mantenido exactamente igual al año de estudio, por lo que se deduce que las incontinencias son provocadas por patologías asociadas sin posibilidad de influir sobre ellas con nuestros programas de control en el Centro de Día.

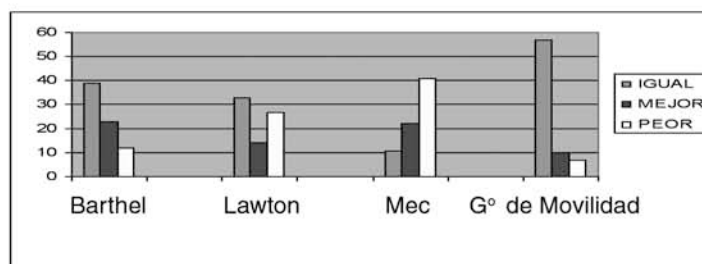


En la valoración funcional y cognitiva mediante las escalas de Barthel, Escala de Grados de Movilidad, Lawton y MEC, destaca la igualdad en mayor o menor porcentaje, excepto en el MEC (mini examen cognoscitivo de Lobo)



5. COMUNICACIONES

Parece, que es en la esfera cognitiva donde menos influencia ejerce el Centro de Día; si bien al no tener un grupo control no podemos deducir la velocidad de deterioro sin estimulación específica.



En la alimentación, se mantiene la independencia de los pacientes sin ningún tipo de cambio significativo

Conclusiones

1. De todos los parámetros analizados, parece ser que donde se observa una mejoría más importante es en la escala de Barthel. Creemos que puede deberse a varios factores: mejoría en la marcha, autoafirmación de su independencia reforzada en el centro, adiestramiento, etc... Seguido de, en este orden, el test MEC (sobre todo en orientación temporoespacial); escala de Lawton y Escala de Grados de Movilidad.
2. Destaca en todas las escalas el parámetro " guale" en mayor o menor porcentaje excepto en el MEC. Parece, que es en la esfera cognitiva donde menos influencia ejerce el Centro de Día; si bien al no tener un grupo control no podemos deducir la velocidad de deterioro sin estimulación específica.
3. El Centro de Día es un recurso válido para mayores con dependencia física.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.15. Un tesoro al alcance

Polvorinos, G

Centro Integrado Jazmín
Ayuntamiento de Madrid

Fundamentación

El aprovechamiento y el mantenimiento de las capacidades personales promoviendo la mayor autonomía, es uno de los fundamentos de trabajo del equipo de profesionales en el Centro Integrado Jazmín de atención a mayores con Alzheimer y otras demencias.

Los enfermos de Alzheimer u otras demencias están destinados a la terrible “muerte social” dado el aislamiento que sufren estas personas, generalmente relegadas al entorno y cuidado de la familia nuclear. La percepción social de la vejez, dista mucho de ser positiva. Aunque conviven en nuestra sociedad sentimientos positivos y negativos, hoy en día se sobrevalora lo bello, nuevo, válido, saludable, etc., frente a los prejuicios hacia la vejez.

Los encuentros intergeneracionales posibilitan el encuentro entre dos generaciones separadas no solo por la edad sino por la demencia, derribando ideas negativas sobre la vejez.

El beneficio que se ha observado en nuestra población con demencia es notable; los profesionales del Centro, mediante observación participante, hemos podido apreciar una clara disminución de los síntomas de depresión, apatía y agitación, así como el aumento de las relaciones interpersonales, la comunicación, la expresión y la participación en la dinámica del centro.

Se han llevado a cabo tres experiencias en el centro con alumnos de diferentes colegios de Madrid. En todos estos encuentros la sensación general ha sido muy satisfactoria, tanto para los niños que reducen poco a poco su timidez, para los profesionales que encontramos nuevos cauces de trabajo en la atención a la dependencia y para los mayores, que encuentran en la infancia la ilusión, alegría y motivación a menudo perdidas.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Objetivos

Como bien se publica en la comunicación son:

- Facilitar y posibilitar el encuentro intergeneracional.
- Acercar el proceso de demencia a la infancia para su normalización.
- Educar en valores de respeto a la diferencia y a la dignidad.
- Promover la autonomía tanto del mayor como del niño.
- Incrementar los espacios / momentos de ocio en personas con demencia.

Metodología

El ocio dirigido ha sido elegido como la base de trabajo en estos encuentros. Actividades lúdicas puntuales en forma de juegos tradicionales (rana, pesca de peces, bolos, rodar el aro, etc.), bien conocidos por ambos grupos de la población participante, han servido de vehículo de encuentro entre mayores de 65 años con varios tipos de demencia y niños en edad escolar de 2º y 3º de primaria.

Para la selección de los participantes mayores de 65 años, se utilizó la Global Deterioration Scale, escogiendo aquellos usuarios que se encontraran en los estadios 4 á 6 (deterioro cognitivo leve, moderado, moderadamente grave y grave) con el fin de asegurar unas capacidades cognitivas suficientes para la participación en las actividades antes descritas, y excluyendo a aquellos sujetos pertenecientes al nivel de deterioro severo (GDS 7)

La selección del grupo de menores, fue realizada por los profesionales docentes del Colegio Público Joaquín Turina, del Municipio de Madrid.

El equipo de técnicos del Centro Integrado Jazmín, utilizó la colaboración-participación asistida en los juegos como método de trabajo, con el propósito de servir de guía al principio de la actividad y fomentar la autogestión de los subgrupos, en el desarrollo de cada juego

Se iniciaron las dinámicas con una breve presentación de cada uno de los participantes con la dinámica de la asociación de nombre con un animal (Laura - lobo). A continuación divididos por grupos compuestos por varios mayores y varios niños, asistidos por un profesional, se inició una ronda por los diferentes juegos propuestos.

5. COMUNICACIONES

Las instrucciones fueron dadas por el profesional al principio de la actividad siendo necesario su replanteamiento por la pérdida de memoria de hechos recientes y de fijación de los mayores, aunque cabe destacar que el recordatorio de las instrucciones, cambió de actor durante el transcurso de cada juego, pasando a ser los niños los instructores de la actividad.

Finalmente se despidieron estas jornadas, con un juego que tomando como excusa los globos, se planteó como un momento para compartir entre ambos colectivos.

Para medir el impacto de las jornadas intergeneracionales, se diseñó un cuestionario específico donde se pretendió sondear las opiniones de los profesionales partícipes al respecto.

Se detallan las preguntas a continuación.

Cuestionario de valoración de encuentros intergeneracionales

1. ¿Considera importante el envejecimiento activo?
2. ¿Cree que el ocio/ animación tiene importancia terapéutica?
3. ¿Estima beneficioso el ocio / animación para población con demencia?
4. ¿Incluiría en su actividad profesional los encuentros intergeneracionales?

¿Qué objetivo es más importante para usted sobre los encuentros intergeneracionales?,

- a).- Educativo
- b).- Lúdico
- c).- De intercambio de experiencias y actitudes
- d).- Incremento de la red social

5. Desde su experiencia. ¿Cómo cree que repercute en la población con demencia estos encuentros?
6. ¿Cómo cree que favorecen los encuentros intergeneracionales en la comunicación del enfermo de Alzheimer?
7. Desde su experiencia, ¿disminuyen los trastornos de conducta durante estos eventos?
8. ¿Propician los encuentros las relaciones sociales en el enfermo de Alzheimer?
9. ¿Repercuten en el estado de ánimo del enfermo de Alzheimer?
10. ¿Favorecen estos encuentros a los niños / as que participan?

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Resultados

El 100% de los profesionales consideran muy importante el Envejecimiento Activo. El 63,63% de los profesionales considera que el Ocio / Animación tiene importancia terapéutica y el 45,45% lo estima beneficioso para la población con demencia. El 100% de los profesionales incluiría habitualmente en sus actividades los encuentros intergeneracionales. Atendiendo a los valores que persiguen los objetivos del programa, los preferidos por los profesionales en orden de elección son: el intercambio de experiencias y actitudes, el de carácter lúdico, el de incremento de la red social y por último el educativo.

Desde la experiencia vivida por los profesionales, el 63,63% cree que los encuentros repercuten muy satisfactoriamente en la población con demencia, el 27,27% cree que lo hace satisfactoriamente y el 9,09% cree que repercuten de forma poco satisfactoria.

En cuanto a la comunicación del paciente con Demencia, el 63,63% de los profesionales estima que se favorece mucho, considerándolo bastante el restante 36,37%. El 90,9% de los profesionales aprecia la disminución habitual de los trastornos de conducta más frecuentes en los pacientes afectos durante el transcurso de los eventos.

Cuando se habla de relaciones sociales, los profesionales en un 45,45%, creen que se propician muchas veces en los encuentros, mientras que un 36,36% cree que se propician siempre y tan solo un 9,09% cree que a veces. Consultando a los profesionales a cerca del beneficio que supone la participación de los menores en los encuentros, encontramos que el 63,63% estima que éstos salen beneficiados siempre o muchas veces. Un 18,18% piensa que solo a veces salen beneficiados.

Conclusiones

Dado el alto nivel de estrés (observado en el índice de estrés del cuidador) que presentan los cuidadores principales, se hace necesario fomentar espacios lúdicos, que suplan las carencias, que los cuidadores presentan en este sentido.

En los Usuarios que padecen Demencia, los encuentros entre generaciones parece mostrar nuevas oportunidades de trabajo. Los objetivos propuestos se cumplen bajo el prisma del Ocio permitiendo buscar mediante futuros estudios analíticos formas de verificar los beneficios de la implantación de estos encuentros.

5. COMUNICACIONES

5.16. Los mayores atendidos por voluntarios mayores. Envejecimiento y calidad de vida en Madrid.

Garrido López, M.

Fundación Desarrollo y Asistencia

Presentación

La presente comunicación pretende presentar detalladamente el programa *Los mayores atendidos por voluntarios mayores. Envejecimiento y calidad de vida en Madrid*. Programa encaminado a ocupar a mayores aún activos en la atención de otros mayores de su propio entorno de Madrid, con la realización de tareas de acompañamiento y de pequeñas gestiones, atendiendo la durísima situación de tantos mayores solos o dependientes en Madrid capital, en su propio domicilio, en estancias en hospital o cuando viven en residencias. Se sustituye a la familia cuando no existe o, si existe, se le da un respiro que a la larga redundará en la mejor atención del mayor. Dicho programa incluye no sólo la atención de mayores y la coordinación de las tareas voluntarias, sino la promoción del voluntariado entre los mayores y las actividades formativas, básicas y específicas, necesarias para desarrollar con calidad el servicio voluntario.

Objetivos

El programa responde a dos necesidades sociales: la primera, mejorar la calidad de vida del mayor, fundamentalmente aquel que vive en soledad, y la segunda, ocupar en labores de voluntariado a personas mayores aún activas. Con ello se contribuye a un envejecimiento más saludable, tanto de los primeros, cuya vida en soledad y en necesidad requiere de atenciones que palien los efectos negativos sobre su salud, como de los segundos, cuya actividad asegura un mejor envejecimiento. Estas actividades contribuyen así mismo a una mayor cohesión social.

Finalmente, se está consiguiendo también una visión diferente de la vejez entre la población en general, en primer lugar porque los voluntarios mayores conviven en la ONG con otras generaciones, estableciéndose un clima de diálogo y enriquecimiento mutuo muy positivo, y en segundo lugar porque su presencia visible en acciones de voluntariado impacta a muchos ciudadanos.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Metodología

Promoción del voluntariado entre mayores, a través de los medios habituales, destacando las sesiones informativas en entidades de mayores, y formando al voluntario mayor como promotor de voluntariado.

Coordinación de equipos de 15-20 voluntarios con un voluntario-coordinador. Cada equipo trabaja en un ámbito específico.

Además de la formación inicial y específica necesaria impartida, hay que destacar las reuniones bimestrales de trabajo y formación de coordinadores y los encuentros informales de formación y trabajo de los equipos. En un espacio más informal y lúdico, se ha facilitado el encuentro e intercambio de ideas, experiencias, motivaciones...

La selección de usuarios la realizan los diferentes centros y servicios socio sanitarios públicos con los que se colabora y se ha firmado previamente un convenio. Estos hacen seguimiento y supervisión habitual de las tareas de los voluntarios, siendo los coordinadores sus interlocutores del día a día.

Introducción de nuevas actividades, en muchos casos surgidas por las propias sugerencias de voluntarios y coordinadores: salidas de ocio y tiempo libre de los mayores atendidos acompañados por sus voluntarios, realización de acciones de sensibilización, organización de sesiones informativas, etc.

Resultados en 2006

- 700 voluntarios mayores, de los cuales 55 son coordinadores.
- 5.000 mayores atendidos: 575 en domicilio, 25 en CC Laguna, 525 en Residencias, y 3.875 en hospitales. (Con una media de 5 atendidos por día en cada hospital)
- Ámbitos de actuación
 - Ayuda a Domicilio 15 distritos municipales y 5 áreas del IMSALUD.
 - 4 Hospitales: Clínico San Carlos, Princesa, La Concepción y Gregorio Marañón.
 - 5 Residencias de Personas Mayores: La Paz, Vista Alegre y Carabanchel, Fundación San Diego y San Nicolás, Claune.
 - 1 Centro de Cuidados Paliativos: Centro de Cuidados Laguna.

5. COMUNICACIONES

- Formación:
 - 11 sesiones de iniciación al voluntariado.
 - 10 sesiones de formación específica.
 - 7 reuniones de formación y trabajo de coordinadores.
 - 20 encuentros informales de formación y trabajo.
 - Se ha participado también en el diseño y ejecución de un curso de formación de coordinadores mayores para mayores, en colaboración con la FEVOCAM y la Escuela de Voluntariado de Madrid.
- Promoción del voluntariado entre mayores, dentro de las acciones propias de promoción, hay que destacar las 16 sesiones informativas en entidades o grupos de amigos mayores con 370 asistentes.

Valoración final

El proyecto ha contribuido a la mejora de calidad de vida del mayor, de dos maneras diferentes:

a) A los 4.700 ancianos acompañados:

- Facilitando el envejecimiento del mayor en el lugar que desee o haciendo más humana la estancia en el lugar no deseado.
- Evitando el riesgo de aislamiento y soledad, mediante un acompañamiento constante, personalizado y activo.
- Contribuyendo a una mejoría emocional y psicológica del mismo, mediante la atención cariñosa y personal, compartiendo además un mismo universo mental y valorándose la fidelidad del voluntario mayor.
- Apoyando y/o sustituyendo al cuidador principal de manera que pueda restablecerse para un mejor cuidado de su mayor, y apoyándole ante el posible "estrés del cuidador".
- Retrasando el riesgo de dependencia, incentivándole la movilidad, acompañándole a paseos y a pequeñas gestiones, y disminuyendo así el sedentarismo, factor de riesgo.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Contribuyendo a la activación y/o recuperación de las facultades mentales, mediante la escucha activa y la conversación.

b) A los mayores voluntarios:

- Favoreciendo el envejecimiento activo, evitando con ello que se desgajen de la sociedad activa, sufriendo con menos intensidad los riesgos de aislamiento y deterioro que la pasividad acelera.
- Favoreciendo el envejecimiento saludable, con la actividad física, psíquica, social, que realiza en el voluntariado.
- Fomentando la participación ciudadana del mayor, que es un derecho de su propia dignidad personal, que hay que respetar. Para ello, los voluntarios mayores participan activamente en el desarrollo y seguimiento del programa.

5. COMUNICACIONES

5.17. Envejecimiento y creatividad: una oportunidad de crecimiento personal

Cutip  Cárdenas, R.

Universidad Autónoma de Madrid

Introducción, objetivo y metodología

Diversas formas de expresión creativa pueden sucederse a lo largo de la vida, pero la combinación óptima de conocimiento, experiencia y preparación emocional ocurre más fuertemente al final de ésta. La comunicación que presentamos recoge los resultados de una primera investigación, parte de un estudio cualitativo más completo sobre la creatividad en la tercera edad y su impacto positivo en la disminución de la dependencia. El objetivo es la determinación y presentación de casos que evidencian dicha influencia positiva, para lo que se ha entrevistado y revelado historias de vida y/o revisado biografías, útiles para establecer un perfil creativo de la tercera edad.

 Por qué es importante la creatividad en la tercera edad?

Uno de los principales miedos al envejecer, es el paso del tiempo y con él, la aparente pérdida de oportunidades para seguir desarrollándonos. Esta visión angustiante impide ver al tiempo como recurso y oportunidad para alcanzar sueños que, por distintas prioridades y compromisos, fuimos postergando en años anteriores. Tiempo y vejez adquieren una dimensión diferente al abocarlos al desarrollo de nuestro potencial creativo, con lo que descubrimos nuevas oportunidades de crecimiento y significados a nuestra existencia.

Formas de envejecimiento creativo

Desde finales del siglo XX, los avances en la investigación en el campo de las neurociencias sobre la generación de nuevas células cerebrales a lo largo de la vida y el mantenimiento de las capacidades positivas del cerebro con el envejecimiento, y la perspectiva del envejecimiento a lo largo del ciclo de vida formulada por la OMS en 1995, estimulan el desarrollo del pensamiento creativo y su expresión, incluso en las edades más avanzadas.

Existen diferentes formas de vivir la vejez, desde quienes esperan sumisamente el paso del tiempo, hasta los que luchan contra los estereotipos sobre la creatividad como cuestión exclusiva de gente joven. Tener potencial creativo siendo mayor es natural y propio de nuestra naturaleza, si es que estamos decididos a asumir el reto de seguir

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

creciendo. Una preocupación central escuchando de nuevo la visión del desarrollo de la creatividad a lo largo de la vida no es la "generación" de todas las soluciones posibles en la vida sino la experiencia de manejar cada día los asuntos prácticos del vivir y el ser. (Sasser-Coen, 1993). Así, nuestra creatividad puede quedar de manifiesto en la vejez, especialmente cuando la persona queda liberada de responsabilidades familiares, laborales y económicas y puede canalizar sus intereses personales enriqueciendo su historia de vida. En un caso actual, Lorenzo García, a sus 62 años, aceptó el reto de participar en la producción del Cortometraje *Ironías de la Vida* (Proyecto del Programa de Mayores de Ayuntamiento de San Fernando de Henares, 2006) Jubilado, toda su vida laboral estuvo ligada a la fabricación de piezas de maquinaria. Se declara autodidacta en la informática, campo que practica desde hace siete años. En el rodaje antes referido fue cámara, y colaboró en el montaje. Siguiendo su filosofía de no tener miedo al fracaso, emprendió un proyecto creativo que demuestra la capacidad de cambio de actividad e iniciativa a una edad avanzada.

Podemos seguir siendo creativos siendo mayores y hacer crecer nuestras formas de expresión, e inclusive podemos ser innovadores. En contrapartida, las personas que asumen este tipo de reto están expuestas a que su trabajo sea recibido con escepticismo. Picasso pinta a sus casi 88 años de edad *Mosquetero y Cupido*, una nueva versión de los mosqueteros que causa una gran conmoción dentro de los críticos de la época, quienes afirmaron que era una expresión del declive del artista y sus facultades. En realidad, tuvieron que transcurrir tres lustros desde la muerte de Picasso, para que todo el mundo se percatara de este grave error de apreciación crítica. Donde se veía merma de facultades y torpeza, había una obstinación artística casi salvaje, la de un genio que lo es hasta el final. De manera que, nada del "temblor" de mano del también fascinante último Poussin, sino firmes y violentos brochazos, manchones de color, gestos extremados, pintura que erupciona a borbotones, como la de un viejo volcán súbitamente reanimado. (Calvo Serraller, 2006)

Muchas personas ven surgir su creatividad en un contexto de adversidad, como respuesta a una pérdida. La crisis puede ser una oportunidad de crecimiento y la expresión creativa manifiesta su poder restaurador y curativo. Estrella, perdió en un accidente de tráfico a su compañero de toda la vida y tuvo que trasladarse de ciudad para afrontar las secuelas emocionales y físicas. Apoyada por su familia, no dudó en involucrarse en diferentes iniciativas de la Cruz Roja de Móstoles, juegos, cuentacuentos en colegios de su localidad, encontrando así espacios donde desarrollar su creatividad y hacer nuevas amistades. A sus 79 años considera que lo principal es dar y recibir amor.

5. COMUNICACIONES

No importa cuan tarde en la vida, no importa cuan severas sean las circunstancias, cuando nuestro conocimiento, experiencia, y la disposición emocional están en sincronía, el cambio creativo puede transformar nuestras vidas... (Cohen, 2000)

¿Mantenimiento o crecimiento? A modo de conclusión

Cambiamos, crecemos, retrocedemos y avanzamos; para quienes estamos ligados al mundo de las personas mayores, muchas veces las experiencias cotidianas nos llevan a preguntarnos sobre la orientación de nuestro trabajo y su eficacia. Una visión sesgada sobre las capacidades de las personas mayores puede hacernos olvidar que los elementos básicos de su "ser", como humanos siguen estando presentes en todo momento. El informe Actitudes y motivaciones de las personas mayores hacia su desarrollo personal (2006) dice, tomando como referencia opiniones de los propios mayores: El desarrollo personal... (es) una terminología que no le es propia a esa generación... implica un proceso con carga de futuro. Desarrollar es ampliar, extender y estas personas ya son, al menos ya sienten que son todo lo que han podido ser... La forma de expresar esa necesidad en esta generación se hace a través de términos como "*mantenimiento*". No es desarrollo sino conservación.

La literatura científica, los aportes significativos al desarrollo de la humanidad hechos por personas de edad avanzada y la observación desprejuiciada de la población mayor que participa en proyectos creativos, demuestran que hablar de "conservación" es limitar sus potencialidades, como una lectura detenida del mismo informe da a entender, en una postura que sugerimos enfáticamente reforzar.

Plantear el tema desde el punto de vista de la "conservación", es asumir la población mayor como una carga para la sociedad. En cambio, la visión del crecimiento enfoca a este grupo generacional como un activo para la sociedad. La sociedad del futuro requiere mecanismos para aprovechar el conocimiento, la experiencia y energía creativa de su población mayor de forma que combine el necesario mantenimiento funcional con la capacidad de aportación al desarrollo general.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.18. Una solución a la brecha informática y a la soledad de los mayores en Ciudad Lineal.

INFOSOC Mayores

Elena Estévez. La Rueda Asociación

Antonio Llorente. Candelita

Centro de Promoción Personal y Desarrollo Colectivo

El proyecto supone una intervención sociosanitaria domiciliaria con mayores del distrito de Ciudad Lineal a través de las nuevas tecnologías (ordenador), destinado a rehabilitar a personas mayores frágiles en riesgo de aislamiento y/o exclusión social, con distintos programas de estimulación a nivel cognitivo, así como plataformas de contacto y comunicación entre mayores (Chat, video-Chat, foros..).

Los/as participantes del proyecto serán valorados por un Terapeuta Ocupacional y el seguimiento del tratamiento será directamente llevado por auxiliares especializadas en terapia ocupacional que acompañarán a la persona mayor en el proceso y por el propio terapeuta.

Se incluye la figura de un/a dinamizador-formador/a telemático, encargada de la formación técnica informática, el desarrollo de los programas informáticos de rehabilitación sociosanitaria, en constante contacto con el equipo y usuarios/as.

Objetivo

Dotar el entorno domiciliario de las personas mayores del distrito de Ciudad Lineal de los recursos informáticos y terapéuticos necesarios para cubrir de manera satisfactoria las necesidades psicológicas, recreativas y personales de la persona mayor con el fin de lograr un grado óptimo de salud, bienestar y calidad de vida, que haga a la persona lo más autónoma posible y beneficie asimismo a sus familiares y/o cuidadores/as.

Perfil de los beneficiarios

Personas Mayores frágiles en riesgo de aislamiento y/o exclusión social del Distrito de Ciudad Lineal, con capacidades suficientes para el manejo del equipamiento informático y con perfil susceptible de necesidad de estimulación cognitiva. Serán derivados/as por el Departamento de Servicios a la Ciudadanía del Distrito de Ciudad Lineal en función del perfil anteriormente descrito.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Metodología

Partimos de una Metodología de trabajo activa-participativa-reflexiva en toda la intervención sociosanitaria telemática. Con tres fases:

1ª.- Inicial: Difusión del Proyecto "Infosoc-Mayores" Localización del equipamiento informático. Selección de los/as participantes. Elaboración de las Guías telemáticas. Formación de los/as profesionales. Coordinación municipal

2ª.- Implantación del programa: Elaboración del programa de intervención individualizado tras la visita domiciliaria (valoración funcional, cognitiva y socio-relacional) Programa telemático

3ª.- Desarrollo y evaluación: Ejecución y desarrollo de las sesiones de intervención socio-sanitaria y telemática. Seguimiento del servicio por subprogramas. Coordinación de los/as profesionales e institucional. Evaluación del Programa

Material técnico

10 puestos informáticos móviles con conexión ADSL y web-cam. Material fungible de oficina e informático. Material de terapia ocupacional. Sala de formación informática.

Niveles de atención alcanzados. Resultados cuantitativos

Hombres: 2

Mujeres: 12

Número de altas: 14

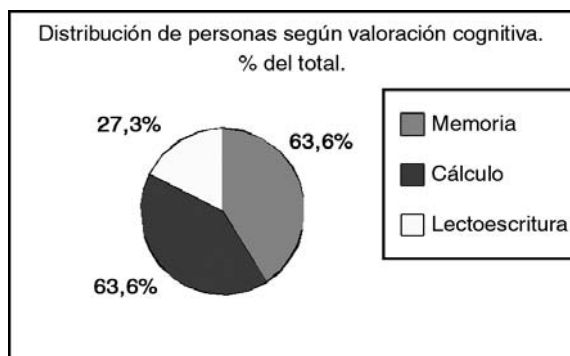
Número de bajas: 2 (Debido a problemas de salud)

Procedencia de los beneficiarios: el total de las personas han sido derivadas de Servicios Sociales de Ciudad Lineal.

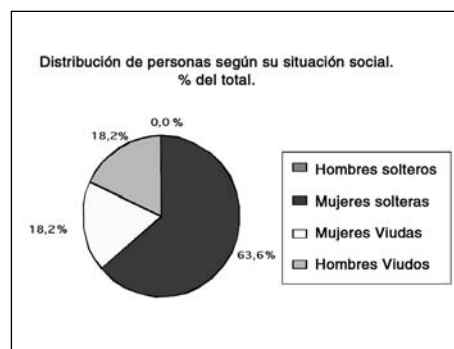
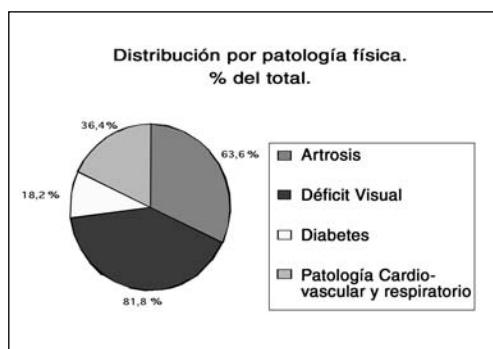
Beneficiarias Indirectas: 8 mujeres auxiliares de terapia a domicilio.

5. COMUNICACIONES

Características de las personas mayores atendidas



Todas las personas presentaban una patología cognitiva leve. En general el déficit ligero que se observaba en la mayoría de los usuarios/as es en memoria a corto plazo y cálculo.



El promedio de edad es de 78 años entre las usuarias/os. En su mayoría son mujeres solteras sin hijos, sólo dos de las usuarias son madres; por otro lado los dos hombres de 84 y 85 años respectivamente son viudos con hijos/as. Cabe destacar que el rango de edad de las usuarias es de entre 70 y 91 años.

Valoración de las y los participantes directos e indirectos

Por otro lado concluimos respecto a las personas mayores que en un primer momento demostraban inseguridad al hecho de poder manejar el ordenador, pero se han podido demostrar a sí mismos/as que pueden aprender cosas nuevas.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Concluimos que el manejo del ordenador para una persona mayor según esta intervención y desde un punto de vista cualitativo no supone una dificultad, todas y todos han pasado por una prueba de formación inicial y la han superado con excelencia, ahora bien sus ánimos para seguir aprendiendo cosas nuevas se incrementan en cada uno sin excepción y se consiguió crear un lazo de confianza estrecho con la auxiliar de terapia asignada y con la dinamizadora.

Desde el comienzo de esta intervención se detectaron las beneficiarias indirectas: 8 mujeres auxiliares de terapia a domicilio, ellas no tenían acceso a los ordenadores y el ser parte de esta tarea con las personas mayores ha despertado su interés por las nuevas tecnologías y han podido aprender algo nuevo para su labor profesional y su vida personal. Todas son mujeres latinoamericanas, la mayoría de ellas han recibido formación en terapia ocupacional y sólo el 50% ha tenido contacto a nivel básico con el ordenador.

El promedio de edad es de 35 años y todas tienen cargas familiares. Según los resultados de la evaluación del curso de iniciación en informática, formación previa para trabajar con las personas mayores en casa; concluimos: que las participantes del mismo, han podido adquirir un conocimiento básico del manejo del ordenador y de los programas de aplicación que se han visto, principalmente procesador de textos , dibujo, entorno de Windows e Internet y han sabido relacionarlo con su labor en la ayuda a domicilio que hacen desde hace años con las personas mayores.

Referencias

- Ma os Quico. " Animación estimulativa para personas mayores".Ed. Nancea 2002
- Martínez –Fornes Santiago. "Envejecer en el año dos mil" Ed. Popular, INSERSO. 1991
- Díaz Aledo, Loles. "Envejecer es vivir". Ed. Popular S.A. 1993
- Paig Ana. "Ejercicios para mantener la cognición" Ed. CCS 2005
- Paig Ana. "Ejercicios para mejorar la memoria" Ed. CCS 2005

5. COMUNICACIONES

5.19. Los 50. Nuevo punto de partida para una prevención más eficaz.

P. Sánchez Tamayo; G. Salas Tost

Centro De Mayores Reina Sofía De Cruz Roja

Fundamentación

Hemos observado basándonos en la experiencia que nos ha dado el Espacio de Mayores (talleres y actividades de ocio y tiempo libre para mayores de 60 años) que muchas personas llegan poco preparadas a esta etapa, tanto psíquica como físicamente, lo que nos ha llevado a la hipótesis de que si empezamos la prevención a edades mas tempranas el resultado será mas satisfactorio. La edad elegida ha sido los 50 años.

Según la Real Academia Española, la prevención se define como "la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar riesgos". Desde nuestro proyecto hemos tomado la prevención primaria como punto de partida, unido a los fundamentos del envejecimiento activo y participativo, basado en diferentes áreas de intervención.

Objetivos

- Transmitir la idea de que al llegar la jubilación empieza una etapa que puede durar tanto como la laboral productiva y que puede ser igual de satisfactoria.
- Promover la actividad y productividad a través del desarrollo de otras actividades como el voluntariado, el cuidado de nietos, etc. aparentemente no remuneradas, pero que contribuyen al crecimiento de nuestro país, reflejándose en el PIB.
- Impulsar el redescubrimiento de la personalidad de cada uno junto con la oportunidad para realizar todo aquello que por diferentes motivos no se ha podido llevar a cabo en las etapas anteriores.
- Fomentar el concepto de vejez entendida como un periodo más de la vida, participativo y con los mismos derechos que el resto de la población.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Metodología

La forma de intervención adoptada ha sido un taller psicoeducativo, impartido por un equipo de profesionales multidisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta y un DUE). La duración del taller es de treinta horas, distribuidas en sesiones de dos horas, dos días por semana.

Los contenidos están divididos en varios módulos: mente sana, hábitos saludables, importancia de la prevención para la salud, adaptándose a una nueva etapa y actividades de ocio y tiempo libre.

El perfil elegido es el colectivo de las personas que se encuentran en la edad madura, entre los 50 y 60 años, y que actualmente constituyen el 32% de la población española. Tienen ante ellos el reto de afrontar un estilo de vida diferente al que han llevado hasta el momento ya que deben cambiar la vida laboral por una etapa de tiempo libre y desocupación.

Resultados

Desde octubre de 2005 hasta junio de 2006 se han realizado tres talleres con un total de 69 participantes, de los cuales 52 eran mujeres y 17 hombres. En todos los talleres la mayoría de participantes se sitúa entre los 55 y 60 años.

Los resultados, después de tres convocatorias son satisfactorios y animan a seguir mejorando en esta línea. A través del cuestionario de satisfacción y valoración por parte de los alumnos se han obtenido los siguientes datos.

ASPECTOS FORMATIVOS		PUNTUACIÓN MEDIA DEL TALLER DEL 1 AL 10		
		TALLER 1	TALLER 2	TALLER 3
CONTENIDOS		9.13	8.86	8.90
TALLER RESPONDE A LAS EXPECTATIVAS		9.22	8.79	7.51
MATERIAL UTILIZADO		8.88	8.29	8.13
HORARIOS		7.71	7.86	7.89
DURACIÓN DEL TALLER	INSUFICIENTE	16.7%	35.7%	23.7%
	AJUSTADA	83.3%	64.3%	76.3%
	EXCESIVA	0%	0%	0%
VALORACIÓN GLOBAL DE LOS MONITORES		9.55	9.02	8.98

5. COMUNICACIONES

Conclusiones

Los datos de satisfacción indican que el taller responde a las expectativas de los participantes y que les ha resultado útil lo aprendido durante el mismo. En una segunda fase de este proyecto se plantea investigar el grado de aplicación de los conocimientos adquiridos a su vida cotidiana.

Entre las opiniones expresadas por los participantes cabe destacar que lo que más les ha gustado ha sido la relación establecida con los demás alumnos y con los profesores, la utilidad práctica de lo aprendido y el promover una actitud positiva hacia esta etapa de la vida.

Por tanto consideramos que la línea de intervención se ajusta al cumplimiento de los objetivos propuestos. Aun así sigue siendo necesario revisar y actualizar el proyecto para adaptarse a las necesidades del colectivo sobre el que trabajamos.

Referencias

- Fernández Ballesteros, R. (2002). "Vivir con Vitalidad". Madrid: Pirámide
- López-Cabanas, M. y Chac n, F. (2003). "Prevención en intervención Social". En López-Cabanas, M. y Chac n (Eds), Intervención Psicosocial y Servicios Sociales. Madrid: Síntesis.
- Montorio, I. y Izal, M. 1999. Intervención Psicológica en la vejez, Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis
- www.imsersomayores.csic.es
- Zas Ros, B. "Prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales". En www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.20. Estimulación cognitiva, una alternativa no farmacológica para evitar el deterioro intelectual y funcional en las personas de edad avanzada.

María González Sobrinos

Centro de D a Casino de La Reina
Ayuntamiento de Madrid

El envejecimiento conlleva cambios en las capacidades físicas, cognitivas y de desempeño social de las personas. Factores ambientales como la jubilación, la disminución de estimulación por menores exigencias del medio, el estrés, la ansiedad y la depresión est n muy presentes en las personas mayores y dificultan un funcionamiento cognitivo satisfactorio. Mediante la estimulación cognitiva se persigue promover la actividad mental para mantener o mejorar el rendimiento cognitivo y funcional de este colectivo.

Objetivos

Estimular y mantener las capacidades mentales, evitar la desconexión con el entorno, aumentar la autoestima, incrementar la autonomía personal, minimizar el estrés, fortalecer las relaciones sociales y mejorar la calidad de vida.

Metodología y material

Para llevar a cabo la estimulación cognitiva se han empleado un conjunto de técnicas y estrategias ambientales, tales como: Orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, musicoterapia, psicomotricidad, terapias cognitivas, arteterapia, laborterapia. Los materiales utilizados son muy variados: fichas, libros, prensa, instrumentos musicales, objetos cotidianos y materiales cognitivos, plásticos psicomotrices y lúdico recreativos.

Resultados obtenidos

En una muestra de 15 personas con edades comprendidas entre los 70 y 95 años, sin patologías en el área cognitiva, sobre los que se han aplicado estas técnicas son: un 60% han incrementado sus capacidades cognitivas, un 40% las han preservado; un 26,67% han mejorado su rendimiento funcional, un 73,33% lo han mantenido. En ninguno de los participantes se ha constatado un detrimento de dichas capacidades.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Conclusión

El esfuerzo intelectual, incluso tomado en forma de divertimento, estimula cambios plásticos en los circuitos cerebrales que compensan los cambios patológicos que se van produciendo como consecuencia de la edad y las enfermedades que la acompañan, evitando el deterioro cognitivo y funcional, y mejorando la calidad de vida.

5. COMUNICACIONES

5.21. La fisioterapia preventiva y de mantenimiento como recurso social y rehabilitador.

Rosado, A.B; Igualada, C.

Centro de Día Arganzuela
Ayuntamiento de Madrid

Objetivos

El Programa de Fisioterapia Preventiva y de Mantenimiento es un recurso dirigido a la población mayor con determinados tipos de dolencias o patologías más o menos invalidantes. Es una actividad que tiene como objetivo prioritario aumentar la capacidad funcional del individuo, mejorando así su calidad de vida. Para ello, no sólo se sirve de ejercicios propios de la "gimnasia de mantenimiento", sino que se utilizan técnicas fisioterapéuticas específicas.

Metodología

Para determinar el perfil del usuario de este servicio se recopilaron datos de sus expedientes y se evaluaron los datos aportados por 90/100 participantes en una encuesta.

En dicha encuesta recogimos una serie de preguntas que nos permitieron obtener información muy concreta a cerca de la edad, sexo, estado civil, recursos sociales, grado de satisfacción y relaciones sociales con otras personas de su edad.

En sus expedientes están recogidas las diferentes escalas que se realizan en el momento de la incorporación del nuevo usuario en el servicio.

Dichas escalas son las siguientes:

- Apoyo monopodal: Se valora la duración máxima del equilibrio sobre 1 sólo pie sin ningún apoyo.
- Test "time up and go" o "levántate y anda". Debe levantarse, caminar 3 metros, volver para sentarse. La prueba es cronometrada para medir la facilidad y rapidez con la que se mueve.
- Escala Tinetti de equilibrio y marcha.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Escala de Grados de movilidad.
- Balance muscular de MMII.
- Escala Visual Analógica de Dolor.
- Escala Barthel para ABVD.
- Escala Lawton (índice de AVDI).

Resultados

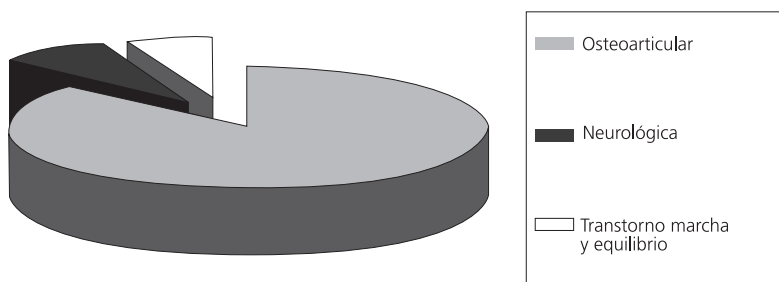
Los resultados obtenidos a través de los expedientes y de las encuestas fueron objetivados a través de escalas y representados mediante gráficos.

Por un lado, representamos el perfil del usuario teniendo en cuenta la edad, sexo y estado civil.

Por otro lado, reflejamos las patologías que llevan a los usuarios a solicitar el servicio.

Y por último, tuvimos en cuenta el uso que hacen los usuarios de los recursos sociales complementarios como son SAD y Teleasistencia.

PRINCIPALES PATOLOGÍAS



De los resultados obtenidos se puede extraer que el usuario tipo responde al siguiente perfil:

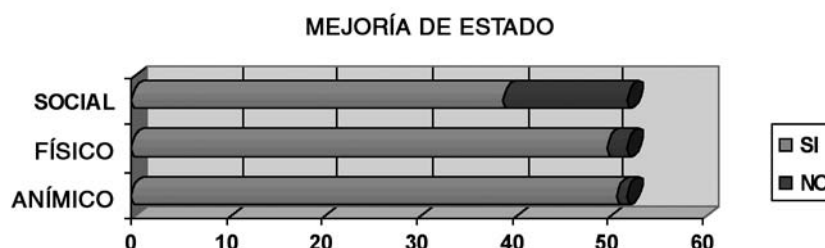
Mujer de entre 65 y 80 años mayoritariamente viuda y con una patología osteoarticular de carácter crónico. Esta patología en la mayoría de los casos es poliartrosis y osteoporosis.

5. COMUNICACIONES

Cabe destacar además el elevado porcentaje de usuarios que incluye en su Historia Médica un cuadro depresivo, en muchos casos derivado de la propia incapacidad que genera esa patología que motivó el ingreso.

Con este estudio hemos podido comprobar como repercute positivamente la Fisioterapia Preventiva en el nivel social, físico y an mico del usuario.

Estos datos fueron representados en el siguiente gráfico:



Conclusiones

Los beneficios que reporta la participación en el Programa son evidentes no sólo desde el punto de vista subjetivo del usuario que en todos los casos manifiesta una mejoría en su estado físico y consecuentemente an mico a nivel general, sino que estos beneficios se pueden hacer objetivables mediante el uso de una serie de escalas, a través de las cuales se pueden valorar de manera cuantificable los progresos en la recuperación física del mayor.

Estas escalas deben completarse en el momento del ingreso y cuando el usuario haya finalizado su estancia en el Programa. Si el tiempo de permanencia es prolongado deberán actualizarse las escalas con cierta periodicidad con el fin de evaluar los resultados obtenidos hasta el momento.

Más allá del carácter rehabilitador de la Fisioterapia Preventiva hay que destacar la importancia de este programa como recurso social. Al tratarse de trabajo en grupos se satisface otro de los objetivos primordiales como es el de facilitar la integración del usuario en el ámbito social, ya que la simple asistencia supone la interacción con otras personas, que además responden a un perfil similar.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.22. Estudio comparativo de dos grupos de Fisioterapia Preventiva

Puente Andrés, P. Mirones, C. De la Torre Vidal, J.

Dep. de Centros de Día y Residenciales.

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Familia

y Servicios Sociales

Ayuntamiento de Madrid

Introducción

Los Grupos de Fisioterapia Preventiva del Ayuntamiento de Madrid como recurso dirigido a los mayores con problemas funcionales y /o deterioro físico que aconseje la atención fisioterapéutica, están encaminados a retrasar o detener la incapacidad. Estos grupos comenzaron a mediados de los años 90 en el distrito de Centro, y su objetivo y características en cuanto al perfil del usuario se han mantenido a lo largo de los años.

Objetivos

- Describir el perfil clínico, funcional y nutricional de los usuarios del Grupo de Fisioterapia Preventiva de Castillo de Uclés (centro de reciente creación, año 2005)
- Comparar los resultados con los de un estudio previo realizado en el año 2002 en el centro de Benito Martín lozano (distrito de Centro) para valorar un posible cambio de perfil del usuario de los actuales Grupos de Fisioterapia Preventiva.

Material y método

Se estudia una muestra de 43 usuarios del centro de Castillo de Uclés (100% de los usuarios) (distrito de San Blas) con una edad media de 72,7 años siendo un 88,8% mujeres. Se recogen datos clínicos de la historia y funcionales (test de Lawton). Se valora el riesgo nutricional mediante el NSI (Nutrition Screening Initiative), considerando como riesgo de malnutrición la puntuación $NSI \geq 6$, y se realizan medidas antropométricas a todos los usuarios para el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Se comparan los datos con los obtenidos en la valoración realizada a 99 usuarios (100%) en el centro de Benito Martín Lozano (distrito de Centro)

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

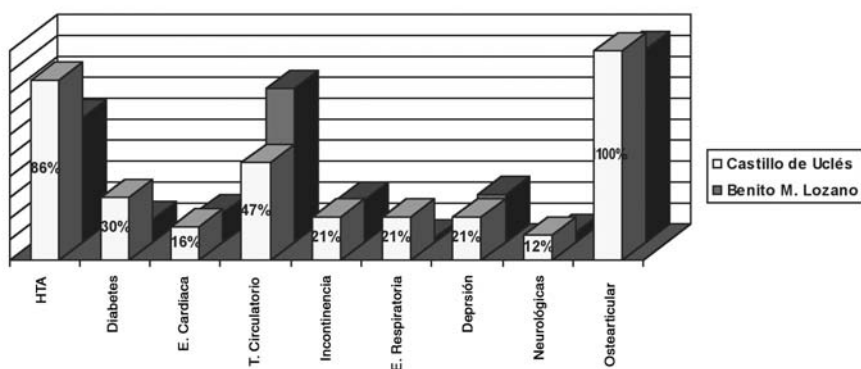
Resultados

La edad media y la distribución por sexos es similar.

	CASTILLO DE UCLÉS	BENITO MARTÍN LOZANO
EDAD MEDIA	72,7	73,4
MUJERES	88,9 %	88,8 %
P. OSTEOARTICULAR	100 %	92 %
LAWTON < 8	42 %	25 %
N.S.I. > 6 PUNTOS	0 %	7 %
N.S.I. DE 3 A 6 PUNTOS	37,5 %	34 %
I.M.C.>29 (OBESIDAD)	56,2 %	48,5 %
I.M.C.<21 (DESNUTRICIÓN)	0 %	0 %

La patología más frecuente en los dos centros es la osteoarticular (100% y 92% en Benito M. Lozano). La dependencia en las Actividades Instrumentales (Lawton) es superior en el centro de Castillo de Uclés (42%). La valoración nutricional indica que no hay riesgo elevado de malnutrición (NSI>6 puntos) en Castillo de Uclés, a diferencia de Benito Martín Lozano (NSI>6 en un 7%), no existiendo ningún caso de malnutrición (IMC<21). Tienen un IMC>29 un 56,2% en Castillo de Uclés y de 48 % en el estudio previo. Existe un 18,7% de obesos con valores normales del NSI.

PERFIL CLÍNICO EN AMBOS CENTROS



5. COMUNICACIONES

Conclusiones

No se aprecian diferencias poblacionales entre los dos centros, con una distribución por sexo y edad similar. Tampoco hay diferencias en cuanto a la patología de mayor prevalencia (patología osteoarticular). El perfil nutricional de los usuarios es prácticamente idéntico, encontrando la obesidad como único factor relacionado con el riesgo nutricional. La mejor medida de riesgo nutricional en los ancianos usuarios de los grupos preventivos es el IMC.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

5. COMUNICACIONES

5.23. Prevención de las quejas de memoria en las personas mayores: estudio del rendimiento de la memoria tras un programa de entrenamiento en estrategias.

Delgado Losada. M. L.

Facultad de Psicología.

C. de S. S. .D. de Chamartín

Ayuntamiento de Madrid

Objetivos

El objetivo principal es estudiar el rendimiento de la memoria de las personas mayores que se benefician de un programa de entrenamiento en estrategias. Los objetivos específicos son, estudiar la eficacia del programa en la mejora de las capacidades de aprendizaje y memoria de las personas mayores, verificar la permanencia en el tiempo de los efectos del entrenamiento, y si puede considerarse como una intervención útil en la prevención de las quejas de memoria que con frecuencia presenta la población mayor.

Material

Las pruebas utilizadas en la evaluación son: una prueba de screening para evaluar el estado cognitivo general del sujeto (Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo y cols, 1979), una prueba destinada a evaluar las quejas subjetivas de memoria (Memory Everyday Failures (MFE), (Sunderland y cols, 1983) y dos pruebas para evaluar la capacidad de aprendizaje y la memoria (Test Conductual de Memoria Rivermead; (RBMT) (Sunderland, Harris y Gleave, 1984) y Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedet y Alexandre, 1998)).

Método

La muestra está compuesta por 130 personas mayores de 60 años, divididas en dos grupos, experimental y control, con sesenta y cinco personas cada uno. Todos ellos tenían como característica común la presencia de quejas subjetivas de memoria. A los sujetos del grupo experimental se les aplicó un programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria, y el grupo control no recibió ninguna intervención. La asignación de los sujetos a los grupos fue aleatoria. Los dos grupos participantes en el estudio son homogéneos en cuanto a, edad, sexo, nivel educativo, y puntuación obtenida en el MEC.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Tabla I: Descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra.

	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	Estadístico	P
EDAD	X = 70,26 Sx = 5,71	X = 69,75 Sx = 3,96	F = 0,347	0,557
SEXO Mujer Varón	N = 49 (77,3%) N = 16 (22,7%)	N = 55 (84,2%) N = 10 (15,8%)	$\chi^2 = 1,731$	0,188
NIVEL EDUCATIVO Primarios (1-5 años) Secundarios (6-8 años) BUP/COU/FP (9-12 años) E. Superiores (más 13 años)	N = 20 (30,8%) N = 13 (20%) N = 23 (35,4%) N = 9 (13,8%)	N = 22 (33,9%) N = 14 (21,5%) N = 21 (32,3%) N = 8 (12,3%)	$\chi^2 = 0,282$	0,963
MEC	X = 33,45 Sx = 1,50	X = 33,23 Sx = 1,72	F = 0,578	0,448

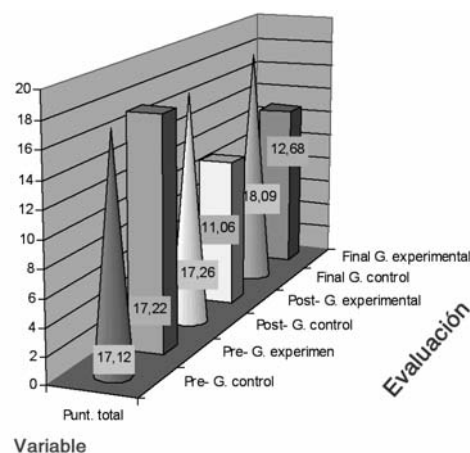
X = media; Sx= desviación típica; F/N² = nivel de significación; N = número de sujetos.

La evaluación comienza con una entrevista en la que se recoge información sociodemográfica y, posteriormente, se aplicaban las pruebas de evaluación. Tras esta evaluación, los sujetos pertenecientes al grupo experimental participan en el programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria. A cuyo término, todos los sujetos, tanto del grupo experimental como del grupo control, son evaluados, aplicándose las mismas pruebas que en la evaluación previa, o formas paralelas de éstas. Posteriormente, los sujetos pertenecientes al grupo experimental acuden a dos sesiones de seguimiento. Y, a los seis meses, se realiza a todos los sujetos la evaluación final.

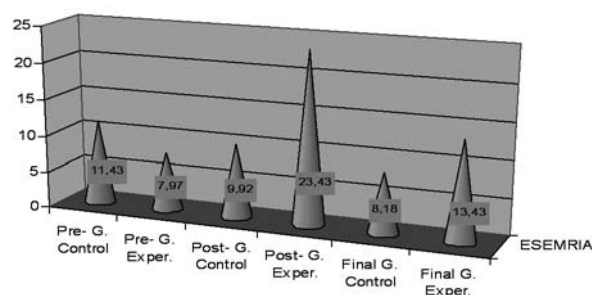
Resultados

Los resultados encontrados en la administración del MFE señalan que, en la evaluación posterior a la aplicación del programa, existen diferencias significativas entre ambos grupos, siendo superiores las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental. Y, en la evaluación final, observamos que las puntuaciones de la prueba siguen en la misma línea que las obtenidas en la evaluación posterior.

5. COMUNICACIONES

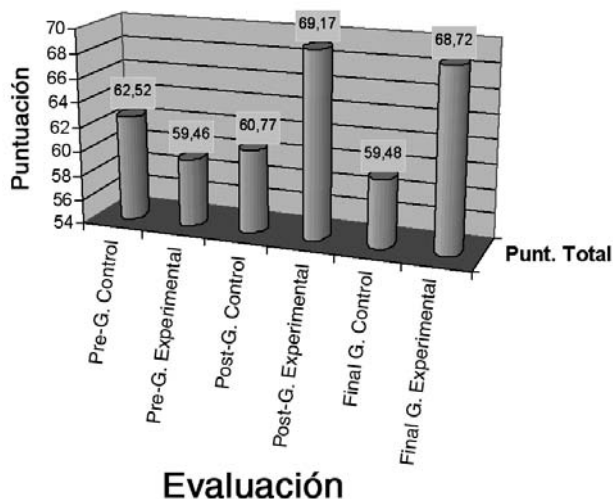


En cuanto al ámbito de memoria evaluado por el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense, el grupo experimental es capaz de recordar más palabras tras haber recibido el entrenamiento en el programa, por tanto, dicha intervención permite aumentar en ámbito de memoria.



En la aplicación del RBMT, los resultados señalan que después del programa, el grupo experimental es el que obtiene un mejor rendimiento. Las mayores puntuaciones del grupo experimental indican que el programa les ha enseñado y entrenado en diferentes aspectos de la memoria cotidiana como, memoria espacial, memoria prospectiva, memoria de caras, memoria del discurso, etc., y por tanto, el programa es efectivo para la mejora de la memoria necesaria para la realización de actividades de la vida cotidiana en las personas mayores. Estos mismos resultados pueden comprobar que se mantienen después de seis meses de haber finalizado del entrenamiento.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



En general, todas las pruebas de evaluación administradas permiten observar que tras la realización de la evaluación post-entrenamiento, las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental aumentan de manera considerable con respecto a las que obtiene el grupo control en este mismo momento evaluativo, y esos mismos resultados se mantienen en el tiempo.

Conclusiones

El programa de entrenamiento en estrategias resulta eficaz para mejorar el rendimiento de la memoria en las personas mayores, permite que los sujetos que se benefician de él obtengan un mayor rendimiento en todas las pruebas que evalúan el aprendizaje y la memoria, logren que esa mejora se mantenga en el tiempo y, de forma añadida, disminuyan sus quejas subjetivas sobre los déficit de memoria.

Referencias

BUENO, M. D. Y VEGA, J.L. (1993). Aprendizaje y memoria en la vejez. *Investigaciones Psicológicas*, 12: 75-100.

DELGADO, M.L., (2004) Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria en personas mayores. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

5. COMUNICACIONES

DELGADO, M.L. FERNÁNDEZ, S. Y LÓPEZ, B. (2000) Estrategias de intervención en las alteraciones de la memoria. Comunicación presentada en el Iº Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela. (La Coruña).

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., MONTORIO, I., GUERRERO, M.A., IZAL, M., LLORENTE, M.G. Y HERNÁNDEZ, J.M. (1990): Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria. II Congreso de Psicología. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.

MONTEJO, P., MONTEJO, M., REINOSO, A. I., DE ANDRÉS, M.E., Y CLAVER, M.D. (2001): Programa de Memoria. Método UMAM. Madrid: Díaz de Santos.

YESAVAGE, J. (1992): "Propuestas terapéuticas en las disfunciones de la memoria en edades avanzadas". En: Formación y entrenamiento en Geriátría. El paciente de edad avanzada en medicina general. Barcelona: Sandoz.