

7. Comunicaciones

7.1. Servicio de apoyo psicológico a ancianos frágiles con aislamiento social en Madrid

Berta Ausín Benito, Ana Belén Santos-Olmo Sánchez y Manuel Muñoz López
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Objetivos

El objetivo general del Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid (SAP) es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con riesgo de aislamiento o exclusión social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso y considerando el internamiento involuntario y la incapacitación legal en último extremo.

Metodología

Se tienen en cuenta técnicas y habilidades psicológicas como empatía, personalización, habilidades de comunicación verbal y no verbal, de conversación y de escucha. El estilo de atención se caracteriza por ser domiciliaria, de proximidad, psicosocial, de seguimiento del caso, proactiva, comunitaria (vecinos, familia...) y de enlace (contacto con servicios sociales y sanitarios...).

Respecto a la derivación e intervención, son los centros de los Servicios Sociales de los distritos quienes derivan los casos. Los casos derivados se revisan en la reunión semanal de equipo y se decide si cumplen el perfil de aislamiento. Si es así, se fija una cita con el trabajador social para revisión exhaustiva del expediente y primera visita conjunta. Una vez realizada esta primera visita conjunta, el SAP, junto con el trabajador social, elaboran un plan de intervención y el SAP comienza su intervención (enganche, evaluación, intervención, seguimiento) en permanente coordinación con el trabajador social.

El diseño del plan de intervención se basa en las necesidades detectadas en la persona, así como en la posibilidad de recibir diferentes ayudas y recursos.

7. Comunicaciones

Pueden darse tres perfiles:

1. Aquellos casos que sean susceptible de normalización. En estos casos se inicia el Protocolo de Intervención con el objetivo de detener la situación de aislamiento de la persona, mediante la aceptación de recursos formales (los propios de la red socio-sanitaria) e informales (apoyo de familiares, vecinos...).
2. Aquellos casos en los que ni la normalización ni la custodia son las vías de intervención adecuadas. En estos casos, se realiza una labor de contención y mantenimiento mediante contactos frecuentes con el propio usuario y su red de apoyo formal e informal, con el objetivo de detectar lo más rápidamente posible cualquier cambio en su situación que favorezca una intervención, bien hacia la normalización, bien hacia la custodia.
3. Aquellos casos cuyo nivel de deterioro es irrecuperable. En estos casos, denominados de custodia, el SAP elabora un Informe de valoración Psicosocial que se adjuntará con el resto de documentación necesaria, a través de los Servicios Sociales, a Fiscalía o a los Juzgados.

Resultados

En cuanto a las personas atendidas, de las 126 personas derivadas se han descartado 32 por no cumplir el perfil de aislamiento. Es decir, se ha trabajado con 94 mayores (ver gráfico 1). Del total de 94 personas mayores atendidas, 56 expedientes se han cerrado, es decir, han dejado de estar en situación de aislamiento social. En la actualidad, el Servicio tiene 28 expedientes abiertos.

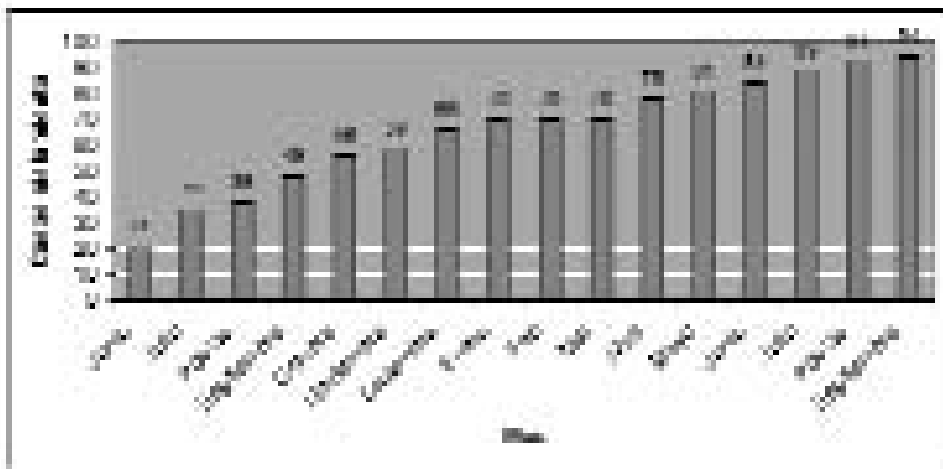


Gráfico I. Derivaciones de personas mayores en aislamiento social al SAP (Junio 06-Septiembre 07)

Teniendo en cuenta los tres perfiles de intervención, cabe destacar lo siguiente:

1. Perfil de Normalización: el 19,6% de los casos en los que se ha intervenido o se está interviniendo en la actualidad, pertenecen a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 6,4 meses, con una media de 26 contactos.
2. Perfil de Contención: el 27,45% de los casos en los que se ha intervenido o se está interviniendo en la actualidad, pertenecen a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 8 meses, con una media de 32 contactos.
3. Perfil de Custodia: el 52,94% de los casos en los que se ha intervenido o se está interviniendo en la actualidad, pertenecen a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 3,9 meses, con una media de 14,22 contactos.

Un análisis de los datos recogidos a lo largo de estos meses de puesta en marcha del SAP, se observa este perfil de las personas atendidas: la mayoría son mujeres, con una edad media de 79 años, solteras o viudas, sin hijos, que viven solas. La mayor parte de las personas en aislamiento llegan a Servicios Sociales por información de los vecinos. Prácticamente la mitad tiene un procedimiento abierto en Fiscalía. Una tercera parte presenta deterioro cognitivo moderado y prácticamente la mitad de la muestra presenta trastorno mental grave (se incluyen los síntomas psicóticos graves, trastornos de personalidad, alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y consumo problemático de alcohol).

Conclusiones

En definitiva, este Servicio apoya la utilidad de las estrategias de búsqueda activa en este tipo de población y la eficacia del abordaje multidisciplinar.

Por último, el Servicio se ha mostrado útil para dar salida a situaciones de aislamiento social, a través del enganche con el SAP y los servicios socio-sanitarios; del apoyo de la implicación de la red social y familiar; y del apoyo a ingresos no voluntarios en residencia.

Referencias

- Buena vecindad. definición de un nuevo modelo de apoyo a las personas mayores que viven solas: Sector de Servicios Personas del Ayuntamiento de Barcelona; (2002)
- Halliday G, Banerjee S, Philpot M, y Macdonald A. Community study of people who live in squalor; (2000) The Lancet p 11, 882-886.

7.2. La demencia en adultos jóvenes: aspectos diferenciales y atención especializada en un Centro de Día

*Pilar Serrano Garijo , M^a Cruz Tena-Dávila Mata, M^a del Sol García Carpio, Carmen Martín Díez, Juan de la Torre Vidal y Florencio Martín Tejedor.
Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.*

Introducción

El Centro, bautizado con el nombre de uno de los padres de la Geriátría en nuestro país, el doctor Salgado Alba, está concebido pensando especialmente en la realidad de las personas a las que se dirige la atención a dispensar y sus familias. Y ello porque la aparición de la enfermedad de Alzheimer en una edad tan temprana desencadena multitud de efectos colaterales en el enfermo y su círculo más estrecho de relación: ruptura de una dinámica familiar normalizada; problemas laborales; desencuentros de pareja; incertidumbre en los hijos que continúan conviviendo en el hogar parental; depresión y ansiedad; condiciones físicas en los enfermos que permanecen excelentemente preservadas que requieren una atención específica también, y esto por citar solo algunas de las circunstancias más frecuentes.

Estas razones han llevado al Ayuntamiento de Madrid a realizar un especial esfuerzo en el diseño del modelo de atención del Centro, modelo que presenta, junto a las habituales prestaciones de los centros de día (atención sociosanitaria integral), determinadas singularidades respecto a otros centros municipales especializados en enfermos de Alzheimer: el horario de atención se extiende entre las 8.00 y las 20.00 horas, de lunes a viernes; se ofrece servicio de respiro familiar todos los sábados y domingos del año; los familiares pueden contar, si lo desean, con servicios de orientación jurídica y psicológica; se dispone de logopedia, además de fisioterapia y terapia ocupacional, para los usuarios; el servicio de transporte adaptado da cobertura a los 21 distritos municipales, pues si bien el equipamiento se encuentra físicamente ubicado en Carabanchel, puede ser beneficiario del mismo cualquier madrileño que cumpla los requisitos de acceso, independientemente del distrito en el que se encuentre empadronado; así como un programa de actividades socioculturales de acuerdo con las necesidades que vayan presentando los usuarios.

Aunque, en el Ayuntamiento de Madrid, la atención a los jóvenes está garantizada, ya que el requisito edad no está presente en los Centros de Día para demencias, las diferencias clínicas generales entre demencia de inicio precoz y demencias de inicio tardío, y la falta de recursos asistenciales y sociales adecuados para estos pacientes, ha hecho que en los últimos años las demencias de inicio precoz se hayan venido reconociendo como un problema médico y social importante al que hay que dar respuesta.

Las dificultades experimentadas por los propios pacientes y sus familiares/cuidadores han sido una parte fundamental de este reconocimiento. Por otra parte, la inexistencia de recursos y servicios asistenciales comunitarios específicos para estos pacientes “jóvenes”, y el hecho de que éstos acaben usando recursos residenciales (y de un coste mucho mayor) de forma más precoz que los pacientes con demencia de inicio tardío, han forzado el interés general por estas enfermedades.

En el terreno de lo social, los problemas específicos de las demencias de inicio precoz son varios y pueden verse agravados cuando las prestaciones sociales son inexistentes o inadecuadas. Por esta razón, valoramos la necesidad de atender de manera diferenciada a las personas jóvenes afectadas de demencia y para ello formulamos cinco preguntas clave, que desarrollaremos a continuación.

Objetivo

Obtener respuesta a cinco preguntas clave formuladas en la fase de diseño del centro.

- ¿De cuántas personas estamos hablando?
- Desde el punto de vista clínico-asistencial, la demencia, ¿es distinta en los jóvenes?
- Las causas, ¿son las mismas?
- ¿Qué aspectos diferenciales cabe destacar?
- ¿Es necesario proporcionar recursos distintos a este colectivo?

Material y método

La mayoría de los datos se obtiene mediante búsqueda bibliográfica, y se realizan algunas investigaciones ad hoc en los centros de día municipales, analizando los jóvenes allí atendidos.

Resultados y comentarios

¿De cuántas personas estamos hablando?

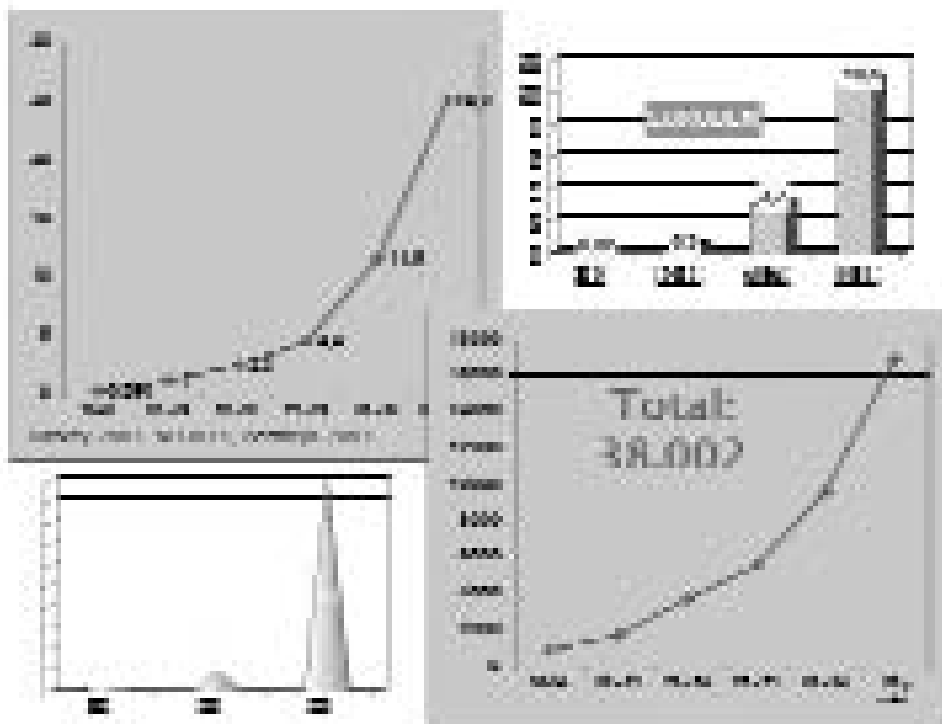
En nuestro país se estima que alrededor de medio millón de personas padecen Alzheimer y otras demencias, de las que un ocho por ciento aproximadamente cabe esperar que residan en la ciudad de Madrid, dado que esa es la proporción de mayores que figuran empadronados en ella en relación con la nacional. Aunque ésta es una estimación bastante simple que conviene matizar: Según datos de la encuesta Madrid Salud, la prevalencia de demencia en nuestra ciudad es de 1,1 por 10.000, es decir; hablamos de unas 35.000 personas afectadas de ese problema, sin hacer distinción de edad.

Como es de esperar; todos los estudios consultados muestran el incremento progresivo de la prevalencia conforme se avanza en edad, es el caso del estudio EURODEM o el NEDICES.

En el caso de la incidencia, esta situación vuelve a repetirse de manera clara.

La siguiente gráfica, concordante con lo expresado con anterioridad, sigue mostrando el característico aumento exponencial.

Cuando se aplican esos datos estimativos a la población madrileña, la cifra es realmente importante, nada menos que 38.000 personas afectadas de demencia en nuestra capital, cifra cercana a la estimada por Madrid Salud.

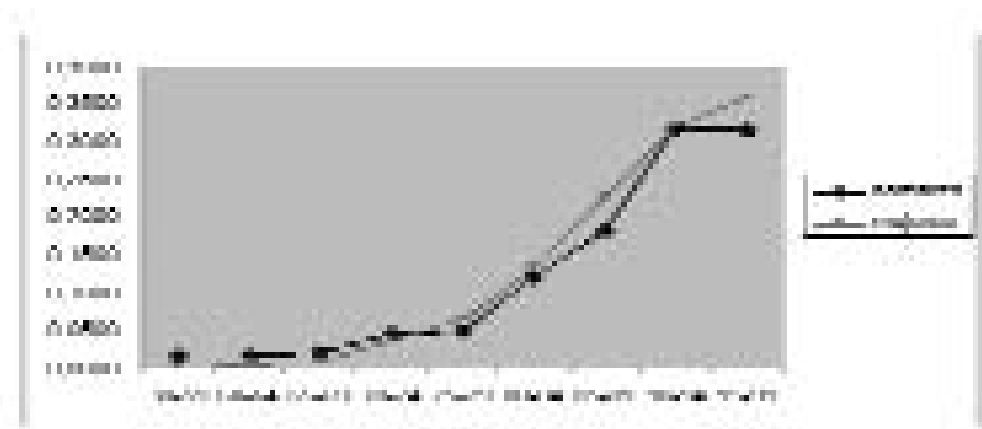


Si atendemos al dato de dementes jóvenes, con las prevalencias estimadas, cabe esperar que 824 sean menores de 65 años y 260 menores de 60 años (aplicando una prevalencia del 0,019% para estos últimos).

Desde el punto de vista clínico-asistencial, la demencia, ¿es distinta en los jóvenes?

De acuerdo con la bibliografía consultada, cabe esperar en una demencia de inicio precoz.

- Es menos frecuente que el tardío.
- El comienzo es más precoz y la supervivencia es más corta.
- El deterioro cognitivo es más rápido
- Alteraciones del LENGUAJE con mayor frecuencia.
- Predominan síntomas de lesión en los lóbulos frontales y parietales. La mayoría de los casos presentan: afasias, apraxias o agrafias.
- Los trastornos conductuales y las manifestaciones psicóticas son más frecuentes.
- Su relación con alteraciones genéticas está más definida.
- Declinar más veloz en todas las funciones neuropsicológicas.
- Son las alteraciones de las Habilidades los primeros síntomas que detectan los familiares y causa más malestar.
- Las alteraciones en las AVD es uno de los primeros síntomas que detectan.
- El mantenimiento de estas capacidades en la demencia en jóvenes se considera clave a la hora de estimar la calidad de vida del paciente.
- El riesgo de internamiento es mayor y la mortalidad más elevada.



La grafica, en relación con el sexo, también incita a pensar en que hay elementos diferenciales.

Las causas, ¿son las mismas?

Básicamente sí, pero con proporciones bastante diferentes. La diversidad en los jóvenes es mucho mayor:

Mayores	Jóvenes
• Alzheimer: 50-80%	• Alzheimer: 34%
• Vasculares: 10-20%	• Vasculares: 18%
• Lewy: 10-15%	• Frontotemporal: 12%
• Otras (Parkinson, Huntington): 5-15%	• Alcohol: 10%
• Menos frecuentes: 1-2%	• Lewy: 7%
	• Otras 19%*

* Huntington, esclerosis múltiple, degeneración corticobasal, enfermedad por priones, síndrome de Down, Parkinson, no especificada.

¿Qué aspectos diferenciales cabe destacar?

La literatura nos señala dos bloques fundamentales:

- En el mundo laboral, la repercusión es considerable, ya que, en una persona en la que se inicia la enfermedad precozmente, que aún está en edad laboral, el impacto es importante, tanto a nivel personal como económico (disminución de ingresos dentro del núcleo familiar, con el problema que esto supone para la familia, teniendo en cuenta que los gastos van a aumentar, etc.), mientras que en una persona en la que se desencadena la enfermedad cuando ya no está en edad laboral, la repercusión es menor.
- En la familia, cónyuge e hijos, también es diferente entre demencia senil y presenil, las repercusiones familiares y sociales son más intensas o diferentes en los familiares de dementes jóvenes. En mayores es algo que puede aparecer con la edad (es más normal), mientras que en jóvenes no es frecuente, "es algo de viejos" que a su familiar no le puede pasar; de manera que la aceptación de la enfermedad es más dura y difícil, además del miedo a que eso mismo les pueda pasar a ellos.

Un trabajo realizado expresamente (situación clínica, funcional, cognitiva-conductual y social de usuarios de centros de día municipales con demencia de inicio temprano) y presentado en las Jornadas de Salud Pública (Madrid Salud 2006) corroboró algunos de estos aspectos en 11 usuarios de centros de día, menores de 60 años.

- Síntomas corticales muy manifiestos (apraxias, agnosias) en el 90%

- Trastornos de la marcha con signos parkinsonianos 40%.
- Alteraciones del comportamiento en el 63%.
- Repercusión familiar muy importante (100%)

¿Es necesario proporcionar recursos distintos a este colectivo?

Todo lo señalado con anterioridad nos ha hecho considerar esa necesidad, motivo por el que se ha hecho un diseño específico para este centro, con una serie de protocolos que no son objeto de esta comunicación.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL 'CENTRO DE DÍA DE ALZHEIMER DE INICIO TEMPRANO DR. SALGADO ALBA'	
• Informe de solicitud para la admisión	• Áreas de evaluación y seguimiento
• Valoración inicial	• Protocolos específicos de intervención
• Protocolo de acogida	• Formación y evaluación
• Protocolo de trabajo multidisciplinar	
• Documentos de valoración, específicos para profesionales	

En cuanto a la estimación numérica, en el estudio diseñado a tal fin en 2005, en las 1.156 plazas existentes en ese momento, encontramos una cantidad de personas jóvenes que se muestra en la tabla y nos orienta al número de plazas necesarias a fin de 2.007, con el crecimiento previsto.

Centros de Día	<65 años	<60 años
Propios	14	7
Concertados	32	14
1.156 plazas (junio de 2005)	46	21
2.400 plazas (dic. 2007)	96	44

Referencias

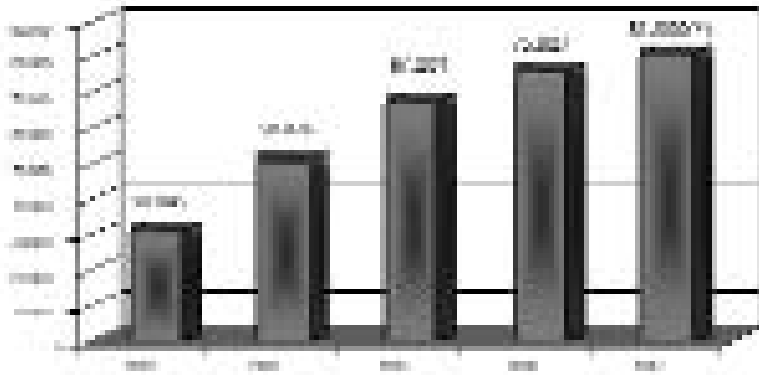
- Actualizaciones en Neurología, Neurociencias y Envejecimiento; 2003 p (6):341-345.
- Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General. Dr. Ricardo A. Rangel - Guerra. PAC Neurología: Parte D Libro 3.
- www.drscope.com/privados/pac/generales/neurologia/demencia.html
- El estado del proyecto EURODEM. epidemiología de las demencias en Europa. Biopsicología.net N6: Discapacidad-2.2.5.3.2. Aspectos Conductuales. www.biopsicologia.net/fichas/page_5500.html
Discapacidad-2.2.5.3.1. Aspectos Cognitivos. www.biopsicologia.net/fichas/page_5508.html
Discapacidad -2.2.5.2. Subtipos. Universidad Autónoma de Madrid. www.biopsicologia.net/fichas/page_5472.html
- Psicoactiva.com CIE 10. www.psicoactiva.com/cie10_2.htm
- Harvey Rj, Skelton-Robinson M, Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 year: J Neurol Neurosurg Psychiatry; 2003. p 74:1206-9.
- Guimerà A, Gironès X, Cruz-Sánchez F F. Actualización sobre la patología de la enfermedad de Alzheimer. Instituto de Ciencias Neurológicas y Gerontológicas: Universitat Internacional de Catalunya.
- Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.

7.3. Las nuevas tecnologías: Excelencia en el Servicio de Teleasistencia

*Rosario Romero Chaparro, Paloma Giménez-Díaz Oyuelos,
María Cristina Gaisse Herrero, María Soledad Frías Martín
y Florencio Martín Tejedor*
Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid

Introducción

El Ayuntamiento de Madrid presta el Servicio de Teleasistencia a los mayores del municipio desde comienzos de los años 90. El crecimiento del servicio ha sido exponencial desde el año 2003, existiendo en la actualidad más de 81.000 teleasistencias instaladas en los domicilios de los mayores. En el gráfico siguiente se define el crecimiento por usuarios/año:



La incorporación de avances tecnológicos y la creación de nuevos sistemas de comunicación se incluyen como modernización y complemento del servicio durante el periodo comprendido entre 2004-2007. Estos dispositivos, incluidos como mejoras técnicas dentro del contrato de teleasistencia domiciliaria, son los detectores de gas, de humo; sensores de movimiento, alarmas anticaídas, videoasistencias, sistemas adaptados a deficiencias sensoriales y GSM.

Se pretende ofrecer con ellos una excelencia en la calidad de la atención de los mayores que tienen el servicio de teleasistencia en sus domicilios.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar la implementación y la evolución de los dispositivos periféricos en el servicio de Teleasistencia del Ayuntamiento de Madrid y la relación de los mismos con el perfil de usuario.

Metodología

Se analizan los datos de las memorias de los años 2005 y 2006 de la Dirección General de Mayores y los informes enviados por entidades adjudicatarias del servicio de teleasistencia, en relación a los dispositivos periféricos instalados en los domicilios desde el año 2005 hasta agosto de 2007. Por otro lado, se analizan 392 test de Barber realizados a una muestra de usuarios que disponían de dispositivos periféricos, con el fin de determinar el grado de idoneidad de la instalación de los mismos.

Para establecer la necesidad de instalación de dispositivos periféricos, se analizaron todos los ítems del test de Barber de forma que, aquellos que determinaban riesgo, se vincularon directamente con cada uno de los dispositivos. Al test de Barber se le añaden algunas preguntas que identifican situaciones de fragilidad, tal y como se detalla en el siguiente gráfico:



Resultados

El resultado del test determinó riesgo socio-sanitario en los usuarios del servicio, de manera que el 37% de ellos necesitaba que le ayudaran a menudo, el 30% tenía dificultades con la vista, el 27,8% había sufrido caída en el domicilio, el 19,4% había tenido caída en la calle y el 26,9% tenía problemas de memoria, entre otros.

En base a estas necesidades, los dispositivos instalados en los domicilios de los usuarios durante los años 2005, 2006 y 2007 fueron los siguientes:

Año	Dispositivos de riesgo/ Problemas de vista	Dispositivos de riesgo/ Dificultad de audición	Dispositivos de riesgo/ Problemas de memoria	Dispositivos de riesgo/ Caídas en el domicilio	Dispositivos de riesgo/ Caídas en la calle
2005	428	458	6	4	2
2006	1.274	1.294	3	79	7
Reporte 2007	1.800	1.800	4	88	30

Conclusiones

Los avances tecnológicos se han confirmado como sistemas complementarios al propio Servicio de Teleasistencia, confiriendo con ello un carácter preventivo ante potenciales situaciones de riesgo y, por ende, ofreciendo una tranquilidad, seguridad y mejora en la calidad de la atención de los mayores que disfrutan del servicio.

El avance en la fabricación de nuevos sistemas tecnológicos y el interés del Ayuntamiento de Madrid en la incorporación de los mismos al servicio de teleasistencia, hace que se haya propuesto como objetivo, desde enero de 2008 y hasta mayo de 2012, instalar en los domicilios de los mayores en alta en el servicio: 305 sistemas adaptados a deficiencias auditivas, 2.466 detectores de caídas, 3.931 detectores de humo, 3.237 dispensadores de medicación, 971 sensores de ocupación de sillón, 1.213 sensores de apertura de puerta de frigorífico/microondas y 1.248 GPS.

Referencias

- Memorias de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid de los años 2005-2006
- Informes anuales de las entidades prestadoras del servicio.

7.4. Impacto del programa ‘Cuidando al cuidador’ en la sobrecarga medida con Zarit

María del Sol García Carpio, Pilar Serrano Garijo, M^a Cruz Tena-Dávila Mata, Carmen Martín Díez, María Soledad Frías Martín y Florencio Martín Tejedor
Dirección General de Mayores, Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

La DGM, lleva a cabo un programa psicoterapéutico grupal, destinado a cuidadores principales de personas mayores con severa dependencia funcional o/y psíquica, que ha sido evaluado en diferentes ocasiones, sin conseguir demostrar una clara disminución en la sobrecarga del cuidador, a pesar de que se ha demostrado eficaz en otros muchos aspectos.

Este programa se puso en marcha en el 2004, y desde entonces hemos realizado 66 grupos.

Es un proyecto psicoterapéutico dirigido por psicólogos, destinado a cuidadores sobrecargados, que pueden ser captados por diversas vías.

- Cuidadores de usuarios de SAD, cuidadores de usuarios de CD, cuidadores de primera atención, cuidadores captados a través del INSALUD.
- Consta de una sesión semanal de una hora y media, durante 14 semanas.

Lo que pretendemos con el programa, entre otras cosas:

- Desahogar la tensión emocional y psicológica acumulada por el cuidador. Salir del aislamiento al que aboca muchas veces la tarea de cuidar. Aprender a pedir ayuda de modo adecuado y eficaz. Recuperar las actividades sociales y de ocio. Comprender y aceptar los sentimientos positivos y negativos derivados de la tarea de cuidar.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es, por un lado, conocer el impacto de este programa en el bienestar de los cuidadores y la sobrecarga del cuidador; y por otro lado, demostrar que el resultado de los test de valoración de sobrecarga del cuidador en muestras pequeñas ($n < 60$), no reflejan con exactitud la realidad.

Material y método

Se valoran los resultados obtenidos en los cuestionarios en relación con la calidad de vida, sobrecarga y otros indicadores de interés.

Utilizamos los cuestionarios ZARIT y GHQ-28, y comparamos los resultados entre muestras de < 60 y > 180 cuidadores. Los datos son analizados mediante SPSS.

El ZARIT mide la sobrecarga emocional del cuidador; la situación de estrés, con peligro de su salud física y mental, la necesidad más o menos imperiosa de descarga y la situación extrema de cuidador quemado.

El GHQ-28 es un instrumento diseñado para detectar 'cambios en la función normal del paciente', monitorizando los cambios recientes en el tiempo.

Es un cuestionario auto administrado que consta de 28 items agrupados en cuatro subescalas de 7 items cada una:

- Subescala A: Síntomas somáticos; Subescala B: Ansiedad e insomnio; Subescala C: Disfunción social; Subescala D: Depresión grave.

Por encima de 6/7 indica alteración en cada subescala.

Resultados

En todos los grupos analizados observamos que el perfil de los cuidadores es muy similar. Casi el 80% son mujeres; entre el 40 y 50% son hijas y esposos; la edad media de los cuidadores es de 60-62 años, con una media de 8 años de cuidados.

Resultados muestra pequeña

En los resultados evaluados en una muestra pequeña, observamos que, tanto en la reducción de la sobrecarga como en la esfera de depresión, no se demuestra una verdadera disminución, sí en el resto de las esferas, y vemos una disminución del GHQ total de 36 a 28.

Esfera	Pre-intervención	Post-intervención	P. < 0,05
Sobrecarga	36	28	No
Depresión	27	27	No
Calidad de vida	28	28	Si
GHQ total	36	28	Si

Mejoras de la sobrecarga no significativas

Mejoras de la esfera depresión no significativas

Resultados muestra grande

Si utilizamos los registros de varias valoraciones, observamos una clara mejoría, tanto en la sobrecarga como en la calidad de vida de los cuidadores.

- El GHQ total pasa de 37 a 27, siendo el impacto notorio en todas las esferas, incluida la depresión, algo que no había podido ser demostrado con anterioridad.
- La sobrecarga desciende 3 puntos, siendo esta mejoría significativa desde el punto de vista estadístico.

Esfera	Pre-intervención	Post-intervención	P. < 0,05
Sobrecarga	37	34	Si
Depresión	27	27	Si
Calidad de vida	28	28	Si
GHQ total	37	27	Si

Mejoras tanto en la sobrecarga como en la calidad de vida

Conclusiones

Los resultados son distintos al valorar la sobrecarga y mejora de calidad de vida, dependiendo del tamaño de la muestra, algo que tenemos que tener en cuenta al realizar valoraciones, para que los resultados reflejen la realidad.

A pesar de esto, es necesario evaluar las actividades encaminadas a disminuir la sobrecarga del cuidador, aunque en ocasiones sea difícil constatar cuantitativamente la eficacia de la acción terapéutica ya que la naturaleza de los programas hace que éstos estén limitados numéricamente.

7.5. Programa de intervención en las AIVD's en pacientes de 30 a 60 años con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de inicio temprano

*Mónica Sánchez Alonso, Irene Soler Moreno, Gema Serrano Roncero,
M^a del Mar Merino Acedo, Raquel López Guinea y Mireia Gallego Díaz
C. D. de Alzheimer Dr. Salgado Alba. Ucalisa
Ayuntamiento de Madrid.*

Introducción

Los usuarios que asisten al Centro de Día Doctor Salgado Alba son personas de 30 a 60 años que se han visto afectadas por algún tipo de demencia, como el Alzheimer, Corea de Huntington, Wernicke- Korsakoff, demencia Fronto- temporal, etc.

Las limitaciones cognitivas, físicas y funcionales que sufren debido a su patología, influyen negativamente en la ejecución de las actividades de la vida diaria, básicas (AVD) e instrumentales (AVDI), así como en su ámbito socio-familiar.

En los primeros estadios de la enfermedad mantienen la autonomía e independencia en la mayoría de las AVD, pero con el tiempo van experimentando la pérdida progresiva de sus capacidades y con ella la necesidad de ayuda de terceras personas en todas las actividades cotidianas que antes desarrollaban por sí solos.

Para ralentizar este deterioro funcional se hace necesaria la puesta en marcha, entre otros, de programas de Actividades de la Vida Diaria (básicas e instrumentales). Los objetivos generales que se pretenden con dichos programas son:

- Mantener y/o incrementar la independencia y autonomía del usuario.
- Ralentizar la necesidad de ayuda de terceras personas.
- Mejorar la calidad de vida del usuario y la familia.

7. Comunicaciones

Las actividades instrumentales de la vida diaria: Son actividades complejas y necesarias para relacionarnos con nuestro entorno más próximo:

- Utilizar el teléfono
- Preparación de comidas
- Uso de medios de transporte
- Cuidado de la casa
- Manejo de asuntos económicos
- Ir a la comprar
- Manejo de medicamentos

Es fundamental realizar un tratamiento individualizado adaptando la manera de llevar a cabo la AVD a las características del usuario. Cada persona tenemos una manera de planificarnos, de realizar actividades, resolver problemas; motivaciones e intereses que nos hacen distinguimos sustancialmente de los demás... si a eso le añadimos las diferencias que se originan al padecer un tipo de demencia u otra, se hace imprescindible personalizar cada actividad al usuario, abordándole desde el enfoque integral del modelo biopsicosocial.

Objetivos

Evaluar los programas de terapia ocupacional (T.O.) encaminados a mantener y/o incrementar la autonomía e independencia en las AVDI en el C.D. 'Dr. Salgado Alba', pionero en España.

Metodología

Se realiza un estudio experimental con 12 pacientes, evaluando su capacidad funcional al ingreso y tras seis meses de tratamiento.

Del mismo modo se analizan los protocolos y programas específicos diseñados y su aplicación a los usuarios del Centro de Día. Se describen las actividades propias de cada programa y se valora cualitativa y cuantitativamente el mantenimiento y/o mejora del estado funcional de los pacientes.

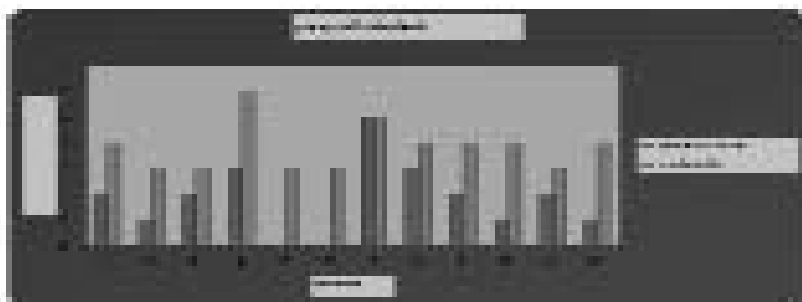
La metodología utilizada es la observación directa de la realización de las diferentes tareas que componen la actividad y el análisis estadístico mediante la prueba de signos de los datos obtenidos tras las valoraciones realizadas con la Escala Lawton.

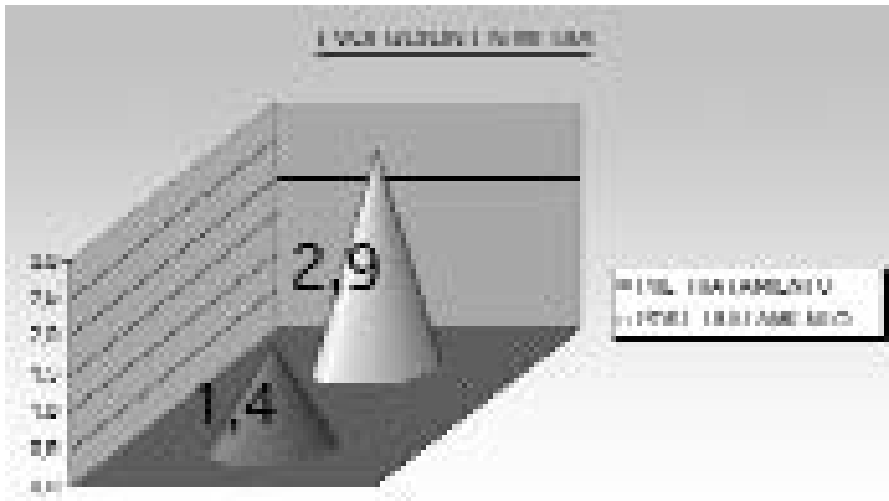
Resultados

Tras analizar los datos cualitativos, se aprecia que los usuarios incluidos en el programa de AVDI realizan las actividades de manera segura, rápida, eficaz y exitosa, aumentando así el incremento de la independencia, relaciones interpersonales, autonomía, motivación, autoestima, sentimiento de utilidad y mejora del estado de ánimo.



El análisis comparativo de las puntuaciones iniciales y las semestrales en la escala Lawton es muy alentador, constatándose una mejoría significativa desde el punto de vista estadístico, usando la prueba de los signos.





Conclusiones

Debemos actuar con rapidez, eficacia y constancia, dado que en este rango de edad se desempeñan multitud de roles, presentan cargas familiares, siguen trabajando y sus cuidadores, en muchos casos, son adolescentes.

Si es importante la intervención en AVDI en demencias de inicio tardío, se hace imprescindible en pacientes de inicio precoz.

Estas circunstancias obligan a que nuestros objetivos se centren, por un lado, en la prevención de la dependencia a través de la intervención en todas las AIVD que conservan para mantenerlas y, por otro lado, en la reeducación de las AIVD cuando existen limitaciones significativas que impiden la realización de las mismas.

Es por ello que debemos tener programas específicos de intervención para atender a las necesidades de este colectivo cada vez más numeroso.

7.6. Red de Telegerontología de la Mancomunidad Comarca de la Sidra (RETEMANCOSI)

José Antonio Labra Pérez

Mancomunidad Comarca de la Sidra

Introducción

El proyecto denominado Red de Telegerontología de la Mancomunidad Comarca de la Sidra (RETEMANCOSI) ha sido seleccionado entre más de 500 proyectos presentados para recibir ayudas en el marco del Plan Avanza (Resolución 12 de marzo de 2007), Convocatoria Ayuntamiento Digital, del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Se centra en el medio rural, caracterizado por su dispersión geográfica, el éxodo de población joven a las ciudades, la disgregación de la familia tradicional que conlleva la pérdida de la figura cuidadora tradicional (mujer; hija o nuera) y una población cada vez más envejecida (Albuerno y Labra; 2005, Albuerno, Labra y Juanco; 1998, Cano; 1990, García; 1997, González; 1994). Todos estos cambios nos deben hacer pensar en fórmulas de atención diferentes y adaptadas a la realidad actual que permitan a las personas mayores seguir viviendo en su domicilio.

En el estudio ofrecido por COCEDER, 'Análisis de la realidad rural y propuestas al plan nacional de acción para la inclusión social del medio rural español' (2003), aparece la atención a los mayores como una de las prioridades de los Servicios Sociales y propone como una de las medidas de actuación la utilización de la teleasistencia con terminales webcam y otras tecnologías compatibles y complementarias.

Sin duda, la incorporación de estos avances en la atención a las personas mayores, de forma que mejoren los niveles de prevención y de atención correctiva y paliativa destinados a estos colectivos dependientes, constituye un objetivo de la sociedad en su conjunto y de los responsables de los servicios sociales en particular; razón por la cual se impulsa el presente proyecto.

En esta comunicación se presenta una Plataforma Tecnológica de Servicios de Teleasistencia destinada a personas dependientes y/o en situación de 'vulnerabilidad'. RETEMANCOSI es un proyecto piloto y novedoso en cuanto a sus características técnicas y ámbito de aplicación.

Objetivos

El objetivo principal que se pretende alcanzar con el presente proyecto es la permanencia en su domicilio de las personas que presentan algún tipo de dependencia o que viven solas, evitando o retrasando la institucionalización y procurando el seguimiento y la supervisión necesaria. Otros objetivos más específicos de este proyecto de telegerontología son:

- Prestar apoyo psicosocial al usuario o sus familiares mediante el contacto diario con los mismos.
- Establecer mecanismos de coordinación socio-sanitaria.
- Desarrollar programas preventivos y de envejecimiento saludable.
- Controlar distintos aspectos relacionados con la salud (alimentación, medicación, caídas, sueño, etc.).
- Proporcionar información sobre servicios y recursos de la comunidad.
- Supervisar el estado físico, psíquico y social de los usuarios, mediante la implantación de sistemas de domótica.
- Facilitar la comunicación no solo con los profesionales y técnicos, sino también con los familiares y entre los propios usuarios a través de la red.

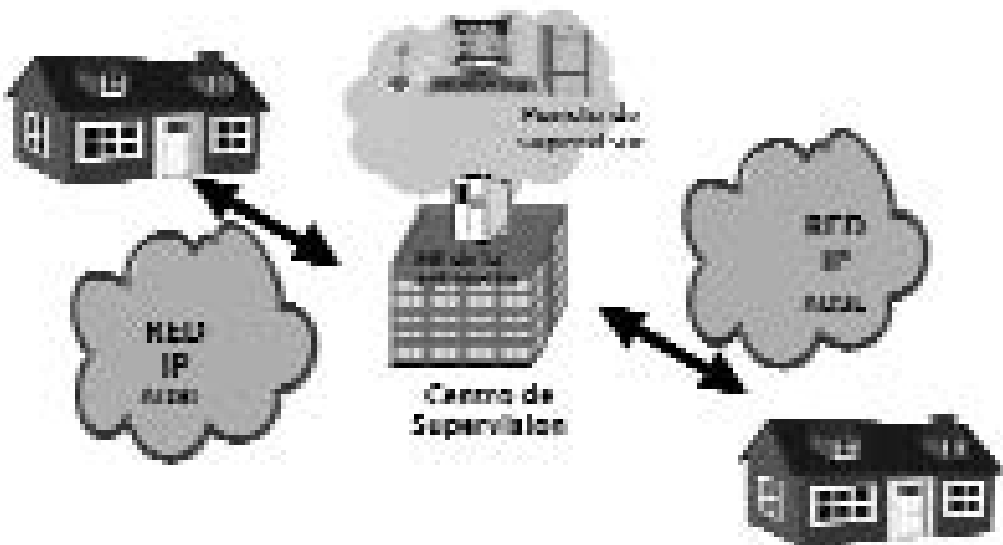
Metodología

Equipamiento

RETEMACOSI contará con un Centro Supervisor de Telegerontología Especializada (CSTE) con el hardware y el software necesarios para la recepción de las alarmas y llamadas de las personas teleasistidas, la configuración y gestión remota de los dispositivos situados en el domicilio de éstos, la consulta y tratamiento de la información que maneje el sistema y la gestión de las diferentes prestaciones. Facilitará todos los servicios telegerontológicos especializados que se necesiten y estará situado cerca de la oficina de gestión de recursos sociales para mayores, y equipado con dos puestos de supervisión, en contacto directo con los responsables de los centros de servicios sociales y sanitarios de cada municipio.

En la vivienda de las personas teleasistidas, se situarán los equipos de comunicaciones con el centro de atención y gestión, la videoconferencia TV sobre ADSL, los dispositivos de domótica (detector IR pasivo de movilidad / intrusión, sensor de ocupación sillón / cama, detector de caídas, detector de gas, detector de humo, sensor de apertura frigorífico / microondas, etc.) y, en general, todo lo necesario para que el centro de atención pueda conocer la situación de las personas y comunicarse con éstas, así como que éstas puedan comunicarse de una manera rápida y sencilla con el centro.

También se dispondrá de dispositivos de teleasistencia móvil GSM/GPRS/GPS de reducidas dimensiones y fácil manejo para cuando los usuarios se encuentren fuera del domicilio, tanto para el envío de mensajes SMS y/o llamadas de alarma, como para la recepción de comandos de configuración.



Programas

Con el desarrollo del proyecto piloto, inicialmente destinado a treinta personas dependientes y/o en situación de 'vulnerabilidad', se llevarán a cabo actuaciones desde una perspectiva interdisciplinar. El control y supervisión de la alimentación, la medicación, la agenda médica y citas, del estado mental y cognitivo, de accidentes y caídas. La intervención cognitiva y emocional en el teleasistido, mediante programas informáticos diseñados por los especialistas, como por ejemplo el entrenamiento de la memoria computerizado que parece ser efectivo en personas mayores sin deterioro cognitivo severo (Rebok et al; 2007). El apoyo al cuidador; en el caso de que la persona dependiente tuviera atención informal con el asesoramiento necesario, el entrenamiento en habilidades de cuidado y el soporte psicoemocional. Finalmente y desde la intervención social y comunitaria, se informará de los recursos socio-sanitarios existentes en la zona e incluso se podrá establecer una "red social virtual" que permita la comunicación a través de la red entre aquellas personas que, debido a su estado de dependencia, no puedan salir de sus domicilios.

Nivel organizativo

RETEMANCOSI necesita de los siguientes niveles organizativos para su buen funcionamiento:

- El Coordinador del Proyecto, que en este caso es el Responsable del Área de Atención a Personas Mayores y que estará en permanente contacto con el Centro de Supervisión, con los profesionales de los Servicios Sociales y con el responsable político de la Mancomunidad.
- Personal del Centro de Supervisión que estará en contacto directo con los teleasistidos, con los técnicos en telecomunicaciones y con los distintos profesionales de atención domiciliaria. El personal de este centro recibirá formación específica en el manejo del sistema, así como en aspectos referidos a la atención de los teleasistidos.

A modo de conclusión

RETEMANCOSI que cuenta con un presupuesto cercano a los 200.000€, se presenta como un modelo de atención que cubre las necesidades no cubiertas por el tradicional modelo de teleasistencia. Así pues, no solo proporciona apoyo a las personas que viven o se sienten solas con contacto visual mediante Webcam, es también un instrumento eficaz de organización de la vida cotidiana de las personas que, por su estado físico, psíquico o social no pueden desempeñar las diferentes actividades instrumentales de la vida diaria, como utilizar el transporte, ir de compras, controlar la medicación, etc.

Diariamente los profesionales de los Servicios Sociales se encuentran con un problema en su trabajo: la dificultad para gestionar los diferentes programas y servicios de atención. Dificultad que tiene su raíz en la excesiva burocracia administrativa generada con la puesta en marcha de dichos servicios. RETEMANCOSI constituye un importante instrumento de “gestión de casos”, tanto por su contacto directo y estrecho con los usuarios como por su capacidad para coordinar a diferentes profesionales o áreas de atención. Desde la información proporcionada con la evaluación del caso, pasando por los cambios sufridos a lo largo del tiempo, hasta la baja en el servicio. RETEMANCOSI podrá gestionar agendas y proporcionar avisos, establecer las rutas de atención domiciliaria y de los servicios de proximidad, concertar citas, etc.

Finalmente, es necesario recordar que RETEMANCOSI es un proyecto piloto que tiene una duración de dos años y que lo que se busca durante el desarrollo del mismo es el ajuste de todo el sistema (hardware, software, dispositivos de domótica, videoconferencia, etc.) a las condiciones propias del ámbito rural. Pero no solo eso, sino también y quizá lo más importante, lo que debe primar es la adaptación teleasistido-sistema, lo que conlleva hablar de un proceso de asimilación-acomodación de los teleasistidos -en términos piagetianos- y de modificaciones constantes del sistema. De esta manera y mediante un proceso de aprendizaje constante, RETEMANCOSI constituirá un servicio de proximidad que permita mejorar la Calidad de Vida de los teleasistidos y de sus familiares.

Referencias

- Albuerno F, Labra J A , Juanco M^a A. "Indicadores subjetivos en la Calidad de Vida en ancianos de un contexto rural".V Congreso de Intervención Social. Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo; (1998).
- Albuerno López F y Labra Pérez J A. "Necesidades, recursos y calidad de vida de las personas mayores de la Comarca de la Sidra". Madrid: Informes Portal Mayores; (2005) n° 43.
- Cano S. La vejez. integración o exilio: Fundación Pública de Servicios Sociales Municipales Gijón; (1990).
- Valladolid Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER), Análisis de la realidad rural y propuestas al plan nacional de acción para la inclusión social del medio rural español; 2003.
- García Sanz B. Et al. Envejecimiento y medio rural: problemas y soluciones, Madrid: Imserso; (1997).
- George W, Rebok Michelle C, Carlson and Jessica B S Langbaum.
- Training and Maintaining Memory Abilities in Healthy Older Adults :Traditional and Novel Approaches, Journals of Gerontology SERIES B. Vol. 62 B (Special Issue I); (2007) p 53–61.
- González Quevedo R. "La mujer y cambio social en una sociedad rural". En encuentros en Torazo, Perspectivas del mundo rural asturiano: Cabranes Grupo Encuentros en Torazo; 1987-1994.

7.7. Cómo planificar un alta hospitalaria a personas en situación de dependencia

Rosa Blanca Pérez López

Ministerio de Sanidad y Consumo

Introducción

Esta comunicación tiene sus antecedentes en la experiencia que se desarrolló en los últimos años del extinguido INSALUD; se aplicó en el 80% de los centros de la red (87 hospitales, de 27 provincias) y se interrumpió al transferirse las competencias sanitarias a las CC AA.

En este momento lo propongo como posibilidad de coordinación dentro de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, para conseguir una mayor eficacia y eficiencia de los Servicios Públicos.

Objetivo general

Implantar y desarrollar un Programa de Planificación de las altas hospitalarias que favorezca la continuidad de cuidados para las personas en riesgo o en situación de dependencia.

Objetivos específicos

- Evitar que se presenten dificultades para la continuidad de cuidados al regreso de la persona dependiente a su domicilio habitual.
- Disminuir las estancias y reingresos innecesarios en el hospital por causas sociales o carencia de posibilidad de cuidados.
- Mejorar la calidad asistencial por medio de acuerdos de colaboración intersectorial entre las Áreas de Salud y las de Servicios Sociales.
- Establecer un sistema que permita la recogida de datos, así como una medición y evaluación homogénea, a través de un documento común que permita un mayor rigor metodológico en la evaluación de los indicadores que el programa establezca.
- Conocer en qué servicios hospitalarios existen, y en qué cuantía, estancias evitables o excesivas por carencia de recursos sociales o de cuidados domiciliarios.

- Potenciar la coordinación de los recursos de las distintas administraciones y los distintos niveles sanitarios de atención.

Método

- Diseño y difusión del programa para su implantación en todos los centros de la red social y sanitaria públicas.
- Designar por parte de las Direcciones y/o Gerencias al responsable y a los profesionales de las áreas implicadas, que colaborarán en la puesta en marcha, desarrollo y evaluación del programa.
- Áreas implicadas:
 - Servicio de admisión y documentación
 - Servicio de atención al paciente
 - Unidades de Trabajo Social
 - Unidades de Enfermería
 - Centros de Atención Primaria y de Servicios Sociales
 - Cualquier unidad que detecte el problema
- Formación de las personas responsables del programa en los distintos centros.
 - Seminarios
 - Jornadas
- Establecimiento de los protocolos, circuitos y registros necesarios.
- Elaboración de un programa informático que facilite la explotación de los datos.
- Puesta en funcionamiento del programa.
- Evaluación al año de la puesta en marcha del programa.
- Seguimiento continuado del Programa por parte de los responsables.



Conclusiones

Que el resultado obtenido en la primera evaluación fue que el programa se valoró bien por:

- la recogida unificada de información,
- la coordinación multiprofesional,
- permitir un análisis global y comparativo en las distintas provincias y Comunidades Autónomas.

Se observó que los problemas que presentaban riesgo social y que encontraron dificultades al alta hospitalaria fueron un 3,6% y se distribuyen en primer lugar, entre personas mayores dependientes, personas discapacitadas y personas excluidas socialmente.

Que teniendo en cuenta el tipo de convivencia, el mayor porcentaje es el de las personas ancianas que viven solas, seguido de aquellas que viven con una persona de edad avanzada y rotando en casa de los hijos, ocasionando sobrecarga familiar por la asunción de enfermos en el domicilio.

7. Comunicaciones

Que los recursos que se utilizaron para dar respuesta al problema planteado fueron los hospitales de media estancia, las residencias privadas (ante la lentitud de tramitación de las públicas) y las ayudas a domicilio.

Que se detecta escasez de plazas residenciales para personas con enfermedad (ictus, por ejemplo) que precisa rehabilitación prolongada, y enfermos difíciles de controlar desde la atención primaria de salud, por falta de profesionales y de coordinación institucional y de acceso directo a recursos con Servicios Sociales.

Por otra parte, hemos de decir que, en el momento que se producen las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, desaparece la coordinación central y no aparece la Coordinación Autonómica. Ante esta situación se paraliza el programa en la mayor parte de los centros pues se decide dejar en manos de las distintas Gerencias la responsabilidad del mismo.

Propuesta

Ante la nueva situación que nos ofrece la Ley de Dependencia y la reiteración constante realizada, tanto por los sectores profesionales como por las asociaciones de pacientes sobre la coordinación entre los distintos sectores implicados en la atención, las autoridades responsables a nivel de los Servicios de Salud y de Servicios Sociales deberían acometer las medidas necesarias que permitieran implantar y desarrollar programas como éste que redundan en una mejor atención a las personas dependientes y, sin duda, en una mayor eficacia y eficiencia de los servicios públicos.