EXPERIENCIAS DE LA FAMILIA EN LA CONVIVENCIA CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UN ESTUDIO DE TEORÌA FUNDAMENTADA

Esandi, N[1-2]; Canga, A[1]; Nolan, M[2]

1.Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra; 2.School of Nursing and Midwifery. The University of Sheffield.

INTRODUCCIÓN

- La enfermedad de Alzheimer, y otras demencias, son la principal causa de discapacidad y, particularmente, de dependencia en las personas mayores a nivel mundial [1].
- El impacto de esta enfermedad no se limita a la pérdida de autonomía de la persona afectada, sino que se extiende a la *Familia Cuidadora* [1,2].
- Las necesidades de cuidados comienzan desde el inicio y evolucionan a lo largo de todo el proceso, precisando en la familia una constante planificación, control y coordinación [1].
- Para las familias puede resultar una situación compleja y abrumadora al mismo tiempo que una oportunidad para descubrir sus fortalezas y capacidades e intensificar la solidaridad y el compromiso entre sus miembros [3-5].

REVISIÓN DE LA LITERATURA

En la investigación y en la práctica clínica esta experiencia se ha abordado, en la mayoría de los casos, desde una perspectiva dualista, teniendo en cuenta al cuidador principal y a la persona afectada, y en muchas ocasiones por separado.

Sin embargo, estudiosos afirman que el Alzheimer se constituye como un *asunto de familia*, ya que se establecen relaciones e interacciones entre los diferentes miembros de la familia y la propia enfermedad. Interacciones que deben ser abordadas con un enfoque sistémico si se pretende una atención más próxima a las realidades de la *Familia Cuidadora* [2-7].

OBJETIVOS

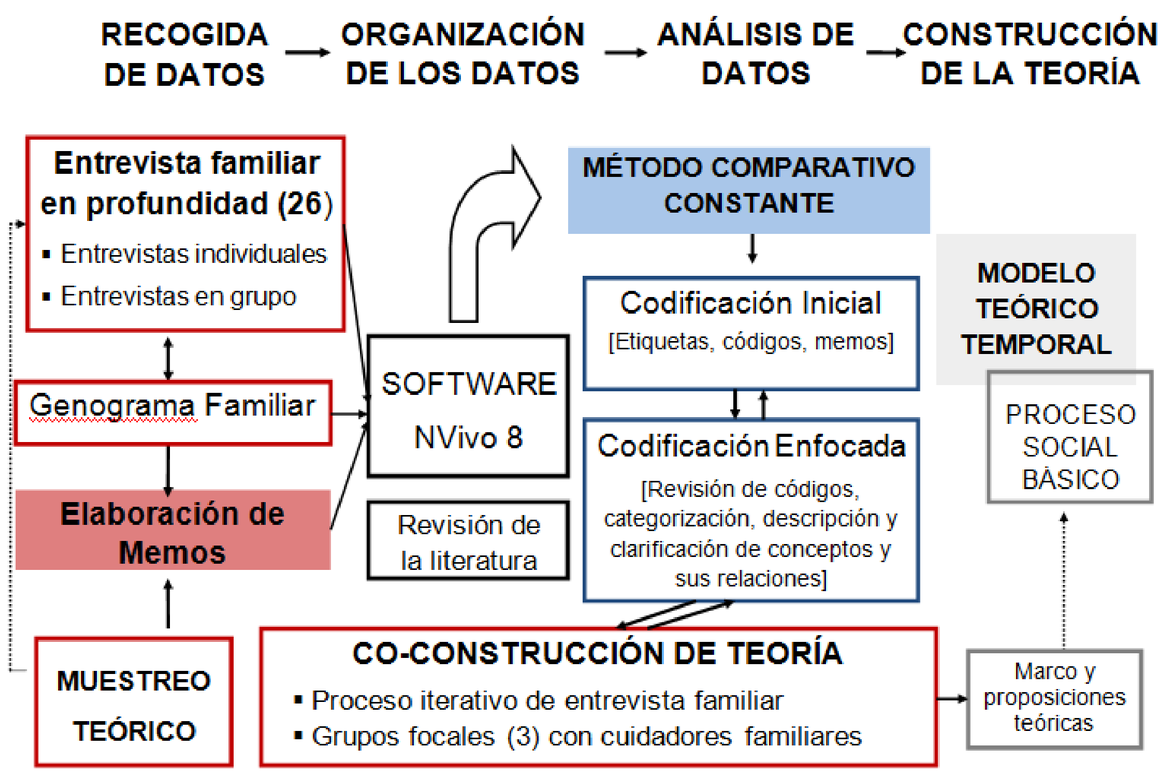
- Desarrollar un modelo teórico que explique los procesos familiares que tienen lugar en la convivencia con la enfermedad de Alzheimer.
- Contribuir al desarrollo de intervenciones y estrategias de atención dirigidas al *sistema familiar* desde el inicio del proceso.

MATERIAL Y METODOS

Estudio cualitativo de Teoría Fundamentada Constructivista [8].

- La muestra estuvo integrada por siete familias (siete personas con EA en estadio inicial y 19 familiares, siendo estos ultimos esposos/as e hijos/as). El reclutamiento se realizó a través de la unidad de memoria del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, unidad de referencia para el deterioro cognitivo en la Comunidad Foral de Navarra.
- Para la recogida de datos se llevaron a cabo entre tres y cuatro entrevistas con cada familia, a lo largo de 18 meses; realizandose así un total de 26 entrevistas.
- Para refinar y confirmar el modelo teórico emergente se realizaron tres grupos focales con 15 familiares de personas con EA en estadio medio -avanzado de la enfermedad.

Figura 1. Procedimientos metodológficos de la Teoría Fundamentada



RESULTADOS

A través del análisis comparativo constante de los datos se desarrollo un **modelo teórico temporal** que explica la experience de la familia en la convivencia con la EA desde el incio del proceso. Éste está integrado por tres fases y sus correspondientes procesos:

1. ADVERTIR

Primeros encuentros con la enfermedad. La familia pone en marcha estrategias de cuidado: *Vigilancia, Protección y Prevención.*

Proceso familiar básico: Advertir - Vigilar

2. 'NUESTRA VIDA HA CAMBIADO'

La familia modifica elementos de la vida familiar: *Roles y responsabilidades, Rutinas diarias, Relaciones y Visión del futuro*

Proceso familiar básico: Redefinir

3. MANTENER EL EQUILIBRIO FAMILIAR

La familia trata de continuar con su propio proyecto vital al mismo tiempo que cuida de su familiar con EA

Proceso familiar básico: Equilibrar

CONCLUSIÓN

- La EA, desde su inicio, supone un desafío para el equilibrio y el funcionamiento normal de la unidad familiar.
- EL modelo temporal resultante sienta las bases para el desarrollo de intervenciones y servicios de apoyo dirigidos a todo el sistema familiar, y adaptados a la diferentes etapas y transiciones que vive la familia durante la primera fase de la enfermedad.

REFERENCIAS

[1] ALZHEIME'S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer report. Journey of Caring: An analysis of long term care for dementia. London: ADI 2013.

[2] ESANDI N., CANGA A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos 2011, 22 (2): 56- 61.

[3] NOLAN M., GRANT G., KEADY J. Towards a more holistic conceptualization of caring. En: M.N Rafferty, M Traynor (Eds.) Exemplary research for nursing and midwifery (pp. 231-238). London: Routledge 2002,

[4] KEADY J., NOLAN M. The dynamics of dementia: working together, working separately, or working alone. En: M.R. Nolan, U. Lundh, G. Grant, J. Keady (Eds.) Partnerships in family care: understanding the caregiving career (pp.15-32). Maidenhead: Open University Press 2003.

[5] CANGA A Experiencias de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano. Tesis doctoral. Pamplona: Universidad de Navarra 2011.

[6] CANGA A, VIVAR C.G., NAVAL C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2011, 34(3): 463-469.

[7] CANGA A, VIVAR C.G.La familia como ámbito de cuidado en la dependencia. En: A. Muñoz (Ed.) El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del estado de bienestar (pp. 235-250). Valencia: Tirant lo Blanch 2013.

[8] CHARMAZ K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. U.S.A.: Thousand Oaks Sage Publications 2006.

Datos de contacto

Nuria Esandi Larramendi. Email: nelarramend@unav.es. Tfn.: 948 42 56 45 (6611)

EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO NEUROCOGNITIVO MEDIANTE UNA INTERFAZ HOMBRE-ORDENADOR BASADA EN RITMOS SENSORIOMOTORES. MEJORAS EN FUNCIONES COGNITIVAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO

Javier Gomez-Pilar, Rebeca Corralejo, Daniel Álvarez y Roberto Hornero
Grupo de Ingeniería Biomédica (GIB), E.T.S.I. Telecomunicación, Universidad de Valladolid, España
email: javier.gomez@gib.tel.uva.es web: www.gib.tel.uva.es

INTRODUCCIÓN

El **entrenamiento neurocognitivo** (NeuroFeedback Training, NFT) mediante la adquisición y procesado del electroencefalograma (EEG) ha sido usado como herramienta para **mejorar las funciones cognitivas**. En el presente estudio, se ha evaluado el NFT mediante una interfaz cerebro-ordenador con **personas mayores de 60 años** como método para minimizar los efectos del **envejecimiento**.

HIPÓTESIS Y OBJETIVO

- Hipótesis: una **estimulación endógena** repetitiva en ciertas áreas corticales podría **aumentar la plasticidad cerebral**, produciendo **mejoras en diversas áreas cognitivas asociadas con el envejecimiento**.
- Objetivo: **evaluar** los posibles **cambios cognitivos** producidos en **personas mayores** al realizar tareas de **NFT** mediante una interfaz cerebro-ordenador basada en ritmos sensoriomotores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población bajo estudio

Un total de 63 usuarios sanos mayores de 60 años participaron en el estudio. La Tabla 1 muestra la distribución de edad y sexo.

	# de sujetos	Sexo (H:M)	Edad (años)
Control	32	9:23	68.0 ± 5.6
Experimental	31	13:18	68.3 ± 4.3

Procedimiento experimental

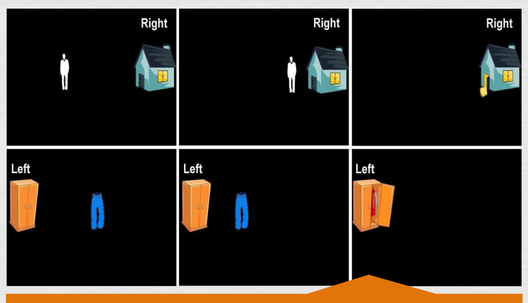
Adquisición y procesado del EEG

- Amplificador g.USBamp (Guger Technologies)
- Frecuencia de muestreo: 256 Hz
- Filtrado:
  - Paso banda: (0.1-60) Hz
  - De ranura: 50 Hz
- Procesado:
  - BCI2000

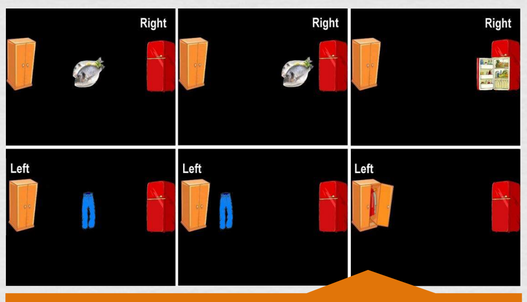
Usuario y equipo de adquisición/procesado

Interfaz cerebro-ordenador y tareas NFT propuestas

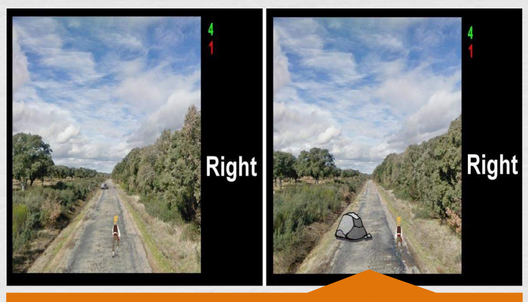
T1: aprendizaje de tareas de imaginación motora. Realimentación mediante apertura de puerta o ventana.



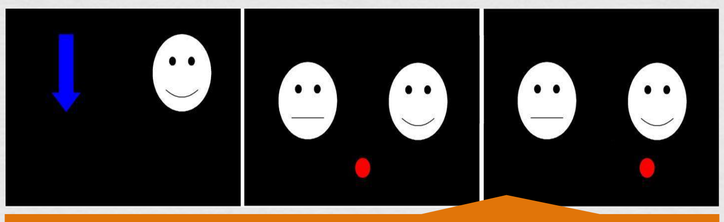
T2: movimiento unidireccional del cursor hacia un único objetivo. Realimentación continua.



T3: elección del sentido de movimiento del cursor. El usuario debe discernir el sentido apropiado. Realimentación continua.



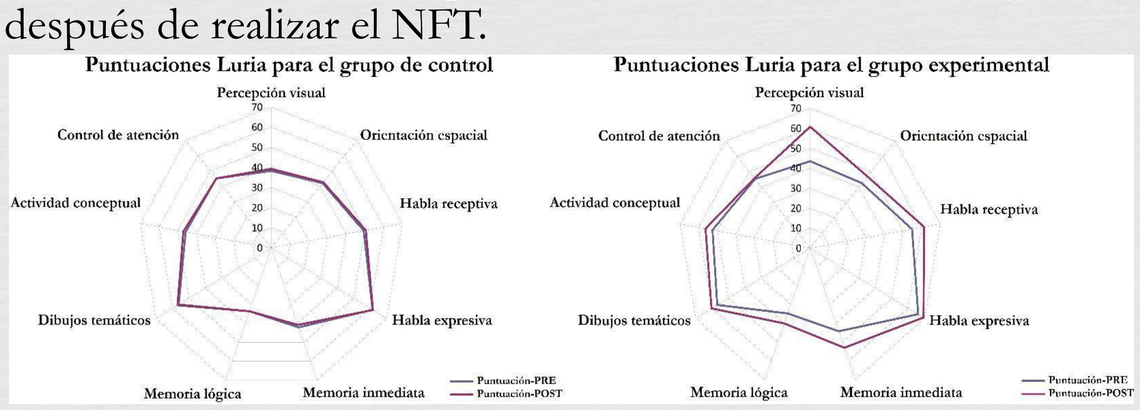
T4: entrenamiento en forma de videojuego. Control del movimiento horizontal para esquivar obstáculos. Realimentación continua.



T5: combinación de tareas de memoria con ritmos sensoriomotores. Los usuarios recuerdan una secuencia de imágenes y dirigen el cursor hacia la imagen repetida.

RESULTADOS

Cambios en las funciones cognitivas (test de Luria) debidas al NFT. Mientras que en grupo de control no hay diferencias significativas, las puntuaciones del grupo experimental se vieron incrementadas ($p<0.01$) en cuatro áreas cognitivas después de realizar el NFT.



Puntuaciones del test de Luria para el grupo de control (izquierda) y el grupo experimental (derecha).

CONCLUSIONES

Utilidad manifiesta del **NFT** mediante interfaz cerebro-ordenador para la mejora de las **funciones cognitivas relacionadas con el envejecimiento:** visoespacial, lenguaje oral, memoria e intelectual. Método prometedor para mejorar la calidad de vida de gente de edad avanzada.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el "Proyecto Cero" 2011 en envejecimiento de la Fundación General CSIC, Obra Social La Caixa y CSIC, y el proyecto TEC2011-22987 del "Ministerio de Economía y Competitividad" y FEDER.

GRUPO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Obra Social "la Caixa"

Fundación General CSIC

Proyectos Cero Envejecimiento

AÑOS DE VIDA RESTANTE

SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA

ESPAÑA 2013

ABELLÁN, Antonio; PUJOL, Rogelio; PÉREZ, Julio; RAMIRO, Diego

Departamento de Población
Instituto de Economía, Geografía y Demografía
CSIC

Objetivo

Descomponer la estructura por sexo y edad de la población española con la doble finalidad de conocer: 1) los efectivos supervivientes de cada cohorte de nacimiento por sexo y edad (pirámide tradicional), y 2) el tiempo de vida restante para esos efectivos en cada edad cronológica.

Material y método

Cifras de Población y Tablas de mortalidad de 2013 (INE). Método: descomposición de los efectivos de cada edad y sexo, según su probabilidad de muerte, a 1 año, 2 años, y así sucesivamente; acumulación en grupos decenales de años de vida restante. Construcción de la pirámide de población descompuesta. La intensidad del color, en conjunto y para cada franja de edad, representa la cantidad de años de vida restante, cuanto más oscura, mayor duración de la vida restante, y viceversa.

La fórmula empleada para la descomposición es:

$$P_{x,y} = P_x * \frac{d_{x+y}}{l_x}, \quad x, y = 0,1,2,\dots,w$$

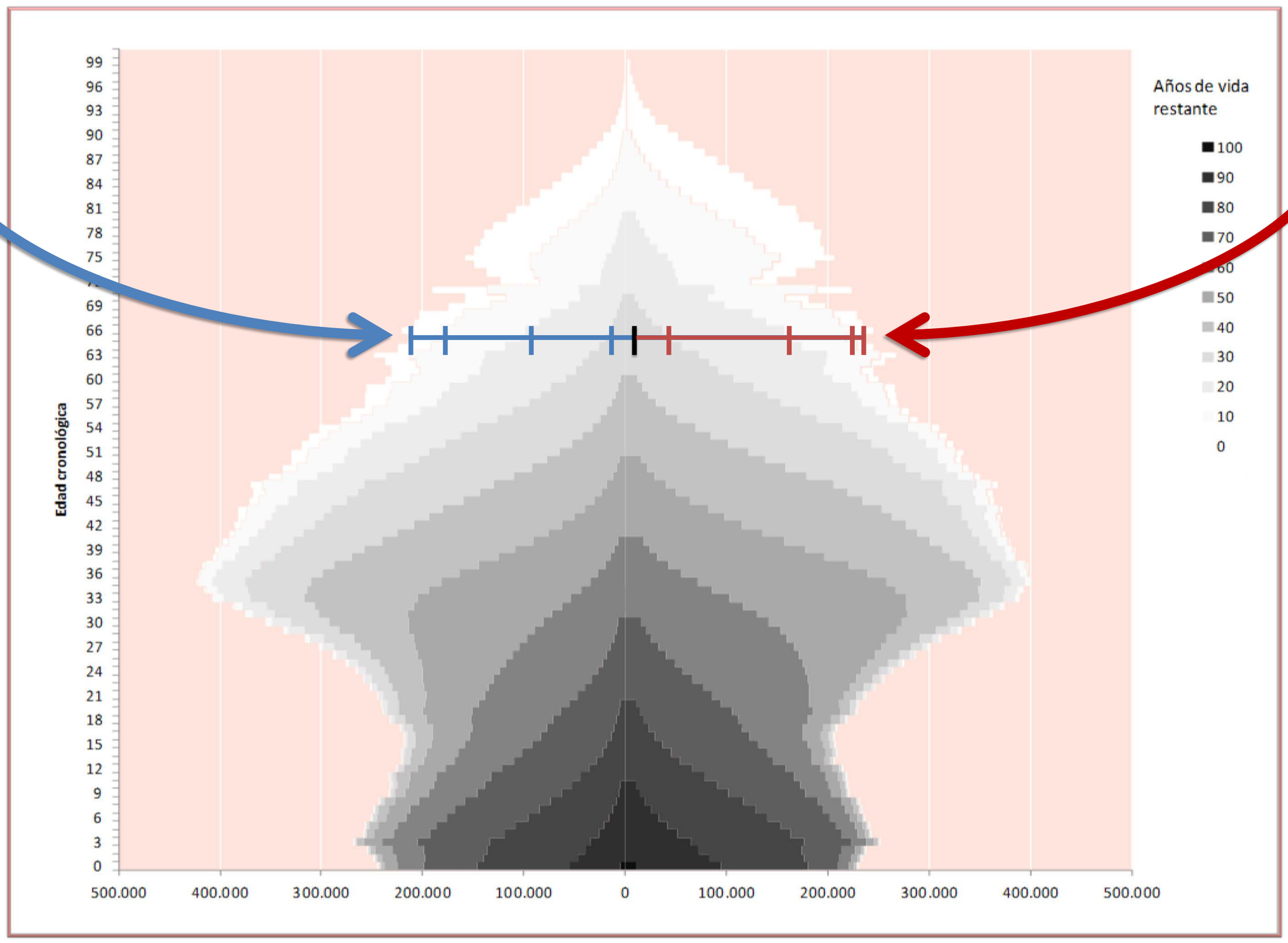
donde $P_{x,y}$ indica la población de edad cronológica x con y años de vida restante, P_x la población con edad cronológica x, d_{x+y} las defunciones de personas de entre x e y años de edad, l_x el número de supervivientes a la edad x y w la edad extrema a la que ya no hay supervivientes (en nuestro caso 100, como límite inferior del intervalo abierto de 100 o más años).

De 65 años de edad HAY 214.246 HOMBRES (100%)

- 36.881 morirán antes de 10 años (17%)
- 74.041 morirán entre 10 – 20 años (35%)
- 83.479 morirán entre 20 – 30 años (39%)
- 19.845 morirán después de 30 años (9%)

De 65 años de edad HAY 235.495 MUJERES (100%)

- 18.458 morirán antes de 10 años (8%)
- 57.906 morirán entre 10 – 20 años (24%)
- 115.095 morirán entre 20 – 30 años (49%)
- 44.036 morirán después de 30 años (19%)



Resultados/Conclusión

Las tablas de mortalidad señalan para cada edad la esperanza de vida (años que se espera que viva de media el conjunto); por ejemplo, a los 65 años se espera que los varones vivan 19,0 años adicionales y las mujeres 22,9. Pero no todos se morirán a esas edades, unos fallecerán antes y otros después. La descomposición por años de vida restante permite conocer en qué proporción y cuándo irán desapareciendo las personas de cada edad. Al 17% de los hombres y 8% de las mujeres de 65 años les quedan menos de 10 años de vida; al 35% y 25%, entre 10-20 años, y así sucesivamente (Ver cuadros). Esta pirámide cuenta la historia demográfica de un país y además aporta información predictiva sobre la desaparición de sus cohortes de población.

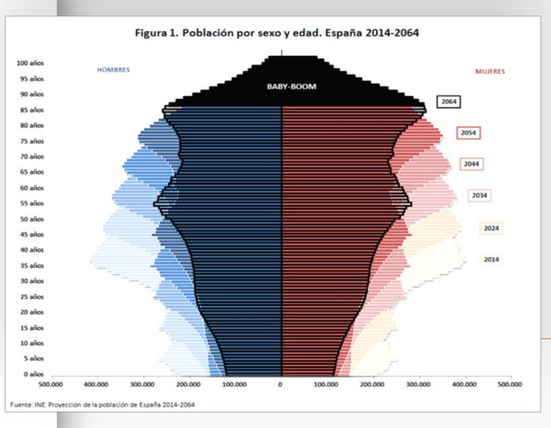
Referencias:

Riffe, T, Spijker, J, MacInnes, J (2014): "Decomposing and Recomposing the Population Pyramid by Remaining Years of Life". Population Association of America Annual Meeting.

Sanderson, W, Scherbov, S. (2010): "Remeasuring Aging". Science, vol., 329.

Pujol Rodríguez, R, Abellán García, A, Ramiro Fariñas, D (2014): "La medición del envejecimiento (2ª edición). Informes Envejecimiento en red, nº 10.

COMPARTIMOS EXPERIENCIAS y RESPUESTAS INNOVADORAS SOBRE **ENVEJECIMIENTO Y PERSONAS MAYORES**



envejecimiento en red

AUTOR | Isabel FERNÁNDEZ –responsable de contenidos
Departamento de Población. CSIC

DIFUSIÓN DIGITAL A TRAVÉS DE
WEB | REDES SOCIALES |BLOG | BOLETÍN | RADIO

Portal temático para la transferencia de conocimiento en envejecimiento. Ofrece información sobre investigación en el campo de la Gerontología y la Geriatría, y sobre recursos de utilidad para profesionales de los servicios sociales y la sociedad en general.

ENCUÉNTRANOS EN

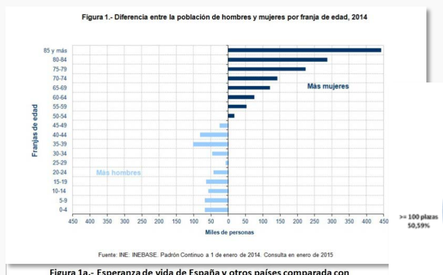
WEB
envejecimiento.csic.es
BOLETIN
envejecimiento.csic.es/comunicacion/boletin.html
BLOG
envejecimientoenred.wordpress.com
TWITTER
@EnvejecerCSIC
CORREO
envejecimientoenred@cchs.csic.es
GOOGLE

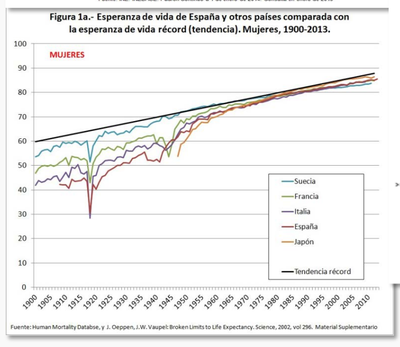
Posicionamiento web. Segundo puesto mundial en resultados Google por la palabra clave "Envejecimiento" [*consulta,enero de 2015*]

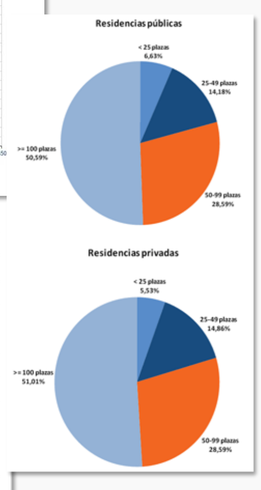
PRODUCCIÓN DE CONTENIDOS

HABLANDO GRÁFICAMENTE. DATOS ESTADÍSTICOS

Acceso a datos y microdatos para el análisis demográfico







Residencias
Centros de día
Servicios sociales
Información INSS

Directorio actualizado de recursos sociales y sanitarios para consulta, localización y análisis estadístico

RECURSOS SOCIALES

DOCUMENTOS

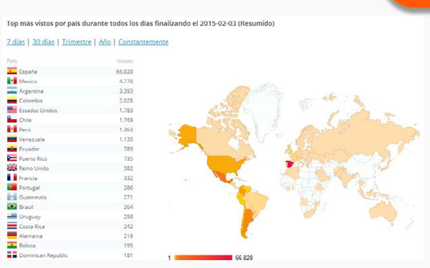
5000 documentos a texto completo seleccionados por su interés para la comunidad académica

Informes Envejecimiento en red son documentos elaborados con un objetivo de divulgación, abordándose cuestiones estadísticas, demográficas, legales, psicológicas, sanitarias, sociales, entre otras, sobre el envejecimiento. Son editados y redactados por el equipo del portal y por profesionales especialistas de distintos campos de la Gerontología y la Geriatría.

COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN

BLOG COLABORATIVO

62,500 vistas / año
140 artículos
Referente en español



@EnvejecerCSIC

Colaboración semanal sobre novedades en investigación en envejecimiento en "Juntos paso a paso", programa de **RNE** especializado en personas mayores

Difusión en repositorio institucional Digital.CSIC (puesto 12 mundial de repositorios) y en Google Scholar

BOLETÍN

El Boletín Envejecimiento *en red*, con periodicidad mensual, difunde novedades e información relevante en el ámbito del envejecimiento y las personas mayores para profesionales y científicos. 6000 suscriptores de España , Europa e Iberoamérica lo reciben por correo.

LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA, 2015

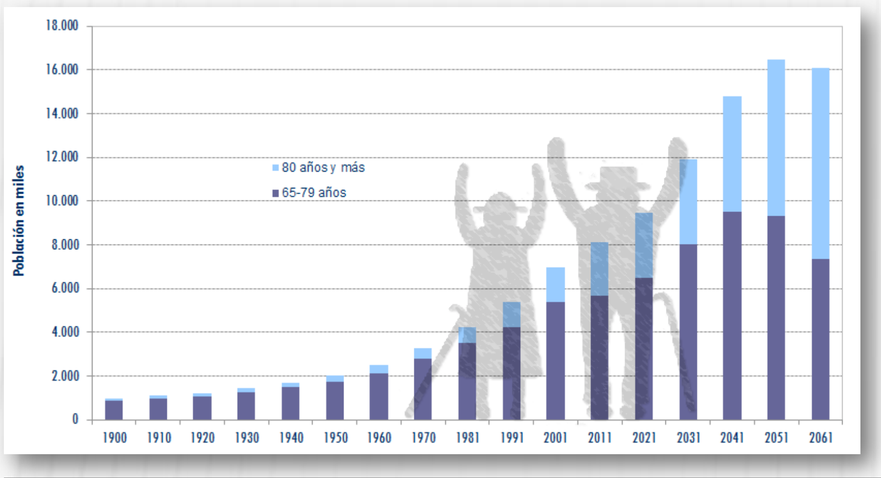
INDICADORES ESTADÍSTICOS BÁSICOS

PUJOL, Rogelio; FERNÁNDEZ, Isabel; ABELLÁN, Antonio | Departamento de Población. Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas

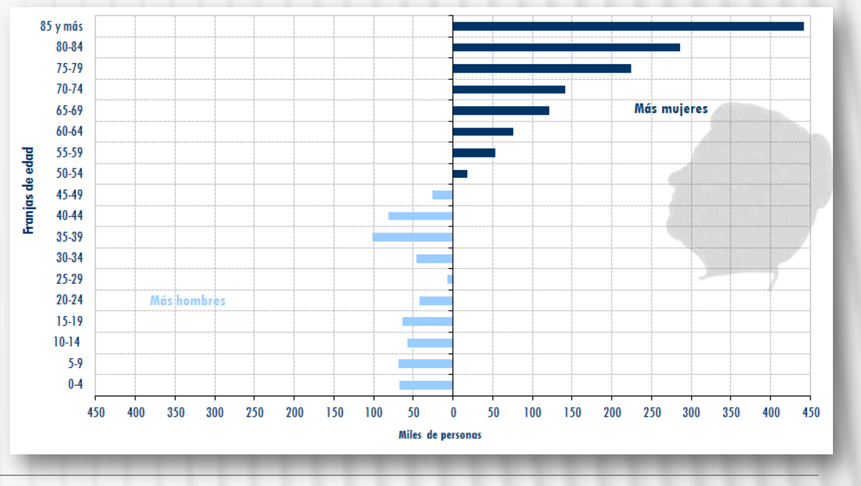
Predominancia del sexo femenino en la vejez

Crecimiento notable de las personas muy mayores

Evolución de la población mayor, 1900-2061



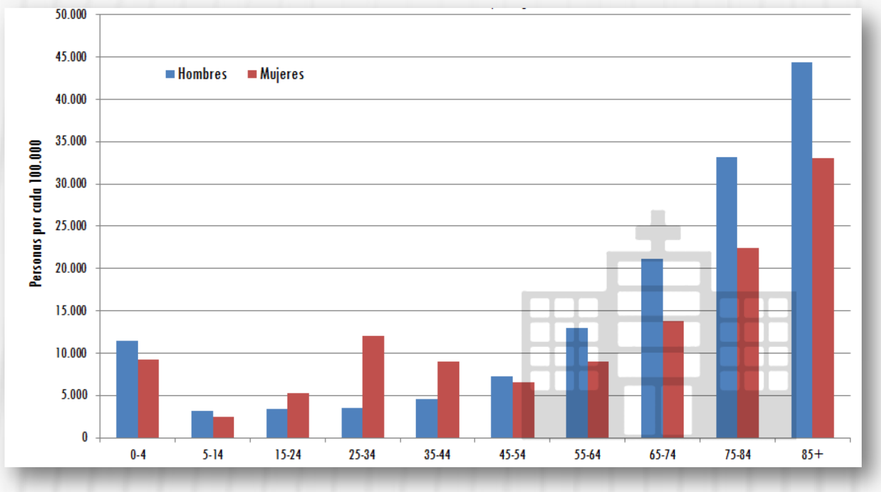
Diferencia hombres y mujeres por edad, 2014



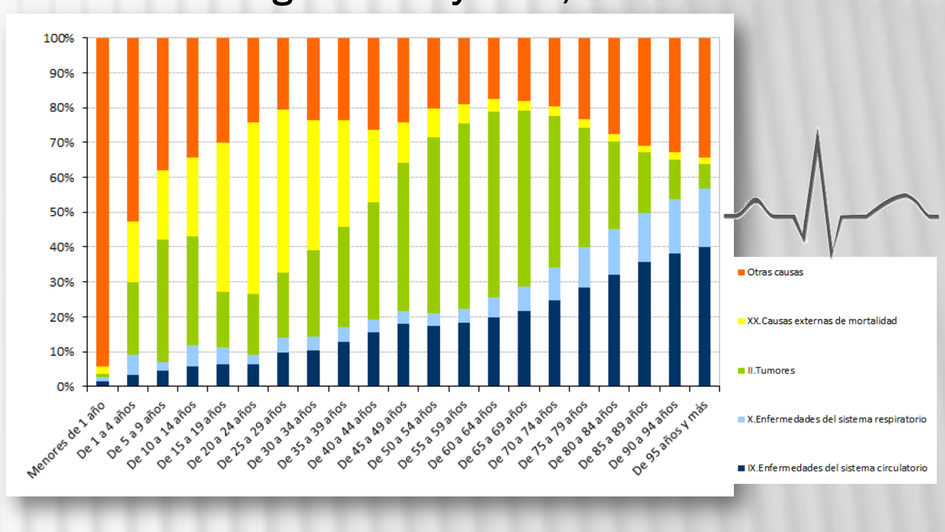
Aumenta la esperanza de vida, pero en los últimos años ha descendido la esperanza de vida libre de discapacidad

Los hombres tienen tasas de hospitalización más altas que las mujeres; las tasas aumentan con la edad

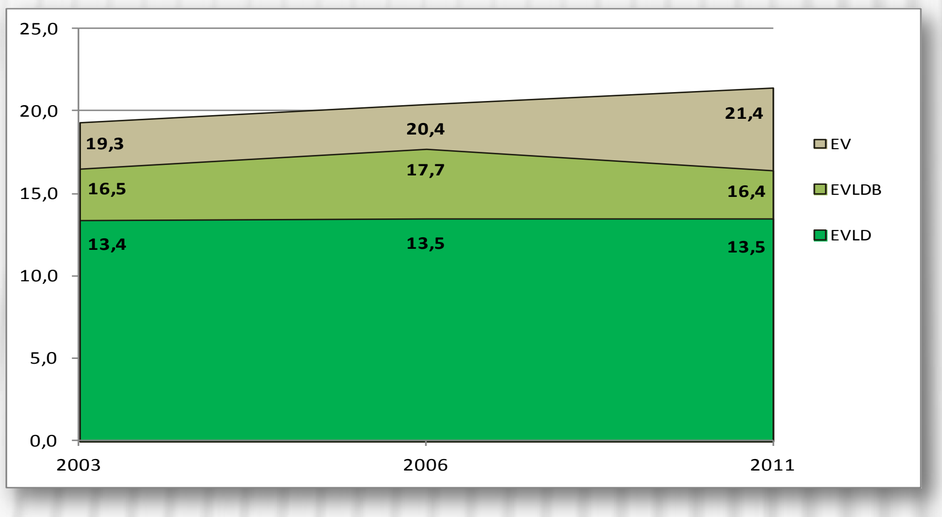
Morbilidad hospitalaria por sexo y edad, 2013



Defunciones según causa y edad, 2012



El patrón de mortalidad permanece estable. Enfermedades circulatorias, tumores y respiratorias son las principales causas de muerte.

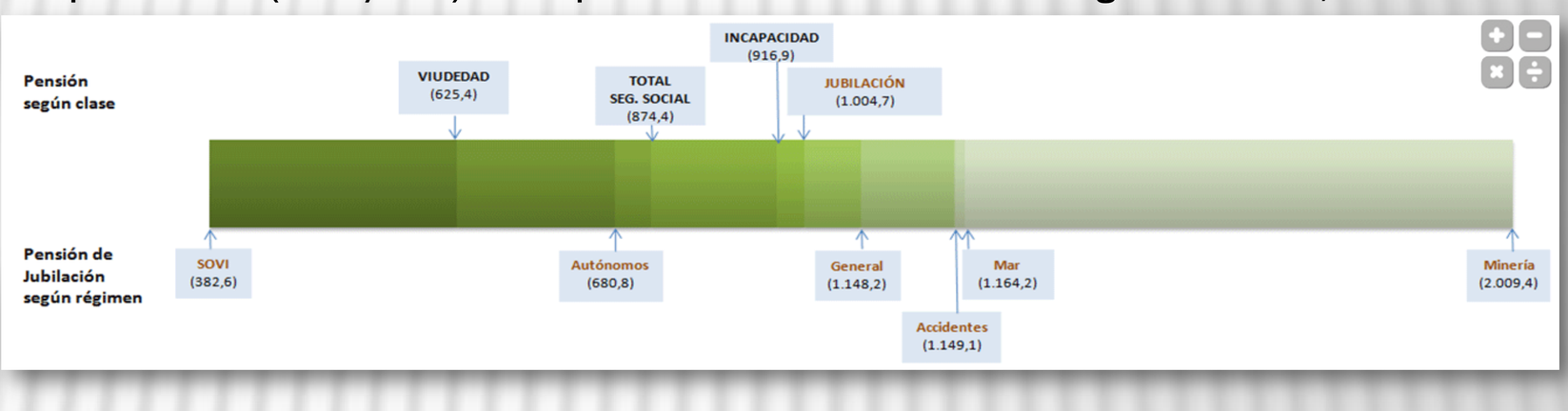


Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a los 65 años, 2003-2011

EV: Esperanza de Vida
EVLDB: Esperanza de Vida Libre de Discapacidad Básica
EVLD: Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

La pensión media de jubilación ha superado los 1000 €

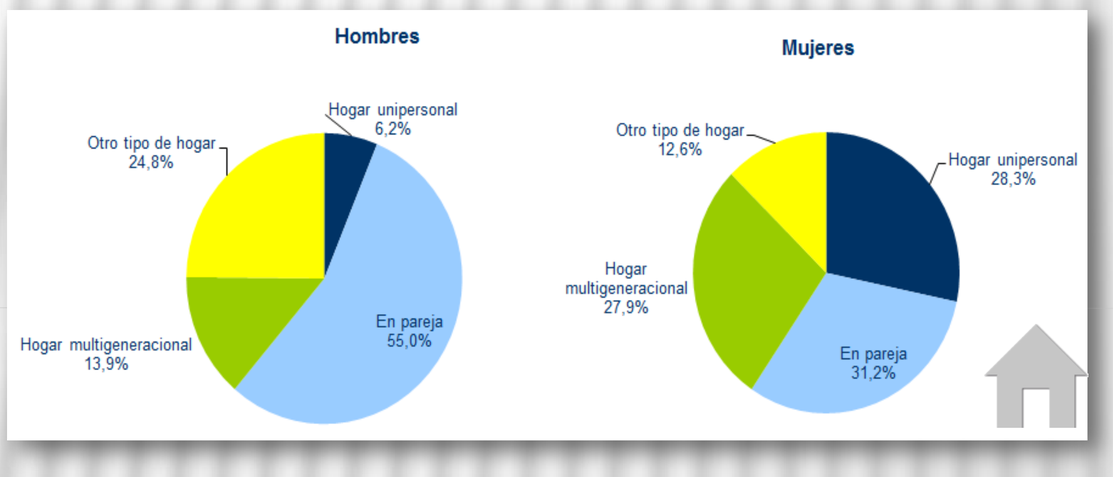
Importe medio (euros/mes) de las pensiones contributivas de la Seguridad Social, 2014



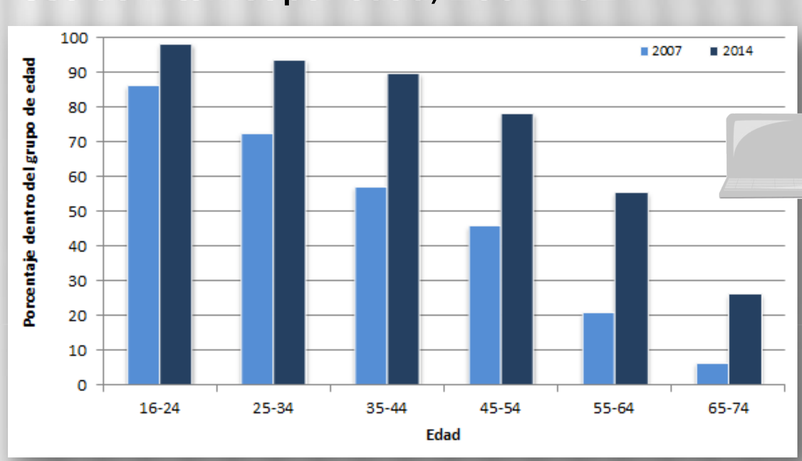
El número de años esperados de jubilación está por encima de la mayoría de los países del mundo

Los hombres viven sobre todo en pareja; las mujeres experimentan la soledad en mayor medida

Convivencia de la población de 65 y más años por sexo, 2011



Uso de Internet por edad, 2007-2014



Brecha digital entre los mayores y el resto de la población, aunque ha habido un incremento notable del uso de internet en los últimos años por parte de aquéllos

Objetivo

Panorama de las personas mayores en España para comprender mejor su experiencia de envejecer.

Materiales y Método

Datos actualizados e indicadores estadísticos, tomados de diferentes fuentes, fundamentalmente del INE (Censo, Padrón, proyecciones de población, morbilidad hospitalaria, etc.). Análisis descriptivo de las variables. Uso del método de Sullivan para cálculo de esperanzas de vida libres de discapacidad.

Conclusiones

El proceso de envejecimiento es un desafío para los responsables de las políticas públicas, las familias, los proveedores de atención sanitaria y de cuidados, y los negocios. Su conocimiento permite diseñar nuevas formas de atender las crecientes necesidades de la población mayor.

NOTA IMPORTANTE: Para ampliación de información véase "Informe Envejecimiento [en-red] nº 10", en *envejecimiento.csic.es*

Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

COLABORAN:

Fundación General de la Universidad de Salamanca – Fundación Reina Sofía – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES 'INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA'

CALIDAD DE VIDA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Gomes, María José, PhD[1] - mgomes@ipb.pt
Profesora Ajunta; Instituto Politécnico de Bragança, Escuela Superior de Salud
Galvão, Ana María, PhD[2]
Psicóloga Clínica; Instituto Politécnico de Bragança, Escuela Superior de Salud
Batista, Gorete, PhD[3]
Profesora Adjunta; Instituto Politécnico de Bragança, Escuela Superior de Salud

INTRODUÇÃO

Palavras-chave: envejecimiento, institucionalización, calidad de vida.

Las alteraciones demográficas a las que estamos asistiendo desde el siglo pasado, evidencian la importancia de garantizar a la población envejecida, una mayor supervivencia, acompañada de una buena calidad de vida (CdV).
Actualmente, algunas familias no tienen posibilidad de dar respuesta a las necesidades de sus familiares ancianos, teniendo que recurrir a instituciones para que las apoyen, y a veces las sustituyan. Dichas instituciones, además de atender las necesidades básicas, les proporcionan una buena calidad de vida.
En este sentido, es importante evaluar la CdV del anciano institucionalizado para que las instituciones que los ocogen, puedan satisfacer sus necesidades.

OBJETIVO

Evaluar la CdV de ancianos institucionalizados y describir algunas variables sociodemográficas.

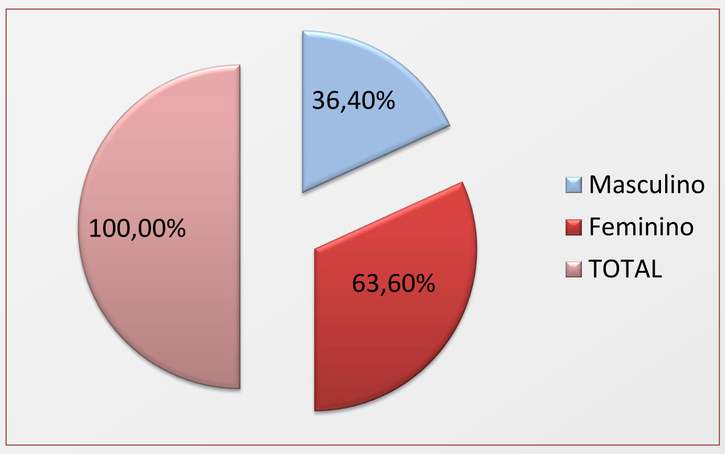
MATERIAL y MÉTODO

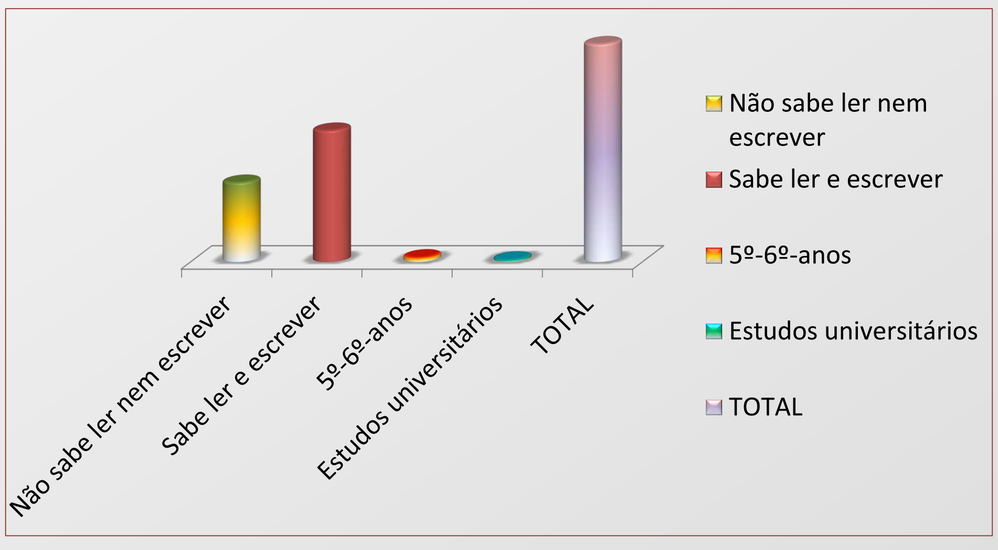
Estudio exploratorio, donde se han recogido datos socio-demográficos y la escala WHOQOL-Bref, (Wordl Health Organization Quality of Life), para evaluar la CdV. Los ancianos participantes en el estudio presentaban capacidad objetiva para responder a los diferentes cuestionarios.

RESULTADOS

Muestra de 88 ancianos institucionalizados de los cuales, 63,6% son del sexo femenino, con edad que entre 68 y 99 años (media 84,85), la mayoría (60,3%) estuvo escolarizada hasta cuarto de primaria y el 62,5% son viudos.
En la evolución de la CdV, los valores del Alfa de Cronbach varían entre 0,435 en el subdominio social, 0,743 medio ambiente, 0,783 sicológico, 0,841 físico y 0,662 hacia el dominio CdV en general.

Distribuição da idade (em anos)					
	min	máx	média	mediana	(dp)
Idade	68	99	84,85	85,00	5,846





Alfa de Cronbach para o Domínio e Sud-Domínios do Instrumento da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

	Média	(dp) (1)	Correlation (2)	α(3)	α
Domínio Calida de Vida – 2 Itens (n=88; 100%)					
Cómo calificaría su calidad de vida?	3,53	0,742	0,494		0,662
Cómo de satisfecho/a está con su salud?	3,14	1,052	0,494		
Sub-Domínios:					
Físico – 7 Itens (n=88; 100%)					
Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? (Invertida)	2,95	1,295	,648	,812	
En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? (Invertida)	2,94	1,065	,445	,842	
Tiene energía suficiente para la vida diaria?	3,09	1,024	,597	,820	
Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	3,08	1,271	,757	,792	0,841
Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	3,60	1,045	,411	,846	
Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	3,44	,969	,643	,815	
Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	2,97	1,055	,691	,806	
Psicológico – 6 Itens (n=88; 100%)					
Cuánto disfruta de la vida?	3,59	1,024	,654	,704	
Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	3,63	,938	,562	,731	
Cuál es su capacidad de concentración?	3,36	,949	,365	,779	0,788
Es capaz de aceptar su apariencia física?	3,68	,796	,568	,734	
Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	3,85	,851	,723	,695	
Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión (Invertida)	3,23	1,162	,349	,796	
Relaciones Sociales – 3 Itens (n=88; 100%)					
Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales	3,43	,855	,249	,362	
Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	4,35	,644	,324	,223	0,435
Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	4,41	,672	,211	,404	
Ambiente – 8 Itens (n=88; 98%)					
Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	3,74	,941	,530	,688	
Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	4,05	,710	,401	,716	
Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	3,23	,931	,263	,746	
Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	3,73	,707	,641	,675	0,743
Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	3,35	1,006	,515	,692	
Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	4,41	,672	,369	,721	
Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	4,24	,758	,364	,722	
Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	3,83	,900	,419	,712	

(1) dp - desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o total sem esse item; (3) α - Alfa de Cronbach se o item for apagado.

CONCLUSIÓN

Los ancianos presentaron baja satisfacción con la CdV en general, particularmente en el subdominio físico, debiendo las instituciones procurar compensar esas limitaciones proporcionando un entorno adaptado.

BIBLIOGRAFIA:

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

COLABORAN:

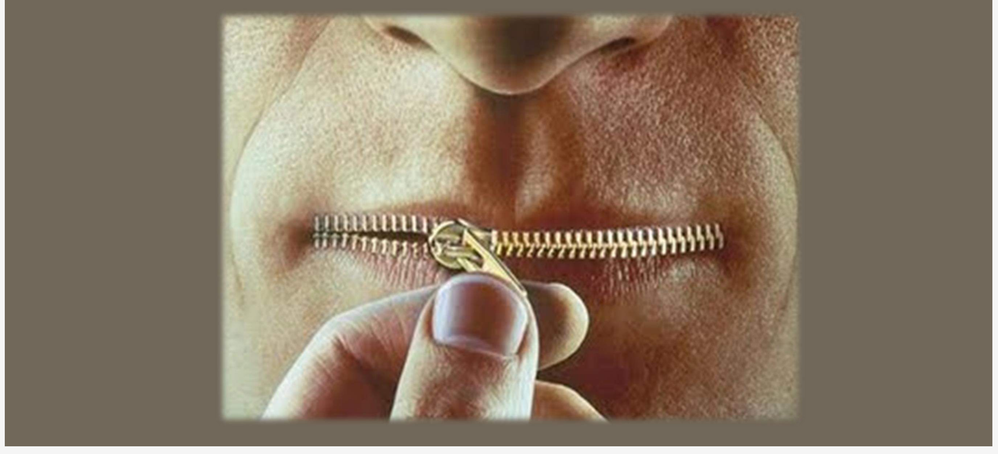
Fundación General de la Universidad de Salamanca – Fundación Reina Sofía – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES 'INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA'

LA MUERTE COMO TABÚ

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA – Escola Superior de Saúde

Esteves, Carina[1]; Vaz, Danielle[1]; Mesquita, Sandra[1]; Baptista, Gorete[2]
[1] Estudiantes del Máster en Cuidados Continuados en la Escuela de Salud, Instituto Politécnico de Bragança
[2]Professora en la Escuela de Ciencias de la Salud, Instituto Politécnico de Bragança
Nucleo investigación y intervención en los ancianos



Introducción

Actualmente la muerte es considerada un tabú, vista como un fracaso de la medicina (Oliveira, 1998), y presentada como un problema no resuelto, es decir, un fenómeno irreversible (Pacheco, 2002).
En el siglo XX, la muerte se ha convertido cada vez más difícil, convirtiéndose en un proceso largo y doloroso para el paciente. Por lo tanto, es esencial que el paciente se escucha como una persona con miedos, pensamientos, sentimientos, esperanzas y valores enmarcados en un contexto particular de la familia.
La enfermera es el miembro del equipo de salud que sostiene una relación más estrecha con el paciente / familia, ya que esto es lo que ofrece una atención más directa (Pereira, 2013), se establece preferentemente una relación de ayuda.

Objetivos

Esta revisión tiene como objetivo comprender la evolución del concepto de la muerte en el tiempo y se en la actualidad la muerte es vista como un tabú.

Metodologia

Este es un artículo de revisión sistemática de la literatura, para responder a nuestra pregunta de investigación "La muerte es vista como un tabú?". Se utilizó la metodología de PI[C]OD y se seleccionaron 5 artículos de la Base B-ON, en una muestra inicial de 31 artículos.
Palabras clave: Muerte; tabú; la sociedad; Profesionales de la salud

Resultados

Con nuestra investigación encontramos que:
■ La muerte sigue siendo un tema complejo, lo que plantea preguntas existenciales sobre el sentido de la vida;
■ La muerte sigue siendo un tabú, lo que resulta en uno de los mayores temores de los seres humanos;
■ Los profesionales de la salud tienen dificultades para hacer frente a la muerte, por considerarla un fracaso de la medicina;
■ La sociedad se refugia en la religión y en las prácticas religiosas para aliviar el sufrimiento causado por la muerte;
■ En los países occidentales, la muerte se consideró un fenómeno natural y común;
■ Actualmente, la muerte se disfraza y oculta; es un tabú y el luto es un asunto personal:
■ Lo que se considera hoy una "buena muerte", fue en el pasado considerado una "muerte maldita".

Conclusión

Hay una involución con respecto a la aceptación de la muerte porque en la antigüedad la muerte fue seguido de cerca por todos y, con la evolución de la ciencia y la tecnología se fue volviendo cada vez más un proceso doloroso y algo a evitar. Llegamos a la conclusión de que los profesionales de salud, en contra de lo que cabría esperar, tienen grandes dificultades para hacer frente a este proceso natural de la vida, bien como el resto de la sociedad. Para ellos, la muerte es vista como un fracaso de la medicina, lo que les da la sensación de fracaso y la impotencia, por lo que es difícil ver como un proceso natural. Para apaciguar el dolor de la pérdida y hacer frente a la muerte, la sociedad se refugia en los rituales existentes en las diferentes culturas y religiones.

Bibliografia

Oliveira, J (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina (p. 16)
Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspetivas éticas*. Loures: Lusociência.
Pereira, A. (2013). *Morte em Contexto Hospitalar: Vivências dos Enfermeiros*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COLABORAN:

Fundación General de la Universidad de Salamanca – Fundación Reina Sofía – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES 'INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA'

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

Pinheiro, Eliana [1]; Medeiros, Marta [1]; Baptista, Gorete[2]

[1] Estudiantes del Máster en Cuidados Continuados en la Escuela de Salud, Instituto Politécnico de Bragança

[2]Professora en la Escuela de Ciencias de la Salud, Instituto Politécnico de Bragança

El sufrimiento de los enfermos terminales, família y equipo de salud

Al final de vida los pacientes terminales experimentan momentos de gran sufrimiento. Es esencial la relación con la familia y el equipo de salud. Este artículo se basa en la comprensión del sufrimiento de los enfermos terminales, cuál es su reacción y de su familia, y cómo se comporta el equipo de salud antes el dolor y la pérdida. Trató de conocer las principales reacciones al diagnóstico, identificar los principales cambios en la rutina, conocer los sentimientos evidenciados durante el período de atención a los enfermos terminales, identificando así las etapas experimentadas por la familia.

Objetivos

Comprender el sufrimiento de los enfermos terminales, de su familia y del equipo de salud

Metodologia

Este es un artículo de revisión sistemática de la literatura. Se utilizó la metodología de PI[C]OD y se seleccionaron 6 artículos de la Base B-ON.

Palabras clave: Sufrimiento, Enfermedad Terminal, Equipo de Salud, Família.

Resultados

La evidencia de la investigación muestra que las experiencias y los sentimientos del paciente y la familia se traducen en sentimientos de choque, preocupación, miedo a la muerte, la tristeza, el dolor, los sentimientos de impotencia, la negación y la ira, que se puede considerar como parte la pena anticipada por temor a la pérdida de un ser querido frente a una enfermedad grave sin posibilidad de cura. También se puede verificar que la familia comienza a sufrir antes que la muerte suceda. Este sentimiento causará consecuencias en el equilibrio de la família y, en este sentido, va a necesitar de hacer una nueva organización en todos sus aspectos.

Se puede observar que el paciente terminal deja marcas en el profesional cuidador. Este debe tener mecanismos psicológicos de defensa contra el dolor y el sufrimiento, protegiéndolos de la angustia que genera. Los profesionales de salud ya no deben ver la pérdida de un enfermo terminal como un fracaso, sino como un ser humano que fue ayudado en esta etapa de su vida.

Conclusión

En general los estudios analizados concluyen que el personal de salud debe saber la mejor manera de lidiar con el final de la vida, con el fin de evitar el estrés tanto lo que llevaría a un mejor desempeño en el trabajo.

El tema enfermo terminal también incluye la familia que sufre junto con el paciente. El paciente comienza a requerir el apoyo constante de la familia, la vida cotidiana de la familia se cambia por las exigencias de la dependencia del paciente.

Cunha, D.M.F., Freitas, L.B & Oliveira, M.S. (2011). Familiar cuidador de paciente com doença terminal frente ao processo do adoecimento. Psicologia PT. Portal dos Psicólogos.

Laurindo, A. C., Almeida, C. P., Soriani, A. M., Paiva, A. R. S., Fabri, M. J. de Joinville (UNIVILLE).

Quintana, A.M., Kegler, P., Santos. M.S, & Lima,L.D. (2006) Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Equipe de saúde e terminalidade. Paidéia, 16 (35), 415-425. F., Felhaner, F. P, & Andreacci, R. A. (2011 a 2012).Os sentimentos e os cuidados dos familiares em relação aos pacientes terminais. Graduação do curso de Bacharel (Psicologia) Faculdade Jaguariúna, Revista Intellectus. Ano IX N° 25.

Martins, M.,C.,S.,F.,C. (2010) Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Lisboa. Doutoramento em enfermagem, Universidade de Lisboa.

Silva,T.R & Wendling. M. I. (2012). Família, paciente terminal e Morte: o inevitável trajeto frente a dor da perda. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).São Francisco de Paula-RS.

Radavelli. E.P., Demarchi. E.N.,Vieira.G.C., kohn.R. & Cyrino.L.A.R. (2011out-dez 18 (4) 162-5).Pacientes em estado terminal: uma revisão de literatura. Arq Ciênc Saúde. Universidade da Região

II Encuentro de Investigadores
Salamanca, 10 de marzo, 2015

ACTIVIDAD FÍSICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y EN LOS MAYORES. AFISEEND.

AUTORES: Jaime Unzueta-Arce (1,2), Sara Mora Simón (1,2), Alfonso Romero Furones (1), Ana R. Menor Odriozola (1), Concepción Becerro Muñoz (1), Lucas Fernandez del Campo Carranza (1), M. Paz Muriel Díaz (1), Emiliano Rodríguez Sánchez (1)*.

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN LA ALAMEDILLA. IBSAL. FUNDACIÓN INFOSALUD,
(2) FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.
* e-mail: emiliano@usal.es

OBJETIVO: Evaluar el nivel de Actividad Física (AF) que realizan las personas mayores y su relación con las enfermedades neurodegenerativas (END) e Implementar el proyecto NEDICES-2 (FIS PI11/01508) en Salamanca. Se analizará si la prevalencia de END y el nivel de AF presentan diferencias en función del género.

METODOLOGÍA: Estudio observacional transversal. A partir del estudio NEDICES-2 se evaluará la AF de los mayores de 55 años mediante podómetro digital y cuestionario Ipaq. Con el estudio NEDICES-2 se establecerá el corte basal de una cohorte comunitaria con el objetivo de sentar las bases de un estudio longitudinal para valorar el estado de salud y presencia de END (deterioro cognitivo, demencia, parkinsonismos, temblor) y se creará un banco de tejidos con muestras de sangre, orina y saliva para analizar los marcadores clínicos y biológicos. Es un estudio multicéntrico que incluye población del centro de España (Salamanca, Arévalo, Burgos, Segovia y Madrid). Se incluirán unas 10.000 personas de 55 y más años (2.000 de Salamanca, del centro de salud Miguel Armijo). Se seguirán los métodos y el cuestionario basal del estudio NEDICES-2. El diagnóstico de END será en dos fases: I de cribado (en el centro de salud) y II de diagnóstico (por neurólogos).

Objetivos específicos
Evaluar el nivel de AF que realizan las personas mayores y su relación con las END.
Además estimará el efecto de la AF sobre los pacientes respecto a medidas antropométricas, FR cardiovascular, estado cognitivo, salud general y calidad de vida.
Conocer las dificultades más frecuentes de evaluar la AF que realizan los pacientes con END. Se analizará por género tanto los niveles de AF que realizan como las dificultades que manifiestan para llevarla a cabo. El estudio tiene previsto evaluar los efectos indirectos del programa sobre su acogida y establecimiento en Centros de Atención Primaria. Se tratará de medir la contribución de medir la AF entre los pacientes con END y también sobre el personal médico y de enfermería.
Elaborar una guía con recomendaciones sobre las características que deben tener los podómetros para se utilizados por las personas mayores y con END
Implementar el proyecto NEDICES-2 en el Centro de Salud.

Tabla 1. Objetivos específicos Estudio Afiseend

Característica	Ventaja	Beneficio
Sensor 3D	El dispositivo detecta el movimiento en 3 dimensiones	El cuentapasos mide la intensidad y número de pasos en cualquier lugar con la máxima precisión independientemente de dónde se lleve
Reloj	Muestra la hora al pulsar los botones	Conveniente consulta de la hora
Pasos	Cuenta cada pasa	El usuario ve los pasos ya realizados durante el día
Distancia	Mide la distancia	Mira cuántos Km se ha recorrido ese día
Kcal quemadas	Muestra las calorías adicionales quemadas durante el paseo	El usuario aprende cuántas calorías adicionales ha quemado su cuerpo con la actividad física realizada
Memoria de 7 días	Guarda los resultados de la actividad de los últimos 7 días	Permite el control y la motivación a largo plazo

Tabla 2. Características del podómetro Omron Walking Style One 2.1.

ANÁLISIS: El resultado principal será el promedio de pasos diarios evaluados con podómetro y con el cuestionario Ipaq y la prevalencia de END. Los datos epidemiológicos y los obtenidos del biobanco (bioquímicos, genéticos, proteómicos, toxicológicos) permitirán investigar posibles factores de riesgo y marcadores clínicos y biológicos en las END y analizar su relación con el nivel de AF.

RESULTADOS Y DISCUCIÓN: Los resultados pueden servir para mejorar las características técnicas de los dispositivos que registran la AF de los pacientes de más edad y los que presentan END facilitando su comercialización.

Financiación por: Gerencia Regional de Salud de la Consejeria de Sanidad de C y L. (Resolución 31 de Julio 2014)

PROYECTO GRUNDTVIG (2013-2015):
"DIGITAL SKILLS FOR SENIORS AND DISABLED IN EUROPE"

- **Padilla Góngora, D.** Profesor Titular de la Facultad de Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería. Despacho 207, Edificio A Humanidades. E-mail: dpadilla@ual.es
- **López-Liria, R**. Profesor Contratada Doctora de la Facultad de Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería.
- **Díaz-López, M.P.** Psicopedagoga. Grupo de Investigación HUMANIDADES-498. Universidad de Almería.
- **Aguilar-Parra, J.M**. Profesor Contratado de la Facultad de Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería.
- **Vega Ramírez, F.A.** Grupo de investigación HUMANIDADES-498. Universidad de Almería

INTRODUCCIÓN

En el seno del grupo de investigación Humanidades-498 de la Universidad de Almería (UAL), se desarrolla el proyecto europeo titulado: *"Improving digital skills of european citizens seniors and disabled: a work program. DSSD: digital skills for seniors and disabled"* en colaboración con otros seis países: Holanda, Hungría, Grecia, Italia, República Eslovaca y Rumanía. La revolución tecnológica a la que asistimos actualmente tiene importantes consecuencias en todas las facetas de la vida diaria, desde el manejo de los nuevos dispositivos móviles, la solicitud de cita médica a través de la red y las compras on-line hasta la resintonización de canales televisivos. "Ser competente digital" es hoy una necesidad para toda la población.

METODOLOGÍA:

Entre los objetivos de este proyecto que coordina la UAL está el conocer la realidad existente en relación con los hábitos de acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICS) en las personas mayores y personas con discapacidad que asisten a centros de día e instituciones de estos seis países; así como la oferta actual de los programas destinados a este fin. Sobre esta base, posteriormente se ha diseñado y aplicado un programa educativo, bajo un modelo de práctica ecológica, con la participación de personas mayores y diferentes expertos y responsables de las políticas sociales y las ONGs en cada una de estas regiones.

Esta propuesta está destinada a las personas mayores de 55 años y discapacitados que nunca han entrado en contacto con las nuevas tecnologías de la información, con la idea de que, mediante convenios entre las instituciones de educación superior y las entidades encargadas de la atención a la tercera edad, estudiantes de pedagogía y profesorado les acerquen esta enseñanza, favoreciendo de este modo conocimientos que puedan romper la brecha digital existente en la actualidad y propicien lazos intergeneracionales a los protagonistas del proyecto.

10	Between July-December 2014	1. Guidance document "Model of teaching-learning programs of ICTs aimed to elderly people and disabled".	Holland
11	Between July-December 2014	2. Guidance document "European citizenship and the use of the ICTs".	Romania
12	Between July-December 2014	3. Guidance document "Development of social skills, civic and cultural skills in the elderly and disabled through ICTs"	Greece
13	Between July-December 2014	4. Guidance document "Learning to learn using ICTS"	Spain
14	Between July-December 2014	5. Guidance document "Best practices for the acquisition of digital skills on elderly people and disabled, within an ecologic and intergenerational environment".	Italy
15	Between July-December 2014	6. Guidance document "ICT Opportunities for the elderly and disabled"	Slovakia
16	Between July-December 2014	7. Guidance document "Innovative pedagogical approaches in educational management for the elderly and disabled"	Hungary

RESULTADOS:

1ª Durante la primera fase se consensuaron los instrumentos de recogida de datos y la metodología.

2ª En la segunda, se han analizado los datos sobre los hábitos digitales que posee la población estudiada en una muestra representativa de cada país.

3ª Durante una tercera, hemos conocido las necesidades comunes y la oferta formativa existente, elaborando un catálogo que los resumiese.

4ª En la cuarta, se realizó una propuesta de Programa compuesto por 12 sesiones de una hora y media de duración, a desarrollar en una muestra piloto de personas mayores y discapacitados en cada uno de los 6 países.

5ª En la actualidad se está evaluando el programa ejecutado y los beneficios aportados. Las personas participantes han valorado la eficacia del programa, del proceso educativo, de los profesionales participantes y de los medios empleados mediante encuestas y cuadernos de campo para que los investigadores podamos verificar y mejorar su eficiencia y depurar posibles errores en futuras intervenciones.

CONCLUSIONES:

En el aprendizaje de las nuevas tecnologías de la información y comunicación es primordial consolidar la asistencia de los mayores a las sesiones de trabajo, graduando la dificultad de las actividades, realizando actividades participativas, que satisfagan sus necesidades (sentirse querido y respetado, inclusión y pertenencia social, mejora de autoestima, de lograr nuevos aprendizajes, de crecimiento personal, etc.).