BENEFICIOS COGNITIVOS Y FUNCIONALES DE LA ASISTENCIA AL CENTRO DE DIA EN PERSONAS CON ALZHEIMER-DEPRESION

Una respuesta para dar calidad de vida

Lamarca Pinto, Eduardo (Médico)**; Niño Ferreras, Marta** (Director)**;Niño Ferreras, Marta** (Terapeuta Ocupacional)**;**
Aguado García, Sara (Neuropsicóloga)**; De Castro Huelves , Beatriz** (Fisioterapeuta)**;**
López Sánchez, David (Enfermero)**; de la Serna Recio, Alicia** (Auxiliar)**; Zazo del Campo, Ruth** (Auxiliar)

INTRODUCCIÓN

Vitalia Valladolid ofrece asistencia integral, socio-sanitaria y rehabilitadora a personas con o sin dependencia, con el objetivo de mejorar su bienestar físico, psíquico y socio-familiar con tratamientos especializados donde analizamos y seleccionamos los programas de intervención adecuados de modo multidisciplinar. Con esta esencia, en esta usuaria con afectación cognitiva, nos planteamos la cuestión de diferenciar qué grado de afectación era debido a la propia demencia y qué porcentaje era mejorable tratando la depresión también.

ACTIVIDADES EN CENTRO DE DÍA

"Toda actividad desarrollada en el Centro tiene una finalidad única y exclusivamente terapéutica"

En base a la Capacidad Plástica Neuronal. Siguiendo la Metodología Hoffmann, se elabora un Programa de Rehabilitación Personalizado que incluye Actividades de Estimulación Cognitiva Específicas, con el objetivo de potenciar las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas en pacientes con Deterioro Cognitivo, con el consiguiente impacto sobre su autonomía y calidad de vida.

Taller de Arte, actividad bilateral con pinza y punzón, estimula atención y concentración. Se trabaja la motricidad fina.

El abordaje de las persona con Enfermedad de Alzheimer es global, trabaja además de sus necesidades básicas de salud e higiene, sus habilidades físicas, funcionales, cognitivas, perceptivas y psicosociales .

OBJETIVO Y MÉTODO

El caso que exponemos es un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, en el que se pueden apreciar los beneficios cognitivos y funcionales que el Método Hoffmann ha tenido sobre N.C., mujer de 87 años que vive sola y ha sido diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer.
Llega al Centro de Día VITALIA Valladolid en octubre de 2013 a petición de la familia, que observa alteraciones en su vida diaria.

Los objetivos iniciales que se fijan para N.C. son:

·Mejora y mantenimiento de funciones cognitivas y funcionales.
·Mejora de habilidades psicomotrices y de la calidad de la deambulación.
·Mantenimiento de autonomía que permita vida independiente.
·Tratamiento y mejora del estado de ánimo.
·Fomentar las relaciones interpersonales, evitar aislamiento social.
·Seguir una dieta adaptada a sus necesidades.
·Control de patologías crónicas y supervisión del tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

	INICIAL	FINAL
GDS REISBERG	2	3
MEC	24	27
RELOJ	0	5
GOLDBERG ANSIEDAD	3	1
GOLDBERG DEPRESIÓN	2	0
BARTHEL	100	100
LAWTON	2	5
TINETTI	24	27
NORTON	20	20

CONCLUSIONES

El tratamiento de Rehabilitación Cognitiva en base al Método Hoffmann repercute positivamente sobre la Cognición de nuestra usuaria, así como sobre el área físico-funcional y su estado de salud en general. El avance positivo constatado en la Depresión se refleja en mejora de la capacidad cognitiva y praxias de modo notable, lo que induce a pensar que la severidad del diagnostico de demencia puede estar sesgado por esta patología, por lo que pensamos es interesante profundizar en esta línea de investigación. El apoyo domiciliario en tareas de limpieza y supervisión, junto con la intervención multidisciplinar, han permitido que, a día de hoy, N.C. mantenga un alto grado de autonomía respecto a sus ABVD y AIVD, continúa viviendo sola. Vitalia Valladolid constituye un importante apoyo sociosanitario frente a los obstáculos cotidianos a los que se enfrentan estos pacientes. Podemos afirmar que después de año y medio de asistencia al centro de día existe un mantenimiento de las capacidades cognitivas, físicas y funcionales que han hecho que N.C. pueda seguir llevando un estilo de vida autónomo y que tenga un estado emocional positivo otorgándole calidad de vida.

EFICACIA Y USABILIDAD DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO Y COGNITIVO POR ORDENADOR PARA PERSONAS MAYORES

[1-2] Toribio Guzmán, J.M. ; [1-2]Franco Martín, M.A. ; [1-2]Parra Vidales, E. ; [1-2]Pinto Bruno, A.; [2]Gónzalez Palau, F. ; [1-2]Bernate Navarro, M.; [2]Solís Rodríguez, A. ; [2]Cid Bartolomé, T. ; [1-2]Losada Durán, R. y [2]Bueno Aguado, Y.

[1] Instituto Ibérico de Investigación en Psicociencias [2] Fundación INTRAS

INTRODUCCIÓN

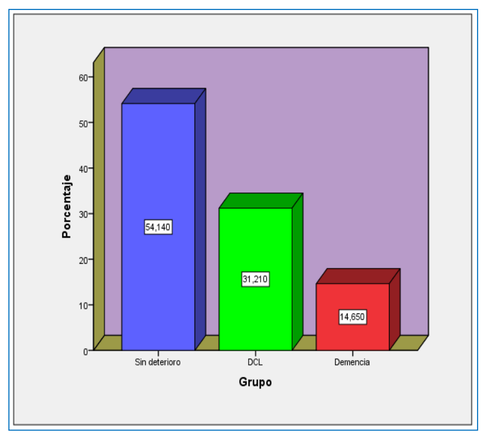
El número de personas mayores en la población es cada vez mayor y seguirá aumentando de manera significativa en la próxima década. En los últimos años se ha producido un gran desarrollo de la tecnología de software en el campo de la investigación psicogeriátrica, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Long Lasting Memories (LLM) es una plataforma TIC integrada que combina ejercicios cognitivos con la actividad física en el marco de tecnologías avanzadas. LLM tiene como objetivo ofrecer una solución eficaz contra el deterioro cognitivo relacionado con la edad, y permitir la recuperación de las funciones cognitivas superiores en personas que muestran deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia leve. La combinación del entrenamiento físico y cognitivo podría tener un efecto sinérgico que conduce a resultados más rápidos y consistentes, incluyendo beneficios en la calidad de vida y social [1]. Además los programas de intervención con nuevas tecnologías deben seguir los principios de usabilidad, que aseguran que estos programas cumplen con las características necesarias para ser utilizados de forma eficaz por una población clínica específica [2].

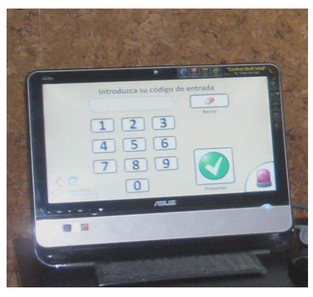
1. OBJETIVO

Analizar la eficacia y usabilidad de la plataforma LLM, compuesta por el programa Gradior para rehabilitación cognitiva y el programa FitForAll de entrenamiento físico, en personas mayores.

2. MATERIAL Y MÉTODO

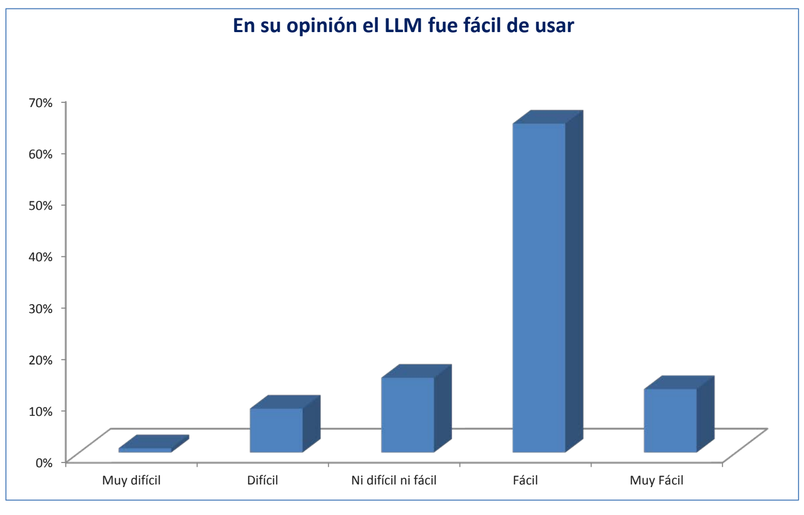
157 participantes mayores de 60 años (M= 79.71; DS= 8.39; Rango= 60-99),fueron reclutados en diferentes contextos en 5 ciudades españolas. 85 sin deterioro cognitivo, 49 con diagnóstico de DCL y 23 con diagnóstico de demencia leve. Los materiales para llevar a cabo la intervención incluían ordenador de 22" con pantalla táctil, mando y tabla Wii. Los participantes realizaron 1 hora de entrenamiento físico con FitForAll una plataforma de juego que permite ejercitarse a través de Nintendo Wii® (ejercicios aeróbicos, flexibilidad, fuerza y equilibrio) y 40 minutos de entrenamiento cognitivo con el software Gradior, (ejercicios de atención, percepción y memoria), 3 veces a la semana, durante 12 semanas. Se llevó a cabo una prueba t para la valoración cognitiva pre-post tratamiento y se administró un cuestionario de usabilidad.





3. RESULTADOS

Los participantes mejoraron significativamente sus puntuaciones en aprendizaje verbal y memoria (Hopkins Verbal Learning Test; recuerdo inmediato $p<.05$; recuerdo demorado $p<.01$; reconocimiento $p<.05$) y en el funcionamiento mental general (Mini Examen Cognoscitivo). Además los participantes muestran altos porcentajes de respuesta favorables al LLM: un 81.7% consideran que el programa es divertido, el 76.1% cree que es **fácil de usar**, un 88.5% lo considera beneficioso y un 91.5% cree que la instalación estaba bien adaptada a sus habilidades.



4. CONCLUSIONES

Los resultados apoyan la eficacia del entrenamiento cognitivo y físico con LLM en la mejora de las habilidades cognitivas en personas mayores. Además es un instrumento que muestra una buena usabilidad y aceptación en este tipo de población. LLM es una solución prometedora para el declive relacionado con la edad y la rehabilitación de las funciones cognitivas superiores.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Callari, T. C., Ciairano, S., & Re, A. (2012). Elderly-technology interaction: accessibility and acceptability of technological devices promoting motor and cognitive training. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 41*(0), 362-369. doi: 10.3233/wor-2012-0183-362

[2] ISO 9241-210:2010. Human centred design processes for interactive systems

Agradecimientos: al consorcio del proyecto Long Lasting Memories (No. 238904) y al soporte del mismo de la Comisión Europea, bajo el Programa Marco para la Innovación y la Competitividad, subprograma de Apoyo a las Políticas en Materia de Tecnologías de la Información y de la Comunicación (CIP/ICT PSP)

Contacto: **IBIP lab** Ctra. De la Hiniesta, 137, Bajo. 49024 Zamora

980 516 427 investigación4@intras.es

«¿Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas?»

UN PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

del Sastre Orosa, M.[1]; Cáceres, R.[1]; Beyebach, M.[2]; Pérez Sáez, E.[3]; González Ingelmo, E.[4]; Orgaz, B.[5]

(1) Psicóloga y terapeuta familiar, (2) Psicólogo y terapeuta familiar, (3) Neuropsicólogo, (4) Responsable de investigación, (5) Profesora. Universidad de Salamanca

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso | **E-mail de contacto: info@crealzheimer.es**

Introducción

La demencia genera un fuerte impacto en la familia. Existe abundante bibliografía acerca de las repercusiones negativas del cuidado sobre el cuidador principal y de los diferentes tipos de programas que pretenden paliar esta realidad.

La mayoría de estos programas se basan en dar respuesta a las consecuencias negativas que puede producir el cuidado de una persona con demencia. A pesar de la evidencia científica y las repercusiones positivas que tienen estos tratamientos sobre los sujetos que participan en ellos, se observa en la clínica que existen aspectos importantes que no son contemplados y que resultan fundamentales para la mejoría de las personas con las que se trabaja. Algunos de estos puntos son las historias de vidas en las que se exploran las relaciones familiares, tipos de afrontamiento, apegos, eventos traumáticos...

Integrando estos aspectos, el equipo de Psicología del CRE Alzheimer creó un programa de Empoderamiento («¿cuidas mientras vives o vives mientras cuidas?») que integrase todos los aspectos contemplados en otros programas además de los comentados anteriormente. Algunos puntos que se incluyeron en el tratamiento fueron: orientación al ocio, manejo de situaciones de la vida diaria que pueden originar culpa, aspectos y emociones relacionados con la historia de vida con los que se tienen conflictos en la actualidad, etc.

El análisis de los resultados evaluados hasta este momento, muestran que la participación de los sujetos en este programa ha tenido efectos beneficiosos sobre algunas variables medidas tales como la depresión, la culpabilidad, la orientación al ocio y otros aspectos relacionados con variables de bienestar generalizado.

Objetivo

El objetivo general fue estudiar la efectividad de un programa de empoderamiento aplicado a cuidadores de personas con demencia. Partíamos de la hipótesis de que empoderar diferentes áreas de la vida de las personas les empoderaría como cuidadores fomentando su bienestar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La eficacia del Programa la comprobamos al ver cómo las personas participantes:

- Disminuyen la culpa hacia el cuidado y el enfermo
- Disminuyen los niveles de depresión
- Disminuyen la sobrecarga de la enfermedad
- Consiguen unos niveles saludables de autoestima
- Aumentan la Orientación al Disfrute, Relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno…

Metodología

Se invitó a participar al estudio a todos los familiares de usuarios del CREA que cumplían los criterios de inclusión del estudio. Así se obtuvo una muestra de 33 personas, de las cuales 3 personas no quisieron participar y 7 no pudieron o abandonaron el estudio antes de su finalización. La muestra final por tanto es de 23 personas.

Tras la aleatorización de la muestra, obtuvimos dos grupos: 13 personas participaron en el grupo de intervención de las cuales 8 eran mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 50.00 años (*DT* = 11.232) y 10 personas en el grupo control de los cuales 7 eran mujeres y 3 eran hombres con una media de edad de 55.5 años (*DT* = 3.504). En cuanto a la filiación de los participantes el 100% eran hijos.

Cada participante fue evaluado antes y después de la intervención con la administración de la siguiente batería de instrumentos:

- Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).
- Subescala de ansiedad de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) (Zigmond y Snaith, 1983).
- Escala de la carga del cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI) (Zarit et al., 1980).
- Cuestionarios Orientación al Disfrute (OD). Dr. Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás. Universidad Complutense de Madrid.
- Cuestionario de Capacidad de Gratificación (GQ-6). Dr. Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás. Universidad Complutense de Madrid.
- Escala de Depresión «The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale». (CES-D) (*Radloff, 1977; Validada en español por: Losada, Peñacoba, Márquez-González*, & Cigarán, 2008).
- Cuestionario de Resiliencia CD- RISC (Connor y Davidson, 2003).
- Cuestionario de sentimiento de culpa para cuidadores (CGQ). (*Losada*, Márquez-González, Peñacoba y Romero-Moreno, 2010).

Todos los participantes asistieron a seis sesiones grupales de 90 minutos un día a la semana con una duración total de seis semanas. Los grupos estuvieron compuestos por un mínimo de seis personas y un máximo de 10.

Cada sesión fue conducida por dos terapeutas familiares que diseñaron el programa. Los fundamentos teóricos de dicho programa terapéutico se basan en la Terapia Sistémica de la que cogen diferentes modelos tales como Terapia Centrada en Soluciones (TCS, en adelante) (de Shazer, 1985), Terapia Narrativa (White, 1994) y el Modelo del Mental Research Institute (Fisch, Weakland y Watzawick, 1985).

Resultados

Para comprobar el efecto de la intervención se emplearon ANOVAS mixtos de medidas repetidas (2x2) con el tratamiento como factor intersujetos con dos niveles (Gr. Empoderamiento/Gr. Control) y el momento de la evaluación como factor intrasujetos con dos niveles (pre/post).

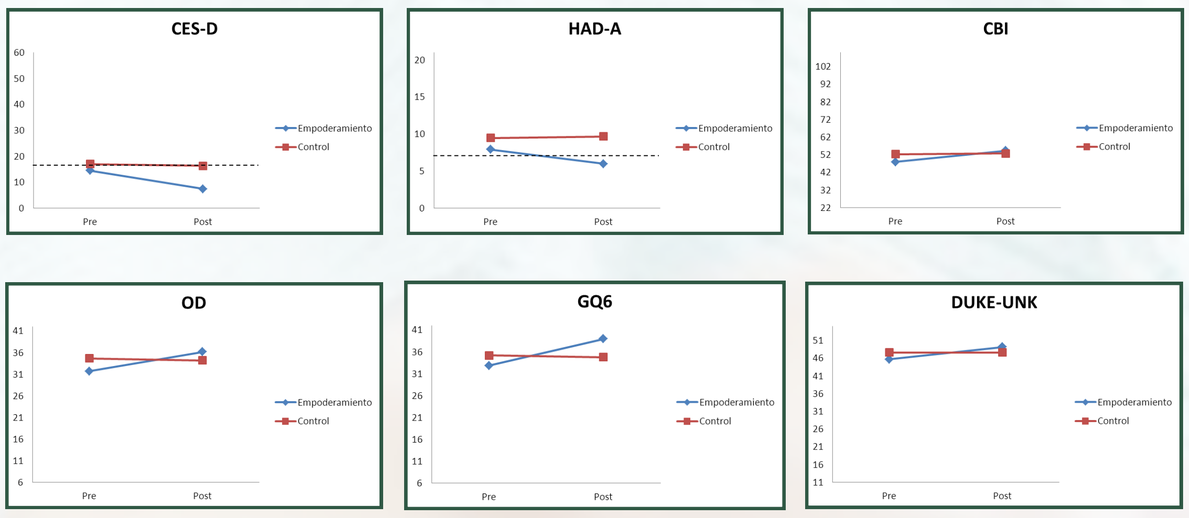
Se encontró un efecto significativo de la interacción Pre-Post x Tratamiento para todas las variables excepto Rosenberg (Ver tabla 1) ya que los participantes en el grupo de empoderamiento mejoraron significativamente en la valoración post-intervención para depresión (CES-D), ansiedad (HAD-A), culpa, orientación al disfrute (OD), resiliencia (CD-RISC), gratitud (GQ6) y apoyo social confidencial y afectivo (Duke-Unk) mientras que los participantes en el grupo de control mantuvieron sus puntuaciones en esas variables estables (**Ver tabla 1, comparaciones pre vs. post**).

En el caso de la sobrecarga (CBI) los participantes en el grupo de empoderamiento aumentaron sus puntuaciones significativamente en la valoración post-intervención mientras que los participantes en el grupo control no mostraron cambio en el nivel de sobrecarga.

		Pre *M* (*DT*)	Post *M* (*DT*)	gl	*F* (Pre-Post*Grupo)	*p*	η_p^2	Pre vs. Post *p*
CES-D	Empoderamiento	14.5 (7.53)	7.5 (3.10)	1,21	17.210	.000*	.450	.000*
	Control	17 (10.41)	16.4 (9.97)					.615
HAD-A	Empoderamiento	7.92 (2.29)	6 (1.22)	1,21	15.497	.001*	.425	.000*
	Control	9.5 (4.88)	9.7 (4.76)					.627
CBI	Empoderamiento	48 (8.68)	54.3 (10.37)	1,21	4.577	.044*	.179	.002*
	Control	52.4 (13.86)	52.8 (12.89)					.849
Culpa	Empoderamiento	17.5 (5.85)	10.5 (4.45)	1,21	67.305	.000*	.762	.000*
	Control	19.2 (7.12)	19.3 (6.87)					.879
Rosenberg	Empoderamiento	32.7 (2.69)	34.5 (2.47)	1,21	0.243	.627	.011	.020*
	Control	33.7 (3.86)	35 (3.62)					.134
CD-RISC	Empoderamiento	61.2 (11.73)	64.1 (9.56)	1,21	8.652	.008*	.292	.000*
	Control	67.8 (12.67)	67.6 (12.40)					.800
OD	Empoderamiento	31.7 (5.12)	36.2 (5.04)	1,21	23.590	.000*	.529	.000*
	Control	34.7 (3.16)	34.2 (3.39)					.528
GQ6	Empoderamiento	32.9 (4.09)	39 (5.57)	1,21	24.017	.000*	.534	.000*
	Control	35.2 (4.24)	34.8 (4.32)					.691
DUKE-UNK	Empoderamiento	45.7 (3.75)	49.2 (2.51)	1,21	32.899	.000*	.610	.000*
	Control	47.6 (5.66)	47.6 (5.66)					1.000

*p <.05

Tabla 1: *Valores F, p y η_p^2 de la interacción Pre-Post*Grupo de los ANOVAS de medidas repetidas y comparaciones por pares pre vs. post de los grupos empoderamiento y control.*



Conclusiones

Los resultados sugieren que el Programa de Empoderamiento realizado en el CREA de Salamanca (IMSERSO) tiene efectos beneficiosos sobre los familiares de personas con demencia. Puede observarse que estas personas adquieren recursos en las diferentes áreas de la vida y por ende los extienden a la situación de cuidado.

Los resultados nos sugieren que al trabajar con las diferentes áreas de la persona ésta se beneficia no sólo en el manejo del cuidado sino al enfrentar las diferentes situaciones de la vida cotidiana, mostrando mejorías en sus relaciones familiares, sociales, laborales, etc.

Todo esto encaja con el aumento de sobrecarga que encontramos en los resultados ya que al trabajar en las sesiones sobre las emociones, pensamientos, sentimientos… y tomar conciencia de ellos, lejos de mostrar una alegría superficial las personas se sienten sobrecargadas, como parte de un proceso de asimilación de emociones y situaciones a las que se enfrentan y de las que después salen restablecidos, sólo tras tomar contacto con ellos por muy difícil que resulte.

En esta línea, existe la necesidad de seguir creando programas especializados que trabajen con las familias y cuidadores en las diferentes áreas de sus vidas y no exclusivamente como cuidadores para dar respuesta a la amplia problemática de la persona que cuida que va más allá del cuidado. Para ello, es fundamental la formación especializada en psicoterapia de los psicólogos que se enfrentan a las amplias problemáticas de las familias expuestas al cuidado de una persona con demencia.

[1] Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder
[2] De Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
[3] Navarro, J. (2004). Enfermedad y familia. Barcelona: Paidós.
[4] Rolland, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa.

Empoderamiento
CRE de Alzheimer Salamanca
www.crealzheimer.es | info@crealzheimer.es

GUÍA PRÁCTICA SOBRE CUIDADOS ESENCIALES EN EL DOMICILIO PARA PACIENTES CON ALZHEIMER MODERADO

Manchado Vicente, I. F.
Graduada en Enfermería. Cuidadora en el entorno familiar

INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de las sociedades actuales, constituye el principal factor de riesgo para aumentar la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) esporádica.
Es necesario considerar el impacto que genera un diagnóstico de EA en las familias, la falta de herramientas para abordar los cuidados en el tiempo, el deterioro en la calidad de vida, y, la necesidad de aportar información y apoyo emocional en el inevitable duelo.
Por todo lo anterior, se ve la urgencia de crear una guía para prestar cuidados de excelencia en el domicilio. Una vez diseñado y materializado dicho documento, se ha sometido al uso en las familias y a su posterior evaluación, al objeto de ratificar su calidad y conseguir los datos que nos ayuden a mejorarlo.

MATERIAL Y METODO

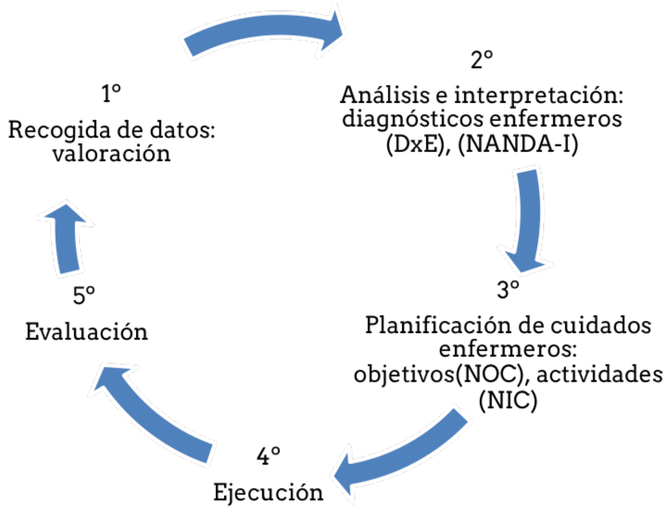
Recursos Humanos y materiales

65 familias con paciente diagnosticado de EA; ordenador, cámara de fotos, cuenta de correo electrónico, documentos: guía, solicitud de colaboración, encuesta y resultados, pasos a seguir para realizar la colaboración, diagnósticos enfermeros y plan de cuidados; acceso a internet y bibliografía consultada.

Metodología

Estudio piloto, observacional y descriptivo pasando encuesta a 65 cuidadores primarios. La muestra fué tomada entre una población estimada de 20.284 de EA, en Salamanca.

Criterio de inclusión	Familias que cuiden a un paciente con demencia en fase moderada.
Análisis de los resultados	Se agrupan las respuestas coinciden tes y se calculan los porcentajes.
Ventajas del método	Visión empírica y de conjunto del contenido de la guía.
Límites del método	No se puede hacer extrapolación de los resultados obtenidos a la pobla ción aquejada de EA, porque no se tra bajó con una muestra representativa.
Fundamentación teórica	*Marco enfermero* Proceso de atención en fermero.Apoyado en el modelo de cuidados de Virginia Henderson. *Diagnósticos enfermeros (DxE) relevantes* Riesgo de lesión, deterioro de la comunica ción verbal y duelo.



En la vertiente práctica	Elaboración y entrega de los documentos a las familias. Se solicita colaboración al centro de referencia estatal (CRE) Alzheimer, IMSERSO, y a la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer (AFA), ambos en Sa lamanca. Recogida de las encuestas, análisis de los re sultados obtenidos y mejora de la guía inicial.

CONCLUSIONES

General

Con el presente estudio se consiguen los datos necesarios para mejorar la guía inicial.

Específicas

• El 71% de los encuestados no añadiría nada a la guía. En dicho documento se enumeran y describen los cuidados esenciales y se amplían, asimismo, hasta cubrir los cuidados integrales cotidianos, siguiendo una metodología propia.

• Revisión de la guía, apoyando: los cuidados al cuidador, y, para abordar los trastornos de la conducta en EA. La guía mejorada se titula:

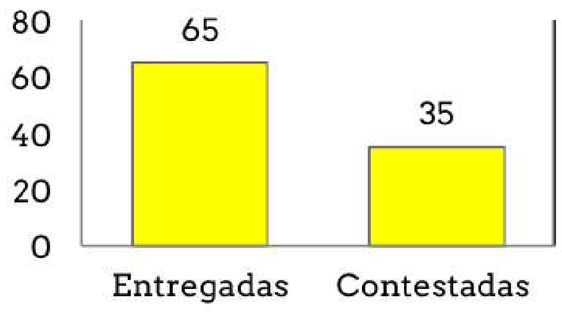
Mi pequeñ@, yo, no te suelto. Lo esencial del cuidado para pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase moderada, que son atendidos en su domicilio.

• Se echa en falta que ninguna familia haga alusión al duelo.

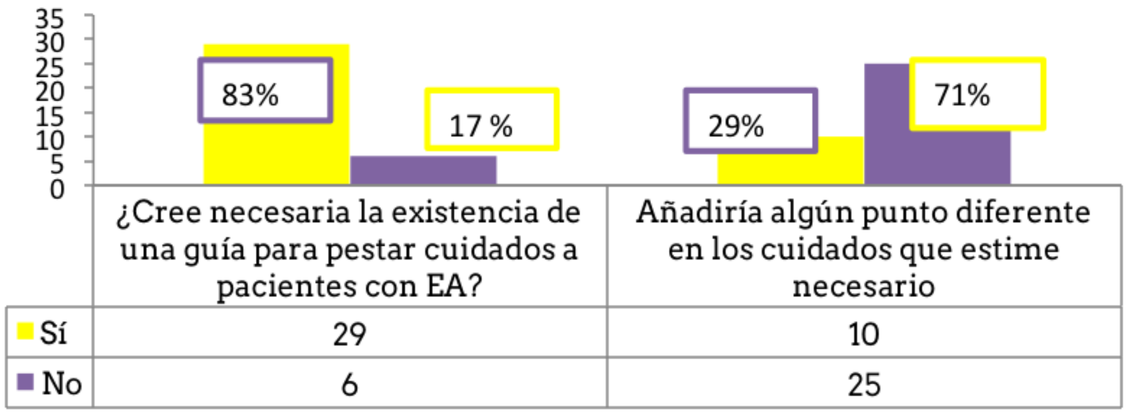
RESULTADOS

El análisis de los datos se ha realizado tras el vaciado de las 35 encuestas recibidas en tablas. Se obtuvo un listado de puntos prioritarios para la atención que incluye: El cuidado al cuidador principal, la apoyatura para abordar los trastornos psico-patológicos del paciente, la dificultad para poder realizar higiene personal, las movilizaciones y los cambios posturales.Tendremos en cuenta estos datos para mejorar el documento original, en la medida de lo posible.

Encuestas



Gráfica de las respuestas a las preguntas 1ª y 3ª planteadas en la encuesta



Capítulos de la guía que más han ayudado

La prevención de accidentes mediante buenos cuidados.
La comunicación con el enfermo.

Problemas y dificultades dónde se solicita ayuda

Abordar los trastornos psicológicos y conductuales del paciente.
Falta de apoyo al cuidador principal.

Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

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 conexión de ejercicio físico y la calidad de vida de las personas mayores

Ana Certo[1]; Ana Galvão[2], Gorete Batista[3]

Introducción

La inactividad física ha sido reportado como un factor determinante de daño crítico a la calidad de vida en la vejez. La práctica de actividad física regular es mencionado como un componente esencial de una buena calidad de vida.

Objetivo:

- Conocer la influencia que ejercen los medios de transporte para la vida de los ancianos.

Metodología:

- Se trata de un estudio cualitativo, basado en el análisis de la literatura científica publicada. Con este fin, hemos utilizado las bases de datos B-sobre, LILACS y SciELO. Las palabras clave utilizadas para artículos de investigación fueron: (i) "ejercicio físico"; (Ii) "calidad de vida"; (Iii) "ancianos"; (Iv) "salud". Criterios de inclusión: evidencia científica sólo en las personas de edad; artículos científicos en el intervalo de tiempo entre X e Y.

Resultados

Autores / Título (años)	Resultados
- Daniel, V. O., Bertolini, S. M. M. G., Júnior, M. J. - La calidad de vida de los profesionales de más edad de diferentes modalidades de ejercicio (2014)	El peso proporciona mejores beneficios en la calidad de vida las personas mayores, en comparación con los ejercicios realizados en las academias de la tercera edad y aeróbic acuático.
- Alcântara1, A. R. , Cabral2, H. M. A., Freire, N. L. L., Pereira, L. G. F., Rocha, G. M., Torres, M. V. - Análisis comparativo de la calidad de vida entre los profesionales de edad y no praticar la actividad física en Teresino-Piaui (2014)	Los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativas practicantes muestras de diferencia y no físicamente activo, y el primer tenían niveles más altos de calidad de vida. Estos resultados nos permiten sugerir que posiblemente atribuible a la actividad física y sus efectos sobre el funcionamiento, la vitalidad, aspectos físicos, dolor, aspectos generales de los mejores niveles de calidad de vida de la salud y la salud mental.
- Paiva, T. D., Santos, C. F., Silva, E. M., Silva, E. R., Silva, K. R., Borragine, S. O. F. - El ejercicio resistido y la salud de la persona mayor (2012)	El sedentarismo constituye un factor de riesgo que contribuyen a la aparición y evolución de las enfermedades crónicas, y por las limitaciones que la edad trae, la apelación al anciano a una vida sedentaria, pero debe ser combatido a través de actividades prácticas y ejercicios físicos. Especialmente para los ejercicios de la tercera edad, de resistencia son muy importantes porque ayudan en la reducción de la disminución de la fuerza muscular, que están relacionados con el envejecimiento.
- Frade, A. C., Silva, Gonçalves, E., Magdalon, J., Paiva, L., Liberali, R. - Perfil de la calidad de vida de los profesionales de la tercera edad de la actividad física en un gimnasio en enero haría (2011)	Mostró la ausencia de diferencias significativas en los componentes de "dolor" y "vitalidad" se puede explicar por el hecho de que la muestra se compone de profesionales de la actividad física regular de edad avanzada, que ha demostrado ser beneficioso para la población de edad avanzada en general. Estos datos refuerzan la expansión de los programas de actividad física para esta población y es una buena estrategia para mantener físicamente activo ancianos minimizando la pérdida funcional provocado por el proceso de envejecimiento.
- Híkaro, J., Divina, T., Batista, D., Abreu, B. K. J., Cristina, T. - La actividad física y la calidad de vida en la vejez (2011)	La práctica de actividad física en la tercera edad se ha convertido en un fenómeno cada vez más común. Esto se debe a que la actividad física mejora la calidad de vida en la vejez.
- Silva, P. - La influencia de la actividad física en la calidad de vida de personas mayores (2011)	El nivel de actividad física habitual para Ancianos tiene una correlación positiva con las dimensiones de la CVRS, salvo en el ejercicio emocional dimensión. La práctica del deporte tiene una correlación positiva con la CVRS en todas sus dimensiones.
- Tatiane Dias Casimiro Valença - La actividad física de importancia en la vejez - una revisión de la literatura (2008)	El estudio demuestra que la unanimidad en lo que se refiere a los ejercicios físicos de forma focalizada y supervisada por los profesionales como una forma de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Resultados:

La edad de las personas mayores es una conexión negativa a la calidad de vida en las dimensiones: función física, desempeño social, salud general y vitalidad, por lo tanto, el aumento de la edad se asocia con una disminución de la calidad de vida en estas dimensiones.

•El nivel de actividad física de las personas mayores tiene una correlación muy positiva con la calidad de vida en varias dimensiones de función física, el rendimiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental, es decir, cuanto mayor sea el nivel de actividad física habitual, mejor CVRS presentan los ancianos en estas dimensiones.

Conclusión:

La práctica regular de la actividad deportiva tiene un papel clave en la calidad de vida de personas mayores de esta manera, aquellos con los deportes tienen una mejor calidad de vida a diario en todas las dimensiones, para aquellos que no tienen los deportes.

Referencias

Alcântara, A. R. , Cabral2, H. M. A., Freire, N. L. L., Pereira, L. G. F., Rocha, G. M., Torres, M. V. (2014) Análisis comparativo de la calidad de vida entre los profesionales de edad y no praticar la actividad física en Teresino- Piaui, *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* ISSN: 1982-4785

Daniel, V. O., Bertolini, S. M. M. G., Júnior, M. J. (2014)
Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico, *ConScientiae Saúde*, vol. 13, núm. 2, pp. 187-195, Brasil

Frade, A. C., Silva, Gonçalves, E., Magdalon, J., Paiva, L., Liberali, R. (2011) Perfil da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física em uma academia no ria de janeiro, Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v. 5, n. 26.

Híkaro, J., Divina, T., Batista, D., Abreu, B. K. J., Cristina, T. (2011) Atividade física e qualidade de vida na terceira idade, Colégio Militar de Góias – Educação Física

Paiva, T. D., Santos, C. F., Silva, E. M., Silva, E. R., Silva, K. R., Borragine, S. O. F. (2012) El ejercicio resistido y la salud de la persona mayor , *Revista Digital. Buenos Aires,* **año 17, nº 167**

Silva, P. (2011) A influência da atividade física na qualidade de vida do idoso, II CMER da ESEV. Acedido a 4 janeiro 2015, em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1676/1/SILVA%20Paulo%20Jose%20Pereira%20-%20Influ%C3%AAncia%20da%20actividade%20f%C3%ADsica%20na%20qualidade%20de%20vida%20do%20idos.pdf

Tatiane Dias Casimiro Valença (2008) Importância da atividade da física na terceira idade – um revisão d literatura, fisioweb. Acedido a 5 janeiro 2015, em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/terceira_idade_tatiane/terceira_idade_tatiane.htm

1-Escola Superior de Saúde de Bragança IPB- Enfermeira; catarinacerto@Hotmail.com

2- PhD, Psicóloga Clínica; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

3- PhD,Professora Adjunta; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

ESTUDIO PILOTO SOBRE EL IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES CREATIVAS (*taller de cerámica*) EN EL BIENESTAR DE PERSONAS CON DEMENCIA

Pérez Sáez, E.[1]; Cabrero Montes, E.[1]; Llorente Cano, M.[2]; Caselles Saucedo, S.[3]; Díaz Romero, A.[3]

(1) Neuropsicólogo, (2) Logopeda, (3) Alumna. Master de Psicogerontología. USAL

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso | **E-mail de contacto: info@crealzheimer.es**

Introducción

Existen pocos estudios que hayan explorado el efecto de la arte-terapia (AT) sobre el bienestar de las personas con demencia (PCD). Estos estudios sugieren que la AT puede ser efectiva para aumentar el interés, atención sostenida, placer y autoestima (Kinney y Rentz, 2005), así como mejorar el estado de ánimo, aliviar alteraciones de conducta, mejorar la comunicación y reducir la ansiedad, agitación y depresión (Chancellor, Duncan y Chatterjee, 2014).

Los talleres de artes creativas pueden considerarse como actividades significativas, que ofrecen a los participantes una oportunidad para la estimulación a través de actividades recreativas y de ocio. Se ha comprobado que las actividades significativas pueden mejorar la calidad de vida, retrasar el declive cognitivo y promover la autoestima (Marshall & Hutchinson, 2001). Así mismo pueden generar placer y bienestar, ayudar al restablecimiento de la dignidad, proporcionar tareas significativas, restaurar roles y promover la socialización.

HIPÓTESIS

- Las personas que realicen el programa de terapia creativa mediante cerámica mejorarán sus puntuaciones en la escala de Autoestima de Rosenberg.
- La participación en las sesiones de terapia creativa:
  - Mejorará el estado anímico de los participantes según la escala Smiley-Face (pre-post sesión).
  - Generará un alto bienestar en los participantes según la herramienta de observación del bienestar GCCWBOT. Concretamente se obtendrán puntuaciones altas en los dominios de *Interés, Atención sostenida, Placer, Autoestima y Normalidad*, así como puntuaciones bajas en los dominios de *Afecto Negativo* y *Tristeza.*
  - Generará una alta implicación de los usuarios que se reflejará en puntuaciones altas en el dominio *Atención sostenida* de la escala de observación del bienestar y en los tiempos de permanencia en la sesión.

Materiales y método

PROCEDIMIENTO

El estudio utilizó un diseño de medidas repetidas sin grupo control ni asignación aleatoria.

Se llevaron a cabo 11 sesiones de 45 minutos de duración en las que los usuarios realizaron con la ayuda de los facilitadores las actividades propuestas que consistieron en la fabricación de diversas piezas de cerámica que posteriormente eran cocidas por los facilitadores en su taller para ser entregadas a los usuarios en la siguiente sesión. Durante las sesiones dos observadores registraron la presencia de los indicadores de bienestar de 3 usuarios cada uno.

PARTICIPANTES

Todos los usuarios del CREA (centro de día y unidades de convivencia), cuyas limitaciones no impidieran la realización de la actividad o interfirieran en la realización de trabajo grupal, fueron propuestos para su participación.

Finalmente 46 usuarios fueron asignados a 5 grupos de intervención en función de su grado de demencia y el servicio de atención directa prestado. Dado que no era posible el registro observacional simultáneo de todos los participantes se seleccionaron aleatoriamente 6 usuarios de cada grupo para la investigación.

Así, la muestra de la investigación estuvo formada por 30 usuarios del centro de día (n = 18) y las Unidades de Convivencia (n = 12) del CREA, 22 mujeres y 8 hombres con una edad comprendida entre 57 y 93 años (*M* = 79.97, *DT* = 8.273), con enfermedad de Alzheimer y/o demencia vascular y en menor medida otras demencias. Los participantes se encontraban en un estadio de gravedad de la demencia GDS 4 (n = 14), GDS 5 (n = 12) o GDS 6 (n = 4).

MATERIALES

Tabla 1. Tabla de variables, instrumentos y modo de aplicación, utilizados en el estudio.

Variable	Instrumento	Descripción	Modo de aplicación
Autoestima	Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)	10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.	Valorada Pre y Post intervención, mediante entrevista con el usuario.
Estado de ánimo	Smiley-Face Assessment Scale	Instrumento autoinformado con un sistema de respuesta gráfico con cinco caras que van de *«Muy infeliz»* a *«Muy feliz»* para la medición del estado de ánimo de los participantes (Véase figura 1).	Valorada Pre y Post sesión pidiendo directamente a los participantes que valoren su estado de ánimo según la escala.
Bienestar	GCCWBOT Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool (Kinney & Rentz, 2005)	Herramienta de registro observacional del bienestar que incluye 7 dominios (*Interés, Atención Sostenida, Placer, Afecto Negativo, Tristeza, Autoestima y Normalidad*) medidos a través de indicadores (Dos para *Placer* y *Tristeza* y tres para el resto de dominios). La escala consta de 19 ítems que han de ser valorados a partir de la observación directa de la PCD en intervalos de 10 minutos en función de en qué medida manifiestan cada indicador en una escala que va de 0 («Nunca demuestra el indicador») a 4 («Siempre demuestra el indicador»).	Durante cada sesión del taller cada evaluador observó simultáneamente a 3 participantes y registró 3 periodos consecutivos de 10 minutos de cada uno.
Tiempo de permanencia	Registro de tiempo		Se registró la hora de comienzo de cada taller y cuanto tiempo permaneció cada usuario en la actividad.

Figura 1. Escala de valoración del estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale).

Resultados

Los usuarios seleccionados para el registro observacional asistieron a una media del 95% de las sesiones de intervención, permaneciendo en la actividad una media del 97% del tiempo total. Por lo tanto, entre los usuarios seleccionados la asistencia y participación fue muy alta.

Las sesiones de terapia creativa tuvieron un efecto positivo sobre el estado de ánimo (t = -7,696, $p < .001$, 95% CI [-0.93503, -0.54242]), que se incrementó de una media pre-sesión de 3,76 (*DT* = 0,747) a una media post-sesión de 4,50 (*DT* = 0,473) (Véase figura 2).

Tras la intervención se produjo un aumento significativo de la autoestima medido a través del test Rosenberg (t = -5.632, $p < .001$, 95% CI [-6.960, -3.247]) que pasó de una media pre-intervención de 28,72 (*DT* = 6,164) a una media post-intervención de 33,83 (*DT* = 3,929) (Véase figura 3).

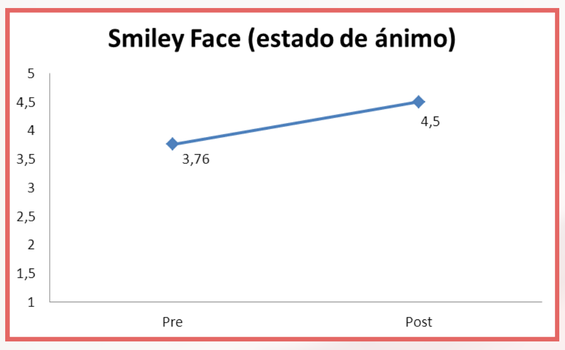


Figura 2. Valoraciones pre y post-sesión del estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale)

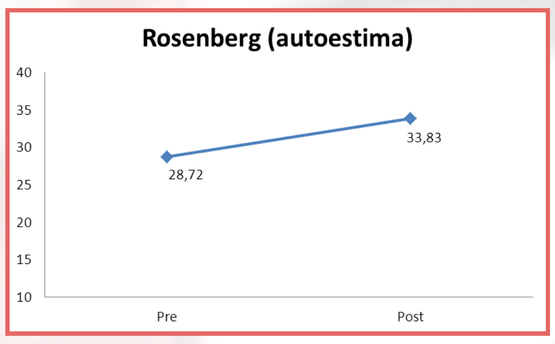


Figura 3. Puntuaciones Pre y post-intervención en la Escala de autoestima de Rosenberg

Respecto a la herramienta de observación del bienestar (GCCWBOT) se encontró que durante las sesiones de terapia creativa los participantes mostraron altas puntuaciones en los dominios de *Atención sostenida*, *Placer*, *Autoestima* y *Normalidad* y puntuaciones bajas en *Afecto negativo* y *Tristeza* (Véase tabla 2 y figura 4).

Tabla 2. Puntuaciones de los dominios del bienestar medidos según herramienta de observación del bienestar GCCWBOT.

Dominio del bienestar	*M*	*DT*
Interés en otros	0.98	0.56
Atención sostenida	2.27	0.35
Placer	1.83	0.71
Afecto Negativo	0.09	0.36
Tristeza	0.06	0.15
Autoestima	1.42	0.54
Normalidad	1.74	0.45

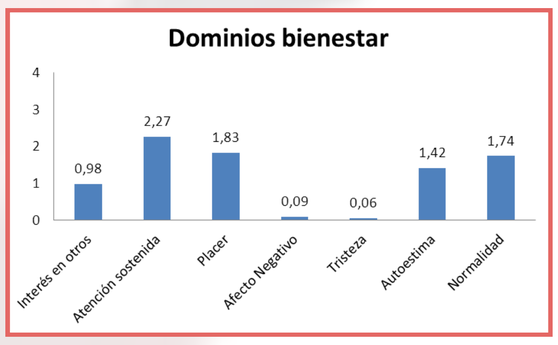


Figura 4. Medias de los dominios del bienestar medidos con la herramienta GCCWBOT.

Se observaron múltiples expresiones y gestos de disfrute durante la realización de la tarea, en todos los grupos de trabajo. Los participantes recibían con entusiasmo las indicaciones de las figuras tenían que realizar. Así mismo, al recibir su trabajo, quedaban impresionados con el resultado de la figura realizada.

Las conductas de irritabilidad, tristeza y agitación, en caso de estar presentes previamente al comienzo del taller, disminuían considerablemente a lo largo del mismo.

Conclusiones

La participación en las sesiones de terapia creativa provocó un aumento de la autoestima en los participantes.

Las sesiones de terapia creativa generaron una alta implicación de los usuarios, reflejada en el dominio *Atención sostenida* y en la elevada participación de los usuarios en las sesiones.

Durante las sesiones de terapia creativa los participantes mostraron un afecto positivo y bienestar que se reflejó en los valores altos de los dominios de *Placer*, *Autoestima* y *Normalidad* y bajos de los dominios *Afecto negativo* y *Tristeza*. Además el estado de ánimo mejoró tras cada sesión.

Así pues parece que la arte-terapia puede ser una terapia no farmacológica muy apropiada para personas con demencia ya que a pesar de sus limitaciones pueden disfrutar de la actividad, lo que genera un estado de ánimo positivo durante las sesiones, proporciona bienestar psicológico y fortalece la autoestima de los participantes. Otros efectos que merece la pena estudiar en el futuro son la reducción de ansiedad, agitación y otras conductas disruptivas.

A. Creativas
CRE de Alzheimer Salamanca
www.crealzheimer.es | info@crealzheimer.es

[1] Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Journal of Alzheimer Disease, 39,* 1-11.

[2] Kinney, J.M., Rentz, C.A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 20,* 220-227.

[3] Marshall, M.J., & Hutchinson, S.A. (2001). A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 35,* 488-496.

[4] Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

BENEFICIOS COGNITIVOS Y FUNCIONALES DE LA ASISTENCIA AL CENTRO DE DÍA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN

Gómez Treviño, Ana(Directora)**; Garcia Lorenzo, Marta**(Terapeuta Ocupacional)**;**
García Noguero, Luisa María (Fisioterapeuta)**; Repiso López, Rocío Macarena**(Enfermera)**.**

INTRODUCCIÓN

En Abril de 2013 acude al centro Vitalia Sevilla una mujer de 84 años diagnosticada de trastorno ansioso-depresivo en fase aguda. Su sintomatología clínica tras valoración en el Centro era la siguiente; apatía, sentimientos de desesperanza, de pérdida de habilidades físicas, psíquicas y sociales, tanto en su entorno más cercano como fuera de él, además de la total desmotivación por mantener cualquier actividad o afición que le han acompañado a lo largo de su vida hasta este momento.
Se objetiva que toda esta disminución de su actividad cotidiana está repercutiendo a todos los niveles: dificultades para llevar a cabo una marcha segura y equilibrada, escasa actividad mental, anhedonia constante y aislamiento social con sentimiento de inutilidad, entre otras.

ACTIVIDADES EN CENTRO DE DÍA

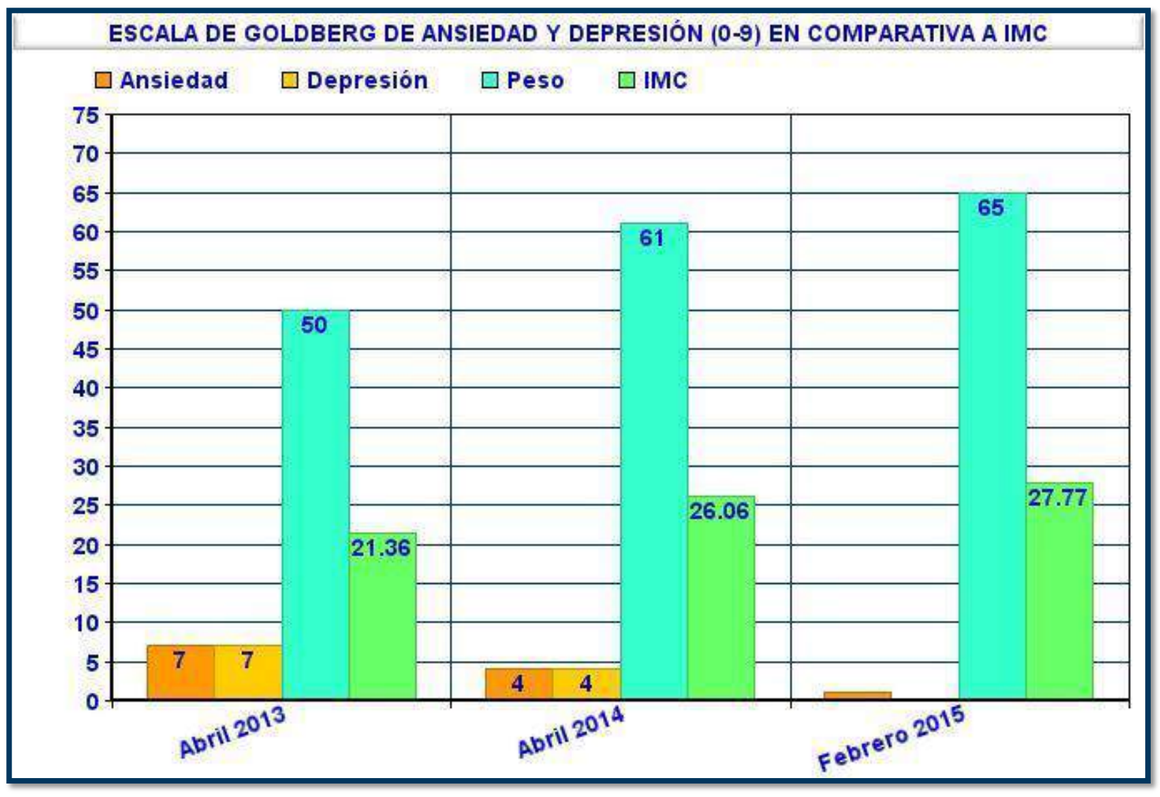
En Vitalia Sevilla se ofrece asistencia integral, socio-sanitaria y rehabilitadora a personas mayores, con o sin dependencia, con el objetivo de mejorar su bienestar físico, psíquico y sociofamiliar a través de tratamientos especializados y transdisciplinares.

Desde el punto de vista de la depresión, nuestras actividades irán encaminadas al aspecto psicosocial y cognitivo principalmente, teniendo en cuenta a la persona en todos los aspectos de su vida diaria y el la globalidad de su desarrollo psicofísico, por ello también se registrarán estados puramente fisiológicos, como es el peso y el patrón alimentario, para la valoración en conjunto y comparativa con Escalas especializadas e indicadas para esta patología.

HORARIO PERSONALIZADO

	Lunes, miércoles y viernes
9.30	Estimulación cognitiva individual/ Wii terapia
10.45	Fisioterapia individual
11.30	Estimulación cognitiva grupal/Laborterapia
12.15	Hidratación
12.30	Gimnasia grupal/psicomotricidad

RESULTADOS



OBJETIVO Y MÉTODO

Los objetivos planteados con la usuaria a su llegada al Centro estaban fundamentalmente centrados en el área psicológica-emocional, siendo la intervención en el resto de las áreas a modo de mantenimiento y, en la medida de lo posible, mejora de sus capacidades.

Desde su inicio de tratamiento, los objetivos, retos y actividades a proponer con la usuaria han ido incrementándose tanto en dificultad como en exigencia, utilizando técnicas como el “encadenamiento hacia atrás”, “rolle-play” y “ensayo-error.”

Así pues, se han planteando objetivos de fácil consecución para la usuaria, promoviendo el refuerzo positivo y evitando de esta manera la no adhesión al plan de actuación planteado para la misma.
Dando por resultado el beneficio psicofísico general de la usuaria como se objetiva en la tabla de resultados.

CONCLUSIONES

Desde la llegada a Vitalia Sevilla, la usuaria ha ido evolucionando hacía una conducta más positiva, mostrando integración en el grupo, y motivación por la asistencia al centro de manera continua. No sólo se ha frenado la enfermedad, sino que se ha potenciado la integración psicosocial y, en consecuencia, la calidad de vida de la usuaria, y sus familiares.
Esta rutina ha minimizado las alteraciones puntuales en el hogar. Por ello acude al centro en la actualidad 3 días en semana en horario de media jornada, volviendo a su domicilio para continuar con un hábito familiar diario.

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'

MAYORES: ACTITUDES EN CUIDADO

Ana Galvão, ESSa, IPB; Sandra Rodrigues, ULSNE- Bragança & Sandra Novo, ULSNE- Bragança

OBJETIVOS :

- **Conocer las actitudes de las enfermeras que ejercen sus funciones en Bragança District hacia las personas mayores;**
- **Identificar las variables independientes que controlan más se asocian con actitudes favorables contra los ancianos;**
- **Los datos disponibles, bajo la temática para facilitar la toma de decisiones de los responsables.**

INTRODUCCIÓN:

En Portugal, al igual que en las sociedades desarrolladas, existe un creciente envejecimiento de la población, se espera un aumento considerable de las personas mayores de 65 años.
El envejecimiento implica para la mayoría de las pérdidas de edad avanzada, y por consiguiente, más trabajos especializados en la atención de salud. Entender el envejecimiento como un proceso dinámico, conduce a un cambio de actitud hacia las enfermeras de edad avanzada y permite tomar un papel innovador e importante en la atención

PALABRAS CLAVE: ***ancianos; enfermeras; actitud; decisión.***

METODOLOGIA:

Métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y fue cuantitativo y fue un cuestionario utilizando la escala akpi, en junio de 2010, una muestra de 200 enfermeras de Bragança Distrito

PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS :

Muestra la distribución de acuerdo las características sociodemográficas

		n	%
Sexo	Masculino	33	16,5
	Feminino	**167**	83,5
	Total	**200**	**100,0**
Idade	20 a 29	45	22,6
	30 a 39	72	36,2
	40 a 49	50	25,1
	50 a 59	32	16,1
	Total	**199**	**100,0**
estadística descriptiva	**n=199**	**Mín.= 22 Máx.= 59**	**38,4 9,8**
Estado civil	Solteiro	55	27,5
	Casado	129	64,5
	Divorciado	11	5,5
	Viúvo	5	2,5
	Total	**200**	**100,0**
Títulos	Curso Enf. (9.º ano)	6	3,0
	Bacharel	20	10,0
	Graduación	140	70,0
	CESE (Especialidade)	23	11,5
	Maestría	9	4,5
	Doutoramento	2	1,0
	Total	**200**	**100,0**

Distribución de la muestra según Profesionales destacados

		Frequência absoluta	%
Categoría Profesional	Enfermero	65	32,5
	Enfermero Graduado	109	54,5
	Enfermero Especialista	13	6,5
	Enfermero Chefe	7	3,5
	Enfermero - Professor Assistente	1	0,5
	Enfermero - Professor Adjunto	4	2,0
	Enfermero - Professor Coordenador	1	0,5
	Total	**200**	**100,0**
Mientras que en la categoría	**1 a 9 anos**	115	59,6
	10 a 19 anos	65	33,7
	20 a 29 anos	7	3,6
	30 a 39 anos	6	3,1
	Total	**193**	**100,0**
Estadística Descriptiva	**N=193**	**Mín.= 1 Máx.= 34**	**9,1 6,8**
La duración del servicio	1 a 9 anos	64	32
	10 a 19 anos	82	41
	20 a 29 anos	31	15,5
	30 a 39 anos	23	11,5
	Total	**200**	**100,0**
Estadística Descriptiva	**N=200**	**Mín. = 1 Máx. = 37**	**14,7 9,6**

Distribución de la muestra según Profesionales destacados

			Frequência absoluta	%
Área donde realiza funciones	**Prestação directa de cuidados**		**177**	**88,5**
	Gestão		16	8,0
	Docência		7	3,5
		Total	**200**	**100,0**
Cuando la oficina celebró	**Hospital**	Bragança	59	29,5
		Macedo de Cavaleiros	23	11,5
		Mirandela	27	13,5
		Total	**109**	**54,5**
	Centro de salud	Bragança	22	11,0
		Macedo	7	3,5
		Mirandela	14	7,0
		Vimioso	4	2,0
		Vinhais	12	6,0
		Total	**59**	**29,5**
	Escuela	**Total**	**6**	**3,0**
	Casas	Algoso	3	1,5
		Baçal	1	0,5
		Bragança	5	2,5
		Quintanilha	1	0,5
		Vimioso	1	0,5
		Vinhais	1	0,5
		Total	**12**	**6,0**
	UCCI	Macedo	5	2,5
		Miranda	3	1,5
		Vimioso	6	3,0
		Total	**14**	**7,0**
		Total	**200**	**100,0**

CONCLUSIÓN:

Varios autores llegaron a la conclusión de que las enfermeras mientras que las personas son titulares de los prejuicios, creencias y valores personales, que a su vez influyen en las actitudes y comportamientos hacia las personas mayores en el ejercicio de sus actividades profesionales (Berger, 1995d; Magalhães, 2003; Roach, 2003; citado por Rodrigues, 2011).

En este trabajo de investigación, nos encontramos con el análisis de akpi escala que las enfermeras de la muestra manifiesta:

Actitud Favorable	Actitud Desfavorable
1. En presencia de las personas mayores, el establecimiento con una buena relación interpersonal.	1. En cuanto a si las personas mayores permanezcan en sus hogares, siendo capaz de realizar sus actividades de la vida, vivir juntos en los mismos edificios con personas de otras edades.
2. Mientras que las personas mayores son una población relativamente heterogénea, como los otros grupos de edad.	2. En cuanto al hecho de que conceder a los ancianos su opinión de forma espontánea y se quejan del comportamiento de los más nuevos; sin embargo tener una actitud favorable hacia escuchando las historias del pasado de la tercera edad.
3. Al considerar la existencia de flexibilidad en las capacidades cognitivas y de adaptación de las personas mayores.	3. Al considerar el nivel emocional y afectiva mayores dependientes.
4. En cuanto al aspecto personal y la personalidad de las personas mayores.	

CONCLUIMOS TAMBIÉN que las actitudes de las enfermeras contra las personas mayores no difieren según el sexo, el estado civil, antigüedad en el servicio y el hecho de que vivan o no con las personas mayores. Expresar actitudes más favorables hacia las calificaciones de edad avanzada, más joven, más académicos, con menos tiempo de clase y profesores. Expresar actitudes más desfavorables, enfermeras que están en la atención directa y en particular los que trabajan en hogares de ancianos

REFERENCIAS: Rodrigues, S.F.G.B. (2011). Análisis de las enfermeras se enfrentan las actitudes de edad avanzada con el fin de la toma de decisiones: el caso del Distrito de Bragança, Tesis de Maestría, IPB-este.

Percepción de riesgos en ancianos con diabetes mellitus tipo 2

Ezequiel Pinto*, Nídia Braz
Centro de Estudos e Desenvolvimento em Saúde, Universidade do Algarve, Portugal; * epinto@ualg.pt

1. Introducción

El proyecto PhENA-DIA se propone estudiar la evolución del estado de salud en pacientes con diabetes tipo 2 (DMT2). Uno de los objetivos de este proyecto es analizar las percepciones con respecto a esta enfermedad y los comportamientos de salud de los pacientes. Las creencias y percepciones se consideran determinantes de los comportamientos de salud y una comprensión más profunda de la percepción de riesgo de complicaciones en pacientes con DMT2 puede ayudar al estudio de las acciones para lograr el autocuidado adecuado y buen control glucémico, así como contribuir para la adhesión al tratamiento.

2. Métodos

Este estudio descriptivo se realizó en una muestra no aleatoria de 66 pacientes con DMT2 recibiendo atención médica en una clínica de Diabetes en el municipio de Faro, en la región portuguesa del Algarve. La clínica está integrada en una asociación regional de pacientes con diabetes (AEDMADA). Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio durante sus consultas médicas y fueron entrevistados individualmente con respecto a sus percepciones de riesgo y condición clínica.

La evaluación de la percepción de riesgo se dirigió al riesgo de enfermedad personal y la los riesgos ambientales de enfermedad. Se pidió a los pacientes para calificar su percepción de riesgo de problemas de salud asociados con diferentes situaciones o enfermedades en una escala de 4 puntos, desde el 1 (“sin riesgo alguno”) hasta 4 ("alto riesgo").

Los datos se analizaron con IBM-SPSS versión 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

3. Resultados

La muestra estaba compuesta por 37 hombres (56,1%) y 29 mujeres (43,9%), con una edad promedio de 61,5 años (DP= 8,0) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) promedio de 7.3% (DP=1.62). El cuadro 1 presenta el promedio de puntuación en cada situación o enfermedad calificada por los pacientes.

Cuadro 1. Clasificación media de riesgos, según escala entre 1 (“sin riesgo alguno”) y 4 ("alto riesgo").

Riesgo de enfermedad personal	M (DE)	Riesgo ambiental de enfermedad	M (DE)
Cáncer	2.3 (0.70)	Conducción / viajes en automóvil	2.9 (0,84;)
Accidente cerebrovascular	2.2 (0.74)	Condiciones climáticas extremas	2.5 (0.93)
Problemas de visión	2.1 (0.67)	Pesticidas	2.4 (0.99)
Ceguera	2.1 (0.83)	Productos químicos domésticos	2.3 (0.79)
Presión arterial alta	2.0 (0.67)	Humo del cigarrillo a su alrededor	2.3 (0.93)
Pies entumecidos	1.9 (0,72)	Delitos violentos	2.3 (0.97)
Ataque al corazón	1.9 (0.81)	Contaminación del aire	2.0 (1.03)
Insuficiencia renal	1.7 (0.61)	Pruebas médicas	2.0 (1.06)
Amputación de pies	1.6 (0.63)	Drogas ilegales	1.1 (0.27)
Media de riesgo personal total	1.9 (0.30)	Media de riesgo ambiental total	2.2 (0.5)

M – Promedio; DE - Desviación estándar

Según el test de Wilcoxon, el riesgo personal total es calificado como más bajo que el riego total resultante de acontecimientos o situaciones relacionadas con el ambiente externo (W=-3.3; P=0.001). Se encontró una correlación negativa entre HbA1c y el promedio de riego personal ($r_{Spearman}$=-0.259; P=0.036).

4. Conclusión

En general, los participantes creen que es más probable que su salud esté en peligro debido a riesgos que ellos no pueden controlar, como cambios climáticos. Situaciones o enfermedades que la literatura relaciona con DMT2, tales como accidente cerebrovascular o insuficiencia renal, se consideran como una fuente de menor riesgo para la salud. Pacientes con un pobre control glicémico, medido por HbA1c, son aquellos con menor puntuación en la evaluación del riesgo personal de enfermedad, lo que permite concluir que los pacientes con una percepción sesgada de riesgo de enfermedad personal que subestime la probabilidad de acontecimientos de salud relacionados con DMT2 pueden tener peor autocuidado. Estos resultados sugieren que debe mejorarse el conocimiento de los pacientes sobre los riesgos y que las herramientas de comunicación de riesgo se deben adaptar a los pacientes con T2DM.

UAlg ESS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Fundación Maria Wolff
ALZHEIMER Y TNFs

www.mariawolff.org

Cuidados de demencias sin sujeciones

CEAFA
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

www.ceafa.es

Criterios de calidad asistencial
Maria Wolff y CEAFA

CEAFA
CUIDADOS DE DEMENCIAS SIN SUJECIONES
SEGÚN MODELO
FUNDACIÓN MARIA WOLFF

OBJETIVOS

- Generar una metodología para cuidar a personas con demencia sin sujeciones en centros sociosanitarios.
- Realizar intervenciones focalizadas y estructuradas para atender a pacientes y cuidadores mejorando la calidad de vida de ambos.
- Aprovechar el ratio del personal existente, sin sobrecargarlo.
- Diseñar una evaluación sistemática de instituciones que determine el nivel de calidad en "Cuidados de demencias sin sujeciones".

MATERIAL Y MÉTODOS

La acreditación de la excelencia tiene que llevarse a cabo por dos organizaciones diferentes para evitar sesgos subjetivos y mantener el rigor metodológico. Se desarrollará en dos fases:

1.- APOYO FORMATIVO Y TÉCNICO a la implantación

Para el cambio de paradigma asistencial con garantías **Maria Wolff** presenta el siguiente esquema desarrollado en base a diversos estudios previos.

Capacitación en Demencias: es necesario conocer las características y evolución de las demencias para fomentar las capacidades del individuo adecuando los cuidados a su nivel cognitivo - funcional.

Manejo y prevención de los síntomas psicológicos conductuales: tanto a nivel individual (como en la alimentación, aseo, vestido…), como a nivel colectivo, en los momentos de socialización (analizando elementos ambientales, organizacionales…).

Sujeciones físicas: no sólo las tradicionales, sino también de las invisibles, contención verbal exhaustiva…

Las alternativas a estas deben mantener el nivel de seguridad para la persona a la par que su libertad de movimientos. Es imprescindible un buen Plan de Prevención de Caídas.

Sujeciones químicas: según el artículo publicado por Maria Wolff en **JAMDA**, Revista Americana de directores médicos, la racionalización de psicofármacos es imprescindible.

Ésta nos permite mejorar la seguridad al desatar y aumenta el nivel de atención y respuesta sensorial. Se disminuyen las lesiones por caída, mejora la comunicación y disminuye el nivel de dependencia en AVD.

Seguridad legal: el uso de sujeciones, (sea de la naturaleza que sean) puede vulnerar los derechos fundamentales de las personas, protegidos con las máximas garantías de la Constitución.

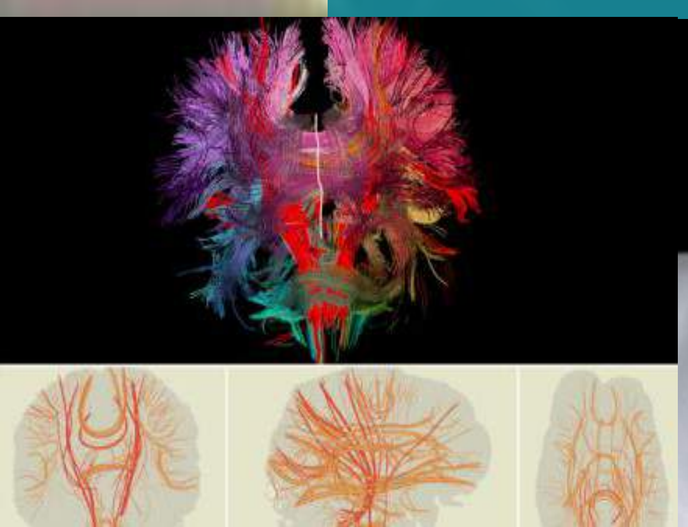
2.- EVALUACIÓN de la implantación en el centro

CEAFA considerará apta la evaluación en aquellos centros que posean unos mínimos estructurales y culturales favorables a las personas con demencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Afianzado el hecho de que las sujeciones son un problema, existe el riesgo de que, debido a la presión social, fuesen sustituidas por otras medidas igualmente perniciosas.

El modelo cimenta la esencia de los cuidados centrados en la persona sobre protocolos, procedimientos y rutinas que permiten una optimización de recursos y una mejora de calidad de vida de paciente y cuidador.

Resuelve o mitiga problemas afectivos y conductuales.

Ofrece un nivel de seguridad similar al precedente potenciando la prevención de caídas.